

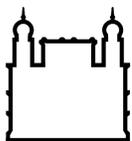
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO  
AROUCA  
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA



SIMONE MENDES CARVALHO

**MULHERES JOVENS E O PROCESSO DO ABORTO CLANDESTINO:  
UMA ABORDAGEM SOCIOLÓGICA.**

Rio de Janeiro  
2009



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO  
AROUCA  
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA



SIMONE MENDES CARVALHO

**MULHERES JOVENS E O PROCESSO DO ABORTO CLANDESTINO:  
UMA ABORDAGEM SOCIOLÓGICA.**

Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) como Requisito para Obtenção de Título Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Karen Mary Giffin

Rio de Janeiro  
2009

## **MULHERES JOVENS E O PROCESSO DO ABORTO CLANDESTINO: UMA ABORDAGEM SOCIOLÓGICA.**

Doutoranda: Simone Mendes Carvalho  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Karen Mary Giffin

### **BANCA PARA EXAME DE DEFESA DA TESE**

PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> KAREN MARY GIFFIN (Orientadora)

Doutora em Sociologia  
Pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde  
Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ)

PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> JOSÉTE LUZIA LEITE

Doutora em Enfermagem  
Prof<sup>a</sup> Emérita da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> CRISTINA LAVOYER ESCUDEIRO

Doutora em Enfermagem  
Prof<sup>a</sup> Adjunta da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa- UFF.

PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> REGINA HELENA SIMÕES BARBOSA

Doutora em Saúde Pública  
Prof<sup>a</sup> Adjunta do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/Departamento de Medicina  
Preventiva/Faculdade de Medicina – UFRJ.

PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> VANDA D'ACRI

Doutora em Engenharia de Produção e Ergonomia.  
Pesquisadora do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana  
DA Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

*Dedico esse trabalho ao meu pai (in  
memorian) e a minha querida mãe Celeste, pelo seu amor e  
companheirismo em todos os momentos da minha vida.*

*O papel do Estado, com efeito, não é exprimir, resumir o pensamento irrefletido da multidão, mas sobrepor, a esse pensamento irrefletido, um pensamento mais meditado e, por força, diferente. É, e deve ser foco de representações novas, originais, as quais devem por a sociedade em condições de conduzir-se com maior inteligência que quando é simplesmente movida dos sentimentos obscuros, a agir dentro dela (Émile Durkheim)*

## AGRADECIMENTOS

Construir e escrever uma tese de doutorado é uma tarefa árdua, porém prazerosa, visto que para mim, é a realização de um sonho e de um projeto de vida. Para realização desse sonho contei com pessoas e instituições as quais quero aqui manifestar a minha gratidão e reconhecimento:

- À Deus, por me fornecer sabedoria e serenidade para a escolha do melhor caminho;
- À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Karen Giffin por sua compreensão e seu apoio em todo o processo desse trabalho, sempre atenciosa e dedicada em sua orientação para que eu apreendesse e incorporasse esse campo temático;
- À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Joséte Luzia Leite que me acompanha desde o 3º período de graduação, o seu apoio e sua sabedoria foram essenciais para que eu chegasse até esse momento tão importante na minha vida acadêmica e profissional.
- À minha sobrinha Luziane Carvalho e à minha irmã Luzia Carvalho, pelo carinho, ajuda, apoio, dedicação e carinho em todas as fases desse trabalho.
- Às minhas amigas Graciele Oroski Paes e Maria da Conceição Samu Pezzi, pela sincera amizade, pelas palavras positivas e de apoio nos momentos mais difíceis desse trabalho.
- À minha mãe a quem já dediquei esse trabalho, mas que não podia deixar de agradecer por sua paciência e carinho em todos os momentos da realização desse trabalho.
- Ao CNPQ por ter subsidiado essa pesquisa que acredito ser essencial para o desenvolvimento do conhecimento científico.
- Finalmente agradeço a todas as mulheres que vivenciaram o aborto clandestino em situações adversas e que participaram desse processo de pesquisa enriquecendo-o

## RESUMO

Esta tese tem como objetivo analisar a experiência de mulheres jovens que recorreram ao aborto clandestino, incluindo os condicionamentos e as relações sociais dos envolvidos, visando contribuir para a melhoria dos serviços saúde reprodutiva na atenção primária à saúde, na perspectiva da integralidade e da promoção da saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que se fundamenta nas especificidades inerentes à pesquisa social, compatível com o tratamento do tema do abortamento clandestino em jovens como fenômeno social complexo. Atualmente, as decisões reprodutivas acontecem em contextos difíceis, marcadas por condições materiais inadequadas devido ao crescente desemprego e a baixa escolaridade, e por relações de afeto instáveis e conflituosas em cenários de violência que afetam, sobretudo, os jovens. O aumento da fecundidade entre jovens e adolescentes e as práticas de abortamento inseguro, são fatores preocupantes na saúde reprodutiva desse grupo, principalmente quando ocorrem em situações sociais caracterizadas pelo desemprego, a baixa escolaridade e a pobreza, os quais geram situações de extrema vulnerabilidade. Entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com 16 mulheres jovens de 18 a 29 anos que tinham recorrido ao aborto clandestino em algum momento de suas vidas, sendo referidas das unidades atendidas pelo Programa Saúde da Família do município de Cabo Frio – RJ. Os resultados dessa pesquisa mostraram uma rede vulnerável, entrelaçada por várias situações, dentre elas: a dificuldade financeira, a gravidez precoce, a instabilidade na relação com o parceiro bem como a dificuldade na tomada das decisões reprodutivas. A ocorrência dos casos de aborto foi maior em gravidezes resultantes de relações instáveis e com parceiros diferentes, num contexto de dificuldades financeiras, podendo este ser considerado como o fim da linha do processo da *desfiliação*, em contextos onde o desemprego e a pobreza fragilizam as relações familiares, e essas não conseguem ter sustentabilidade.

**PALAVRAS – CHAVES:** aborto, saúde reprodutiva, gênero, sexualidade, saúde da mulher, juventude.

## ABSTRACT

This thesis has the objective of analyzing experiences of young women with clandestine abortion, including their social conditions and social relations, with the aim of contributing to improvement in primary care of reproductive health services, in the perspective of integrality and health promotion. It is based on qualitative methods based on the specificities inherent to social research, compatible with the theme's treatment of clandestine abortion in young people as complex social phenomenon. Presently, reproductive decisions occur in difficult contexts, marked by inadequate material conditions due to growing unemployment and low schooling, and by instable and conflicted affective relationships in violent settings that affect, mainly, the young people. The increase of fecundity among the young and adolescents and unsafe abortion practices, are troubling factors in these groups' reproductive health, especially when they occur in social situations characterized by unemployment, low schooling and poverty, which generate situations of extreme vulnerability. Semi-structured interviews were realized with 16 young women from age 18 to 29 years that had had clandestine abortions in any moment of their lives, being referred by services of the Programa Saúde da Família (Family Health Program) of Cabo Frio county – RJ. The results of this research showed a vulnerable net, interlaced by several situations, among them: financial difficulties, early pregnancy, instability in the relation with the partner as well as difficulties in reproductive decision-making. The occurrence of abortion was higher for pregnancies resulting from instable relations and with different partners, in a context of financial difficulties, allowing this to be considered as the end of the *disaffiliation* process, in contexts where unemployment and poverty weaken family relations, and these are not able to be sustained.

**KEY – WORDS:** abortion, reproductive health, gender, sexuality, women's health, youth.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	11
CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZANDO OS JOVENS NAS DIMENSÕES POLÍTICA, SOCIAL E DA SAÚDE.....	18
1.1 - A vulnerabilidade social dos jovens no contexto da globalização.....	18
1.2 - Políticas Públicas em Saúde, Sexualidade e Juventude.....	32
1.3 - Sexualidade Contemporânea e as Condições Sociais da Reprodução Humana.....	35
1.4 - O aborto como processo de <i>desfiliação</i> : arranjos familiares, trabalho, gênero e vulnerabilidade relacional.....	39
CAPÍTULO II - EVIDÊNCIAS SOBRE CONTRACEPÇÃO, ABORTO, GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E VIOLÊNCIA.....	48
2.1 – Contextos da gravidez na adolescência.....	48
2.2 - Práticas contraceptivas e controle da fecundidade entre os jovens.....	55
2.3. - Gravidez não-desejada, violência doméstica na gravidez (VDG) e violência de parceiro íntimo (VPI).....	60
2.4 - Aborto inseguro e mortalidade materna.....	63
2.5 - A participação masculina na decisão de abortar.....	68
2.6 - Percepção das usuárias sobre a atenção ao abortamento inseguro.....	71
CAPÍTULO III - ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	74
3.1 – Objeto.....	74
3.2 – Pressupostos.....	75
3.3 – Objetivos.....	76
3.4 – PERCURSO METODOLÓGICO.....	76
3.5 - Perfil das mulheres.....	82
CAPÍTULO IV – INTERAÇÕES ENTRE SEXUALIDADE E HISTÓRIA REPRODUTIVA DE MULHERES QUE VIVENCIARAM O ABORTO CLANDESTINO.....	87
4.1 – Representações sobre a infância e o diálogo com a família sobre sexo.....	87
4.2 – A primeira relação sexual.....	89
4.3 – A Utilização de métodos contraceptivos.....	91
4.4 – Situações de violência.....	95
CAPÍTULO V – EXPERIÊNCIAS RELACIONADAS À GRAVIDEZ E ABORTO – SENTIMENTOS, SITUAÇÃO FINANCEIRA, RELAÇÕES COM O PARCEIRO E FAMÍLIA.....	97

CAPÍTULO VI – TRAJETÓRIAS E EXPERIÊNCIAS DA PRÁTICA DE ABORTO CLANDESTINO.....	118
6.1- Informações sobre o aborto .....	118
6.2 – Recursos utilizados para a prática do aborto.....	121
6.3 – Complicações pós –aborto.....	128
6.4 – Sentimentos após a realização do aborto.....	130
6.5 - Acesso e atenção recebida nos serviços de saúde.....	131
CAPÍTULO VII - PERCEPÇÕES DAS MULHERES SOBRE DECISÃO REPRODUTIVA, SAÚDE, FUTURO E ABORTO.....	136
7.1 – Gravidez indesejada e a possibilidade de interromper a gravidez.....	136
7.2 - Percepção de mudança de vida.....	137
7.3 - Sobre a participação masculina no processo das decisões reprodutivas.....	139
7.4 – Sugestões para os serviços de saúde que lidam com saúde reprodutiva.....	140
7.5 - Conceito de saúde.....	142
7.6 – Planejamento para o futuro.....	143
CONCLUSÃO.....	148
REFERENCIAS.....	150
ANEXO 1.....	163
ANEXO 2.....	168
ANEXO 3.....	170
ANEXO 4.....	171

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa abordou a temática do aborto clandestino a partir da visão de mulheres jovens que vivenciaram essa situação. Nossas reflexões se basearam em retratar a vulnerabilidade social dos jovens no contexto da globalização, procurando entender como as desigualdades sociais condicionam a saúde reprodutiva desse grupo. Atualmente, as decisões reprodutivas acontecem em contextos difíceis, marcadas por condições materiais inadequadas devido ao crescente desemprego e a baixa escolaridade, e por relações de afeto instáveis e conflituosas em cenários de violência que afetam, sobretudo, os jovens.

Desta ótica, a decisão de realizar o aborto não é individual e sim um processo que envolve fatores sociais e outros participantes, como a família e o parceiro. Apesar da complexidade desse fenômeno social, observamos que a sociedade tende à responsabilização individual da mulher por suas 'escolhas reprodutivas'. Contrapondo esta redução da questão, no âmbito dessa discussão, nossas indagações se centralizam nas questões sobre violência, gravidez não desejada, gênero e arranjos familiares, incluindo a participação do parceiro que influenciam na decisão de abortar.

Dados do Ministério da Saúde mostram que, a partir da década de 90, a taxa de fecundidade entre adolescentes aumentou 26%, e afirma que

o aumento da taxa de fecundidade entre adolescentes e jovens, assim como o número de óbitos maternos nesta faixa etária, é um forte indicador de que as políticas de contracepção, planejamento familiar e atenção pré-natal não têm se adequado ou atendido às necessidades específicas desse segmento, afetando diretamente sua saúde reprodutiva. (BRASIL, 2006 a, p.2)

O aumento da fecundidade entre jovens e adolescentes e as práticas de abortamento inseguro, são fatores preocupantes na saúde reprodutiva desse grupo, principalmente quando ocorrem em situações sociais caracterizadas pelo desemprego, a baixa escolaridade e a pobreza, os quais geram situações de extrema vulnerabilidade.

Dados da Pesquisa Nacional de Amostra em Domicílio (PNAD) de 1996 do IBGE, indicaram que o início da vida sexual dos jovens está cada vez mais precoce, e que 23% das mulheres jovens iniciaram a vida sexual por volta de 15 anos em comparação com 17% em 1986. Os do sexo masculino, na faixa etária entre 15 e 24 anos tiveram sua primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade (BEMFAM, 1999). No caso do Brasil, o início da vida sexual cada vez mais precoce ocorre em cenários diferenciados, afetando grupos sociais distintos de formas diferentes, mas atingindo com maior frequência as regiões mais pobres, áreas rurais e mulheres com baixa escolaridade (VIEIRA et al. 1998), contextos heterogêneos onde essas jovens possuem poucas oportunidades para ascensão social, advindas das dificuldades para estudar e se inserir no mercado de trabalho.

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS, 2006) realizada com 15 mil mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) mostram que o início da vida sexual de mulheres ocorridas até os 15 anos, em 2006, foi de 33%. Em relação ao uso de contraceptivo, 66% das mulheres sexualmente ativas, entre 15 a 19 anos, haviam utilizado algum método contraceptivo (PNDS, 2006). Esses dados mostram que mesmo 10 anos depois, a precocidade relacionada ao início da vida sexual dos jovens avançou ainda mais.

Dias e Aquino (2006) analisando os resultados da pesquisa GRAVAD<sup>1</sup>, confirmam a associação entre a maior precocidade reprodutiva e o baixo nível de escolaridade e de renda, referindo que a probabilidade da ocorrência de uma gravidez ocorre com menor frequência em jovens com melhores condições econômica e cultural, ao contrário das que pertencem aos estratos menos privilegiados. Isso evidencia a heterogeneidade da ocorrência da gravidez, frequentemente indesejada, em um país com grandes desigualdades sociais, como Brasil.

Kassar et al (2006), em um estudo com jovens adolescentes de três maternidades públicas da cidade do Maceió mostraram que 81,2% das adolescentes

---

<sup>1</sup> Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução, realizado em 2001, que investigou os comportamentos sexuais e reprodutivos de 4634 jovens entre 18 e 24 anos residentes em três capitais brasileiras: Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador.

entrevistadas eram analfabetas ou tinham menos de quatro anos de escolaridade. Associado a esse quadro está à avaliação da renda *per capita* familiar, com 37% das famílias dessas adolescentes ganhando menos que dois salários mínimos.

Giffin (1994) mostra os dados de um estudo pioneiro sobre questões da saúde reprodutiva com homens em comunidades de baixa renda no Rio de Janeiro que suscitaram diferenças significativas por faixa etária, com os mais jovens que não tinham filhos declarando mais que:

se sentem menos preparados para a educação sexual dos filhos; já proibiram a gravidez de alguma parceira; são a favor da legalização do aborto, e têm uma visão mais positiva da igualdade entre os gêneros. Embora não em nível de significância estatística, dão menos importância à virgindade; têm uma visão mais positiva da sexualidade atual e das brincadeiras sexuais entre as crianças; e acreditam menos que o trabalho remunerado das mulheres atrapalha a educação dos filhos (p.27)

Por outro lado acham, mais freqüentemente do que os homens mais velhos, que as mulheres engravidam 'para segurar um homem'; e declaram mais que é a mulher o responsável para evitar a gravidez (GIFFIN, 1994).

A gravidez na adolescência é um tema polêmico e controverso nos debates sobre saúde sexual e reprodutiva. Em geral, engravidar nessa fase da vida tem sido interpretado como um elemento desestruturador da vida e identificado como determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, estabelecendo limites para a continuidade dos estudos e acesso ao mercado de trabalho (BRASIL, 2006a).

Peres e Heilborn (2006) consideram que o discurso em torno da gravidez na adolescência resulta de uma expectativa social hegemônica que espera para os adolescentes uma escolaridade prolongada, um controle contraceptivo adequado, a constituição familiar e a inserção no mercado do trabalho. Logo a gravidez nessa fase seria inoportuna e um obstáculo para conclusão dessa trajetória podendo ser considerada como uma imprudência.

Desta perspectiva, o menor grau de instrução destas mulheres seria uma das conseqüências da gravidez precoce, já que muitas precisam interromper os estudos, quando lhes são atribuídas tarefas novas na divisão do trabalho familiar, as quais dificultam a continuidade dos estudos, talvez principalmente quando há união com o parceiro.

Por outro lado, outros estudos apontam que a pobreza, as deficiências das escolas em áreas pobres, e a falta de perspectivas de trabalho digno antecedem a gravidez precoce e revelam que, se a gravidez na adolescência nem sempre é bem-vinda, também freqüentemente é desejada - talvez principalmente pelas jovens sem perspectivas animadoras de alternativas na vida, e que visualizem a possibilidade de uma melhoria de vida com a conquista de uma identidade adulta, de mãe, ou que esperem serem acolhidas pelo consorte e/ou pelas famílias deles. (CATARINO E GIFFIN, 2002)

De qualquer maneira, e apesar de possíveis expectativas positivas das envolvidas, ter filhos precocemente, na situação social de pobreza e desemprego que atinge a maioria dos jovens do país, acaba conformando um problema a mais. Essa realidade mostra também como as desigualdades sociais, advindas de um mundo competitivo e de um país, como o Brasil, com grandes disparidades, desvelam situações de vulnerabilidade que podem levar à prática do aborto.

No que diz respeito aos abortamentos legais, o dossiê da Rede Feminista *Adolescentes: saúde sexual e reprodutiva* informa que meninas e jovens de até 19 anos fazem 48% das interrupções nos serviços de aborto previsto por lei; que no Hospital do Jabaquara (SP), 46% das interrupções foram realizadas em menores de 19 anos e que, no Hospital Pérola Byington (SP), 56% das interrupções foram feitas em adolescentes. (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004, p. 21).

Em 1996, o número estimado de abortamentos em jovens de 10 a 19 anos foi de 241.392 casos. O número de adolescentes que passam pelos serviços do SUS para corrigir as seqüelas do aborto clandestino e malfeito vem crescendo a cada ano. De 1993 a 1997, as curetagens pós-aborto em adolescentes passaram de 19%

para 22%, do total de procedimentos. Em 1998, 26,31% das jovens de 10 a 19 anos engravidaram e fizeram curetagem ou tiveram filhos.

Em 1999, as garotas entre 10 a 14 anos foram responsáveis por 2.820 internações tendo o aborto como causa (2,4% a mais de que 1998). A faixa etária que apresentou maior incidência de internação por aborto incompleto foi a de 20 a 24 anos (71.439 internações). No caso destes dados, não é possível saber se foram abortos legais ou provocados. (REDE FEMINISTA, 2004)

As regiões Norte e Nordeste, junto com o Distrito Federal e os Estados do Mato Grosso do Sul e do Rio de Janeiro são as que apresentam o maior risco de aborto induzido em adolescentes de 15 a 19 anos no país (IPAS, 2007).

No Brasil, a 5ª causa de morte entre adolescentes, ou 6% do total de óbitos entre jovens, decorrem de aborto ou complicações no parto. A cada dia, cerca de 140 meninas têm a gravidez interrompida. A cada hora, seis adolescentes entram em processo de aborto. A cada 17 minutos, uma jovem se torna mãe (ANDI, 2000, apud REDE FEMINISTA, 2004).

Esse quadro mostra, portanto, a necessidade de ações estratégicas que garantam condições desejadas e seguras para as práticas sexuais e reprodutivas de adolescentes e jovens. No que se refere aos adolescentes mais jovens, enfrentamos grandes desafios devido à necessidade em ampliar e oferecer acesso aos serviços de saúde com atendimento integral, antes mesmo do início de seu primeiro intercurso, com garantia de privacidade, confiabilidade e atendimento que dê apoio, sem emitir juízo de valor (BRASIL, 2002, apud VIEIRA et al. 2007).

No seu estudo, Peres e Heilborn (2006) criticam alguns estudos sobre gravidez na adolescência os quais se limitam a tratar apenas dos condicionantes da gravidez, não considerando a influência da ilegalidade do aborto na tomada de decisão em prosseguir ou não com a gestação. Afirmam que, quando uma jovem engravida no início da sua trajetória reprodutiva, ainda que a decisão seja pela continuidade da gravidez, ocorre mesmo de maneira eventual e não revelada, a possibilidade e o risco da opção pelo aborto.

Consideram, portanto, que é necessário tratar de problemas específicos relacionados à escolha dos adolescentes 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 ao médico, até efetivamente a concretização do aborto em clínicas clandestinas ou pelo uso de medicamentos sem controle adequado” (PERES E HEILBORN 2006, p.1412).

De acordo com Santos (2006) tanto a saúde reprodutiva quanto os cuidados com os filhos têm sido considerados como responsabilidades femininas, ainda que alguns homens dividam as tarefas domésticas, cuidem dos filhos e partilhem responsabilidades referentes à saúde reprodutiva. Esta autora, entre outros, considera que a saúde reprodutiva, tradicionalmente abordada como um assunto da saúde da mulher deve ser encarada como um espaço de homens e mulheres na partilha de responsabilidades.

Na concepção de Heilborn (et al, 2002), as enormes disparidades econômicas, sociais e culturais entre as classes no Brasil impõem modulações consideráveis no fenômeno da juventude e da gravidez na adolescência. Em relação às meninas jovens, cujo foco principal na discussão do aborto perpassa pela gravidez na adolescência, em muitos casos, indesejada e sem o apoio da família e do parceiro, a avaliação das condições materiais e os conflitos existentes nas relações de afeto, incitam ou inibem a gravidez precoce, definem padrões de tomadas de decisão diante de sua ocorrência e ainda, o impacto de uma eventual gestação nos projetos desses jovens, discriminando-os por classe social e gênero (HEILBORN et al, 2002).

Outra situação que atinge cada vez mais meninas jovens e que as tornam vulneráveis a uma gravidez indesejada e à prática do aborto clandestino é a prostituição infantil e juvenil. Segundo Molina ( 2003 ),

famílias desestruturadas, a ausência paterna devido falecimento ou abandono, história de abuso sexual, desqualificação profissional, crianças e adolescentes em situação de ‘cativeiro sexual’, abortos

precários e ajuda financeira à família são situações vivenciadas por crianças e adolescentes inseridos na prostituição pelos Estados do Brasil.(p.22-23)

Portanto, o presente estudo nasce da motivação para aproximação e entendimento das experiências de mulheres jovens que vivenciaram o aborto clandestino, tendo como contexto problematizador a sua condição social, o contexto das relações afetivas e a participação masculina no processo.

## **CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZANDO OS JOVENS NAS DIMENSÕES POLÍTICA, SOCIAL E DA SAÚDE**

### **1.1 - A vulnerabilidade social dos jovens no contexto da globalização**

Vivemos em um mundo globalizado e os efeitos dessa globalização são cada vez mais eminentes, visto que diariamente temos notícias sobre o aquecimento global e a ameaça de crise mundial e econômica, com desigualdades crescentes. Assim, faz-se necessário abordar o impacto das desigualdades sociais na saúde sexual e reprodutiva dos jovens. Esses são vulneráveis socialmente na medida em que estão expostos a variações nas condições sociais tais como pobreza, escolaridade, renda e emprego, que refletem no aumento das desigualdades, afetando-os diretamente. Acabam, portanto, atingidos pelo processo de globalização, o qual gera incertezas e riscos de um futuro cada vez mais imprevisível. Entre aspectos preocupantes relacionados à saúde dos jovens estão a violência, o uso de drogas lícitas e ilícitas, as DST/AIDS, a gravidez precoce ou “indesejada” e o aborto clandestino.

A economia vigente é extremamente competitiva onde apenas os mais favorecidos economicamente são beneficiados enquanto que os mais pobres se agregam como subalternos. Logo temos uma minoria privilegiada e uma imensa maioria excluída da sociedade dita “mundializada” e “globalizada”. Portanto um produto dessa atual sociedade é a exclusão social que resulta na fome crônica, no aumento das doenças, no desemprego, na violência, opressão e guerra. (KLIKSBERG, 2006)

Soares (2003) refere que essa nova situação é uma realidade onde os jovens são excluídos do “ser social” e reféns de um mundo globalizado com “desajustes sociais”, conseqüências sociais do ajuste neoliberal, o qual provocou o surgimento de “novas” condições de exclusão social de setores sociais antes incluídos. A noção de desajuste também se dá pelo caráter estrutural das mudanças provocadas.

A polarização de classes faz parte desta realidade e representa um abismo crescente entre ricos e pobres, pois enquanto a concentração de renda favorece os

mais ricos, há uma imensa maioria de pobres e miseráveis que não consegue meios para sobreviver.

Giffin (2007), ressalta os dados da PNUD (1999) os quais destacam que:

Em 1998, as três pessoas mais ricas do planeta tinham posses maiores que o PIB combinado de 48 países 'menos desenvolvidos'; as posses das duzentas pessoas mais ricas superaram a renda combinada de 41% da população mundial, sendo que 4% desta riqueza seria suficiente para proporcionar acesso à educação e à saúde básica, alimentação adequada, água potável e condições sanitárias para todos, e cuidados obstétricos para todas as mulheres do planeta. (GIFFIN, 2007, p. 1156/57)

Esse quadro retrata o aumento das desigualdades sociais e a crueldade das políticas neoliberais que desconsideram e desapropriam o bem público para "mercantilizar" esses recursos com o propósito de aumentar os lucros financiando interesses próprios, ou seja, os interesses do capital.

Portanto, discutir as desigualdades sociais torna-se necessário no sentido de buscar alternativas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva dos jovens, especificamente o aborto clandestino e a gravidez indesejada. De acordo com Barata (et al 1999)

o estudo das desigualdades nas condições de vida e seu impacto na situação de saúde pode trazer informações úteis para a formulação de estratégias de enfrentamento ao problema, baseadas nas características e realidades de cada grupo, aumentando assim a possibilidade de êxito nas intervenções (p.57)

Nesse sentido, é necessário abordar a reprodução das diferenças e a intensificação das desigualdades sociais a partir dos indicadores sociais e suas inter-relações, com o intuito de contribuir na formulação de políticas e programas que integrem alternativas eqüitativas nas ações para a promoção da saúde.

### **1.1.1 - O contexto dos jovens no mundo atual: dados sobre renda, emprego, escolaridade.**

De acordo com Kliksberg (2006)

A década de 1980 foi denominada 'década perdida para o desenvolvimento da América Latina', por causa de seus baixos níveis de crescimento e do aumento da pobreza. Os anos 1990 foram chamados de "década perdida para a equidade", por causa da explosão de desigualdade que a caracterizou. O último quinquênio, 1998-2003, foi chamado 'a meia década perdida', pelas deteriorações que se produziram em indicadores básicos. (p.911)

Dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT) mostram que há 106 milhões de jovens na América Latina na idade entre 15 e 24 anos. Esse número representa o topo demográfico desse grupo populacional, já que as projeções indicam que a partir de 2015 haverá uma queda no crescimento dessa faixa etária. Entre 1970 e 1975 o crescimento foi de 18%; entre 2000 a 2005 cresceu 3,9%; e de 2005 a 2010 só crescerá 1,8%. (OIT,2007)

Essa queda também já é registrada no Brasil, como confirma o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), destacando que o Brasil atualmente é o país da América Latina com o menor percentual infanto-juvenil na faixa etária de 0-14 anos. Apesar do censo 2000 ter registrado um crescimento expressivo de jovens, com cerca de 34,1 milhões, esse segmento deixará de crescer. Segundo dados da PNAD 2006, o percentual de jovens reduziu para 26%, comparados aos dados de 1996 quando era de 31,2%. Portanto, as projeções são que até 2015 essa redução continue, podendo chegar a 25,7%. (IBGE, 2007).

A redução do percentual de jovens, reflete a queda da fecundidade, fenômeno cada vez mais presente em muitos países, e sinaliza o aumento do envelhecimento populacional. Entre 1996 e 2006 manteve-se a proporção de 63% das mulheres em idade reprodutiva (15 e 49 anos) com filhos nascidos vivos. Segundo dados do

IBGE, em 2006 30,9% das mulheres tinha um filho e 35,8% três filhos ou mais, já em 1996 esses dados eram de 25,0% e 44,9 % respectivamente. (IBGE, 2007).

O alargamento da pirâmide etária em relação aos jovens brasileiros, registradas pelo censo 2000 (IBGE), refere-se aos que nasceram nas décadas de 80 e 90 as quais foram marcadas por várias transformações socioeconômicas e políticas, passando por processos de democratização mas com a maioria da população situada abaixo da linha de pobreza e com desigualdades históricas e exclusões acentuadas pelas políticas neo-liberais.

Portanto, estes jovens têm convivido com constantes transformações no mundo socioeconômico, acompanhados pela insegurança, escassez de oportunidades e exclusão. Como consequência, esses aspectos estão associados ao elevado índice no consumo de álcool e drogas, além da violência estrutural e a alta prevalência de doenças sexualmente transmissíveis (Rede Feminista de Saúde, 2004).

Kliksberg (2006), faz uma reflexão interessante quando menciona que há diferenças entre viver na área rural e urbana, entre ser da classe média alta e ser da classe de “novo pobre”, ser branco, negro ou índio, incluindo até mesmo as relações de gênero. Nesse sentido, o autor enfatiza a importância de se analisar e questionar os diversos destinos desse jovem os quais fazem surgir diferentes riscos, vulnerabilidades e oportunidades influenciando as estratégias de vida.

Os indicadores de renda, emprego e escolaridade estão interligados e emitem questões sobre o contexto situacional dos jovens, condicionando sua inserção social. Portanto é necessária uma atenção especial para esse grupo, com elaboração e discussão de indicadores sociais específicos, enfatizando as diferenças estruturais que geram dificuldades para a vida cotidiana dos jovens.

### ***1.1.2 – Relação entre emprego e escolaridade***

A avaliação da relação entre os indicadores de emprego e escolaridade é necessária para a criação de estratégias que criem maiores e melhores

oportunidades para os jovens, pois ambos retratam uma realidade que, na maioria dos casos, é caracterizada como “cruel” e injusta, na medida em que uma juventude sem escola, é uma juventude sem perspectivas de futuro.

Os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 constataram que homens e mulheres jovens apresentam um baixo nível de instrução. Entre os jovens do sexo masculino, 21% tem entre 0-3 anos de estudo, 13% tem 4 anos completos, 42% têm de cinco a oito anos de escolaridade e 24% tem de nove ou mais anos de estudo. Comparando com mulheres jovens, 14% tem entre 0-3 anos de estudo, 12% tem 4 anos completos, 44% cinco a oito anos de escolaridade e 30% tem nove anos ou mais. Esses dados mostram que os homens possuem um nível de instrução mais baixo que as mulheres, podendo ter como causa a necessidade de trabalhar para sustento da família (BEMFAM, 1999).

Segundo a PNDS, houve uma melhora no nível de instrução da população feminina quando se compara com o grupo de gerações anteriores, onde quase 60% das mulheres declararam ter até quatro anos de estudo. (BEMFAM, 1999). Porém essa melhora ainda não é suficiente, visto que o grau de instrução dessas jovens continua em um nível inaceitável.

Outro fator que influencia na instrução dos jovens é o local de residência. Nas áreas rurais 57% das mulheres têm somente até quatro anos de estudo e nas áreas urbanas a maioria (81%) tem cinco ou mais anos de estudo. O nordeste possui o maior percentual de jovens mulheres com o nível mais baixo de escolaridade e as regiões sul, RJ e SP os mais altos. (BEMFAM, 1999).

Em relação aos homens, nas áreas rurais 39% tem até três anos de estudo e apenas 6% completaram o nível médio. A área urbana é a que tem maior percentual de instrução sendo que 15% concluíram o 1º grau e 30% o 2º grau. Esses dados confirmam as grandes disparidades na escolaridade existentes nas diferentes regiões do país, fato que contribui para acentuar as desigualdades sociais.

A síntese de indicadores sociais realizada pelo IBGE mostra que de 1996 a 2006 houve um aumento na taxa de acesso à escola, de 69,5% para 82,2%, porém

a frequência líquida do grupo de adolescentes entre 15 e 17 anos ao ensino médio – nível adequado para essa faixa etária – não atinge metade do segmento populacional, ou seja, 47,1%. Nos estados do Norte e Nordeste, os adolescentes que freqüentam o ensino médio não atingem 30% e Estados como Pará e Alagoas com apenas 28,4% e 25,4%, o que mostra a precariedade escolar nesse segmento de ensino (IBGE, 2007).

De acordo com os dados da PNDS (BEMFAM,1999) a evasão escolar é um grave problema que atinge todas as regiões do país, ocasionada por vários motivos, que na maioria dos casos, independe da vontade dos jovens com diferenças para homens e mulheres, bem como o local de residência.

Na área urbana, o principal motivo foi o de precisar trabalhar e na área rural o difícil acesso. As principais razões mencionadas pelas mulheres jovens, para o abandono da escola, são: necessidade de trabalhar; não gostar de estudar; dificuldade de acesso; gravidez; casamento e a obrigação de cuidar de filhos. Entre os homens os motivos apresentados foram a necessidade de trabalhar para ajudar a família e o fato de não gostar de estudar e na área rural o difícil acesso à escola foi o motivo relevante. (BEMFAM, 1999).

A defasagem escolar é outro problema do sistema do ensino brasileiro e outro fator para a evasão escolar. É o que mostra os dados do IBGE (2007) os quais indicam que 25,7% dos alunos do ensino fundamental estão defasados na correlação idade/série freqüentada, o que representa cerca de 8,3 milhões num universo de 32,5 milhões de estudantes. Em 1996, essa taxa correspondia a 43,9%, o que significa que houve uma redução, porém ainda é um fator preocupante no que se refere à educação dos jovens.

Considerando ainda a análise do IBGE, são várias as causas que podem explicar as elevadas taxas de defasagem: a falta de vagas no pré-escolar, a repetência no sistema seriado, a falta de oferta de escolas no meio rural, o conteúdo carente das escolas de educação infantil e creches, e a evasão escolar, entre outros. (IBGE, 2007)

A baixa escolaridade da população brasileira apresenta-se diretamente relacionada ao trabalho dos jovens. Isso porque a maioria procura o trabalho por necessidade de sobrevivência e outros por busca de independência financeira, sendo em muitos casos o trabalho incompatível com a frequência escolar, o que por sua vez leva à escolha do trabalho em prejuízo à escola. Assim, os jovens enfrentam o problema de escolher entre o trabalho e o estudo ou conciliar ambos, visto que o trabalho passa a ser uma opção bastante comum para os jovens com idade entre 15 e 24 anos na medida em que aumenta a faixa etária. (SILVA E KASSOUF, 2002).

A Unesco (2004) confirma que a alta seletividade do mercado de trabalho dá mais oportunidade àqueles que dispõem de altos níveis educacionais, ocasionando frustração na maioria dos jovens, principalmente os de estratos mais pobres e excluídos, sendo este mais uma razão para o abandono e a deserção escolar. Nesse contexto o documento afirma ainda que:

Tal defasagem entre educação e expectativas de realização se relaciona também com a inserção no mercado de trabalho, já que uma das principais dificuldades que enfrentam é a falta de capacitação apropriada às demandas do mercado de trabalho e de experiência em relação aos adultos. (UNESCO, 2004, p.33)

Principalmente em condições de desemprego maciço, o jovem com baixo grau de instrução, não terá condições de competir no mercado de trabalho, acarretando problemas possíveis, como a migração para o mundo da violência e das drogas.

Em todo caso, a baixa escolaridade reflete em menores oportunidades para os jovens em relação a emprego, deixando-os sem perspectiva para o futuro e, portanto vulneráveis. Nesse sentido Melo (2005) afirma que a vulnerabilidade nesse aspecto mostra como determinados processos sociais conduzem a um evento potencialmente adverso, uma incapacidade de resposta e uma inadequada adaptação das pessoas para a nova situação. Na concepção da autora:

A noção de vulnerabilidade é particularmente útil porque exprime várias situações: identificar grupos que estão em situação de risco social, grupos que devido a padrões comuns de conduta tem probabilidade de sofrer algum evento danoso, identifica grupos que compartilham algum atributo comum e por isso são mais propensos a problemas similares. (p.08)

Na concepção de Soares (2003), o mundo do trabalho é o que mais sofre com os impactos das políticas neoliberais que levaram ao desemprego e à precarização das condições de trabalho, situação onde as maiores vítimas são os jovens que passam do estágio de pequeno trabalho para ocupação provisória.

Quando se analisa o mercado de trabalho em que os jovens estão inseridos, é importante destacar o tipo de emprego o qual essa população está engajada e as dificuldades que enfrentam para sua inserção, como a exigência de experiência prévia e as altas taxas de desemprego.

Na América Latina a taxa de desemprego subiu pronunciadamente nas últimas duas décadas, passando de 6,1% em 1980 para 8,3% em 1990 e a 10,9% no ano 2000. Mas o aumento foi ainda maior nos grupos jovens, apesar de suas supostas vantagens relativas, e seu nível de escolaridade maior. O mercado de trabalho se fez cada vez mais inacessível para amplos setores de jovens. (KLIKSBURG, 2002)

Nessa região os desempregados jovens chegam a 46% do total. Há efetivamente 10 milhões de jovens desempregados, ao mesmo tempo existem 22 milhões de jovens que não estudam nem trabalham e mais de 30 milhões que trabalham na informalidade e em condições precárias. Esse quadro é considerado um obstáculo para o desenvolvimento econômico e social da América Latina, bem como para a redução da pobreza nessa região. (OIT, 2007).

Na análise da Organização Internacional do Trabalho (2007), os homens estão em sua maioria no grupo dos que só trabalham e dos que estudam e trabalham, enquanto as mulheres têm mais presença no grupo dos que só estudam e dos que não estudam e nem trabalham. Isso mostra que a participação da força de

trabalho das mulheres jovens é menor que a dos homens jovens o que reflete diferenças culturais e de gênero, incluindo as dificuldades que as mulheres tem de combinar trabalho e obrigações familiares.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicou uma síntese dos indicadores sociais, dos últimos dez anos (1996 – 2006), analisando as condições de vida da população brasileira, relacionando esses indicadores e suas disparidades. No ano de 2006, em relação ao trabalho, 50,6% dos jovens entre 18 e 19 anos trabalhavam, sendo que apenas 20% conciliavam trabalho com estudo (IBGE, 2007). As diferenciações de gênero nas atividades de trabalho são claras nesta faixa etária: era maior o percentual de rapazes de 18 e 19 anos que trabalhavam (60,8%) do que o de moças (40,5%). Os afazeres domésticos são uma atividade tipicamente feminina, ocupando quatro vezes mais as moças (27,6%) do que os rapazes (6,8%). As moças conseguem com maior frequência se dedicar apenas aos estudos (30%) do que os rapazes (24%). O percentual de rapazes que não realiza nenhuma atividade, 8,4%, é bem maior do que o de moças, 1,9%.(IBGE, 2007)

No grupo de 20 a 24 anos, 64,4% trabalhavam e destes apenas 14,7% conciliavam o trabalho com o estudo. Mais da metade (54,5%) dos jovens trabalhadores entre 16 e 24 anos recebem até um salário mínimo e cumprem uma jornada de 40 a 44 horas semanais. (IBGE, 2007)

Um estudo realizado pelo economista Márcio Pochmann sobre a *Situação do jovem no mercado de trabalho no Brasil*, mostra que de cada 100 jovens<sup>2</sup> que ingressaram no mercado de trabalho nos últimos 10 anos, 55 ficaram desempregados e apenas 45 encontraram uma ocupação. No período de 1995 a 2005 o desemprego entre a população jovem, entre 15 e 24 anos, cresceu muito mais do que para as demais faixas etárias. (POCHMANN, 2007)

Utilizando os dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (IBGE), o economista afirma que, em 2005, a quantidade de jovens sem emprego

---

<sup>2</sup> Esse estudo considerou como jovem a parcela da população localizada na faixa etária de 15 a 24 anos.

era quase 107% superior a de 1995. Para o resto da população, o desemprego foi 90,5% superior nos últimos 10 anos. A expansão do desemprego também foi maior entre os jovens. Variou 70,2% para os jovens (de 11,4% em 1995 para 19,4% em 2005). Para o resto da população economicamente ativa, variou 44,2% (de 4,3% para 6,2%). Pochmann mostra que o país não conseguiu manter os jovens empregados por um longo tempo, pois na sua análise conclui que o jovem (hoje) consegue alguma ocupação, algum “bico”, estágio, mas no momento seguinte ele está desempregado. (POCHMANN, 2007)

O difícil acesso dos jovens no mercado de trabalho tem como uma das causas a precarização do trabalho e a “flexibilidade” dos mercados mundiais no atual contexto. Lagos (1994) menciona que, nos países em desenvolvimento, a questão da “flexibilidade” do trabalho, vem sendo discutida com ênfase na reforma das leis trabalhistas que afetam a segurança do emprego e diminuem os custos trabalhistas indiretos. O autor concorda que a “flexibilidade” consiste no ajuste da força, das horas de trabalho e da estrutura social, às condições econômicas instáveis e flutuantes (LAGOS 1994).

Giffin (2007) refere-se à “flexibilização” do mercado de trabalho como um dos pilares de sustentação para as reformas neoliberais, com “abandono de políticas de proteção ao emprego e retrocesso nos direitos e nas organizações trabalhistas” (p.1156). É preciso esclarecer que ter um bom nível de instrução não significa garantia de emprego, pois o mundo globalizado e neoliberal reflete mercados cada vez mais exigentes quanto à qualificação e ao mesmo tempo cada vez menores. Dados dos países centrais mostram que mesmo os trabalhadores jovens com nível superior estão sofrendo de desemprego de tempo longo e com salários diminuídos desde 2000 (GIFFIN, 2007).

O emprego entre os jovens também pode ser analisado sob a ótica da classe social a qual pertencem. É o que Kliksberg (2006) conclui quando afirma que os mais favorecidos economicamente adiam sua entrada no mercado de trabalho, prolongando os estudos para se adequar às exigências de qualificação desse mercado. Enquanto que os mais pobres são obrigados a trabalhar o quanto antes

para gerar alguma renda, refletindo em taxas de desemprego três vezes mais alta do que os ricos.

O emprego e a educação são meios que os jovens têm para tentar garantir um futuro com melhores oportunidades, segundo a OIT. A inserção no mercado de trabalho é essencial para os jovens tornarem-se cidadãos, uma vez que o jovem com oportunidades de emprego é um jovem menos vulnerável para situações de violência (OIT, 2007).

Nesse sentido, a precoce entrada desses jovens no mercado de trabalho, acompanhada da evasão escolar, do baixo grau de escolaridade e da redução na qualidade da educação, reduzem as chances de terem condições de acesso a um trabalho digno e com melhores oportunidades de emprego levando-os para o mercado informal e sem muitas chances de sair da pobreza, uma vez que o atual mercado de trabalho no mundo globalizado, inadequado face às necessidades da população, sendo altamente excludente, competitivo e, sobretudo, exige cada vez mais qualificação.

Seguindo esse raciocínio, percebemos que a juventude brasileira está exposta a um quadro de desigualdade e concentração de renda que afeta todo o país, configurando um cenário onde parcela significativa dos jovens não tem acesso aos insumos, em especial educação e trabalho de qualidades, fundamentais para o seu desenvolvimento e inclusão como cidadão.

Defrontados com essa realidade excludente, resta aos jovens das camadas com menores rendas, reverem suas estratégias de ascensão profissional, se desfazendo dos sonhos com a universidade e profissões de prestígio social. Para uns a opção é a inserção precoce no mercado de trabalho em postos de má qualificação e remuneração. Para outros essa opção acaba descaracterizando o trabalho como uma atividade capaz de ir além de meio de sobrevivência, abrindo a possibilidade de buscarem na atividade criminosa os recursos para ascensão social e econômica que desejam.

### **1.1.3 – Dados sobre renda**

Atualmente os termos “*pobreza*” e “*exclusão social*” têm sido muito utilizados para abordar assuntos sobre desigualdades sociais. Lopes (2006) analisa esses termos definindo concepções diferentes para cada um deles. A pobreza estaria relacionada aos desdobramentos das relações históricas e estruturais de oposição entre os interesses de classes, enquanto que a exclusão social seria uma condição produzida pelo neoliberalismo, “caracterizada pela estratégia de sobredeterminação constantes dos termos que fundam e reproduzem os jogos contemporâneos entre mercado, trabalho, Estados, poder e desejos” (p.13).

Barros et al. (2000) apresentam dados que constata, mais uma vez, o fato inegável que o Brasil é um país com extremas desigualdades na distribuição de renda e elevados níveis de pobreza, com parte da população excluída do acesso a condições mínimas de dignidade e cidadania. “O Brasil não é um país pobre, mas um país com muitos pobres” (p.123) Essa desigualdade tem como principal determinante a desigualdade na distribuição de renda e de oportunidades de inclusão econômica e social.

Nesse sentido, Barros et al (2000) afirma que “a pobreza não pode ser definida de forma única e universal.” Isso porque existem variáveis que devem ser consideradas como as situações de carência dos indivíduos os quais “não conseguem manter um padrão mínimo de vida condizente com as referências socialmente estabelecidas em cada contexto histórico.” (p.124)

A pobreza foi definida por esse autor como insuficiência de renda, ou seja, em famílias que vivem com renda familiar per capita inferior ao nível mínimo necessário para atender suas necessidades básicas. Na sua concepção a magnitude da pobreza está diretamente relacionada ao número de pessoas vivendo em famílias com renda per capita abaixo da linha de pobreza e à distância entre a renda per capita de cada família pobre e a linha de pobreza.

O Unicef, em seu relatório sobre a situação da infância no Brasil em 2005, conceitua pobreza como um fator de privação e apresenta indicadores que compõe

um conceito multidimensional de pobreza que vão além da simples análise de renda familiar: a pobreza de renda; a mortalidade infantil; a falta de acesso à água potável; a falta de serviços de saneamento básico; a falta de acesso à educação e a má qualidade do ensino. De acordo o relatório 27,4 milhões de crianças brasileiras vivem em famílias com meio salário mínimo ou menos por pessoa (UNICEF, 2005).

Este relatório destaca ainda que estas crianças e adolescentes pobres estão mais concentrados em municípios das regiões Norte e Nordeste. Na região Norte 60% das meninas e meninos vivem em famílias com renda de até meio salário mínimo por pessoa. Na região Nordeste, esse percentual ultrapassa 68%, com municípios chegando a mais de 96% de crianças e adolescentes nessa situação. (UNICEF, 2005) Esses dados mostram como a pobreza no Brasil atinge a infância e a adolescência, variando a concentração de acordo com a área demográfica e atingindo grupos específicos.

As desigualdades regionais mais uma vez estão presentes nos dados produzidos pelo IBGE, pois na região Nordeste registrou-se um maior número de famílias, cerca de 63,1% com crianças até 14 anos de idade, que estão na faixa mais baixa de rendimento. Entre os estados, os maiores percentuais foram encontrados em Alagoas (69,2%), Ceará (67,6%) e Piauí (66,0%). Em contraposição, o Sul é a região onde esta proporção foi menor, 26,5%, sendo o percentual mais baixo encontrado em Santa Catarina, 16,6%” (IBGE, 2007). Analisando esses dados, constatamos que a falta de emprego decente é um obstáculo para que essas famílias tenham uma vida digna e condições de reprodução humana.

No *Relatório de Desenvolvimento Juvenil 2003* publicado pela UNESCO, Waiselfisz faz uma análise da situação dos jovens da América Latina, com comentários específicos sobre a juventude brasileira, avaliando as áreas mais estratégicas e representativas da qualidade de vida dos jovens. Está organizado em três partes – educação, renda e saúde – mostrando as heterogeneidades existentes nos diferentes estados brasileiros, que, por sua vez, são marcadas pelas históricas desigualdades sociais, expressas também em termos de raça, sexo e quadro domiciliar (UNESCO, 2004).

Em síntese, o relatório confirma que há grandes desigualdades regionais, pois a renda familiar *per capita* (RFPC) dos jovens, medida em salários mínimos é de 1,46 para todo o Brasil, porém em Brasília chega a 2,46 e em Alagoas é de 0,73. Outro dado de desigualdade refere-se a cor/raça, pois os jovens brancos situam-se em famílias com RFPC de 2 salários mínimos enquanto que as famílias dos jovens negros com 0,9 salário mínimo. Há, portanto, um grande grupo de jovens de famílias de baixa renda que une, o que o relatório denomina “círculo da desigualdade”, pois esses jovens começam a trabalhar cada vez mais cedo, entre 15 e 17 anos, muitos não chegando ao ensino médio, deixando, portanto de estudar, o que os impedem de sair da faixa de baixa renda (UNESCO, 2004).

A partir das dimensões apresentadas, concordamos com Abramovay (2002) quando afirma que a concentração de renda associada com a tímida abrangência de políticas públicas para a juventude, que possibilitem ao jovem inserir-se na sociedade mais capacitado para os desafios da modernidade, acaba colocando esse jovem em uma situação de perigosa vulnerabilidade social. O não acesso a determinados insumos como educação, trabalho, lazer e cultura, são indicadores que diminuem as chances de aquisição e aperfeiçoamento de recursos materiais fundamentais para que os jovens possam ter oportunidades ou até ascender socialmente.

Percebemos com esses dados e suas inter-relações que o Brasil é um país de com grandes dimensões e disparidades regionais acentuadas, tanto na área urbana como na área rural, além das diferenças de classe social. As diferenças socioculturais, econômicas e outras existentes entre o modo de vida urbano e rural podem implicar em necessidades de saúde diferenciadas para adolescentes e jovens de ambos os contextos, contribuindo para as iniquidades em saúde.

Essas iniquidades reiteram a necessidade de se optar por novas alternativas na ação de saúde pública, orientadas a combater o sofrimento causado pelas enfermidades do atraso e da pobreza, ao que se sobrepõe ao causado pela polarização mundial com o avanço das desigualdades e da exclusão.

Boff e Boff (2001, p.15) em sua obra *Como fazer teologia da libertação*, enfatizam que quando se referem aos oprimidos, ao “pobre”, não se restringem ao pobre individual, mas a um coletivo:

são os operários explorados pelo sistema capitalista; são os subempregados, os marginalizados do sistema produtivo – exército de reserva sempre à mão para substituir os empregados – são os peões e os posseiros do campo, bóias-frias como mão de obra sazonal.

Todo esse contexto social e histórico dos oprimidos constitui o pobre como fenômeno social, ou seja, fruto da própria organização econômica da sociedade, que a uns explora e a outros exclui. Esta concepção de oprimidos sociais ou pobres pode ser expandida, ao considerarmos a opressão étnica (índios), a opressão racial (negros) e a opressão sexual (mulheres), as quais podem gerar segregações e discriminações sociais. (Boff e Boff, 2001).

Podemos de certa forma relacionar que, as sociedades mais “doentes” também são as mais “pobres” e vice versa, pois os determinantes de saúde, sejam individuais ou ambientais, são exacerbados na interação entre os dois. Isto coloca a necessidade de que aos determinantes socioeconômicos e culturais, seja dada maior atenção para discutirmos promoção da saúde, em especial nos países em desenvolvimento onde as condições sociais da reprodução humana e social estão ameaçadas.

## **1.2 - Políticas Públicas em Saúde, Sexualidade e Juventude**

De acordo com o Ministério da Saúde a adolescência e a juventude são fases da vida com necessidades, potencialidades e vivências presentes em todos os aspectos da vida social, inclusive na sexualidade, na reprodução e na saúde, que devem ser vividas de forma plena com todos os direitos e responsabilidades inerentes a elas. (BRASIL, 2006a).

Nas últimas décadas, apesar de alguns recuos e avanços, houve uma evolução nas políticas públicas dirigidas à população jovem brasileira como a

criação do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente, a normatização do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (PAISMCA), o Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PROSAD) e o Programa de Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/AIDS, incluindo a educação sexual nos parâmetros curriculares nacionais. (Pimenta *et al*/2000, apud Rios, *et al*/2002).

Apesar disso, as políticas públicas relacionadas ao jovem ainda estão muito restritas ao modelo médico biológico, sem integrar questões sociais que regem o comportamento dos indivíduos e de grupos. Rios, *et al* (2002) utilizam um termo citado por Arilha & Calazans (1998) declarando que a abordagem da educação sexual é “preventista”, abordagem criticada pela autora Simone Monteiro (apud Rios, *et al*/2002) como uma forma pretensiosa de tentar mudar o comportamento do outro, desconsiderando sua forma de pensar e agir.

Paralelo ao termo “preventista” está o de “risco”, com a retórica do medo, da violência e do horror diante de uma juventude que é encarada como problema social, que necessita ser resolvido. (LYRA *et al*, 2002). Nesse contexto, o termo risco aparece em expressões como “gravidez de **risco**, **risco** de contrair o HIV, **risco** de uso de drogas ilícitas, **risco** de vida frente à violência”. Essas expressões definem e afirmam a juventude e adolescência como problema social possibilitando a construção de uma nova expressão: “a prevenção da adolescência”. (MEDRADO e LYRA, 1999 apud LYRA *et al*, 2002, p.11)

Castro, Abramovay e Silva (2004) afirmam que, segundo a Coordenação de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, os jovens têm pouco acesso aos serviços de saúde reprodutiva e sexual, pois esses em sua maioria são utilizados pelas mulheres casadas ou casais, inibindo a presença do jovem, além de serem voltados para a população feminina. Os dados da PNAD de 1998 mostram que as mulheres buscam mais os serviços a partir dos 14 anos de idade, o que demonstra relação direta com a idade reprodutiva. No início da adolescência, são os homens que buscam mais os serviços. As razões de busca aos serviços de saúde são diferentes entre homens e mulheres jovens: os primeiros, dos 10 a 19 anos, costumam utilizar-

se mais dos serviços odontológicos, enquanto as mulheres adolescentes e jovens buscam o serviço de atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério. (BRASIL, 2006a)

Os jovens do sexo masculino pouco utilizam os serviços de saúde com o objetivo de cuidar de sua saúde sexual e saúde reprodutiva, assim como no atendimento em planejamento familiar. Sua frequência nos serviços de saúde, especialmente na atenção básica, se dá, sobretudo em virtude de agravos relacionados a doenças ou acidentes e lesões. A relação entre as doenças e acidentes sofridos e sua saúde reprodutiva não é investigada.

Um estudo realizado sobre a atenção à saúde dos adolescentes, a partir da percepção de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família do Município de Londrina no Paraná, revelou que os profissionais referem dificuldades no trato diário com esse grupo etário, pois os jovens não comparecem ao serviço, causando-lhes frustração, desmotivação, mal-estar e até mesmo irritação. Sendo assim, na concepção desses profissionais, o adolescente recebe atendimento no serviço, mas não de forma sistematizada e sim de acordo com a demanda da unidade, adiando assim a organização de trabalho com esse grupo etário. (FERRARI et al, 2006) Este fato está relacionado à idéia socialmente vigente de que homens não cuidam de sua própria saúde e, muito menos, dos cuidados inerentes a uma boa saúde sexual e saúde reprodutiva (BRASIL, 2006a, p.. 25).

Segundo Cartana (2005) as transformações demográficas relacionadas às mudanças sociais e econômicas, além de fatores como fecundidade, mortalidade, migração e urbanização impactaram o funcionamento dos serviços de saúde, exigindo uma nova postura de superar as formas tradicionais e hegemônicas de compreender a adolescência que configuram a atenção desse grupo específico. Nesse sentido, a saúde reprodutiva deve ser abordada de forma ampla, respeitando sua complexidade e deixando para trás a restrição à atenção materno-infantil e aos procedimentos obstétricos e ginecológicos.

Nesse sentido, é necessário ampliar o foco das políticas públicas direcionadas à juventude, abordando temas como *juventude, sexualidade e reprodução* a partir de uma ótica pluridisciplinar que amplia a compreensão dos processos de aprendizado

da sexualidade, das formas de interação afetivas e sexuais entre os parceiros, das prescrições dos papéis de gênero e, por fim, do desenrolar das trajetórias juvenis, em face dos eventos relativos à saúde, reprodução, sexualidade e exposição às doenças sexualmente transmissíveis (HEILBORN et al 2006).

O grande desafio para uma política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens é o de programar ações de saúde que atendam às especificidades desta população, de modo integral, respondendo às demandas condicionadas pelas distintas situações de vida dos adolescentes e jovens do País. Estas ações devem considerar as desigualdades de gênero, baseadas na raça/cor, na orientação sexual e na classe social, considerando as diferenças culturais e as desigualdades socioeconômicas entre as diferentes regiões do país e seu impacto na situação de saúde e na organização das ações.

Além disso, afirmamos que é importante que essas políticas acompanhem as transformações no mundo do trabalho e inserção social desses jovens, que vivem numa sociedade detentora de grandes desafios sociais, estruturais e político-econômicos.

### ***1.3- Sexualidade contemporânea e as condições sociais da reprodução humana.***

As estatísticas sobre Aids e a gravidez na adolescência, caracterizam a sexualidade dos jovens como um problema social, ressaltando as conseqüências negativas da atividade sexual na adolescência, podendo ser encarada como um problema de saúde pública, além de um problema moral (PAIVA, 1994).

Por outro lado, sexualidade pode ser visto, idealmente, como um processo de aprendizado que se acelera na adolescência e na juventude, no qual os jovens constituem um domínio de autonomia individual. Desta ótica, a gravidez na adolescência pode apresentar-se como uma possível ocorrência num cenário de

busca pela individualidade e experimentação amorosa e como consequência desse aprendizado (HEILBORN et al 2006).

Os estudos da sexualidade nos diversos ramos das ciências sociais e humanas mostram que “não existe abordagem unitária da sexualidade [...]” (LOYOLA, 1999 apud SANTOS, 2006). Segundo estas autoras, a sexualidade pode ser definida sob dois enfoques diferentes: um que lhe confere um estatuto autônomo, no qual o prazer e o erotismo ocupam um lugar de destaque; outro que tenta repensar a sexualidade em bases relacionais na diferença entre os sexos, o que implica uma autonomia apenas relativa, com muitas outras articulações temáticas, principalmente com os sistemas de poder e dominação.

Adotamos essa segunda abordagem que tem impulsionado as ciências sociais a repensar as relações entre os sexos, a sexualidade e a reprodução biológica e social, o que leva ao encontro das relações de dominação de um sexo sobre o outro e a toda uma ampla estrutura de relações sociais que condicionam a autonomia nas relações sexuais (SANTOS, 2006). Podemos considerar também que a sexualidade refere-se a uma dimensão íntima e relacional com diversos significados para grupos específicos variando os nexos estabelecidos entre essa dimensão e as demais da vida social (HEILBORN E BRANDÃO, 1999; HEILBORN, 1999).

Certa dissociação entre sexualidade e reprodução biológica da espécie ocorreu a partir do desenvolvimento dos métodos contraceptivos hormonais, nos anos 60. Com a epidemia da Aids nos anos 80, um novo impulso e uma certa legitimação foram dadas às investigações sobre as representações sociais ligadas à sexualidade. (HEILBORN e BRANDÃO, 1999).

Nas últimas décadas a sociedade brasileira mudou seus valores em relação à sexualidade. Mudanças na estrutura da composição familiar, da moralidade e influência da religião na vida das pessoas alteraram a experiência da vida sexual, onde “valores e práticas não existem de maneira independente do contexto em que ocorrem” (ARILHA E CALAZANS, 1998 apud RIOS et al, 2002, p.62).

Na sociedade contemporânea, são muitos os significados da sexualidade devido à importância dos fatores sócio culturais e dos padrões e experiências individuais. Para Gama (1997), ela se apresenta como uma experiência culturalmente informada e moldada pelo mundo interno e material.

A compreensão dos processos relativos à sexualidade na juventude requer que ocorra uma mudança da concepção negativa e moralista que circunscreve este período da vida e também este tema, sendo fundamental a compreensão de como os adolescentes vêm amando e se relacionando nos dias atuais. Vários fatores, tais como gênero, valores culturais, condições socioeconômicas e nível educacional influenciam a cultura e as práticas sexuais dos adolescentes.

Silva (2002) aponta vários fatores da vida moderna que alteraram os padrões e as atitudes sexuais e amorosas dos jovens ao longo dos anos, como a maior participação das mulheres no mercado de trabalho e a sua maior frequência em escolas, cursos e faculdades devido à necessidade de profissionalização para ambos os sexos (SILVA, 2002).

Para Souza e Paiva (2002), seguindo um consenso dos estudos de gênero, homens e mulheres apresentam comportamentos sexuais diferenciados em decorrência do processo de socialização que experimentam ao longo de suas vidas, o que infere em padrões diferenciados de vulnerabilidade entre eles.

Richard Parker (1991, apud Paiva, 1994, p. 233) afirma a existência de uma cultura sexual brasileira hegemônica em que se articulam pelo menos cinco subsistemas ideológicos:

1. uma ideologia de gênero patriarcal cujas polaridades são o feminino/passivo e o masculino/ativo.
2. o discurso religioso judaico-cristão da tradição ibérica onde os valores são o casamento, a monogamia e o sexo procriativo.
3. o discurso da higiene social do século XIX em que se define a sexualidade saudável e a doentia.
4. o discurso feito pela "ciência moderna do sexo", que enfatiza a informação científica sobre o sexo, a escolha individual e as verdades pessoais.
5. a ideologia do erótico, aquela que define o brasileiro como sensual e sedutor, cuja norma é transgredir a norma para obter prazer, um

subsistema que surge com mais força na constituição dos grandes centros urbanos no século XX, mas que sempre esteve presente articulado com os outros, como contra-subsistema.

Em relação ao último subsistema citado, podemos refletir que a busca pelo prazer e a “liberalização sexual” são aspectos que devem ser considerados na discussão sobre como estrutura-se a sexualidade dos jovens, moldados por essa “liberdade” onde “tudo” é permitido tendo como conseqüências a gravidez indesejada, o aborto e infecção pelas DST/AIDS.

Apontamos ainda, nesta conceitualização, uma contradição entre a “passividade feminina” da ideologia patriarcal e a “norma de transgredir”, cuja resolução pede uma análise de gênero na sexualidade.

Na sua reflexão sobre a sexualidade contemporânea, Caridade (1999a) utiliza a análise de Guy Debord (1997), em *Sociedade do Espetáculo*, sobre a vida no tipo de sociedade em que vivemos:

uma sociedade em que a vida é pobre e na qual os indivíduos são obrigados a contemplar e consumir passivamente imagens de tudo o que lhes falta na vida real. A vida torna-se assim uma imensa acumulação de espetáculos. Na medida em que assiste passivamente aos espetáculos, o indivíduo aliena-se, não vive, consome imagens e ilusão (CARIDADE, 1999a, p. 207).

A respeito da lógica da *Sociedade do Espetáculo*, Guy Debord (1997 apud CARIDADE, 1999a, p. 207) conclui que "o espetáculo é a afirmação da aparência e a afirmação de toda a vida humana - isto é, social - como simples aparência". Na concepção de Caridade (1999a) a sexualidade dos jovens enfrenta uma realidade que valoriza a beleza do corpo, estimulada pelo consumo, onde o que vale é a aparência. A autora afirma também que essa sexualidade é vivida no corpo e não na pessoa e onde a quantidade das experiências supera a qualidade, e o desempenho e a sensação superam ao sentimento.

A autora acrescenta ainda que é nesse contexto do aparente, do revelado, do espetacular, que a sexualidade é mostrada e vendida como mercadoria:

instaurado o império do 'consumo feliz', a sexualidade é posta e vendida como a mais universal das mercadorias. Pelo corpo feminino ela é exposta e revelada não só como mercadoria, mas também como apelo de consumo. ( CARIDADE 1999b, p.18-19).

Nesse sentido a autora afirma que a sexualidade é esvaziada de seu sentido relacional onde o sujeito torna-se objeto.

Bauman (1998 apud Caridade, 1999a, p. 208) compara a modernidade e a pós-modernidade distinguindo que os mal-estares da primeira provinham de uma espécie de segurança que tolerava uma liberdade pequena demais na busca da felicidade individual, enquanto os da última provêm de uma espécie de liberdade de procura do prazer que tolera uma segurança individual pequena demais.

Caridade conclui que o contexto pós-moderno da vivência do sexo tem como características a *liberdade* e a *insegurança*. Cabe uma reflexão sobre esses termos adotados por Caridade (1999a). A vivência da sexualidade pelos jovens no âmbito da 'liberdade' está relacionada às práticas sexuais pré-conjugais dissociada da reprodução, enquanto que a insegurança é ocasionada pelo fato de vivermos em sociedade desigual, tanto no aspecto social, quanto ao acesso às informações e serviços de saúde, além da exposição e risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, intensificado pela pandemia da Aids.

Ou seja: um maior estímulo às práticas sexuais em relações instáveis é contextualizado por uma insegurança vital no acesso à proteção da saúde e nas condições sócias da reprodução humana. Sem dúvida, uma situação que favoreça o recurso do aborto clandestino.

#### **1.4 - O aborto como processo de *desfiliação*: arranjos familiares, trabalho, gênero e vulnerabilidade relacional**

Vivemos em um novo século em que os processos econômicos e socioculturais vividos pela sociedade contemporânea assim como a diversidade de

aspectos culturais que propiciam maior “sexualização” de comportamento, influenciaram no padrão de organização da família com contornos diferenciados.

Na concepção de Amazonas et al, (2003), as modificações socioeconômicas e culturais alteraram os vínculos familiares e os papéis destinados a cada sexo, antes fortemente delimitados, hoje se encontram mais flexibilizados.

Castel (1994) analisa dados nacionais da França mostrando que esses movimentos, de transformação na estrutura familiar, são refletidos em um grande número de divórcios, que triplicou entre 1960 e 1987, de concubinatos (2,8% de casais não casados em 1968, 7,4% em 1985), de nascimentos ilegítimos (de 5,9% em 1960 a 21,9 em 1986), e de família monoparentais (isto é compostas de uma pessoa sem cônjuge e com filhos) cujo efetivo aproxima-se de um milhão em 1987, ou seja, 12,5% de famílias.

Montali (2000) analisando dados do IBGE de 1995 confirma que na década de 80 houve um crescimento no país do número de membros da família que trabalham, reduzindo-se assim a proporção de famílias em que apenas uma pessoa trabalha de 46,8%, em 1981, para 42,4% em 1989.

A família passa então, a representar nesse novo contexto, reorganizando uma zona de divisão funcional segundo o sexo. Incluídas nessa mudança, está a maior participação das mulheres no mercado de trabalho, seja pela necessidade de satisfazer as demandas de consumo e bem estar familiar ou pelo impacto ideológico dos movimentos em prol da mulher, o que contribuiu para uma mudança nas relações familiares (SALINAS et al, 1994).

Esse modelo trouxe novas oportunidades para as mulheres participarem da “esfera pública”, mas é desigual quando se refere ao tempo investido pelos homens para a “esfera privada”, determinando uma divisão sexual do trabalho com um forte viés de gênero (SORJ, FONTES, MACHADO, 2007).

Sorj, Fontes e Machado (2007), destacam que em muitos países,

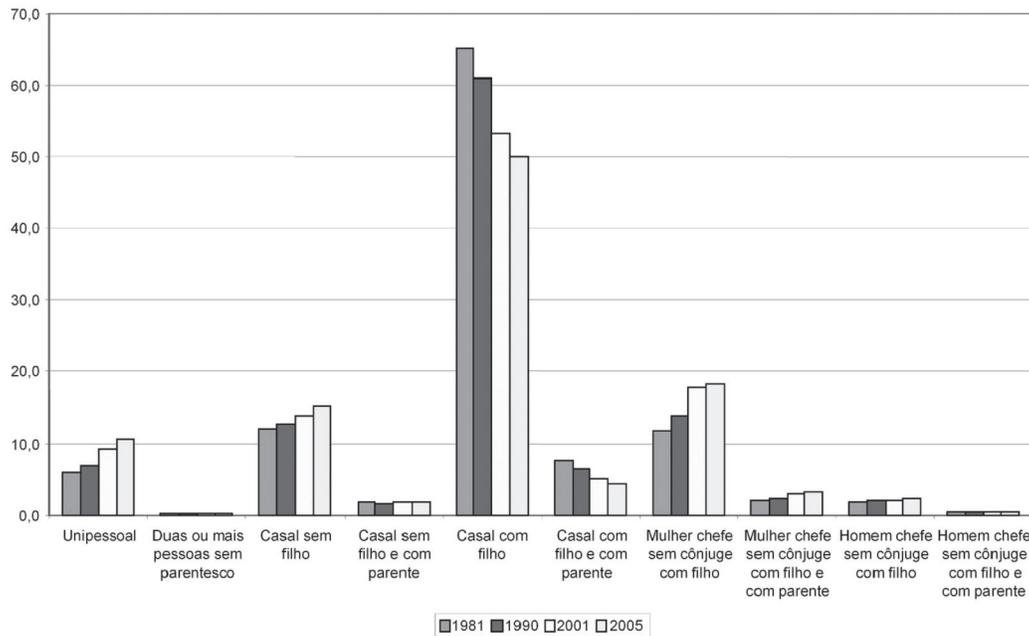
o modelo “tradicional” do homem provedor e da mulher dedicada aos cuidados da família foi sendo substituído por um modelo no qual mulheres e homens se inserem no mercado de trabalho mas os cuidados com a família permanecem, em grande medida, uma tarefa realizada apenas pelas primeiras (p.574)

Para Montali (2000) também, os novos arranjos familiares expressam ajustes entre as dinâmicas de transformação da família e das atividades econômicas as quais indicam mais do que simples ajustes no sentido em que repercutem sobre as relações familiares de autoridade e de negociação, afetando mutuamente as relações internas à família e as possibilidades de inserção de seus componentes no mercado de trabalho. Considerando esses aspectos a autora afirma que o trabalho da mulher e dos filhos, anteriormente visto como complementar ao do chefe reforçava padrões culturais do homem como provedor. Nesse sentido, as modificações atuais nos arranjos familiares perpassam pela **impossibilidade** de efetivação do padrão antes culturalmente dominante, o que provoca uma nova divisão sexual do trabalho na família com a redefinição dos papéis de gênero que trará reflexos tanto para família como na disponibilidade para o mercado de trabalho (MONTALI, 2000).

Segundo Giffin (2002), atualmente atravessamos uma “*transição de gênero*” que se deve às dificuldades dos homens sustentarem sozinhos suas famílias, à nova condição da mulher no mercado de trabalho, sendo que muitas são as provedoras do lar, refletindo mudanças tanto da condição feminina quanto da masculina. Ainda que haja uma atualização ideológica dos gêneros no sentido de apontar uma “nova mulher”, ou uma “emancipação feminina”, essa nova situação permite um aprofundamento nas desigualdades de gênero e classe, e oferece novas fontes de conflito entre os gêneros, visto que essa “nova mulher” está interligada à dupla jornada de trabalho e à exploração maior da sua força de trabalho (GIFFIN, 2002).

Os resultados da Pesquisa Nacional de Amostra em Domicílios (PNAD) de 2006 mostraram que os arranjos familiares mantêm tendências já verificadas nos últimos 10 anos como: crescimento da proporção de pessoas que vivem sozinhas, dos casais sem filhos, das mulheres sem cônjuge e com filhos na chefia das famílias

e, também, uma redução da proporção dos casais com filhos (IBGE, 2007), como podemos verificar no gráfico abaixo:



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1996/2006.

Sorj, Fontes e Machado (2007) analisando esses mesmos dados do IBGE, confirmam que embora a maior parte das famílias ainda seja composta por casais com filhos (50%), houve uma forte retração no número de famílias com essa estrutura (em 1981, o percentual de famílias desse tipo era de 65%). Em compensação, houve um crescimento expressivo do número de famílias compostas por chefes mulheres e filhos sem a presença do cônjuge, isto é, as famílias monoparentais femininas. Esse tipo de família é o segundo mais comum e passou de 12% nos anos 80 para 18% em 2006.

Para Montali (2000) o crescimento das famílias chefiadas por mulheres não é traduzido somente pela transição demográfica ou alterações dos padrões de nupcialidade, mas a um complexo conjunto de fenômenos destacando aqueles que articulam estruturas produtivas e estruturas familiares. Para a autora, as transformações da família estão relacionadas aos novos papéis que a mulher vem assumindo na sociedade, como a sua participação cada vez maior no mercado de trabalho.

Porém o aumento da participação de mulheres no mercado de trabalho não significa que essas são bem sucedidas, pois muitas trabalham para garantir sua subsistência e de seus filhos e como afirma Montali (2000), uma parcela importante das famílias chefiadas por mulheres apresenta nível acentuado de pobreza.

Amazonas et al, (2003) afirmam que :

É certo que essas posições de gênero persistem nas relações familiares ainda no momento atual, porém muito mais enquanto um ideal a ser perseguido do que uma realidade concreta. No cotidiano destas famílias essa divisão de trabalho por sexo não mais se sustenta, principalmente nas famílias das camadas populares, onde o trabalho feminino é vital para a existência e, aliado a outros fatores, como desemprego masculino, uso de álcool e outras drogas, seguramente enfraquece o poder do homem (p.13).

De acordo com o IBGE (2007) a precária situação econômica das famílias monoparentais, em especial, as femininas, correspondiam em 2006, a aproximadamente 10,7 milhões, sendo que 47% viviam com até  $\frac{3}{4}$  de salário mínimo.

Para Montali (2000) o aumento do desemprego, a precarização das relações de trabalho, são aspectos que provocaram mudanças na inserção dos diferentes componentes da família no mercado de trabalho e deterioração da renda familiar.

Nos últimos anos houve um crescimento do trabalho informal com um grande contingente de trabalhadores desprotegidos de direitos trabalhistas básicos, destacando as cônjuges e chefes de famílias monoparentais que estão proporcionalmente mais representadas no segmento informal da economia. Portanto algumas tendências de arranjos familiares e a composição sexual do mercado de trabalho refletem na ausência de uma nova concepção e práticas sociais que reforça o modelo desigual de divisão sexual do trabalho limitando as oportunidades de trabalho, principalmente de mulheres com filhos dependentes (SORJ, FONTES E MACHADO 2007).

Sorj, Fontes e Machado (2007) afirmam que os sistemas tradicionais que se apóiam na ajuda de parentes ainda desempenham importante papel, notadamente para as famílias monoparentais femininas. Destacam ainda, que as mulheres em famílias monoparentais com filhos, inserem-se no mercado de trabalho em ocupações de menor qualidade, quando comparadas às condições de trabalho dos homens, em qualquer posição na família e, também, às de mulheres que não têm filhos, inserindo em ocupações com rendimentos mensais baixos e com jornadas parciais de trabalho.

Para estas autoras a insuficiência de políticas públicas que facilitem a relação trabalho e cuidados da família, repercute nas oportunidades laborais das mulheres, pois muitas se dividem entre o trabalho e o cuidado com as crianças, sendo cada vez mais as únicas responsáveis pelo sustento da família. Ressaltam ainda que as instituições educacionais, bem como creches e pré-escolas, funcionam em tempo parcial, sendo um problema para as mulheres, sobretudo as de baixa renda, que trabalham e não dispõem de recursos para a contratação de empregadas doméstica, ficando portanto, dependentes de outros parentes, vizinhos ou amigos para que fiquem com a criança até o retorno do trabalho (SORJ, FONTES E MACHADO 2007).

No que se refere às famílias chefiadas por mulheres, faz mister considerarmos os argumentos de Amazonas et al (2003) os quais consideram que o ideal de homem provedor ainda existe tanto para eles quanto para o imaginário social. Sua “fragilização”, composta pelo fato de não serem mais a referência econômica da família, sugere que eles não têm condições de sustentar os filhos o que significa o outro lado das famílias chefiadas por mulheres.

Bilac ressalta que nos casos das famílias monoparentais, a troca constante de parceiro e as sucessivas uniões dessas mulheres, chamada de ‘monogamia seriada’, reflete da impossibilidade de realização de um modelo ideal de família (mãe em casa, pai no trabalho e criança na escola) significando um esforço de manter no lar a figura do provedor. (1995 apud Amazonas et al, 2003)

A família monoparental, chefiada na maioria dos casos pela mãe, bem como a dificuldade de um jovem casal em pagar as contas e o aluguel, é expressa por Castel (1994) como um modo particular de dissociação do vínculo social que faz parte do processo que ele chama de “*desfiliação*”. Crianças sem pai, mães e viúvas sem proteção podem ser incluídos em uma lista dos “novos pobres, famílias monoparentais e desempregados de longa duração” (p.21), compondo, segundo o autor, situações de dissociação familiar (CASTEL, 1994).

O autor classifica os novos arranjos familiares em diferentes zonas do espaço social, conforme o grau de integração que elas asseguram, num contexto de fatores contemporâneos de dissociação social, dentre elas a precariedade do trabalho (assalariados em tempo parcial, contratos com duração determinada, estágios e substitutos temporários), que reflete as políticas neoliberais:

A zona de integração significa que se dispõem de garantias de um trabalho permanente e que se pode mobilizar suportes relacionais sólidos; a zona de vulnerabilidade associa precariedade do trabalho e fragilidade relacional; a zona de desfiliação conjuga ausência de trabalho e isolamento social. (CASTEL 1994, p.30)

Portanto não trata somente da falta de recursos materiais em que essas populações estão suscetíveis, mas de uma fragilidade de cunho relacional que não se limita à pauperização, mas também ao processo de “*desfiliação*” com ruptura de vínculo com o social. O autor ressalta ainda que a desfiliação alimenta-se na zona turbulenta da vulnerabilidade quando a precariedade do trabalho estiver relacionada à fragilidade relacional. É um processo dialético no qual uma vulnerabilidade potencializa a outra. Logo, “ao final do processo, a precariedade econômica torna-se privação, a fragilidade relacional isolamento” (CASTEL 1994, p.23).

Castel (1994) reflete que a pobreza atual é resultado da dinâmica entre precarização e fragilização e não só o contrário de riqueza. Destaca ainda que:

esta constatação não impede que se elabore uma distinção entre esta pobreza como resto, a dos eternos excluídos de toda forma social, e a desfiliação como o resultado de um processo dinâmico. A pobreza tradicional sobrevive; a desfiliação, hoje, é alimentada por uma conjuntura nova (p. 46-47).

Castel (1994) ainda considera que há uma complexidade relacional nessas novas uniões que não exclui a ameaça da solidão que recai particularmente em mulheres de uma determinada idade, já que os homens tendem a ficar com mulheres mais jovens que ele.

Castel (1994) explica que:

Nesta perspectiva, assim como a precariedade é a frente sensível e aparentemente em expansão no que se refere ao emprego, assim também a fragilização da estrutura familiar, medidas pelos índices precedentes, circunscreve uma zona de vulnerabilidade relacional sobretudo para as famílias mais desprovidas, que não tem necessidade de ser uma forma universal para transportar consigo efeitos sociais destrutivos (p.42).

No que diz respeito aos jovens, Castel (1994) destaca que:

(...) a coabitação juvenil, cujo número passou de 300 mil em 1965 para cerca de 1,3 milhão hoje, não significa necessariamente um decréscimo absoluto do casal, mas frequentemente revela, da parte dos jovens, um distanciamento em relação à definição institucional do casamento (p.40).

O autor denomina esses jovens como uma raça mutante de 'novos celibatários'. Ressalta também que os índices sobre relacionamentos apontam no sentido de retraimento das redes familiares, justificada pelo fim da grande família com amplas redes de sociabilidade, com suportes afetivos e ajuda econômica na medida em que houve uma queda da fecundidade e famílias formadas por um só cônjuge. Nesse mesmo sentido estão a queda do matrimônio, a elevação do divórcio e o aumento de casas com uma só pessoa justificadas pelo aumento de possibilidades de novas uniões e a da recomposição de famílias o que compensa os altos índices de divórcio.

Para Castel (1994) os jovens mostram que a desfiliação não é apenas um estado, mas uma maneira de ser, causados por um passado quase inexistente com uma escassez de informações transmitidas familiarmente, escolarmente e culturalmente. Pois como incita o autor esses jovens acumulam desvantagens nas questões relacionadas ao trabalho (desemprego, pequenos serviços e ocupações indeterminadas) e nas relações familiares que não tem como transmitir uma trajetória de integração familiar. Há, portanto, um encadeamento de determinantes negativos de identidade, como o mau desempenho escolar com conseqüente desqualificação profissional. Nesse sentido, o autor os classifica como jovens com *“trajetórias cassadas”*.

## **CAPÍTULO II - EVIDÊNCIAS SOBRE CONTRACEPÇÃO, ABORTO, GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E VIOLÊNCIA.**

### ***2.1 – Contextos da gravidez na adolescência***

A gravidez na adolescência em geral tem aparecido, na literatura brasileira, sob o enfoque de risco, associado a um imaginário que a adolescência é uma fase instável, caracterizado por crises e irresponsabilidades.

Catharino e Giffin (2002) consideram que as discussões em torno da gravidez na adolescência se inserem em dois discursos: o primeiro diz respeito à gênese histórica do conceito de adolescência entendida como uma fase com manifestações psíquicas e biológicas, como uma relação de causa e efeito, defendendo as autoras que não existe um padrão único definidor para essa “etapa” da vida; o segundo seria que a gravidez na adolescência “é muitas vezes obscurecida pelo discurso médico-psicológico que, em consonância com as idéias higienistas, vem historicamente se limitando a identificar causas para evitar conseqüências sociais indesejáveis” (p.06).

Para Díaz e Díaz (1999) os maiores riscos da gravidez na adolescência no plano social podem ser verificados na análise da relação entre educação, pobreza e gravidez adolescente, com alterações profundas no projeto de vida dessas jovens quando abandonam o estudo, gerando problemas no futuro profissional. As autoras também destacam que a sociedade busca a todo o momento atribuir uma “culpabilização” à adolescente grávida, responsabilizando-a pelo contexto em que vive.

Díaz e Díaz observam ainda que a questão da gravidez na adolescência continua tendo espaço bastante restrito nas conquistas dentro do campo da saúde e do campo legal, ressaltando que a Constituição Federal Brasileira de 1988 não garante os direitos das jovens mães em relação aos recursos sociais, tais como a criação de creches para que as mães adolescentes consigam permanecer na rede escolar e inserção dos adolescentes mães/pais no mercado de trabalho. Poucas são

as instituições de saúde que oferecem serviços para a população grávida na adolescência. (DÍAZ e DÍAZ, 1999).

Silva (1996), questionando o porquê da gravidez na adolescência ser um problema, traz importantes argumentos levantados pelo Alan Guttmacher Institute, no sentido de justificar esse fenômeno como um problema social, entre os quais se destacam:

- a) A mortalidade entre adolescentes grávidas seria maior devido à precocidade.
- b) Associação entre mulher, situações de pobreza e maternidade precoce como desvantagem social geral.
- c) Relação bidirecional entre o baixo nível de escolaridade das jovens e a maternidade precoce;
- d) Aumento na demanda de escolas, serviços de saúde e emprego devido ao crescimento populacional ocasionado pela fecundidade elevada;
- e) Ampliação da demanda de serviços governamentais devido a maior probabilidade de mães adolescentes não possuírem condições de oferecerem aos seus filhos recursos básicos, prejudicando o bem-estar da criança.
- f) Ao interromperem seus estudos devido a maternidades, essas jovens estariam desperdiçando seu talento para a sociedade, com menos chances de sustentar sua própria família. (AGI, 1989, apud Silva, 1996, p.1546).

Analisando esses argumentos, Silva (1996) concorda que esses não justificam a gravidez na adolescência como um problema em si, mas sim um problema de estruturação social, das condições sociais para ter e criar filhos. Para a autora esse tipo de gravidez é estigmatizada pela sociedade, pois na maioria dos casos ela é considerada indesejada e inoportuna para a mãe, pai e até mesmo a família. Sendo assim, diante de uma gravidez consumada, condicionada à inserção social dos adolescentes, a esses restam-lhe poucas opções, recaindo sobre as mulheres o ônus maior. Ou optam por ter o filho, em precárias condições, muitas

vezes sem o apoio do companheiro e da família e em outros casos antecipando uma união não consolidada, ou recorrem ao aborto provocado em condições inseguras e na maioria das vezes sem apoio emocional (SILVA, 1996).

Pelo conceito médico - biológico, a adolescência é definida fisiologicamente como uma passagem para a fase adulta, com mudanças tanto biológicas como psíquicas. De acordo com a Organização Mundial de Saúde

a adolescência como o período da vida a partir do qual surgem as características sexuais secundárias e se desenvolvem processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, entre eles a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia. (REDE FEMINISTA 2004, p.65)

Porém o conceito de adolescência também pode ser interpretado socialmente visto que as relações sociais ocorrem em variados e diferentes contextos caracterizando os diferentes comportamentos afetivo e sexual. Melo (1993 apud MELO,1996) nos conduz a refletir que:

Socialmente a adolescência é uma categoria que varia em função das classes sociais: quanto melhores as condições de vida, maior o período da adolescência; quanto mais pobres, menor o seu período e estigmas sociais – como o ‘ de menor’ ou, nas condições mais adversas, ‘meninos e meninas de rua’. Partindo-se da premissa que as condições de vida nas quais o indivíduo nasce e se desenvolve irão delimitar sobremaneira a sua trajetória de vida, o seu desenvolvimento cognitivo, psico-afetivo e assim por diante, a igualdade de oportunidades já são, por princípio, desiguais no corpo social, refletindo-se, até em conceituações diversas de quem são ou não crianças, adolescentes e adultos. (p.1441-1442)

Para Heilborn et al (2002) a análise simplificadora e estereotipada do fenômeno da gravidez na adolescência é reforçada pelo silêncio sobre as diferenças no modo das classes sociais lidarem com essa situação.

Versão homogênea, associada às noções de “problema” e de “risco” é construída por meio de uma identificação simplificadora entre gravidez na adolescência e as mães adolescentes, pobres e solteiras, as quais passam a ser encaradas como a população-alvo de uma ação profilática (p.06).

Para Aquino et al (2003) as desigualdades de classe social articulam-se às de gênero, reservando distintos papéis sociais aos jovens homens e mulheres. Geralmente a realização de tarefas domésticas pelas mulheres inicia-se muito cedo, sendo parte do processo de socialização para a maternidade, especialmente entre as classes populares. Embora as trajetórias escolares femininas, sejam mais longas do que as masculinas, estas são igualmente descontínuas, com grande defasagem idade/série e interrupções que podem anteceder a ocorrência de gravidez ou nascimento de um filho. Em contextos fortemente marcados por desigualdades de gênero e classe social, a maternidade se apresenta não apenas como “destino”, mas como fonte de reconhecimento social, para as jovens mulheres, desprovidas de projetos educacionais e profissionais (LE VAN, 1998 apud AQUINO et al, 2003).

Pantoja (2003) afirma que o fenômeno da gravidez na adolescência foi inserido como um “problema social” há algumas décadas no Brasil, onde o discurso médico ampliado sobre a questão do risco foi evidenciado. O risco, o qual a autora refere, está relacionado às questões psico-biológicas das adolescentes, exemplificando o aborto provocado ou espontâneo, devido à idéia de rejeição ou imaturidade anátomo- fisiológicas. A gravidez na adolescência como risco social, também é citado pela autora, como uma visão resultante da pobreza, da precariedade e da falta de acesso aos serviços de saúde, reforçando os aspectos de pauperização e marginalidade.

Em seu estudo realizado com jovens entre 13 a 18 anos de Belém do Pará, Pantoja (2003) encontrou que a primeira relação sexual foi explicada pela insistência dos parceiros, favorecendo a desproteção contraceptiva, pois uma postura ativa por parte da mulher e o preparo para a primeira relação passariam a idéia delas serem experientes e colocaria dúvida sobre sua moralidade.

Catharino e Giffin (2002) criticam o discurso que identifica a gravidez na adolescência apenas como causa da perda de oportunidades e exclusão do mundo do trabalho e da escola, pois essas são, de qualquer maneira, escassas para a maioria dessas meninas. Indagam, portanto, se esse discurso não seria uma forma de justificar e encobrir uma situação social anterior que exclui mulheres e pobres.

Destacam ainda que a maternidade, para muitas meninas, significa encontrar um lugar como sujeito social, já que suas perspectivas em relação à educação e ao trabalho estão diminuídas. Não se trata de um projeto individual, mas coletivo, construído a partir dos significados sociais relativos à maternidade e das oportunidades materiais disponíveis em nossa sociedade. Assim, de alguma forma, estas meninas esperam transformar sua realidade repleta de adversidades, em algo que valha a pena ser vivido. Essa transformação, mesmo que ilusória, é uma estratégia de sobrevivência, surgindo como caminho imaginado para conferir status e algumas prerrogativas para as jovens ( CATHARINO E GIFFIN, 2002).

O marco teórico e referencial sobre saúde sexual e reprodutiva dos jovens, do Ministério da Saúde, concorda que a gravidez na adolescência é um tema polêmico e controverso nos debates sobre saúde sexual e reprodutiva, pois em geral, engravidar nessa fase da vida tem sido interpretado como um elemento desestruturador, identificado como determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, estabelecendo limites para a continuidade dos estudos e acesso ao mercado de trabalho. No entanto a maternidade e a paternidade podem se revelar, ainda, como um elemento reorganizador da vida dos jovens e não somente com um ato inconseqüente e impensado, portanto é essencial

Garantir os direitos reprodutivos a adolescentes e jovens, homens e mulheres nesse contexto, significa assegurar, em todos os casos, as condições de escolha por uma gravidez. Para tanto, as informações, os métodos e os serviços, como também a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério devem ser assegurados de modo irrestrito, de maneira que a gravidez possa ser desejada, planejada e vivenciada de modo saudável. (BRASIL 2006a, p.22)

Segundo dossiê da Rede Feminista de Saúde sobre saúde sexual e reprodutiva dos jovens há vários motivos que podem levar à gravidez nos primeiros anos da vida reprodutiva, dentre eles: o acaso; a ingenuidade; submissão; violência; dificuldade de obter algum método contraceptivo; dificuldade em negociar o uso do preservativo; forte desejo pela maternidade, com expectativas de mudança de *status* social e de obtenção de autonomia; desejo de estabelecer uma união estável; ou

outros tantos fatores de natureza objetiva ou subjetiva (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004, p.16).

Dados da pesquisa GRAVAD baseados em 4.634 entrevistas mostraram que 55,1% dos homens e 27,9% das mulheres tinham ficado grávidos (as) na adolescência; a maioria das moças teve a gravidez em relacionamento estável com parceiro mais velho (79,8%). A ocorrência de gravidez na adolescência variou inversamente com a escolaridade e a renda. A primeira gravidez foi levada a termo por 72,2% das mulheres e 34,5% dos homens, estes com maior percentual de relato de aborto provocado (41,3% contra 15,3% das moças). Com o nascimento de um filho antes dos 20 anos, parte das moças parou os estudos temporária (25,0%) ou definitivamente (17,3%), mas 42,1% já se encontravam fora da escola (AQUINO et al, 2003).

Vivemos em tempos de transformações sociais, principalmente para a mulher, que ocupa variados lugares na sociedade contemporânea, onde o papel de mãe parece ser altamente condicionado, visto que ela tem que estudar e trabalhar cada vez mais para garantir sua independência financeira, e nesse contexto a reprodução pode significar um atraso ou interrupção desses planos.

Para Heilborn *et al* (2002) a gravidez na adolescência ganha destaque em um cenário de mudanças no que concerne a concepção social das idades e do gênero, redefinindo as expectativas dos jovens nos dias atuais, principalmente as adolescentes do sexo feminino, que em gerações anteriores eram limitadas ao casamento e a maternidade. Nessa época, ter filhos aos 15 anos, ou antes dessa idade, não era visto pela sociedade como uma precocidade. Atualmente, quando se aborda o termo juventude, retratamos temas relacionados à escolaridade, à inserção profissional, ao exercício da sexualidade desvinculado da reprodução aos questionamentos sobre a idade ideal para se ter filhos. Heilborn *et al* (2002) reiteram que nesse contexto a gravidez na adolescência surge como um desperdício de oportunidades, porém os autores nos lembram que essas oportunidades sociais não são oferecidas igualmente para todos os jovens, potencializando a diferença de classes e as desigualdades sociais.

A gravidez na adolescência pode ser um acontecimento que induz as meninas a construir um projeto de vida na medida em que se sentem responsáveis e precisam de meios para criar o seu filho. Revertendo a lógica usual, Pantoja (2003) considera que a gravidez para algumas jovens é sinônimo de responsabilidade e passagem para a fase adulta conduzindo-as para outros objetivos que antes não eram tão evidenciados, como por exemplo, a vontade de estudar e de “ser alguém na vida”. Para essas adolescentes, relações de apoio no contexto da escola e da família foram importantes, e a maternidade constitui parte de uma realização também pessoal, ocupando um lugar central em suas vidas (PANTOJA, 2003).

A gravidez precoce incide tanto no plano social, como no da saúde e no demográfico, sendo encarada de forma diferenciada de acordo com a realidade sócio-econômica e cultural nos mais diferentes países. No Brasil, as diferenças sociais são acentuadas e essa questão é tratada de acordo com a condição social das famílias dos jovens envolvidos, apresentando dois extremos: de um lado jovens com melhores níveis de formação e diálogo intra-familiar têm mais acesso a contraceptivos e aos serviços de saúde, com chances de exercer sua sexualidade sem riscos de uma gravidez; no outro extremo estão jovens sem informações suficientes, com dificuldade no acesso a contraceptivos e serviços de saúde e sem apoio da família e companheiro acompanhada da falta de diálogo (MELO, 1996).

Adesse (2006) menciona que a gravidez não planejada e/ou indesejada fica restrita ao espaço privado feminino e com alcance parcial no campo das políticas públicas, lembrando que a saúde pública não deve se isentar dessa questão. Sendo assim, a gravidez precoce e as práticas de aborto inseguro, refletem uma realidade resultante das desigualdades sociais devendo ser analisadas no conjunto estrutural de uma sociedade que atualmente é considerada “de consumo” em que o Estado de bem-estar social é ameaçado por políticas neoliberais.

Conforme aponta Paiva (1994), a causa da baixa eficácia de muitas ações preventivas voltadas para a sexualidade dos jovens deve-se, basicamente, ao fato de as decisões sobre políticas públicas de prevenção não levarem em conta a cultura sexual, especialmente o contexto social e cultural em que as decisões sobre

sexo são tomadas, o que perpetuou uma idéia de decisão individual e de “culpabilização” do indivíduo.

Silva aponta que, quando o sistema educacional e de saúde aborda o tema sexualidade na juventude geralmente é para discutir questões sobre métodos contraceptivos, gravidez não desejada, aborto, a falta de prevenção e contaminação pelas DST/AIDS, temas que são de extrema importância, porém sua abordagem não deve focar apenas o corpo biológico, desvinculada da construção social, política e cultural desses jovens. (SILVA, 2002).

## **2.2 - Práticas contraceptivas e controle da fecundidade entre os jovens**

A constituição de 1988 considera que o planejamento familiar deve ser baseado em princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, sendo livre a decisão do casal, cabendo ao Estado subsidiar recursos e informações para o exercício desse direito. (BRASIL, 1984, apud ROCHA, 2004).

Rocha (2004) considera ainda dois importantes aspectos em relação às questões sobre aborto e planejamento familiar. O primeiro seria que ambas as questões apresentam eixos políticos e éticos diferentes. A discussão do planejamento familiar centrou-se no problema político “antinatalismo versus crítica a este antinatalismo”. (p.11). Com a entrada do feminismo nos anos 80, o problema ético passou a ser enfatizado. Porém em relação ao aborto provocado, segundo esta autora, este nunca esteve relacionado às políticas de população e controle da fecundidade e sim à questão ética de respeito à liberdade de decisão nesta área, onde há discordância entre o pensamento da igreja e as idéias do movimento feminista. (ROCHA, 2004).

O PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), formulado em 1983 e regulamentado em 1986, pelo Ministério da Saúde, buscou atender à saúde da mulher de modo integral, em todos os momentos da sua vida,

contemplando, inclusive, a questão da concepção e da anticoncepção, e não apresentando objetivos demográficos em relação à fecundidade (BRASIL, 1984, apud, ROCHA 2004).

Giffin (1992) destaca ainda que no Brasil, a dependência do setor privado pela oferta de meios de contracepção, tem como primeiras conseqüências uma desvinculação entre a prática contraceptiva e atenção à saúde, uma imensa desigualdade entre as classes sociais na possibilidade de assistência médica à contracepção, e na oferta de apenas dois métodos para a população geral.

No Brasil, homens e mulheres, inclusive os jovens, conhecem e utilizam os métodos contraceptivos. Pirotta e Schor (2002) comentando os dados da PNDS/1996, afirmaram que 85% dos homens e 73% das mulheres já utilizaram algum método anticoncepcional alguma vez na sua vida. Todos os entrevistados dessa pesquisa, com idade entre 15 e 49 anos, conheciam algum tipo de método, mesmo entre os que não tinham experiência sexual. Entre os entrevistados unidos, 77% das mulheres e 74% dos homens faziam uso de algum método no momento da entrevista, com grande predominância de métodos modernos, levando os pesquisadores a considerarem que a cada 10 homens ou mulheres unidos, usuários de métodos anticoncepcionais, 9 usavam métodos modernos (BEMFAM, 1997, apud PIROTTA e SCHOR 2002). Os autores concluem com esses dados que o Brasil está entre os países com maior prevalência no uso de métodos anticoncepcionais *modernos*, destacando-se ainda entre os países que constituem “a periferia do sistema econômico” (p.1).

Porém a utilização ou mesmo o conhecimento sobre a existência de métodos contraceptivos não é parâmetro absoluto de análise da saúde reprodutiva de uma população, incluindo os jovens, pois conhecimento da sua existência não significa utilização constante e adequada do método. Giffin e Costa (1995) citam um estudo realizado com mulheres de baixa renda em favelas do Rio de Janeiro que mostrou que, entre as que usavam pílula, 23% não usavam corretamente. Dentre os fatores para o uso incorreto estão os efeitos colaterais e redução de custo, pois a grande maioria compra o medicamento na farmácia, o que significa que não recebem orientações adequadas quanto à utilização. (COSTA et al 1987, SILVA, 1984 apud

GIFFIN e COSTA, 1995). As autoras concluem, portanto, que a falta de conhecimento sobre a existência dos métodos não é o principal problema, sendo o caso brasileiro caracterizado por um grande número de falhas com métodos supostamente eficazes, resultado da automedicação (GIFFIN e COSTA, 1995), além da falta de orientação e dificuldade de acesso a esses meios.

Na década de 80, ficou claro que o amplo uso de contraceptivos modernos nestas condições não previne as gravidezes não-desejadas: um estudo em 5 favelas cariocas reportou que 21% das mulheres casadas entrevistadas declarou ter provocado pelo menos 1 aborto; o número médio de abortos foi de 2.1, e 21% declararam estar usando a pílula quando ocorreu a gravidez que terminou no último aborto (MARTINS et al, 1991). No outro estudo, 20% das mulheres em idade reprodutiva entrevistadas declararam ter provocado pelo menos 1 aborto. Destes, 38% declararam mais que um aborto; 20% reportaram que já havia engravidado enquanto usavam algum método sendo, em 76% destes casos, a pílula. (VALLADARES et al, 1987).

Essa “modernidade” dos métodos é nomeada como “perversa “ em contextos em que a contracepção é realizada sem orientação, acompanhamento ou prescrição médica. Nesta situação, de uso incorreto, irregular, e/ou com contra-indicações - o que, por seu lado, resulta em exacerbação dos efeitos colaterais, problemas de saúde, abandono do método, gravidezes indesejadas e abortos provocados - leva, ao final, à esterilização cirúrgica clandestina através do parto cesáreo. (GIFFIN, 1992 e 1994; COSTA et al, 1989; GIFFIN e COSTA, 1995; HARDY, 1988; SAID e LEITE, 1985; BERQUÓ, 1989;)

Adesse (2006) ressalta que a utilização dos contraceptivos tem influência no manejo da gravidez indesejada, porém todos os métodos possuem falhas mesmo quando usados adequadamente, podendo levar à interrupção da gravidez em condições inseguras para as mulheres. A falta de anticoncepção pós aborto imediato, é outro fator apontado pela autora, que dificulta a prevenção de novas gravidezes e abortamentos, caracterizando uma forma de “negligência”, pois o atendimento emergencial a essas mulheres, integrado com o programa de

planejamento familiar contribuiria para romper o ciclo do abortamento e a redução do mesmo.

Dados da Rede Feminista de 2001 mostram que há uma associação entre o uso de método contraceptivo e o ciclo de vida, com expansão do uso na medida em que aumenta a idade, pois 90% dos jovens entre 20 e 24 anos declararam usar algum método contraceptivo. Em relação ao homens, o preservativo masculino ganha destaque, sendo o mais utilizado pelo rapazes (44%) com vida sexual ativa. (REDE FEMINISTA 2001 apud REDE FEMINISTA, 2004).

A forma como os jovens recebem informações sobre reprodução contracepção, como afirma Aquino *et al* (2003), refletem os diferentes perfis de socialização para a sexualidade, expressando a influência das diversas instituições nesse processo. Os dados da pesquisa GRAVAD, analisados por essas autoras, mostram que a gravidez na adolescência foi mais freqüente (63,9%) entre mulheres que disseram não ter usado contracepção na iniciação sexual, nem ter conversado sobre o assunto com o parceiro, o que contrasta com o percentual das que conversaram e usaram a contracepção (23,5%).

Ainda sobre esse estudo Aquino *et al* (2003) ressaltam as mudanças e permanências na utilização de contracepção após o nascimento do primeiro filho na adolescência, em que 37,6% dos homens e 45,6% das mulheres passaram a usar algum método e respectivamente 19,7% e 21,5% destes mantiveram-se em relações sexuais desprotegidas, o que chama atenção para o número mais expressivo de jovens que engravidaram novamente, correspondendo a uma razão de um em cada quatro jovens adolescentes (AQUINO *et al*, 2003).

Ao tratarmos dessa temática, não podemos esquecer que a nossa sociedade trata a contracepção como responsabilidade da mulher. Castro, Abramovay e Silva (2004) destacam que a grande maioria dos métodos é para ser utilizado pelas mulheres, prescindindo da participação masculina, exemplificando a pílula, o DIU, o diafragma e a esterilização feminina. Prosseguindo nessa análise as autoras, utilizando dados da BEMFAM (1997), classificam os métodos contraceptivos em independentes e dependentes da participação masculina. Essa participação ocorre

desde o uso de métodos masculinos (condom, coito interrompido e vasectomia), como a concordância da abstinência temporária ou o apoio a parceira na utilização de métodos (CASTRO, ABRAMOVAY E SILVA 2004).

O tema contracepção é tradicionalmente associado à preocupação em evitar uma gravidez. No entanto, com o advento da Aids e o aumento da transmissão do vírus entre as mulheres, a partir da década de 90, lança-se o grande desafio para promover práticas sexuais mais seguras sem perder a defesa pelos direitos sexuais, reprodutivas e pela vida. Na concepção de Diaz e Diaz (1999)

além da precocidade nas relações sexuais sem o uso de métodos contraceptivos, comprovada pelo aumento no número de gravidezes na adolescência, tem sido constatada a incidência de AIDS em mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos, que, na maioria dos casos, adquiriram a doença durante a adolescência. (p.250)

Dados do Ministério da Saúde mostram que a epidemia da Aids tem crescido entre adolescentes e jovens. A prevalência do HIV/AIDS entre adolescentes de 15 a 19 anos passou de 0,6% até 1990 para 2,0% de 1991 a 2000, e de 2,4% para 10,5% entre jovens de 10 a 24 anos, no mesmo período. (BRASIL, 2006a). Nesse âmbito, o aumento na utilização da camisinha entre os jovens acontece principalmente pelas campanhas de prevenção do HIV/AIDS, surgindo como dupla proteção (REDE FEMINISTA, 2004).

Pesquisas sobre o uso do preservativo entre os jovens constataam que o aumento na utilização não significa uso constante, principalmente quando acontece em relações eventuais. Alguns fatores explicam o não uso constante desse método como: o grau de conhecimento sobre as questões reprodutivas, sobre a atuação dos contraceptivos, as especificidades relacionadas ao gênero, o tipo de envolvimento afetivo do momento, questões financeiras e de acesso aos métodos, bem como o grau de liberdade e de autonomia alcançados nessa faixa etária (MARTINS et al, 2006; GELUDA et al, 2006; MERCHAN-HAMANN, 1995; ANTUNES et al, 2002).

Alguns estudos mostram que a utilização da camisinha depende de uma negociação por parte dos envolvidos como mostra a pesquisa realizada por Paiva

(1994) cujos dados confirmam que essa negociação depende do contexto da sedução e não o da imposição, “o silêncio é impossível, é necessário falar, pois a camisinha causa estranhamento, simboliza acusações” ( PAIVA, 1994, p.235).

Castro, Abramovay e Silva (2004) ressaltam que a negociação pelo uso do preservativo masculino esbarra em padrões sociais pautados em relações de gênero, situação que torna as mulheres vulneráveis, pautada pela insegurança afetiva, amor e fidelidade que podem fragilizar a mulher nessa negociação, perdendo o poder para decidir sobre a fecundação e a prevenção a DST/AIDS (CASTRO, ABRAMOVAY e SILVA 2004).

Nesse contexto ressaltamos que a participação dos homens, principalmente os jovens, nos serviços de saúde reprodutiva, incluindo o programa de planejamento familiar, é imprescindível para que seja desfeita a responsabilização exclusivamente feminina pela contracepção, ocorrendo um maior reconhecimento e participação masculina nas decisões reprodutivas. Porém para que essa participação aconteça e seja favorável, é necessário que se tenha condições adequadas para o acesso a esses serviços, ampliando a sua utilização.

### ***2.3. - Gravidez não-desejada, violência doméstica na gravidez (VDG) e violência de parceiro íntimo (VPI)***

Tanto no estudo pioneiro de Heise et al (1994) como em outros mais recentes reunidos no Relatório Mundial sobre Saúde e Violência organizado pela Organização Mundial de Saúde (2002), a alta incidência de violência de homens contra mulheres é demonstrada, sendo a forma mais endêmica encontrada nos estudos a violência sexual e física de companheiros íntimos contra suas mulheres:

(...) em muitos países, entre um quarto e mais da metade das mulheres informaram ter sido violentadas fisicamente por um parceiro atual ou passado”. (Heise et al., 1994 :5-6) Dados disponíveis sugerem que em alguns países aproximadamente uma em cada quatro mulheres relatam violência sexual por um parceiro íntimo” (WHO, 2002, p.18).

Estes estudos vêm apontando que mulheres que vivem situação de violência doméstica e sexual são mais expostas a problemas de saúde diversos. As consequências negativas da violência contra mulheres, muitas vezes, se refletem na sociedade em geral, à medida em que afetam tanto o indivíduo que sofre a ação violenta, como podem ainda comprometer o desenvolvimento social ao atingirem outros integrantes da família, como crianças e adolescentes, e abalar as estruturas familiares em si, repercutindo, por sua vez, nos meios comunitários e sociais em que se encontram inseridas estas mulheres e seus filhos (HEISE et al., 1994 apud VELZEBOER, 2003:6).

Uma ampla revisão bibliográfica apresentada no World Report on Violence and Health, estima que a violência **sexual** por parceiro íntimo possa atingir até 25% das mulheres e que aproximadamente um terço das adolescentes possam ter iniciado sua vida sexual através de uma relação forçada (WHO, 2002).

Especificamente no que relacionam aos impactos da violência doméstica e de parceiros íntimos (VPI) sobre a saúde reprodutiva das mulheres, os estudos mostram que muitas vezes o abuso repercute em problemas de grande magnitude e complexidade como a gravidez indesejada, a infecção pelo HIV e outras DSTs, bem como complicações da gravidez, tomando caminhos variados até seu desfecho, incluindo o abortamento clandestino em condições inseguras.

Estudos internacionais atuais avançam na comprovação de que a gravidez não-desejada é importante foco de violência de gênero e violência doméstica e, principalmente, de VPI. Nestes estudos, as estimativas de violência doméstica durante a gravidez (VDG) indicam que esta seja mais comum do que a pré-eclampsia ou diabetes gestacional (GAZMARARIAN et al, 2000)

Um relatório da OMS (2005), baseado em estudos com 24.000 mulheres em 10 países, revelou que entre 13% e 50% das mulheres em estudos específicos revisados declararam que a primeira vez que foram agredidas fisicamente foi durante uma gravidez. Em uma pesquisa em hospitais do Reino Unido, 30% dos

casos de violência doméstica reportados tiveram início durante uma gravidez (U.K. 2005). Um estudo de 724 mães adolescentes nos Estados Unidos revelou que 11,9% tinham sido agredidas fisicamente pelo pai do filho durante o ano anterior (WIEMANN et al, 2000), e os estudos da VPI indicam que este fenômeno é mais freqüente em grupos de idade menor.

Diferenças significativas foram encontradas por Schraiber, et al ( 2002) no que se refere à freqüência de abortos entre mulheres entrevistadas que informaram terem sofrido violência física e sexual, comparadas àquelas que não relataram, em dois locais selecionados do estudo multi-países da OMS no Brasil: na Zona da Mata de Pernambuco a diferença foi de 8% para 3% e em São Paulo de 28% para 9%, respectivamente. Na mesma linha, mas em estudo internacional, em amostra de 1897 mulheres atendidas em clínicas de Pré-natal nos EUA, pesquisadores “observaram que as mulheres que sofreram violência tendem a ter dois ou mais abortos” (CURRY, PERRIN e WALL, apud DURAND, 2005, p.64).

Ressalta-se, ainda, que a própria gravidez pode ser **resultado** da VPI, quer seja pela relação sexual forçada, “cedida” ou pela recusa do parceiro ao uso de métodos contraceptivos (DANTAS-BERGER, 2003; DANTAS –BERGER e GIFFIN, 2005).

Tanto estudos internacionais como locais, ainda que consideremos diferenças metodológicas entre os mesmos, sinalizam que, entre as gestantes, aquelas com menor escolaridade e as adolescentes acabam sendo grupos mais vulneráveis com relação à violência (POPULATION REPORTS, 1999). Segundo estudo de Moraes ( 2004) com gestantes atendidas na cidade do Rio de Janeiro, a violência física ocorreu principalmente entre mulheres com menos escolaridade, adolescentes, que não trabalham fora, com baixa freqüência ao pré-natal e com pouco apoio social.

De acordo com Goodwin, Gazmararian, Johnson et al (2000), **mulheres com gravidezes não desejadas** estão em risco maior de abuso físico por ocasião da gravidez se comparadas com as mulheres que planejam a gravidez. Neste estudo, também, a prevalência de abuso foi significativamente maior para mulheres jovens, com poucos anos de estudo, não casadas, e morando em condições precárias.

Neste panorama, um olhar diferenciado sobre a questão da vulnerabilidade de mulheres jovens com relação à gravidez não desejada, abortamento induzido e envolvimento em situações de VDG e VPI torna-se prioritário.

Nesta linha, no que se refere a situações de coerção sexual vivenciadas por jovens, o estudo (GRAVAD) de Moraes, Cabral e Heilborn (2006), realizado nas cidades de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, com jovens de ambos os sexos de 18 a 24 anos, revela que a prevalência de coerção sexual ao longo da trajetória de vida foi estimada em 16,5% para as mulheres e 11,1% para os homens.

Reichenheim e colaboradores (2006), investigando a questão da violência entre parceiros íntimos no Brasil, através de inquérito populacional realizado entre 2002 e 2003, com mulheres entre 15 e 69 anos, focalizando a situação do casal, observaram que todos os tipos de violência entre parceiros íntimos foram mais freqüentes entre casais formados por mulheres jovens (< 25 anos) e com menos escolaridade (< 8 anos).

Diante deste breve panorama que buscou sinalizar relações importantes entre violência e aborto, ratificamos nossa opção na pesquisa ora proposta de investigar junto a mulheres jovens que viveram experiências de aborto clandestino suas percepções e experiências relativas ao tema.

#### **2.4 - Aborto inseguro e mortalidade materna**

Em 1980, o abortamento foi 4ª causa de Mortalidade Materna, com 9% destas mortes. (SIQUEIRA e TANAKA, 1984) Estudos de dados hospitalares mostram duplicação das internações por complicações de abortamento entre 1978-82, quando o número de partos aumentou em apenas 14% (SCHOR, 1990); e aumento de 172% na contribuição do aborto à mortalidade materna entre 1978-87 (LA GUARDIA, 1990). Análise de admissões hospitalares no Brasil entre 1980-85 gerou estimativas de até 822 abortos por 1000 nascidos vivos no país (SINGH e WULF, 1991). Em 1990, admissões pós-aborto representaram cerca de 30% de admissões

obstétricas nos hospitais municipais do Rio de Janeiro (MARTINS et al, 1991). Um estudo internacional estimou que cerca de 1,5 milhões de abortos ilegal são feitos cada ano no Brasil (AGI, 1994).

Um estudo de 1608 mulheres admitidas em hospitais públicos do Rio de Janeiro com diagnósticos relacionados ao abortamento revelou que 26% haviam provocado um aborto previamente, e 12% tiveram pelo menos três. Além dos abortos repetidos, e das tentativas de abortamento que falharam, este estudo também revelou que 37% das entrevistadas havia utilizado algum método contraceptivo no mês antes da concepção; 60% destas usavam a pílula (COSTA, 1999).

Este estudo também revelou uma transformação importante das práticas de abortamento, com aproximadamente 70% das entrevistadas tendo usado o Citotec, isolado ou em combinação com outros métodos. Embora 25% destas mulheres declararam que este método era o único conhecido, 28% que era o mais acessível, 14% que era o mais seguro, e 13% que era o mais barato, não foi o método preferido das usuárias: 77% teriam preferido fazer o aborto com um médico, se tivesse condições (de legalidade e financeiras) (COSTA, 1999).

Costa concluiu, com cautela, que o uso adequado do Citotec parece ter menos efeitos danosos na saúde, e que o declínio de 20% nestas internações no país entre 1993-1997, conforme dados do SUS, seria relacionado ao uso do Citotec. Longe de concluir que o problema das mulheres estaria com isto diminuído, ao entrevistar uma sub-amostra 6 meses depois, descobriu-se que 12% estavam grávidas de novo, e 3% haviam realizado outro abortamento. A autora frisa, a partir destes dados, a urgente necessidade de melhorar os serviços de contracepção nos serviços pós-aborto, nos hospitais públicos (COSTA, 1999).

Pressionadas pela pobreza e se submetendo ao uso de métodos modernos em condições perversas que separaram o controle da fecundidade e o cuidado à saúde, as práticas contraceptivas de mulheres brasileiras, incluindo o aborto clandestino, efetivaram uma rápida queda de fecundidade no país. Na prática do aborto, as mulheres jovens, pobres e negras, são expostas tanto aos impactos das

difíceis condições de vida na sua situação de saúde como também às conseqüências das deficiências na assistência obstétrica nos serviços públicos (BRASIL, 2006a).

Em 2005, estimativas sugerem que ocorrem 1.054.243 abortos no Brasil (IPAS/IMS, 2007). Dados do SUS revelam que ocorreram 223.350 internações pós-aborto no Brasil em 2006. O mais recente painel de indicadores do SUS sobre o tema da *Saúde da Mulher*, no que se refere ao seu adoecimento e morte, aponta que em 2006 “mais de 2 milhões de mulheres de 10-49 anos de idade foram internadas nos hospitais do SUS. Destas, 233 mil em decorrência de aborto e 120 mil por causas violentas”. O abortamento, no mesmo ano, foi a terceira maior causa de internação entre esse segmento populacional, sendo que, no ano anterior, “1619 mulheres de 10 a 49 anos de idade morreram por problemas relacionados a gravidez, parto, puerpério e aborto”( BRASIL, 2007, p.12)

Segundo dados do Comitê de Mortalidade Materna do Estado do Rio de Janeiro, o aborto é a terceira causa de morte materna, sendo que as mulheres negras tem uma mortalidade por aborto 7 vezes maior do que as brancas e as mulheres de cor parda tem uma mortalidade materna 2,5 vezes maior do que a das brancas. É também nas mulheres mais jovens que vamos encontrar um coeficiente de mortalidade maior.

De acordo com Clair Castilhos Coelho, da Rede Feminista de Saúde, uma das oradoras da mesa redonda da 13ª Conferência Nacional de Saúde, cujo eixo temático foi “*Desafios para efetivação do direito humano à saúde no século 21: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento*”, as maiores causas de adoecimento e morte referem-se as

Condições de trabalho pobreza, preconceito, discriminação, medicalização do corpo, precariedade da assistência, a criminalização do aborto, a clandestinidade da prática e o precário planejamento da prevenção à gravidez indesejada. (RADIS, 2008, p.17)

Essa realidade reflete políticas subservientes ao capital financeiro que segundo Clair coloca a saúde das mulheres como “moeda de troca em negociações internacionais sendo Estado mínimo para o Social e máximo para o capital”. (RADIS, 2008, p.17). A questão do aborto foi abordada por Clair como uma discussão do direito à vida de mulheres e crianças dentro de políticas públicas equitativas, pois as mulheres continuam morrendo devido a essa prática.

Seguindo a discussão sobre a prática do aborto e morte materna, destacamos também a entrevista de Télia Negrão - Secretária Executiva da Rede Feminista de Saúde – à revista Radis, a qual concorda que os números sobre morte materna e aborto devem ser contestados pois não se trabalha com estatísticas e sim estimativas, já que há subnotificação. Outra crítica referente ao número de mortes maternas, é que são desconhecidos os números de morte de mulheres que realizam aborto em zona rural, florestas, sertões e fronteiras. As mulheres morrem de aborto e suas complicações, mas na maioria das vezes registra-se como causa não o aborto, mas uma das complicações, ou seja, a causa final (RADIS, 2008).

A dificuldade no cálculo da razão de morte materna por causa do abortamento ocorre devido à falha e omissão de informações e afirma uma discriminação por parte da sociedade em relação às mulheres que abortam. Adesse (2006) citando Araújo (2002) destaca ainda que as campanhas sobre mortalidade infantil sejam absorvidas e sensibilizam os diversos setores da sociedade enquanto que sobre as campanhas de mortalidade materna, observa-se um menor impacto.

Olinto e Moreira - Filho (2006), utilizando informações da Organização Mundial da Saúde, reportam que cerca de 500 mil mulheres morrem a cada ano de causas relacionadas à gestação, sendo que 98% dessas ocorrem nos países em desenvolvimento. Nesses locais, as complicações de aborto são responsáveis por 15% do total das mortes maternas a cada ano – em alguns casos, atinge cerca de 50% dessa mortalidade (WHO, 1995, apud OLINTO e MOREIRA – FILHO, 2006).

É importante frisar que mesmo uma década antes da definição do PAISM, na I Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (CIPD), em Bucharest, em 1974, Brasil já havia aceitado a responsabilidade pública pela provisão de métodos

contraceptivos e pelo respeito às decisões reprodutivas das usuárias. Vinte anos depois, no CIPD de Cairo, também reconheceu o abortamento clandestino e inseguro como problema de saúde pública, e na II Conferência Mundial da Mulher em Beijin, em 1995, assumiu o compromisso de rever as leis que punem o aborto ilegal, numa reafirmação da natureza laico deste Estado.

É também essencial reconhecer que, enquanto a panorama geral e as cifras nacionais refletem as práticas da população feminina majoritária, que é submetida à pobreza, aquela minoria de mulheres brasileiras que podem pagar tem acesso ao que é mais moderno em termos de assistência ao controle da reprodução, incluindo o abortamento em condições seguras. Deste ângulo, a resolução desta situação, incluindo o acesso a serviços de contracepção e ao abortamento legal em hospitais públicos, um direito assumido pelo Estado, é também urgente questão de justiça social.

Estudo recente de casos de denúncias de aborto na justiça do Rio de Janeiro conclui:

quando se fala de criminalização por tal prática no país, refere-se a penalização de algumas mulheres, pobres, desprovidas de todos os serviços de educação, saúde, assistência social, em uma flagrante violação do princípio da justiça social, dos pressupostos do Estado democrático de direito e dos direitos humanos. (IPAS, 2007).

Por outro lado, o fato de existirem serviços modernos e caros de abortamento ilegal para a minoria da população que pode pagar, reforça a conclusão de que, mesmo quando a informação, o acompanhamento médico e o acesso aos métodos de controle podem ser resolvidos individualmente no mercado privado de serviços médicos, gravidezes indesejadas ocorrem. Esta conclusão é fortalecida por dados de estudo com 151 médicos e médicas nos hospitais públicos do Rio de Janeiro que revelou que 34% da amostra total admitiu ter recorrido ao abortamento provocado em casos de gravidez não-desejada (próprias ou da parceira) (GIFFIN, 1995).

Finalmente, é preciso observar que, no interior deste padrão geral de controle da fecundidade em condições perversos, gravidezes indesejadas, violência de

gênero e aborto clandestino, o aumento da taxa de fecundidade em jovens e adolescentes indica que há uma dinâmica ainda mais dramática nesta faixa, que precisa ser atendida.

## **2.5 - A participação masculina na decisão de abortar**

No que diz respeito à participação masculina na contracepção e na decisão de abortar, a saúde reprodutiva ainda é encarada na nossa sociedade como responsabilidade da mulher, com a tecnologia contraceptiva dirigida às mulheres, deixando para o homem apenas três métodos: o preservativo, o coito interrompido e a vasectomia.

Um estudo qualitativo realizado com mulheres que tinham antecedentes de aborto(s) induzido(s), usuárias dos serviços de saúde de duas comunidades na zona norte do município do RJ, confirmou que, de forma geral, o processo de decidir para o aborto é doloroso e difícil, e reflete as condições físicas, emocionais e econômicas em que assumiriam um (ou mais um) filho. A precariedade econômica e as dificuldades financeiras estão entre as razões principais que levaram essas mulheres à prática do aborto. (CHUMPITAZ, 2003)

As justificativas para a realização do aborto induzido, apresentadas pelas mulheres deste estudo foram:

A falta de recursos econômicos para se criar um filho, baixos salários, emprego instável, desemprego em um ou ambos parceiros, instabilidade no relacionamento, recusa masculina da gravidez e abandono moral e econômico do parceiro, assim como o temor da rejeição familiar e social da gravidez prematura e frustração de planos de realização pessoal entre os mais jovens. (CHUMPITAZ, 2003, p.72)

Este estudo revelou que a decisão do abortamento, na maioria das vezes, não é uma iniciativa só da mulher, e que elas dialogam com outras pessoas da sua convivência, como amigos e família: dos 20 abortos realizados pelas mulheres

entrevistadas, em 14 elas conversaram com o parceiro e outras pessoas, sendo que, em 6 casos, falaram exclusivamente com o parceiro.

A gravidez pode representar um obstáculo para a mulher se manter no emprego, como foi o caso de alguma das mulheres do universo estudado que tiveram como interlocutor nessa decisão, suas “patroas”, já que trabalhavam como domésticas, e uma das condições impostas para se manter no emprego era não engravidar.

Este estudo revelou, no entanto, que o principal interlocutor, na maioria das vezes, é o parceiro, e que mesmo quando o homem omite sua opinião sobre a decisão de abortar, insistindo que esta é responsabilidade da mulher, ele participa de alguma forma dessa decisão (CHUMPITAZ, 2003).

Mesmo que o parceiro participa da decisão e arca com as despesas do aborto, muitas vezes a mulher enfrenta as complicações sozinhas, sem o seu apoio. É o que afirma esta autora quando analisa a fala de uma das mulheres do seu estudo, que fez o aborto devido às ameaças do parceiro, mostrando que a participação ativa masculina nesse processo pode significar uma pressão emocional e ameaças de violência física à parceira, obrigando-a realizar o abortamento. Portanto a participação masculina não significa, necessariamente, apoiar a mulher ou compartilhar as responsabilidades e as conseqüências desta decisão (CHUMPITAZ, 2003).

Com relação à participação do parceiro na decisão da abortar, este estudo delineou quatro situações diferentes:

- 1- O parceiro não soube nem da gravidez nem do aborto, pois a parceira já previa a reação do parceiro em rejeitar o filho ou ter que levar uma gravidez em situação de péssimas condições econômicas ou com parceiro usuário de drogas;
- 2- O parceiro recusa a participar na decisão, direcionando para a mulher a responsabilidade na decisão de abortar: “*É você que sabe*”;

- 3- O parceiro promove o aborto com pressão psicológica e emocional, além de ameaça de violência física;
- 4- O parceiro recusou o aborto, mas a decisão da mulher em abortar é influenciada pelos fatores sócios econômicos e de instabilidade na relação afetiva com esse parceiro. (CHUMPITAZ, 2003)

Esta autora conclui, portanto, que a decisão da mulher em abortar pode perpassar tanto pela “autonomia feminina” quanto pela condição de ser abandonada com a responsabilidade em uma situação dramática com diversos significados. Portanto, a autora reafirma a necessidade de trazer os homens para a discussão sobre saúde e direitos reprodutivos de maneira mais concreta, revisando a conceituação e reformulação de políticas públicas nessa área, visto que as mulheres não engravidam sozinhas, e a reprodução tem um sentido relacional onde os homens estão sempre envolvidos, de uma forma ou outra.

Logo, por detrás da decisão de abortar, há várias circunstâncias que precisam ser analisadas e consideradas em pesquisas nessa área, visto que essa decisão não é tomada de forma individual e repentina, nem isolado das relações sexuais ou das condições sociais mais amplas na qual esta relação se situa. Ela é decorrente de um processo que reflete vários acontecimentos e circunstâncias, e que vão além do aspecto individual.

Peres e Heilborn (2006) examinando os dados da pesquisa GRAVAD, revelam que entre os entrevistados nesse estudo, 62% das moças e 45% dos rapazes compartilharam a notícia da gravidez com pares e familiares. Com relação às jovens, é importante mencionarmos que além dos parceiros, a família também é importante interlocutora na decisão do aborto, podendo influenciar na decisão, ou rejeitar esta possibilidade oferecendo condições materiais e apoio para o procedimento. As autoras exemplificam esse fato com o caso de uma jovem de Salvador, oriunda de camadas populares, que teve a mãe como principal interlocutor indicando o aborto como alternativa.

Em mulheres jovens também pode haver o apoio do parceiro para a decisão de abortar, bem como sua auto-exclusão do processo por não reconhecer a

paternidade. Na entrevista com rapazes, Peres e Heilborn (2006) constatam que o conhecimento sobre a gravidez da parceira é admitido provisoriamente, gerando incertezas sobre a gravidez e sobre o aborto, ocorrendo dúvidas sobre a paternidade (sendo esta, conforme outros estudos, uma questão que freqüentemente gera violência por parceiro íntimo). Este estudo mostra que os jovens e seus familiares sabem que a gravidez pode ocorrer e que o abortamento é uma alternativa para “resolver o problema”, mesmo no contexto de ilegalidade.

Estas autoras argumentam que as circunstâncias que levam um casal de jovens a optar pelo aborto são ainda desconhecidas e implicaria em conhecer os modos de negociação desenvolvidos entre os dois. Nesse sentido, o contexto relacional das decisões reprodutivas do casal jovem deve ser considerado, pois a decisão do abortamento pode estar presente desde o momento da descoberta da situação, podendo acontecer de forma compartilhada com o parceiro ou com outros familiares ou de forma solitária, sendo importante consideramos as relações de gênero nesse contexto.

No âmbito dessa discussão, as autoras afirmam a importância da inclusão dos homens nas pesquisas sobre saúde reprodutiva, pois suas narrativas favorecem a contextualização às quais ocorrem as decisões reprodutivas, fundamentais para desfazer, no âmbito da reprodução, responsabilidade dessa decisão como exclusivamente feminina (PERES e HEILBORN 2006).

## ***2.6 - Percepção das usuárias sobre a atenção ao abortamento inseguro***

Um estudo brasileiro recente enfocou a visão de 13 mulheres internadas em pós-abortamento, sobre o cuidado de enfermagem, no Hospital das clínicas de Ribeirão Preto, sendo a maioria primigestas jovens, de baixa instrução e solteiras (MARIUTTI, 2004). Na prática da assistência de enfermagem, a autora observou que essa era realizada de forma técnica e fria, não integrando o contexto de vida, familiar, educacional, cultural e econômico dessas mulheres. Este estudo concluiu que o cuidado de enfermagem se mostrava insatisfatório na ótica das mulheres, por

ser estritamente clínico e voltado para o aspecto biológico, desconsiderando o contexto individual, com informações incompletas e preconceitos perante as evidências de aborto provocado. Além disto, apesar do período em que ficaram internadas serem curto, torna-se longo, na medida em que a situação vivenciada por elas torna-se visível aos olhos dos outros, provocado constrangimento.

Algumas mulheres relataram maus tratos. O preconceito e a culpabilização pelo ocorrido também estão presentes nas situações de aborto espontâneo, e o estudo apontou a deficiência na formação profissional para atendimento nos casos de aborto provocado e estupro, concluindo que a atenção variava, a depender do julgamento moral do profissional:

Alguns profissionais da Enfermagem, no ato de cuidar de mulheres em situação de abortamento, o faziam de forma diferente dependendo da provável etiologia do aborto, isto é, mulheres com histórias sugestivas de aborto provocado, eram vistas como irresponsáveis, frias e à vezes, até criminosas. (MARIUTTI, 2004, p. 23)

O estudo de Mariutti (2004) mostra que as mulheres em situação de aborto querem ser compreendidas nesse contexto, já que julgamentos morais e situações de reprovação não resolvem o problema, concluindo pela necessidade dos profissionais acolherem essas mulheres de forma que elas se sintam protegidas e seguras para que superem esse difícil momento em suas vidas.

Outro estudo foi realizado em uma unidade de obstetrícia de um hospital público do município de João Pessoa, com oito mulheres com idades entre 15 e 26 anos em situação de aborto induzido. Analisando os depoimentos, os autores constataram uma fragilidade nos relacionamentos afetivos-sexuais dessas mulheres, que foram responsabilizadas pelo acontecimento da gravidez. Este estudo relatou que as mulheres enfrentam não só a discriminação por parte dos familiares, mas também de amigos e profissionais de saúde (PEDROSA e GARCIA, 2000).

O medo de sofrerem esse preconceito faz com que elas procurem assistência médicas sozinhas, como relata Pedrosa e Garcia (2000):

Tendo que procurar assistência porque ficaram restos ovulares ou embrionários, e com receio da censura familiar e da discriminação social, as mulheres enfrentaram a internação hospitalar sozinhas, realizando às ocultas, sem que os parentes tomassem ciência do fato. Para isso, elas inventaram desculpas que justificassem sua ausência de casa durante o período de internação (p.54).

Na concepção destes autores, o significado do aborto para essas mulheres representa um dilema “entre moralidade prescrita e qualidade de vida a oferecer.” (p.55) Ou seja, essas mulheres ficam entre fazer o que é moralmente aceito pela sociedade e levar adiante uma gravidez não desejada, ou abortar devido à impossibilidade de ter um filho nas condições materiais e psicológicas existentes para o enfrentamento de uma maternidade.

Após o processo abortivo, as mulheres apresentaram reações negativas como remorso/consciência pesada, arrependimento e sensação de perda, refletindo a culpabilização. Os autores observaram que as mulheres aguardam os efeitos com ansiedade, medo e desespero, uma espera caracterizada pela desinformação e falta de apoio. O medo da morte e outras conseqüências negativas, como ser “castigada” e não ter mais filhos, incluindo também o julgamento moral e maltrato dos profissionais de saúde, são os aspectos de maior visibilidade colocados por essas mulheres, nessa situação.

Abordar a visão dessas mulheres na atenção pós aborto imediata, traz questões importantes sobre a assistência à saúde referente ao aborto, o que podem refletir também na tomada de decisão dessa mulher de procurar o serviço de saúde para orientações e informações sobre o planejamento familiar.

## **CAPÍTULO III - ASPECTOS METODOLÓGICOS**

### **3.1 – Objeto**

O objeto do presente estudo consiste nas visões e experiências de mulheres jovens usuárias de serviços públicos da atenção primária e que tenham recorrido ao aborto clandestino.

O aborto clandestino, que ocorre maciçamente no Brasil sendo caracterizado como prática ilegal acontece em diferentes cenários o que caracteriza a complexidade do tema. O aborto clandestino é responsável pela interrupção de um grande número de gestações indesejadas em nossa sociedade e por tratar-se de uma prática realizada sem nenhum respaldo legal, muitas mulheres se submetem a realizá-lo em condições precárias, acarretando um expressivo número de mortes maternas evitáveis, bem como infecções e infertilidade, entre outros agravos à saúde. Portanto, o aborto clandestino deve ser tratado como um problema de saúde pública que afeta a vida de várias mulheres em nossa sociedade, dentre elas as jovens.

Sabemos que a própria condição de ilegalidade do aborto faz desse tema um objeto difícil de ser pesquisado, pois está cercado por estigmas, pelo medo e por um grande sofrimento das mulheres que passaram por essa situação, exacerbadas pela responsabilização individual delas. Pouco se conhece sobre as mulheres ou sobre os casais que recorrem a ele, quais suas conseqüências na vida dessas pessoas, em que condições ele é realizado e qual o número exato de abortos que são praticados. (PIROTTA E SCHOR 2002). Assim torna-se necessário compreender cada vez mais esse fenômeno, visando construir elementos para a atuação no setor saúde.

### 3.2 - Pressupostos

Apresentamos abaixo alguns pressupostos sobre a decisão da mulher em recorrer ao aborto e que orientaram a investigação desse tema numa visão mais ampla dessa prática, o que evita sua redução a uma prática feminina pontual e individual:

- a decisão de recorrer ao abortamento clandestino tende a representar uma **decisão difícil e dolorosa** para as mulheres que procuram serviços públicos em pós-aborto;

- esta decisão comporta ambigüidade e conflitos, podendo envolver tanto o desejo de ser mãe e/ou fortalecer relações com o parceiro como refletir as **dificuldades sociais** (principalmente renda inadequada e instável, emprego precário e desemprego) vividas por estas mulheres, suas famílias e seus parceiros, e tendem a ser **exacerbadas nas mulheres mais jovens**;

- estas dificuldades potencializam a possibilidade de **relações íntimas violentas**, inclusive perante uma **gravidez não planejada**;

- a **decisão** de recorrer ao abortamento clandestino **é compartilhada com o parceiro** na maior parte das vezes, freqüentemente reflete a posição positiva ou negativa dele perante a gravidez, e pode significar tanto um **apoio como uma imposição**.

Sendo assim, essa pesquisa se propôs analisar a visão dessas mulheres sobre o aborto a partir de suas próprias experiências, contextualizadas pela violência estrutural, incluindo as diferentes formas de exclusão social como pobreza e gênero, e seus efeitos sobre as relações íntimas e familiares.

### 3.3 - Objetivos:

#### Geral:

Este estudo propõe analisar a experiência de mulheres jovens que recorreram ao aborto clandestino, incluindo os condicionamentos e as relações sociais dos envolvidos, visando contribuir para a melhoria dos serviços saúde reprodutiva na atenção primária à saúde, na perspectiva da integralidade e da promoção da saúde.

#### Específicos:

- Analisar o processo de recorrer ao aborto clandestino de mulheres jovens, incluindo a situação sócio-econômica e relacional dos envolvidos, sua possível relação com a violência de gênero e a participação masculina nesta decisão.

- Conhecer sua percepção sobre a assistência recebida e as relações de gênero que as perpassam;

### 3.4 – Percurso metodológico

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que se fundamenta nas especificidades inerentes à **pesquisa social**, compatível com o tratamento do tema do **abortamento clandestino em jovens como fenômeno social complexo**. Para Minayo (2006) “entrar no campo da pesquisa social é penetrar num mundo onde há questões não resolvidas e onde o debate tem sido perene e não conclusivo” (p.46)

A opção pelo referencial da **pesquisa qualitativa** nessa pesquisa se justifica pela mesma viabilizar o acesso, a compreensão e a interpretação de realidades como

o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2006 ,p .57).

Para a autora, o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo, pois a realidade social se processa com uma riqueza de significados que transborda dela, no dinamismo da vida individual e coletiva.

Logo o pesquisador que utiliza estratégias qualitativas atua com o concreto abordando as representações das vivências, das experiências, das questões do cotidiano, e fazendo uma análise das estruturas e instituições entendendo-as como ação humana objetivada.

#### **3.4.1 - *Sujeitos e cenário do estudo***

As entrevistas foram realizadas com 16 mulheres jovens de 18 a 29 anos referidas das unidades atendidas pelo Programa Saúde da Família do município de Cabo Frio – RJ as quais já tinham recorrido ao aborto clandestino em algum momento de suas vidas. Participaram da pesquisa três Unidades de Saúde da Família do referido município e a localização dessas mulheres foi realizada através dos prontuários e da indicação dos profissionais de saúde que atuam no programa, principalmente médicos e enfermeiros, que conheciam e atendiam essas mulheres na unidade.

#### **3.4.2 – *Construção dos dados qualitativos***

O processo de coleta e construção dos dados qualitativos teve duração média de três meses entre julho e setembro de 2008, a partir de entrevistas individuais semi-estruturadas com as 16 participantes da pesquisa. A escolha dessa técnica justifica-se por ser a mais apropriada à abordagem da temática proposta pela pesquisa, por possibilitar lançar-se mão de um roteiro, que articule questões previamente formuladas pela entrevistadora com alguns temas abertos à exploração da própria entrevistada (a) que poderá falar de modo mais livre e profundo, por exemplo, sobre temas “tabus”/sensíveis (MINAYO, 2008).

No caso, inclui-se a própria questão de abortamento como a sexualidade e o prazer, a violência, com ênfase nas dificuldades enfrentadas pelos jovens nas relações sexuais no controle da fecundidade e nas condições de trabalho e renda. Para auxiliar a entrevista, foi construído um roteiro (anexo 1), contendo quatro temas:

- 1 Perfil socioeconômico
- 2 Experiências e conceitos sobre sexualidade, contracepção e gravidezes não-desejadas
- 3 Trajetórias e experiências da prática de aborto clandestino
- 4 Questionamentos finais

Esses temas funcionaram como um guia para interlocução durante a entrevista, permitindo flexibilidade no diálogo e absorção de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo relevantes. As participantes foram abordadas principalmente durante a espera pelo atendimento na consulta médica ou de enfermagem conforme a rotina da unidade. Nesse momento foram explicitados os objetivos da pesquisa e feito o convite para a participação da pesquisa garantindo o anonimato e confidencialidade das respostas.

As entrevistas foram gravadas em recurso MP3 e só foram iniciadas após apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido, (anexo 2) obedecendo a Resolução 196/96 relativa às normas éticas do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos.

Ressaltamos que a entrada no campo e o início da coleta de dados só foram realizadas após a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) ( anexo 3). Após a aprovação do Comitê de Ética, foi solicitada a autorização à Coordenação do PSF do município de Cabo Frio ( anexo 4) para início da coleta de dados onde foram expostos a relevância do objeto e os objetivos da pesquisa.

Não houve tempo limite para a execução das entrevistas na qual as participantes tiveram liberdade de falar sobre os diversos pontos tratados no roteiro e mostraram-se geralmente cooperativas. Houve situações de labilidade emocional, principalmente nos relatos de aborto e na situação com o parceiro. Nesse caso, precisamos fazer algumas pausas para que a participante se recompusesse emocionalmente e continuasse a entrevista.

### **3.4.3 – Tratamento e análise dos dados**

Após a transcrição das entrevistas, realizamos a análise do material discursivo. Nesse processo, utilizamos a análise sócio – histórica que é uma das formas de investigação baseada na *hermenêutica de profundidade*, a qual se apresenta como um referencial metodológico geral que tem como objeto de análise uma construção simbólica significativa, que exige uma interpretação (THOMPSON, 2000:357)

Sobre a tradição hermenêutica, Thompson (2000) afirma que:

(...) muitos fenômenos sociais são formas simbólicas e formas simbólicas são construções significativas que, embora possam ser analisadas pormenorizadamente por métodos formais ou objetivos, inevitavelmente apresentam problemas qualitativamente distintos de compreensão e interpretação. Os processos de compreensão e interpretação devem ser vistos, pois, não como uma dimensão metodológica que exclua radicalmente uma análise formal ou objetiva, mas antes como uma dimensão que é ao mesmo tempo complementar e indispensável a eles. (p.358)

As formas simbólicas nesse estudo referem-se às representações de aborto clandestino vivenciadas por essas mulheres, caracterizado como um fenômeno social complexo.

Thompson aponta que as formas simbólicas se inserem em diferentes contextos sociais e históricos (THOMPSON, 2000). Gomes (2008) também ressalta que a concepção dos dados de uma pesquisa como formas simbólicas tem como significado situá-los de forma intencional, convencional e referencial inserido em um

contexto. No caso desse estudo, o contexto refere-se aos indicadores sociais sobre os jovens no momento histórico atual.

Thompson (2000) ressalta que o objeto da investigação social é um território pré-interpretado. Portanto o autor afirma que o mundo sócio-histórico não é um campo-objeto que está para ser observado, mas um campo-sujeito que é construído no cotidiano da vida dos sujeitos, os quais estão preocupados em compreender a si mesmo e aos outros, bem como em interpretar as ações, falas e acontecimentos que se dão ao seu redor.

Neste sentido, a hermenêutica de profundidade refere-se à compreensão e interpretação da vida cotidiana a qual Thompson (2000, p.364) denomina como “*interpretação da doxa*, uma interpretação das opiniões, crenças e compreensões que são sustentadas e partilhadas pelas pessoas que constituem o mundo social”.

No entanto, o autor ressalta que, para realizar uma análise sócio-histórica, é preciso que a interpretação dos dados e a compreensão das formas simbólicas ultrapassem a interpretação da doxa. Essa deve ser considerada como um ponto de partida indispensável, mas não o limite da análise, para que se utilize de outros aspectos das formas simbólicas que surgem do campo-objeto. Nesse sentido as formas simbólicas são construções estruturadas inseridas em condições sociais históricas específicas (THOMPSON, 2000). A análise sócio-histórica, um dos enfoques da *hermenêutica de profundidade*, tem como objetivo “reconstruir as condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção das formas simbólicas” (THOMPSON, 2000:366).

Thompson (2000) explica que as formas simbólicas são produzidas e recebidas por pessoas situadas em locais específicos, agindo e reagindo em tempos particulares e locais especiais - ou seja, estão inseridas em um contexto social. No caso das mulheres que tiveram a experiência do aborto em suas vidas, há uma relação espaço-temporal que envereda ao contexto social em que estão inseridas, compondo um fenômeno social complexo associado a um problema de saúde pública.

Para a contextualização das representações, utilizamos dois níveis da análise sócio-histórica. O primeiro refere-se às *situações espaço temporais* (a situação dos jovens em relação a emprego, educação, saúde reprodutiva e sexualidade) e o segundo às *Instituições sociais* ( família / relação de gênero, arranjos familiares).

Considerando os aspectos da análise sócio-histórica, concordamos com Minayo (2006:30) quando afirma que a análise qualitativa deve abordar quatro modalidades:

(a) devem ser contextualizadas, permitindo distinguir as visões dominantes das outras formas de pensar a realidade (pois as classes e segmentos se encontram entre si, no seio de uma sociedade em relação e em aculturação recíproca); (b) devem levar em conta a origem e a historicidade dos fatos sociais e dos grupos que estão sendo estudados; (c) deve incluir os espaços formais da economia e da política como matrizes essenciais da cultura da família, da vizinhança, dos grupos etários, dos grupos de lazer, dos grupos religiosos, mas também percebê-los como sendo permeados por esse mundo da vida; (d) devem considerar espaços ao mesmo tempo de consensos e de conflitos, contradições, subordinações e resistência, tanto as unidades de trabalho como o bairro, o sindicato como a casa, a consciência como o sexo, a política como a religião. (p.30)

Minayo (2006) faz uma análise da perspectiva dialética marxista de Goldmann (1980) e Lowy (1985) onde ressalta “que tudo o que ultrapassa o indivíduo para atingir a vida social constitui acontecimento histórico” (p.113).

A autora enfatiza a análise de Goldmann no que se refere às Ciências Sociais a qual abrange concomitantemente a compreensão dos agentes sobre os fatos e as coisas e os fatores sociais integrados de forma inevitável e gerados na compreensão, independente das intenções e significações atribuídas pelos atores sociais. Portanto Minayo (2006) considera que a análise sócio-histórica deve integrar a coerência e a força criadora dos indivíduos e a relação entre as consciências individuais e a realidade objetiva.

Portanto a análise dos dados sobre as mulheres que vivenciaram o aborto clandestino perpassou por questões contextuais em que essas mulheres estavam inseridas, considerando suas famílias, parceiros, amigos, envolvidos diretamente ou

indiretamente nesse processo. Não nos limitamos a interpretar falas ou visões particulares e individuais sobre o aborto. Mas nos detemos em analisar as representações do aborto inseridas em um contexto social complexo incluindo-o na atual conjuntura da saúde pública.

### 3.5 - Perfil das mulheres

Como exposto, participaram da pesquisa 16 mulheres que referiram 44 casos de gravidezes sendo que 22 dessas gravidezes resultaram em aborto, pois algumas tiveram mais de uma experiência na trajetória de sua vida reprodutiva e não necessariamente dentro do mesmo relacionamento sexo-afetivo. Portanto analisamos 22 casos de aborto induzidos incluindo os condicionamentos e as relações sociais dos envolvidos considerando a participação masculina nesta decisão.

A idade na ocasião da entrevista do grupo pesquisado era entre 18 a 29 anos, residentes nas áreas de abrangência de três Unidades atendidas pelo Programa Saúde da Família do município de Cabo Frio –RJ. A idade na ocasião do aborto variou entre 14 a 29 anos, sendo maior na faixa etária entre 18 a 25 anos, considerando jovens adultas:

<b>IDADE DO ABORTO</b>	<b>Nª ABORTOS</b>
14 A 17 ANOS	06
18 A 21 ANOS	07
22 A 25 ANOS	07
26 A 29 ANOS	02
TOTAL	22

A maioria das participantes (6) era natural da cidade do Rio de Janeiro. Cinco eram de Cabo Frio e as demais do Estado do Rio de Janeiro e apenas uma da Bahia:

Em relação à religião, a maior parte se considerou católica e quatro (4) delas referiram-se sem religião.

<b>RELIGIÃO</b>	<b>PARTICIPANTES</b>
CATÓLICA	06
EVANGÉLICA	02
CANDOMBLÉ	02
ESPÍRITA	01
TESTEMUNHA DE JEOVÁ	01
SEM RELIGIÃO	04
TOTAL	16

Quanto à escolaridade cinco (5) mulheres tinham o 1º grau incompleto e cinco (5) tinham o 2º grau completo e apenas uma (1) tinha o 3º grau completo. As demais, duas (2) tinham o 1º grau completo, duas (2) o 2º grau incompleto e uma (1) estava cursando o nível superior.

<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>PARTICIPANTES</b>
1º GRAU INCOMPLETO	05
1º GRAU COMPLETO	02
2º GRAU INCOMPLETO	02
2º GRAU COMPLETO	05
3º GRAU INCOMPLETO	01
3º GRAU COMPLETO	01
TOTAL	16

Na ocasião da entrevista, metade das participantes (8) declararam não trabalhar fora, ou seja, não tinham atividade remunerada. Das oito que declararam trabalhar sete (7) tinha carteira assinada, sendo uma delas funcionária pública.

A renda das participantes que trabalhavam, a maioria (6) varia de um a três salários mínimos e apenas duas (2) relataram ganhar mais de três salários mínimos. De acordo com o DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos), o valor do salário mínimo em 2008 foi de R\$ 415,00.

<b>RENDA</b>	<b>Nº PARTICIPANTES</b>
ATÉ UM SALÁRIO MÍNIMO	02
ATÉ 02 SALÁRIOS MÍNIMOS	03
ATÉ 03 SALÁRIOS MÍNIMOS	01
MAIS DE 03 SALÁRIOS MÍNIMOS	02
TOTAL	08

Em relação à renda familiar das que não trabalham a variação também ficou entre um a quatro salários mínimos sendo que a maioria na variação entre um a dois salários mínimos. A renda familiar inclui os valores recebidos por todos os membros da família, como filhos, parente, parceiros e as próprias entrevistadas.

Quando questionadas sobre a dificuldade para se conseguir um emprego a maioria (9) informou que não teve dificuldade enfatizando não ter procurado ou mesmo porque sempre que tentaram conseguiram.

Das que informaram ter dificuldade em conseguir um emprego, o motivo mais mencionado foi relacionado à escolaridade, que na maioria das vezes não era adequada e também por ter filhos e não ter com quem deixá-los.

No que se refere à moradia, a maioria (11) tinha residência própria e quanto aos habitantes da casa os mais citados foram os filhos e o parceiro.

Na situação conjugal dessas mulheres a maioria (6) apresentou-se solteira, mas com namorado, cinco (5) são solteiras e sem parceiro e três (3) são solteiras com parceiro ou sejam viviam com o parceiro na mesma casa e as outras duas, uma era casada e a outra separada.

<b>ESTADO CONJUGAL</b>	<b>Nº PARTICIPANTES</b>
SOLTEIRA	5
SOLTEIRA COM NAMORADO	6
SOLTEIRA COM PARCEIRO	3
CASADA	1
SEPARADA	1
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

Em relação ao numero de filhos na ocasião da entrevista, a variação foi entre 0 a 4, sendo que a maioria (7) tinha 01 filho, e apenas uma tinha quatro filhos. Das que tinham mais de um filho a maioria era do mesmo relacionamento.

<b>Nº FILHOS</b>	<b>Nº PARTICIPANTES</b>
SEM FILHOS	3
01 FILHO	7*
02 FILHOS	4
03 FILHOS	1
04 FILHOS	1
<b>TOTAL:</b>	<b>16</b>

\*uma entrevistada estava grávida na ocasião da entrevista

A idade da 1ª gravidez variou entre 12 a 22 anos sendo que a maioria (11) ocorreu na faixa entre 16 a 19 anos e de três (3) mulheres ocorreu entre 12 a 15 anos.

<b>FAIXA ETARIA</b>	<b>Nº PARTICIPANTES</b>
DE 12 - 15 ANOS	03
DE 16 – 19 ANOS	11
DE 20 – 22 ANOS	02
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

O número de abortos induzidos variou entre um a três. A maioria (12) teve apenas um episódio; duas entrevistadas tiveram 02 episódios e duas com 3 episódios de aborto, sendo um total de 22 casos de abortos induzidos como já foi descrito anteriormente:

<b>ABORTOS</b>	<b>Nº PARTICIPANTES</b>	<b>Nº ABORTOS</b>
01 ABORTO	12	12
02 ABORTOS	02	04
03 ABORTOS	02	06
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>22</b>

## **CAPÍTULO IV – INTERAÇÕES ENTRE SEXUALIDADE E HISTÓRIA REPRODUTIVA DE MULHERES QUE VIVENCIARAM O ABORTO CLANDESTINO**

Antes de iniciarmos os questionamentos sobre a situação de aborto clandestino vivida por essas mulheres, foi necessário questionarmos sobre as histórias e experiências relacionadas à sua sexualidade, contracepção e reprodução. Foram feitas perguntas gerais sobre as experiências vividas na infância dessa mulher, bem como o diálogo sobre sexo com a família, até temas relacionados a relação com o parceiro, violência e situação socioeconômica.

### **4.1 – Representações sobre a infância e o diálogo com a família sobre sexo.**

Quando questionadas sobre sua infância, metade das mulheres (8) relatou que tiveram uma infância boa e tranquila. As outras (8) relataram dificuldades durante esse período, referindo problemas financeiros, de saúde e violência, tanto física como verbal.

*“Legal foi né, só que durou pouco tempo (risos) porque com 13 anos eu comecei a namorar o pai da minha filha (...) aí com 15 anos a gente foi morar juntos, aí a infância acabou muito rápido” (E1)*

*“Não, foi uma infância bem turbulenta. Minha mãe sempre foi muito agressiva(...)Porque eu passei muita dificuldade mesmo, muita fome, não só necessidade de comida como roupa de sapato, eu trabalhava com 12 anos, andava no sol quente de um lado pro outro, então eu sofri muito, se bem que não me arrependo que pra mim foi uma lição de vida que hoje eu posso passar pro meus filhos”. (E2)*

Por outro lado, quando questionadas sobre a presença de briga ou violência na família, 12 das entrevistadas responderam que presenciaram algum tipo de violência. Notamos, portanto, divergência entre algumas respostas, pois mesmo

referindo que tiveram uma infância tranqüila, presenciaram algum tipo de violência como podemos evidenciar nos próximos dois relatos.

*“Muito entre os meus pais entendeu? A minha infância todinha eu vivi no meio disso, agressão física e verbal aí eles se separaram muito cedo também aí eu fui criada com a minha mãe...” (E1)*

*“Meus pais no caso, meu pai batia muito na minha mãe”. (E4)*

Com relação ao diálogo sobre sexo com a família, das 16 mulheres entrevistadas, a maioria (13) não teve diálogo sobre sexo no âmbito familiar, ou seja, os pais não conversavam sobre sexo, e as informações eram obtidas por “roda” de amigos na escola e na rua. Apenas três tiveram diálogo sobre sexo sendo a principal interlocutora a mãe.

*“Não porque a minha mãe era fechada para conversar essas coisas, meu pai que conversava mais ele sempre assim conversou, mas na época ele não tinha ainda conversado comigo porque ele achava que eu ainda não estava nesse ritmo até porque eu tinha vindo da casa da minha avó e sabia como era a minha criação, então ele não sabia que eu tava nesse ritmo de querer namorar, fazer sexo, aí o que acontece ele só sentou para conversar comigo quando eu tava com três meses de gravidez”. (E5)*

*“Não nunca nenhum dos dois conversaram”.(E8)*

*“Com a família nunca tinha conversado, mas tinha a conversa com as amigas”. (E9)*

## 4.2 – A primeira relação sexual

A idade da primeira relação sexual das mulheres entrevistadas variou entre 11 e 18 anos sendo que a maioria (10) teve seu início da vida sexual com 14 anos. A maior parte teve sua primeira relação sexual com namorado sendo que uma delas foi abandonada semanas depois. As outras seis tiveram sua primeira experiência sexual de forma inesperada e com relações instáveis.

*“14 anos. Eu tava com ele tinha mais ou menos um ano e dois meses aí eu decidi fazer entendeu? Aí rolou a gente foi pro motel e tal com tudo direitinho aí aconteceu. (E1)*

*“Eu tinha 11 para 12 anos. Foi espontaneamente com o pai da minha filha.” (E3)*

*“14 anos. Eu saí fui para uma festa, aí conheci um garoto bem legal e acabou que ficamos e acabou que aconteceu.” (E14)*

A maioria (09) não utilizou nenhum método contraceptivo na primeira relação sexual. Isso mostra a vulnerabilidade dessas mulheres em relação a uma gravidez indesejada e o aborto, bem como a infecção por doenças sexualmente transmissíveis. Das que utilizaram algum método cinco (5) usaram a camisinha e duas (2) a pílula. Isso mostra que a camisinha está entre o método de escolha na primeira relação sexual visto que é a única que protege contra a gravidez e as DST/Aids. O uso da pílula na primeira vez, algo raro de acontecer, estava ligado ao fato de estar namorando e também a problemas hormonais.

*“Não usei nada até sabia mas não usei nada”. (E6)*

*“Na primeira vez usei camisinha”. (E4)*

*Usei remédio, eu estava namorando e comecei a tomar o remédio por conta própria, minhas amigas falaram q era bom, mas não sabia se era o certo. (E3)*

*Tava tomando anticoncepcional (pílula), eu tinha problema de menstruar muito e a médica passou para controlar e como eu tava namorando acabou acontecendo usando o remédio, mas eu não tomava direito. (E12)*

Quando questionadas sobre o conhecimento de métodos contraceptivos na ocasião da primeira relação sexual, 11 mulheres relataram que conheciam algum tipo de método. Entre os mais citados estão a pílula e a camisinha (9). Duas relataram conhecer somente a pílula. O DIU (dispositivo intra uterino) foi citado por uma das entrevistas que também conhecia a pílula e a camisinha.

Os relatos evidenciaram que o conhecimento sobre os métodos é limitado, porém há alguma informação, o que não significa a utilização dos mesmos. O não conhecimento sobre os métodos contraceptivos foi relatado por cinco (5) mulheres, um número significativo se considerarmos a difusão de informações pela mídia, campanhas preventivas e de educação sexual.

Perguntadas de que forma aprenderam a utilizar os métodos contraceptivos seis (6) responderam que aprenderam sozinhas e quatro (4) foi por intermédio de um profissional de saúde, as outras relataram que foi através de amigos, do próprio parceiro e também na escola.

*“Amigos, conversas curiosidade. No começo eu nem sabia o que era camisinha”. (E2)*

*“Não, eu aprendi sozinha”. (E4)*

*“Aprendi sozinha, aí e fui ao médico depois que tive meu filho, fui ao médico aí ele me explicou aí eu comecei a tomar remédio”. (E5)*

É importante consideramos que o fato de terem aprendido sozinha ou pelo intermédio de amigos ainda nos remete a questão sobre as dificuldades que essas mulheres têm às informações adequadas e corretas sobre a utilização dos métodos contraceptivos.

#### 4.3 – A Utilização de métodos contraceptivos

Quando questionadas sobre qual o método contraceptivo que utilizavam a maior parte (5) respondeu que não estavam utilizando nenhum método, quatro (4) participantes eram laqueadas e dentre os mais utilizados estavam a pílula e a camisinha sendo que apenas uma das mulheres utilizava exclusivamente a camisinha como método. A injeção também foi citada por uma das participantes.

Sobre quais os métodos que já tinham utilizados, o anticoncepcional oral (pílula) foi citado por todas as entrevistadas, também foram mencionadas a injeção (5) e a camisinha (10).

MÉTODOS	USA ATUALMENTE	JÁ UTILIZOU
CAMISINHA	2	10
LAQUEADURA	4	0
PÍLULA	4	16
INJEÇÃO	1	5
OUTROS	0	0
NENHUM	5	0

Dentre os outros métodos a maioria (9) relatou ter ocorrido efeitos colaterais com os anticoncepcionais hormonais (pílula e injeção), como enjôos, aumento de peso, cisto no ovário e disfunção hormonal. O esquecimento também foi um item muito citado no caso do anticoncepcional oral.

*“Eu tive todos os problemas do mundo pra utilizar os métodos antes eu tinha um problema que os remédios não funcionava em mim e eu explicava isso para os médicos, eu quis operar no segundo filho eu paguei particular, fiz tudo porque eu passava muito mal com os medicamentos. Eu só tomava a pílula e camisinha e me dei mal. Eu me dei mal porque não funcionava nada em mim. Os preservativos estouravam, a maioria se eu usasse cinco, dois estouravam e já era motivo pra ficar preocupada”.(E2)*

*“Isso, o cisto e tive problema de esquecer, porque assim camisinha é aquele negócio quando a gente começa a namorar firme nunca pensa em usar né e pílula eu esqueço até remédio quando eu fico com dor de garganta que tem que tomar remédio eu com dor esqueço de tomar, imagina uma pílula que eu não sinto nada eu coloco o celular para despertar e nem sei porque o celular ta despertando, não dá eu esqueço. Tava doida para tomar injeção, para mim foi o melhor mas tive que parar pois deu problema”. (E6)*

*“Sim a pílula, porque me dava uma pressão na minha cabeça pensei que eu ia cair na rua aí eu parei foi até o ginecologista que cortou”. (E10)*

Apesar das dificuldades relatadas, quando questionadas sobre a facilidade ou dificuldade em evitar a gravidez, a maioria (15) relatou ser fácil evitar a gravidez sendo que quatro delas relacionaram ao fato de serem laqueadas. Apenas uma relatou ser difícil devido ao esquecimento em tomar a pílula. Notamos que a utilização dos métodos não está ligada apenas à informação sobre a existência ou não do método, mas também da sua adequação ao corpo e ao estilo de vida dessa mulher. A facilidade em se evitar a gravidez, relatada pela maioria, está na teoria da “facilidade” no acesso e na variedade de métodos existentes. Mas essa facilidade muda na prática quando as mesmas referem os efeitos colaterais e não adequação do método:

*“Agora fácil porque estou ligada. Mas antes era difícil porque eu esquecia o remédio, não me dava com a camisinha, todas estouravam, então não é tão simples assim...” (E3)*

*“Assim é difícil assim porque eu esqueço o remédio, mas é fácil, acesso a gente tem, pra mim é difícil por esquecer o remédio”... (E6)*

*“Eu acho que tem sido fácil pelos métodos de hoje tem sido bem fácil evitar uma gravidez. Mas por outro lado é difícil quando você não se dá bem com algum método e até achar outro corre o risco de engravidar”. (E9)*

Ainda sobre a utilização de método contraceptivo, quando questionadas sobre sua utilização quando souberam da sua condição de gravidez, a maioria (14) respondeu que não utilizavam nenhum método e as que relataram usar disseram que algo aconteceu de errado na sua utilização ou falha do método.

*“Não, tava usando a pílula mas não usava direito porque eu passava muito mal”. (E12)*

*“Tava tomando anticoncepcional (pílula) aí eu não sei se tomei errado ou se falhou”.(E15)*

Uma questão muito discutida nas ações de planejamento familiar é a participação do homem no processo e a responsabilização da decisão contraceptiva sobre a mulher. Portanto, quando questionadas sobre a participação do parceiro, oito (8) mulheres relataram que o parceiro não participa dessas decisões pois alegavam que eram responsabilidade da mulher ou simplesmente porque não se interessavam.

*“Já mas não adiantava muito homem não liga muito para isso”. (E2)*

*“Não porque na época que engravidei desse parceiro a gente era novo entendeu? Assim não tinha esse tipo de conversa, quando você tem 16, 17 anos entendeu? E ele tinha a mesma idade que eu. Com esse atual ele pergunta se eu to tomando remédio e tal mas é uma decisão minha ele não interfere”. (E5)*

*“Não era mais uma decisão minha de tomar”. (E16)*

Já a mulheres que relataram a participação do parceiro informaram que além do diálogo havia o apoio desse parceiro na escolha do método. Uma das entrevistadas disse que a participação do parceiro se limitava ao fato dele comprar o anticoncepcional oral.

*“Não, ele participa. A gente conversa, quando por exemplo eu parei de tomar o remédio a pílula e fui pra injeção aí eu não confiei tipo tomar a injeção hoje e ter relação sem problemas aí a gente ficou um bom tempo usando camisinha sem reclamação nem nada. Eu não gosto entendeu? A decisão de não usar sempre é minha, mas ele não falou nada não reclamou nem nada”.( E1)*

*“Já. Ele participa porque ele que compra o remédio”.( E8)*

*“Sim ele participa”.(E7)*

Foi visível também em alguns relatos a dificuldade na negociação da utilização da camisinha com o parceiro, fato que dificulta ainda mais a sua utilização devido a não aceitação pelo parceiro na maioria dos casos, como podemos notar nos depoimentos a seguir.

*“Não porque homem é muito difícil né? Se o negócio for usar preservativo então nem pensar então foi quando eu engravidei quando meu filho tinha 1 ano, foi aí quando eu tive que fazer o aborto”. (E15)*

*“Depois que a gente vai obtendo certa idade a gente vai pensando que assim não existe só a gravidez, pode vir uma doença e eu nunca confiei nesse meu ex-namorado que foi a pessoa que tive mais tempo eu nunca confiei nele que ele me*

*“tinha só como mulher sabe? Então às vezes eu conversava com ele para a gente passar a utilizar camisinha e tudo só que ele não gostava, conversava muito com ele só que ele não gostava, falava que machucava, no início ficava até avermelhada na região dele, falava que tinha alergia, eu particularmente não acredito muito acho que era mais porque ele não gostava mesmo”. (E6)*

No questionamento se já houve briga ou discussão sobre a questão de engravidar ou não, a maioria (14) disseram nunca ter ocorrido brigas ou discussão relacionadas a esse fator. As que relataram discussões referem-se à utilização do preservativo, como já exposto anteriormente, devido a não aceitação do parceiro.

#### **4.4 – Situações de violência**

Quando indagadas se sofreram alguma agressão física por parte do parceiro a maioria (9) respondeu que não. Porém, sete (7) mulheres sofreram violência devido à separação, alcoolismo e problemas no relacionamento.

*“Já. Do pai dos meus filhos. Ah porque ele tinha uma amante e ele achava que tinha que fazer comigo o que fazia com ela e eu não aceitava porque também não entendia algumas coisas, eu era muito nova, mas aí a gente acabou muito tempo assim brigando aí ele acabou indo embora mesmo”.( E13)*

*“O meu marido me agrediu umas três vezes. Na terceira vez eu abandonei o lar, fui embora”.  
(E15)*

*“Já foi na gravidez inclusive mas uma agressão séria eu com ele, ele comigo mas tudo foi ele que começou, bebida, e na época que a gente começou a morar junto ele usava maconha então ele dizia que via bicho mas nada que eu ficasse preocupada porque eu sabia que era efeito da droga (...)”( E2)*

Percebe-se o sentimento de posse desses homens, pois mesmo separados agrediam essas mulheres por não aceitaram vê-la com outro no sentido de continuarem suas vidas.

*“Já, já. Quando a gente se separou, eu não queria mais aí ele achava que eu não tinha que ficar com mais ninguém só com ele entendeu? Aí ele não podia me ver que fazia escândalos, queria me agredir no meio da rua, queria me bater(...)”( E3)*

*“Já. A gente se separou eu com o pai da minha filha mesmo, ficamos um tempo separado aí nisso eu me relacionei com outra pessoa E ele descobriu e me agrediu por isso entendeu? Eu me senti péssima porque a gente tinha se separado por erro dos dois, mas na minha cabeça os meus erros eram muito inferiores aos dele aí a gente se separou por culpa dele no meu pensamento entendeu? Aí eu achei que pudesse viver minha vida normal aí aconteceu dele descobrir....mas eu já tava separada dele...mas sentimento de posse que ele tinha entendeu? (E1)*

**CAPÍTULO V – EXPERIÊNCIAS RELACIONADAS À GRAVIDEZ E ABORTO – SENTIMENTOS, SITUAÇÃO FINANCEIRA, RELAÇÕES COM O PARCEIRO E FAMÍLIA.**

Ocorreram 44 casos de gravidezes e 22 casos de abortos nas 16 mulheres entrevistadas sendo que 14 mulheres engravidaram mais de uma vez como podemos verificar no quadro abaixo:

<b>Nº GRAVIDEZES</b>	<b>Nº PARTICIPANTES</b>	<b>Nº GRAVIDEZES</b>	<b>Nº ABORTOS</b>
01 GRAVIDEZ	02	02	02
02 GRAVIDEZES	06	12	06
03 GRAVIDEZES	03	09	03
04 GRAVIDEZES	04	16	10
05 GRAVIDEZES	01	05	01
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>44</b>	<b>22</b>

Do total de 44 gravidezes, 26 delas ocorreram antes dos 20 anos de idade com 12 casos de aborto. Quinze (15) gravidezes ocorreram antes do 18 anos com seis (6) casos de aborto. No que se referem à situação relacional com o parceiro na ocasião da gravidez, dezenove (19) casos ocorreram em contextos em que essas mulheres moravam com o parceiro, tendo ocorrido seis (6) casos de aborto. Vinte e cinco (25) casos ocorreram em contextos em que essas mulheres não moravam com o parceiro ocorrendo 16 casos de aborto. Podemos perceber que o numero de abortos é maior nas situações em que as mulheres não moravam com os seus parceiros, traduzidas em relações instáveis como namoro, ou ficar.

No que se refere à situação econômica a maioria (34) das gravidezes, ocorreram em situações consideradas pelas mulheres como difíceis e inadequadas para se ter um filho, ocorrendo dezenove (19) abortos.

Com relação à aceitação da gravidez em 23 casos houve rejeição da gravidez por parte do parceiro ou da família dessa mulher, principalmente a mãe. Dessas 23 gravidezes, 11 evoluíram para o aborto. Esses aspectos em que relacionamos dados gerais dessas gravidezes comparando com os casos de aborto, percebemos que o cenário em que elas acontecem são heterogêneos e que os abortos tem uma relação direta com as vivências dessas mulheres em variados contextos, seja com o parceiro ou com a família, assim como o aspecto social dessas relações incluindo a questão do emprego, renda e situação conjugal.

Considerando a heterogeneidade da ocorrência da gravidez e que cada experiência é única e diferenciada e que depende do momento e do contexto em que acontecem dividimos, para uma melhor compreensão dos dados, os casos de gravidezes analisando a primeira gravidez e as gravidezes subseqüentes, sobre variados aspectos descritos a seguir:

#### **A ) 1ª gravidez (16 casos, 6 abortos):**

A idade da primeira gravidez variou entre 12 a 20 anos, sendo que a maior parte (12) ocorreu antes dos 20 anos, ou seja, na fase da adolescência. Dos 16 casos de gravidezes, seis (6) resultaram em aborto.

Entendemos que o advento da gravidez é um acontecimento que não ocorre de forma isolada e envolve família, parceiro, amigos que estão direta ou indiretamente ligados a essa nova situação. Diaz e Diaz (1999) ressaltam que a gravidez na adolescência provoca alterações profundas nos projetos de vida dessas jovens, incluindo o abandono dos estudos, o que irá influenciar no seu futuro profissional.

### A.1) Aceitação da gravidez:

A aceitação da 1ª gravidez perpassou por 10 mulheres sendo que em apenas um desses casos a gravidez foi planejada. Houve apoio e aceitação pelo parceiro na maioria desses casos (7) e esses parceiros estavam morando com essas mulheres na ocasião dessa gravidez.

*“Não até que eu não me senti muito mal entendeu? Eu me senti mal por ser muito nova, mas por eu estar com ele, eu via que ele era uma pessoa responsável entendeu? Apesar de ser novo ele já tinha o trabalho dele com carteira assinada tudo direitinho então eu me senti segura e ele me apoiou por isso aceitei”. (E1)*

*“Se eu te falar que eu gostei você vai pensar que eu estou mentindo, entendeu? Porque eu gostei. Minha mãe apoiou, porque era o primeiro neto e ele também adorou pois queria ser pai”. (E3)*

O depoimento a seguir mostra que apesar dela ter ficado feliz e aceitado a gravidez, ela sofreu com a rejeição do parceiro que dizia não ser o pai da criança, além de violência por parte da mãe que a agrediu enquanto estava grávida:

*“Quando eu descobri eu senti alegre eu pulava de felicidade aí ele falava que o filho não era dele, aí eu falei ta bom to te largando eu vou fazer o teste de afinidade e assim que tiver eu vou jogar na sua cara e mostrar que é seu filho. Ele era apaixonado por mim, vinha atrás de mim mas eu dizia enquanto você não assumir que é seu eu não tenho o porquê ficar com você, eu morei na casa da minha mãe, minha mãe me bateu grávida. Aí o médico disse que eu não estava grávida fez o toque e tudo, isso já é uma frustração, peguei as coisas do neném todinha e dei para os outros com três meses. Aí o que aconteceu? Por final minha regras não vinham, vomitando com enjoô, um desejo, aí eu falava diziam “é psicológico” quando eu vi bati uma ultrassom estava com quase 6 meses. Então não era nada psicológico era puro neném mesmo”. (E2)*

As três mulheres, que não estavam morando com o parceiro e que mantinham relações instáveis, mas aceitaram e levaram adiante a gestação, não tiveram apoio destes na ocasião da gravidez:

*“Ah fiquei muito feliz né porque eu era doida para ser mãe e eu mesma que deixei vim a primeira gravidez, mesmo sabendo que ele nem quis saber da filha e que eu ia criar sozinha eu quis ter”. (E8)*

*“Fiquei desesperada, mas eu gostei e quis ter meu filho, mesmo sozinha”. (E16)*

## **A.2) O contar para alguém sobre a gravidez**

Em apenas um caso a entrevistada não contou para ninguém sobre a gravidez que, neste caso, resultou em aborto. Nos outros 15 casos a gravidez foi compartilhada com amigos e familiares.

*“Contei, a primeira pessoa que eu contei foi para minha tia que é minha madrinha, irmã da minha mãe, aí ela conversou com a minha mãe, meu pai foi o último a saber, ele até me perguntou antes, porque ele veio conversar comigo sobre sexo e tal porque ele achou que meu corpo estava mudando muito aí ele já estava desconfiado que eu tinha feito algo, mas aí eu neguei menti disse até o final que não era, mas eu já estava grávida de três meses”. (E5)*

Em três casos houve rejeição da gravidez por parte das mães dessas entrevistadas, sendo que duas sugeriram a opção do aborto, mas somente em um dos casos ele foi realizado.

*“A princípio minha mãe queria que eu tirasse de qualquer jeito porque eu não ia ficar com o cara não queria ficar com ele e eu ia ter um filho dele então ia ser muito problema na minha vida, eu era muito nova, tinha acabado de terminar o 2º grau então ela não foi a favor de eu levar adiante a gravidez, mas eu quis ter”. (E16)*

*“Minha mãe e ele (parceiro) me apoiou para tirar”. (E11)*

### **A.3) Situação econômica:**

A situação econômica foi outro fator importante que apareceu nos relatos dessas mulheres como um agravante no contexto dessas gravidezes, visto que a vinda de uma criança altera os padrões de consumo familiar, traduzindo em mais gastos e despesas, influenciando o fato de levar ou não adiante a gravidez.

A situação econômica foi classificada como ruim e péssima pela maioria das mulheres (14) na ocasião da ocorrência dessas gravidezes. A maioria (12) não trabalhava no advento da primeira gravidez.

*“Ruim eu não trabalhava e ele ganhava pouco não tinha carteira assinada”. (E4)*

*“Péssima porque nós iniciamos uma vida digamos assim mudou totalmente porque um filho você sem casa eu posso te dizer que eu fui morar num cômodo com banheiro, só ele trabalhava”. (E15)*

Em alguns desses casos (5) a causa da situação financeira estar ruim era porque ambos (o casal) não trabalhavam por serem novos e ainda estarem estudando, dependendo economicamente dos pais.

*“Péssima eu não trabalhava nem ele (risos), minha mãe que me sustentava e mãe dele que sustentava ele, foram eles no início que criaram o nosso filho entendeu? Em relação financeira assim”. (E5)*

*“Então eu descobri que estava grávida de quase quatro meses eu tinha 16 anos, entendeu? Ele tinha 19 anos na época foi muito difícil pois não trabalhávamos e dependia dos nossos pais”. (E6)*

Em três casos essas mulheres não trabalhavam e não podiam contar com o parceiro devido às relações instáveis e não aceitação da gravidez por parte do parceiro.

*“Emocionalmente eu até me sentia em condições porque eu queria, agora economicamente eu não tinha porque eu não tava trabalhando e eu sempre vivi com meus pais então eles é que seguraram tudo e não podia contar com o pai do meu filho” (E8)*

*“Ah, ruim porque eu tinha acabado de terminar 2º grau e ainda não tinha emprego e eu não podia contar com ele”. (E16)*

Em apenas dois casos as mulheres trabalhavam, mas por ganharem pouco e não poder contar com o parceiro também relataram não ter condições econômicas adequadas para se ter um filho.

*“Tava ruim ah porque ele ganhava muito pouco a gente trabalhava na feira., ganhava muito pouco e não tinha nem tempo pra ficar com a neném”. (E13)*

*“Bom como eu te falei eu não tinha uma relação estável com ele então ia acabar sobrando pra mim, e eu fazendo faculdade, trabalhando e ganhando pouco não dava pra ter um filho de jeito nenhum e contar com ele nem pensar (...)”. (E10)*

#### **A.4) Situação relacional com o parceiro:**

A gravidez é um momento único vivido pela mulher, que idealmente deve ser um processo protagonizado pelo parceiro, porém no caso dessas mulheres, nem sempre essa gravidez foi compartilhada e aceita por seus companheiros.

A situação relacional com o parceiro na ocasião dessas gravidezes configurava-se, em sua maioria, como relações instáveis. Das 16 mulheres, apenas sete (7) estavam morando junto com o parceiro na ocasião da 1ª gravidez, referindo a relacionamentos que variaram de 2 meses a 6 anos. Quatro (4) dessas mulheres que moravam com o parceiro se separaram logo depois da 1ª gravidez:

*“Boa. Tinha dois anos de relação. Aí fomos morar juntos. Estava tudo bem entre nós”. (E1)*

*“A gente tinha ido morar juntos há 2 meses, quando engravidei. Mas assim brigávamos muito e ele não queria o filho. Mas depois ficou tudo bem.” (E2)*

*“Tinha 4 anos de relacionamento, morando junto e logo depois que tive o meu filho brigamos e nos separamos, só depois é que voltamos e agora está tudo bem” (E4)*

A maior parte (9) estava namorando ou com relações instáveis colocada aqui como “o ficar” ou saídas eventuais. Em um dos casos a mulher casou com o parceiro logo depois que soube da condição da gravidez. Nos outros casos houve separação e rompimento da relação:

*“Eu só saía com ele, tinha 4 meses que eu saía com ele, aí engravidei, não tinha nada sério era só ficar mesmo (...) e claro por isso ele não quis saber de nada e disse que o filho não era dele, aí nos separamos...” (E8)*

*“Eu tava namorando (1 ano) e inclusive o pai do meu filho não morava em cabo frio, ele morava em São Paulo, tínhamos 1 ano de relacionamento e aí eu resolvi terminar porque não dava mais certo por causa da distância toda aí depois que eu terminei passou um tempo eu descobri que estava grávida, aí ele disse que não era dele (..) enfim depois acabou registrando mas dá o que quer quando quer, agora que eu to entrando na justiça”. (E16)*

Desses nove (9) casos de 1ª gravidez, seis (6) resultaram em aborto, influenciadas pelos contextos das relações instáveis com o parceiro e conseqüente não aceitação da gravidez:

*Tinha 2 meses de namoro e assim não era um namoro sério. Eu eu ele éramos muito novos, e eu não podia ter um filho nessas condições. (E7)*

*Tinha 1 ano e 6 meses que assim nem sei te dizer o que era, pois não era namoro pois ele tinha uma namorada, posso dizer que ficamos nessa “enrolação” nesse meio tempo e eu engravidei. Resolvemos então pelo aborto, pois ele não ia ficar comigo e eu não tinha condições de ter um filho sozinha. (E10)*

Das mulheres (6) que abortaram na primeira gravidez, cinco (5) tiveram apoio dos seus parceiros para abortar, sendo que dois desses casos o parceiro queria o filho mas concordou com a opção do aborto.

*Eu me senti péssima nas duas gravidezes, pois não queria ficar grávida, ele não estava comigo, então resolvi tirar e ele concordou. (E10)*

*Desesperada né, por que eu tinha maior sonho de vir pro RJ, de estudar estava estudando para vestibular, queria terminar o normal e fazer uma faculdade lá no RJ, ser professora, tinha*

*um monte de coisa na cabeça menos ser mãe e eu vi essa gravidez com uma interrupção de todos os meus sonhos, dele Também porque ele também estudava ainda, então apesar dele querer o filho, concordou que a melhor saída era eu tirar. (E6)*

A reação masculina estava em também não querer a gravidez, por diversas razões: financeira, por já ter filho ou pela imaturidade para ser pai. Outros também se negaram a revelar uma posição deixando a decisão para a parceira.

*“Com certeza eu ia ter mais apoio se eu quisesse ter mas como nós éramos muito jovens e tinha todo um histórico de dificuldades que não daria, ele me apoiou também”. (E6)*

*“Sim ele conseguiu o citotec, ele também não queria até porque ele era noivo e isso ia atrapalhar o relacionamento dele, então pra ele também foi um alívio”. (E10)*

Em um caso o parceiro não soube da gravidez e da ocorrência do aborto. Nesse caso em específico a entrevistada não tinha mais contato com o parceiro, pois só teve contato com ele por uma noite que resultou em uma gravidez indesejada e na prática do aborto:

*“Foi uma noitada, eu nem sabia direito com quem eu tinha saído, não tinha telefone dele, pra te dizer a verdade nem o nome dele eu lembrava, então não tinha como ele saber né? E se eu deixasse vir meus pais me expulsariam de casa, pois eu só tinha 16 anos”. (E7)*

Percebemos com esses depoimentos que a recusa ou aceitação da gravidez não está limitada em querer ou não um filho, mas a um universo de fatores que se misturam em sentimentos traduzidos em frustrações, decepções, alegria e ao fato de serem ou não apoiadas principalmente pelo parceiro.

Esses depoimentos expressam claramente os contextos de relações instáveis e inseguras em que aconteceram essas gravidezes, levando-nos a refletir o quanto é complexo o processo de aceitação ou recusa dessa gravidez que está direta ou indiretamente ligada às relações com o parceiro, com a família e amigos e a própria situação econômica, os quais serão discutidos a seguir.

#### **A.5) Os interlocutores da decisão**

A decisão de realizar o aborto não foi tomada de maneira isolada, ou seja, essas mulheres compartilharam com outras pessoas do seu convívio a decisão em abortar. Isso mostra que a prática do aborto não é individualizada, mas um processo que envolve familiares, amigos e o próprio parceiro e esses na maioria das vezes exercem uma grande influência na decisão.

Com relação à questão *“Você falou com alguém sobre a possibilidade dessa hipótese (interromper a gravidez)?”* nos seis casos de abortos ocorridos na 1ª gravidez, as entrevistadas falaram com alguém sobre a possibilidade de realizar o aborto. Dentre as pessoas citadas estão mãe, parceiro e amigas:

*“Sim falei com uma amiga e ela me ajudou. Ah meu namorado também soube e me apoiou” (E14).*

*“Para ele (parceiro) em um dos casos, no outro (que já era outro namorado) contei pra uma amiga e ela que me ajudou a realizar o aborto, me levou em uma curiosa, mas ele nem ficou sabendo”. (E10)*

Porém quando questionadas se essas pessoas compartilharam na decisão do aborto também em todos os seis casos a decisão foi compartilhada com amigos, familiares e parceiros:

*“Isso a família dele me ajudou e ele também meus pais não sabiam”. (E6)*

*“Falei com essa minha amiga e com o meu namorado, eles me ajudaram e me ajudaram no processo”. (E14)*

## **B) Gravidezes subseqüentes (28 casos, 16 abortos):**

### **B.1) Aceitação da gravidez:**

Com relação à aceitação das 28 gravidezes subseqüentes em 25 casos houve rejeição da gravidez por parte delas ocorrendo o aborto em 16 delas. O motivo mais citado para a rejeição das gravidezes subseqüentes foi o fato dessas mulheres já terem no mínimo um filho ou já terem abortado, justificada pela piora das condições financeiras e relacional com o parceiro e família no advento de mais um filho:

*“A segunda gravidez foi um horror a minha filha ela ia fazer um ano. A reação dele foi que eu tirasse e realmente querer eu não queria, mas eu pensei e disse com você ou sem você eu vou ter meu filho. Passei de novo por sacrifício, ganhei ela com 7 meses de lá pra cá só tive filho com 7 meses, tudo porque maus tratos falta de informações também, mas também pré natal eu sempre fiz de todos eles à risca entendeu? Mas eu não tinha assim o companheirismo, era eu e eu, é por isso que pra mim foi tão difícil”. (E2 – abortou na 3ª gestação)*

*“Foi porque a gente já estava se separando já, então eu não queria porque eu fiquei com medo de grávida ele sair fora, alguma coisa assim? (E9 – abortou na 2ª gestação)*

O depoimento a seguir mostra a insegurança da entrevistada em aceitar e levar adiante mais uma gestação, pois já tinha sofrido uma rejeição do parceiro na primeira e como a nova gestação era de outro parceiro que também a rejeitou, resolveu abortar para não passar pelo mesmo sofrimento:

*“Na segunda gravidez meu filho tinha 3 anos, eu não contei para minha família, mas contei para o pai da criança, esse era outro não era o pai do meu filho. Mas assim ele não quis saber disse que era para eu me virar que ele não queria nada comigo, foi quando resolvi tirar”. (E16 – abortou na 2ª gestação)*

Na ocasião de uma terceira gravidez a aceitação fica ainda mais complicada e novamente a questão financeira e a falta de apoio do parceiro são fatores incisivos para essa rejeição.

*“Terceira gravidez eu estava com dois meses e meio. Foi de outro parceiro e não tínhamos uma relação séria, ele não ia assumir mesmo e eu não podia correr o risco de ficar com mais um filho sem pai. Então tive que tirar, fora a questão financeira como eu ia sustentar três mal consigo com dois”. (E8 – abortou na 3ª gestação)*

*“Na terceira gravidez eu tirei porque se ele soubesse, ele ia embora e eu não queria isso então tirei, além disso, eu já tinha dois filhos (...)”. (E2 – abortou na 3ª gestação)*

*“Foi a mesma questão nas três gravidezes que eu tive filho, eu fiquei com o segundo parceiro um ano e pouco, e com o terceiro eu fiquei quatro anos, mas foi a mesma história da primeira gravidez, eu não estava usando anticoncepcional e a relação não dava certo aí a gente se separava”. (E3 – abortou na 4ª gestação)*

As quatro mulheres que tiveram quatro gravidezes também relataram o fato de não aceitarem devido ao numero de filhos e a situação financeira:

*“ (...) Na quarta eu tirei, pois já tinha três filhos um de cada pai que não assumiram e eu crio sozinha com a ajuda da minha mãe e meu irmão não podia ficar com quatro filhos, não dava”.(E3 - abortou na 4ª gravidez )*

*“ (...) Na quarta gravidez eu não esperava minha filha tinha só 3 meses e eu me descobri grávida e mais um vez aí eu fui e tomei esse tal do citotec”. (E15 - abortou na 4ª gravidez)*

*“ (...) Nas outras três gravidezes foi isso eu não queria ter mais filho mas não conseguia evitar pois não me dava com o remédio e acabei fazendo três abortos”. (E5 – abortou na 2ª, 3ª e 4ª gravidez)*

A entrevistada que teve cinco episódios de gravidez relata dificuldades na utilização dos métodos contraceptivos, porém levou adiante a quinta gravidez, pois não queria mais recorrer ao aborto devido sua atual religião.

*“Então, eu não queria, mas novamente a camisinha estourou e eu não tava usando pílula pois não adianta nada mesmo para mim, meu corpo não aceita então engravidei de novo, mas deixei vir mesmo já tendo três filhos mas agora sou evangélica e não poderia mesmo abortar mesmo não tendo condição para ter mais um filho”. (E2 – abortou na 3ª gravidez)*

Em três casos houve aceitação de uma das gravidezes subseqüentes relatando vontade e felicidade por estarem grávidas e em um dos casos foi planejado.

*Mais feliz que da outra vez (...), Agora segunda gravidez com 22 anos estou com dois meses, eu to morando na casa dos*

*meus pais, porque a gente se separou, a eu descobri a traição dele, mas como eu te falei ele sempre quis ser pai, aí como agora eu tenho uma estabilidade financeira boa digamos que agora eu tenho porque eu não tinha por mais que eu more na casa dos meus pais eu tenho condições de criar meu filho ele também, ele trabalha, meus pais também, então agora sim é tudo uma questão de assumirmos. Não quis né, mas não me passou pela cabeça em fazer aborto, eu não queria porque eu já estava separada dele há um mês e pouco, eu descobri com dois meses dessa vez porque eu parei de menstruar mesmo, assim a primeira coisa que eu pensei que ele ia falar é que não era dele, que ele ia fazer 'molecagem' mas não fez, gostou muito, apesar dele ter concordado que nós morando juntos não dá mais certo, agora a gente resolveu assumir, questão de harmonia, por mais que a gente esteja separado a gente mantém assim tenta esquecer as traições, brigas, agora a gente mantém uma amizade. (E6 – abortou na 1ª gestação)*

*“Eu gostei porque eu queria ter outro filho dele então resolvi deixar e agora ele tá aqui”. (E4 – abortou na 2ª gestação)*

*“Amei porque eu queria e quando eu soube que era uma menininha então foi ótimo porque eu queria um casal”. (E15 – abortou na 2ª e 4ª gestação)*

Percebemos que os contextos em que ocorreram essas gravidezes foram diferenciados da primeira gestação, pois algumas mulheres já tinham filhos e outras já tinham abortado, principalmente quando elas se referem ao aspecto econômico e relacional com o parceiro.

## **B.2) O contar para alguém sobre a gravidez**

Em todos os casos de gravidezes subseqüentes as mulheres compartilharam com alguém (familiares, amigos e parceiros) sobre sua condição. Porém nos casos

que resultaram em aborto, algumas mulheres omitiram o fato de estarem grávidas tanto para o parceiro quanto para familiares:

*“A segunda vez que eu engravidei eu escondi de todo mundo até dele (parceiro), eu não falei nada, eu engravidei quando a gente estava separado só que a gente continuou se relacionando aí eu engravidei. Eu tinha 17 anos. Aí eu escondi até dele, mas depois não dava mais para disfarçar mais pra ninguém porque cinco meses (...) aí ele falou para eu não tirar e tal mas aí eu consegui convencer aí ele comprou o remédio e eu tomei”. (E1)*

*“(…) Na segunda e na terceira eu contei também para minha mãe ela se conformou né fazer o quê? Na quarta que eu abortei é que eu não contei para ninguém”. (E3)*

Nota-se que nas gravidezes subseqüentes houve uma maior participação do parceiro em relação ao apoio para o aborto, diferindo da 1ª gestação, visto que como já foi explicitado, essas gravidezes ocorreram em maior número com parceiros diferentes:

*“Eu contei para ele e ele não queria mais um filho então comprou o remédio pra eu abortar”.(E13)*

*“A outra gravidez (2ª) eu tirei também, como te disse não ia ter um filho com uma pessoa que nem era meu namorado e que não queria ficar comigo ele me apoiou para tirar”. (E10)*

### **B.3) Situação econômica:**

A situação econômica dessas mulheres não mudou muito nas gravidezes subseqüentes em relação à 1ª gestação, pois a maioria (10) continuava sem trabalhar, dependendo economicamente dos seus parceiros ou familiares.

*“Péssima todas as vezes que engravidei, pois eu não trabalhava, só ele aí já viu. Com meu primeiro parceiro ele fazia biscate não tinha dinheiro certo”. (E2)*

Para as entrevistadas a vinda de mais um filho significava um fator agravante para a situação econômica.

*“Na segunda tava bem pior porque eu tava separada dele e ele tava desempregado então ia ser muito difícil termos outro filho pois já tínhamos uma”. (E1)*

Percebemos no próximo relato a preocupação implícita dessa mulher em não ter o parceiro ao seu lado como um agravante para a situação econômica pois nesse caso ela ressalta o fato de estar sozinha para criar quatro filhos.

*“Ruim em todas que engravidei, nós não tínhamos condições. E por isso que na quarta eu resolvi abortar, como eu ia ficar com quatro filhos e sozinha?” (E3)*

A questão do desemprego do parceiro foi mencionada na maior parte dos casos de gravidez subseqüentes como um aspecto agravante da difícil situação financeira do casal no momento da gravidez:

*“Péssima porque ele não tava trabalhando ainda jogava só bola, mas não estava recebendo e eu nem imaginava em trabalhar, pois ainda tava estudando e já tinha um filho para criar”. (E12)*

*“Na segunda ainda tava ruim ele tava desempregado só eu trabalhava e ganhava um salário”. (E15)*

Apenas em dois casos tivemos relatos de que a situação financeira estava um pouco melhor e que poderiam ter outro filho associados também ao fato de estarem apoiadas pelo parceiro:

*“Na terceira já tava melhor por isso eu quis ter outro porque aí eu ia ficar com dois filhos”. (E15)*

*“Tava um pouco melhor e como nós voltamos resolvi ter outro filho dele”. (E4)*

Ressaltamos que no cenário das gravidezes subseqüentes o mais evidente foi que as relações com os seus parceiros foram significantes no processo de aceitar ou rejeitar a gravidez, inseridas em um contexto de angústias, decepções, frustrações associadas a uma situação sócio-econômica desfavorável na maioria dos casos.

#### **B.4) Situação relacional com o parceiro:**

Elucidando o contexto das relações em que ocorreram as gravidezes e abortos, mais uma vez destacamos as relações instáveis que essas mulheres mantinham com seus parceiros. Seis mulheres tiveram gravidezes subseqüentes do mesmo parceiro, mas a maioria dos casos (19) foi com parceiros diferentes. Considerando essas relações instáveis destacamos que dessas 28 gravidezes subseqüentes 16 resultaram em aborto, sendo que 10 desses abortos foram resultados de relações instáveis e com parceiros diferentes.

Houve situações de três ou quatro gestações sendo cada uma com parceiros diferentes em relações instáveis. O quadro a seguir mostra a relação de parceiros e gravidezes subseqüentes:

PARCEIROS	MULHERES	GRAVIDEZES SUBSEQUENTES
01	06	09
02	05	11
03	01	02
04	02	06
TOTAL	14*	28

\* Duas mulheres só tiveram uma gestação, sendo 14 o total de mulheres que tiveram mais de uma gestação.

Em oito (8) casos essas mulheres estavam morando com seus parceiros; seis (6) gravidezes ocorreram na ocasião em que estavam casadas; Em quatro (4) casos as gravidezes ocorreram quando essas mulheres estavam separadas, entendida aqui como o rompimento de uma relação em que estavam morando com o parceiro, e em dez (10) casos as relações se configuravam como instáveis traduzidas aqui como namoro de curto período (meses) e o “ficar” que acontecia com saídas eventuais com esses parceiros.

A relação com o parceiro foi considerada como turbulenta e ruim na maior parte dos casos (15), sendo que algumas mulheres tinham se separado, mas mantinham relações eventuais que resultou em uma gravidez:

*“Eu tinha me separado, mas ficava com ele às vezes e acabei engravidando”. (E6)*

*“A segunda vez eu abortei eu tinha 22 anos e estava me separando (...)” (E9)*

A entrevistada a seguir tinha se separado do 1º parceiro e engravidou do segundo o qual só “ficava”:

*“Tinha dois meses que eu tava ficando com ele pois tinha separado do meu marido (parceiro), mas de jeito nenhum eu queria engravidar e ter um filho dele por isso abortei”. (E4)*

Já o depoimento a seguir mostra como aconteceu a gravidez resultante de uma relação eventual:

*“Foi uma gravidez do ‘porre’, saí bebi, aí encontrei essa pessoa que eu já havia saído aí calhou da gente ter uma relação nesse dia aí engravidei”.(E8)*

*“Eu só fiquei com ele uma noite, aí engravidei, foi numa noitada aí quer dizer o cara nem quis saber depois”. (E3)*

Essas relações instáveis mostram a insegurança que essas mulheres tiveram no momento em que souberam da gravidez, acontecimento que ocorreu sem uma relação estruturada, colocada por elas como insustentáveis para se ter um filho, iniciando um processo de angústia e medo por não ter o apoio do parceiro ou por já terem filhos num cenário sem uma base familiar.

### **B.5) Sobre o apoio e a participação do parceiro**

Nos abortos ocorridos em gravidezes subseqüentes, em 11 casos não houve apoio nem participação do parceiro, até porque em muitas dessas gravidezes a mulher não estava mais com o parceiro, sendo que em cinco (5) desses casos o parceiro não soube do aborto.

*(...) No terceiro que eu não falei nada porque era um namoro bobo com um carinho novo. (E5)*

*“(...) Ele não soube da gravidez, não consegui falar com ele só depois que eu fiz, e quando ele soube, eu não percebi nenhuma reação dele, ainda bem que optei por tirar, já sabia que seria assim”. (E10)*

*“Não ele não soube, porque ele tava querendo outro filho, mas eu não queria, não tínhamos condições”. (E11)*

Em cinco (5) casos houve o apoio e participação do parceiro no processo de decisão do aborto:

*“No segundo foi aquela confusão que te falei porque eu tava noiva e tive um caso com um outro então eu não sabia quem era o pai contei para os dois eles não queriam que eu abortasse mas eu resolvi abortar e eles acabaram apoiando”. (E5)*

*“Sim ele sabia e me ajudou me dando dinheiro para fazer”. (E11)*

*“Ele sabia e inclusive ele me pediu que eu não fizesse porque a chance que o médico me deu era muito pouca, ele falou se vier com problema se vier com deficiência a gente cuida mas aí eu falei eu prefiro fazer porque eu não ia ter um filho deficiente por culpa minha. Aí foi que ele concordou comigo”. (E15)*

## **B.6) Os interlocutores da decisão**

Dos 16 casos de abortos ocorridos nas gravidezes subseqüentes em 12 desses casos as mulheres também falaram com alguém, incluindo amigos, familiares e parceiros sobre a possibilidade de um novo aborto:

*“(...) Para ele (parceiro) em um dos casos, no outro (que já era outro namorado) contei pra uma amiga e ela que me ajudou a realizar o aborto, me levou em uma curiosa”. (E10)*

*“(...) Nos outros dois também meus pais e amigas sabiam”. (E5)*

Em todos esses casos também a decisão foi compartilhada pelos mesmos interlocutores. Em apenas quatro casos a decisão não foi compartilhada com nenhum interlocutor.

## **CAPÍTULO VI – TRAJETÓRIAS E EXPERIÊNCIAS DA PRÁTICA DE ABORTO CLANDESTINO**

Considerando a discussão dos 44 casos de gravidezes que incluíram alguns aspectos sobre os casos de abortos que ocorreram nessas gravidezes, apresentaremos nesse capítulo algumas especificidades relacionadas à discussão dos 22 casos de abortos ocorridos na vida dessas mulheres os quais foram reflexos de variadas vivências e atitudes configurando-se como consequência de diversas realidades e vivências que interferiram na decisão de abortar.

### **6.1- Informações sobre o aborto**

O aborto clandestino não acontece como uma prática isolada, rara e desconhecida, visto os números de abortos no país e as estimativas de mortalidade materna por essa causa. No entanto, é uma prática que é criminalizada no Brasil e as pessoas que a praticam acabam sendo estigmatizadas. Sendo assim, na ocasião do primeiro aborto, a maioria dos casos não obtinha informações corretas de como realizá-lo e as possíveis consequências.

Em relação à questão “*Você conhecia alguém que já tinha recorrido ao aborto? Quem?*” em 20 casos de abortos ocorridos as mulheres já conheciam alguém que tinha recorrido ao aborto em algum momento de suas vidas. Portanto, a prática do aborto não era algo distante ou desconhecido dessas mulheres, e esse conhecimento era proveniente de amigas e família, inclusive a própria mãe:

*“Conhecia muita...hoje em dia isso é o que mais acontece, chega a ser comum... minha mesmo mãe já fez isso, só que há muitos anos atrás, não sei como ela fez, sei que ela abortou e você chega no seu portão, conversa com várias meninas, o que mais tem é isso(...)” (E1)*

*“Minha prima mesmo, já tinha feito e me falou o que tomar como tomar porque eu mesma nunca tinha feito aborto. Aí eu perguntei, tentei fazer aí passei muito mal. Por eu nunca ter feito eu quase morri”. (E3)*

*“Então a minha sogra e umas amigas minhas da escola e assim falar toma aquilo, toma aquilo outro (...), sempre tem: ‘ah a minha colega, amiga da amiga que fez isso’... sempre tem uma história”.(E4)*

Em relação à questão “Você já sabia como fazer? O que você sabia sobre isto?” também em 20 casos as mulheres relataram que não sabiam como fazer e que tinham pouquíssima ou nenhuma informação sobre como fazer e o que acontecia na ocasião do aborto:

*“Não, não sabia nada, simplesmente me indicaram o remédio chamado citotec eu comprei e usei com a cara e a coragem. Eu nem sabia utilizar foi a pessoa que me vendeu que me ensinou”. (E4)*

*“Não sabia. Não sabia nada. Eu só sabia que tinha alguma forma para eu tirar a criança para eu não ter o segundo filho com 17 anos. Era a única coisa que vinha na minha cabeça, mas o que ia acontece depois ou durante eu não sabia”. (E1)*

Algumas obtiveram informações e indicações para comprar o remédio ou para ir a uma clínica clandestina:

*“Não, não sabia minha colega me indicou uma clínica aí eu fui”. (E9)*

*“Eu não sabia de nada. Aí fiquei sabendo por uma amiga desse remédio aí dessa primeira vez eu tomei citotec”. (E10)*

Os dois casos em que as mulheres disseram que tinham informações sobre o aborto, relacionaram a forma de utilizar o remédio, sendo que uma delas referiu ter informações sobre a prática do aborto por atuar na área de saúde.

*“Eu sabia que existia o remédio, citotec. Sabia que tomava dois e injetasse dois comprimidos que descia e também que pode tirar com sonda”. (E7)*

*“Sabia porque eu sou técnica de enfermagem, então a gente sempre sabe. Existe medicação, sonda e em clínicas de alto padrão tudo é feito de maneira tranqüila sem riscos, porém custa caro. Pra gente que não tem como pagar sobra esses fundos de quintal e eu já vi muita mulher chegando no hospital e até morrendo por causa disso”. (E16)*

Destacamos que mesmo os abortos que ocorreram em gravidezes subseqüentes as informações ainda não eram suficientes mesmo com a vivência de um ou dois abortos. Isso porque essas mulheres ou repetiam o mesmo procedimento já realizado ou recorriam a outros métodos indicados por amigos, familiares ou pelo próprio parceiro:

*“Não, não sabia nada. Por isso que nas três vezes eu fui para uma clínica”. (E5)*

*“(…) E da segunda, eu já tinha feito uma vez e tinha dado certo com o remédio, mas eu resolvi ir numa curiosa que me indicaram”. (E10)*

*“Não sabia nada é tanto que eu fui nessa curiosa por indicação dos outros e no segundo eu tomei o citotec e o feto não saiu sendo que depois tive que ir numa clinica”. (E15)*

O aborto, um assunto freqüentemente tratado como um evento isolado é comentado por essas mulheres, como uma coisa comum de ser praticado visto que as pessoas próximas, como amigos e familiares, já haviam vivenciado o aborto. Porém, por ser uma prática criminalizada, a maioria não tem informações corretas de como fazer e essas informações advêm de pessoas que tiveram experiências que na maior parte dos casos, não são adequadas o que coloca em risco à vida dessas mulheres.

## **6.2 – Recursos utilizados para a prática do aborto**

Os 22 casos de aborto foram realizados em condições inseguras pela ingestão de comprimidos de Cytotec, chás abortivos, “curiosas” e clínicas clandestinas com prática duvidosa.

### **6.2.1- Cytotec**

O Misoprostol é uma medicação, comercialmente conhecida como Cytotec, utilizada para o tratamento de úlceras gástricas, porém por tratar-se de um análogo da prostaglandina, estimula o útero causando contrações.

Segundo o Manual de Norma Técnica para a Atenção Humanizada ao abortamento do Ministério da Saúde, a utilização do misoprostol é classificado para o abortamento farmacológico. A dose depende da idade gestacional, variando no primeiro e segundo trimestre de gravidez. Dentre os efeitos colaterais e as complicações estão a diarreia e o sangramento genital excessivo, tratado com esvaziamento uterino, preferencialmente por meio de aspiração manual ou elétrica. O uso do citotec geralmente causa o abortamento completo que consiste na expulsão do material ovular no caso da gestação ser menor do que 8 semanas (BRASIL, 2005). Portanto, quando utilizado clandestinamente e sem

acompanhamento de um profissional de saúde, a mulher corre riscos de hemorragia grave.

Em nove (9) casos as mulheres utilizaram, na ocasião do primeiro aborto, a medicação denominada Misoprostol comercialmente conhecida como Cytotec:

*“Eu comprei o remédio, o Cytotec, aí eu fui na casa de uma amiga minha, falei com ela que eu estava passando mal e tal, não estava era mentira, aí eu dormi na casa dela, porque até então eu tava morando com a minha mãe, porque a gente estava separado aí ela foi e falou, dorme aí, mas ela não sabia, aí eu fui no banheiro, apliquei, tomei dois, aí fui deitar. Isso foi meia noite mais ou menos A pessoa que me vendeu é que me explicou como eu usaria. Aí eu tomei o remédio aí eu não senti dor nenhuma, eu tava deitada aí teve uma hora que estava sangrando muito, aí eu pedi para me levar ao banheiro, ela me levou. Aí eu pensei que fosse sangrar, sangrar e sangrar e depois eu ter que ir para o hospital mas não foi dessa forma. A criança saiu entendeu? Aí teve que chamar uma ambulância pois tive muito sangramento, fui para o hospital, fiz curetagem tudinho. Depois não tive problema nenhum nenhuma infecção nada”. (E1)*

As mulheres que utilizaram esse recurso para abortar não tinham informações corretas sobre sua utilização e essas eram obtidas informalmente no ato da compra ou por amigas que já haviam utilizado:

*“Utilizei o Cytotec, injetei dois e bebi dois. Eu estava com semanas. Minha amiga que me disse para usar assim e desceu como menstruação”. (E7)*

*“Ah eu peguei fui para casa da minha colega ela comprou o remédio (Cytotec) aí eu tomei lá na casa dela aí tomei dois e injetei dois. Aí deitei para dormir, aí quando foi de madrugada eu comecei a sentir cólica a passar mal aí desceu”. (E8)*

*“Eu usei Cytotec e desceu, eu estava com 1 mês, desceu como menstruação, foi tranquilo”. (E16)*

No caso a seguir, a jovem estava no segundo trimestre da gravidez e houve a expulsão completa do feto:

*“Então como a minha sogra já tinha feito ela arrumou o remédio, Cytotec, aí eu fui para a casa dela uma sexta feira à noite falei com a minha mãe porque eu tinha costume de dormir lá com ele, aí eu tomei e injetei dois, eram quatro comprimidos eu injetei dois e tomei dois e pus o pé na água quente fiquei umas meia hora com o pé na água quente. Minha sogra arrumou o remédio com um colega dela o mesmo que tinha arrumado para ela arrumou pra mim, acho que ele trabalha numa farmácia, eu sei que foi caro ele viabilizou isso vieram só quatro comprimidos. (...) Pra mim assim ia ser instantâneo, ia acabar logo aquilo, mas eu passei a madrugada toda esperando e não havia descido né aí eu comecei a entrar em desespero porque se eu tinha injetado e tomado algum mal ia fazer a criança então normal e perfeito não ia nascer mais aí começou a passar na minha cabeça assim, porque a princípio a primeira coisa que eu pensei foi numa clínica que era mais seguro, mas aí ela falou que seu tomasse o Cytotec que na época foi R\$ 150,00, numa clínica era dois mil e pouco, eu não tinha condições de pagar isso eu também não tinha como pedir isso ao meu pai, aí eu pensei como não desceu eu vou procurar uma clínica, aí eu fui tomar café quando eu tomei o café me deu uma cólica tipo como vontade de ia ao banheiro tipo uma cólica de diarreia só que não deu tempo nem de chegar ao banheiro, eu comecei a sangrar aí quando eu sentei no vaso a criança desceu inteira e começou a descer uns pedaços assim não sei se era de placenta não sei muito bem o que era porque eu senti descer como se fosse uma menstruação não senti tanta dor só senti muito cólica que foi na hora de ter mesmo porque acho o que eu fiz foi um parto uma criança de 4 meses já estava formada era inclusive um menino, porque eu não tinha feito nenhuma ultra não tinha feito nada só exame de sangue aí ele desceu, só que aí eu não tinha pensado numa coisa, quando ela fez ela tava com 2 meses e eu estava com 4 e desceu e ainda ficou pendurado o cordão umbilical, a gente não pensou nisso, entendeu como eu ia fazer? Estava com a criança pendurada perdendo muito sangue, descendo muito coisa estranha eu estava assustada, eu comecei a chorar, aí ela foi ferver a tesoura porque ela mesmo ia cortar, depois eu descobri se ela tivesse cortado eu ia morrer, porque eu já estava perdendo o sangue, o médico*

*falou que poderia ter me dado uma hemorragia, não sei só sei que perdi sangue por muito tempo, desmaiei fiquei toda roxa, gelada como minha cunhada contou eu desmaiei dentro do banheiro sentada no vaso com a criança pendurada, quer dizer foi a pior experiência da minha vida, aí meu namorado entrou em desespero eu era de menor e ele de maior quem ia responder era ele, ele foi num posto de saúde mais próximo, pegou um carro e foi lá e trouxe uma equipe conseguiu, ele disse que a esposa dele tinha sentido muita dor a noite e que tava no banheiro e a criança tinha descido, foi uma ambulância, veio uma equipe com o médico e um enfermeiro e o motorista da ambulância, aí o médico entrou lá, ele sentiu meu pulso acho que tava fraco, eu tava muito gelada muito branca e ele trouxe gaze trouxe álcool a tesoura ela já tinha fervido, a í cortou com a tesoura mesmo, não sei o que ele fez só sei que eu vesti um shortinho e me carregaram para a ambulância, foi no banheiro mesmo que ele fez o procedimento de tirar a criança que estava pendurada e preocupava todo tempo para eu não dormir porque eu já tinha desmaiado entendeu? eu quase morri mesmo perdi muito sangue e fui na ambulância sangrando e a criança já morta apesar de toda formadinha ela tava bem vermelha quase roxa ele enrolou a criança e fomos para o hospital (...). (E6)*

O caso da próxima entrevistada era de gravidez gemelar, ela ingeriu o Cytotec um dos fetos foi expulso, porém semanas depois ela sentiu os mesmos sintomas de gravidez, fez o exame e constatou a gravidez, então ela ingeriu novamente o Cytotec, que não fez o efeito desejado, e necessitou ir a uma clínica para que o aborto fosse finalizado.

*“Eu tomei Cytotec, injetei dois a criança não desceu aí acabou que eu fui, eu tava com dois meses quase três, aí eu fui tomei novamente e desceu. Desceu uma bola de sangue como se fosse já o feto. Mas passaram-se algumas semanas eu senti inchada com o peito doendo, sintomas de gravidez normal aí eu fiz o exame de sangue novamente deu positivo, aí eu fiquei desesperada.. Aí eu tive que ir para uma clínica aí eu tirei porque eram duas crianças, eram gêmeos. Com o remédio só desceu um”. (E14)*

### 6.2.2 - Clínicas Clandestinas:

As clínicas clandestinas são locais onde são realizadas abortos e funcionam, na maioria das vezes, sem profissionais qualificados e com técnicas duvidosas quanto à assepsia e manuseio dos materiais. Sete (7) casos de aborto ocorreram em clínicas clandestinas,

*“Eu cheguei na clínica, minha mãe teve que ir lá porque eu tinha 18 anos apesar que eu já era de maior aí ele foi comigo também aí o médico foi ah foi horrível foi muito ruim. Ela colocou tipo um tampão mandou eu vir para casa, passei muito mal aí depois mandou eu voltar lá para fazer curetagem” (E11)*

Neste depoimento nota-se que o parceiro era contra o aborto, mas participou levando-a até a clínica.

*“Ele (parceiro) me levou para clínica contra a vontade dele aí eu fiz, era uma clínica clandestina em São Gonçalo, cheguei lá fui pra uma sala e não vi mais nada”. (E9)*

A realização do aborto por “curiosas” ou as chamadas clínicas de “fundo de quintal” também foi um dos recursos utilizado pelas entrevistas em três (3) casos de aborto, onde as mesmas relatam os riscos que correram:

*“No primeiro aborto eu fui em uma curiosa e chegando lá ela me colocou um remédio local botou um tampão aí mandou que eu viesse para casa e tirasse no dia seguinte às seis da tarde só que eu fiz umas cinco horas na sexta feira e no sábado eu tinha que tirar às seis da tarde só que quando foi duas horas eu comecei a perder sangue aí eu chamei o meu marido aí ele me pegou e me levou para a casa da minha irmã que morava na mesma rua aí eu fui para o banheiro mas eu perdia tanto sangue que parecia que tinha uma bica aberta aí começou as minhas pernas ficarem dormentes, minha gengiva ficaram dormentes, minhas mãos aí foi quando eu fui parar no hospital*

*e aí eles tiraram a ferro, aí eu fiquei lá mas foi muito sofrimento, muita dor que eu não aconselho a ninguém fazer”.(E15)*

*Minhas amigas me indicaram essa moça, não era clínica era um quintal e aí ela fez, colocou a sonda, foi horrível depois tive várias complicações. (E13)*

No caso a seguir a entrevistada utilizou o citotec, porém como o feto não foi expulso, ela recorreu a uma clínica com medo de nascer uma criança com seqüelas:

*“Eu tomei o citotec só que eu não sabia quanto tempo eu estava eu não procurei um médico para saber então eu tomei esse citotec eu fiquei uma noite inteira tendo cólicas perdendo sangue só que o feto não saiu aí como não saiu eu procurei uma clínica de aborto que hoje acho que ta fechada e conversei com o chefe da clínica ele disse para mim o seguinte, “mãe você já está com seis meses de gravidez” aí ele me aconselhou o seguinte se essa criança nascer ela vai nascer cega ou com algum outro problema mais grave que é o que causa o citotec no feto aí eu optei por fazer uma cesárea aí tirei o bebê e ligar fazer a ligadura paguei oito salários mínimo, peguei dinheiro emprestado mas fiz, mas ele falou o seguinte de 100 você tem 99% de não sair da mesa de cirurgia, aí eu falei assim -vou encarar- aí eu fiz a cirurgia sei que entrei na clínica era 9:30 da manhã e acordei às cinco da tarde quando eu acordei já estava sem o feto, já tinha feito a ligadura tirei as trompas e aí foi isso. Quando eu tomei o Cytotec eu acho estava com dois meses de gravidez só que não desceu tudo aí eu fiquei esperando, porque eu pensei que ia descer naturalmente quando a menstruação viesse de novo mas acabou não vindo aí foi quando eu fiz exame de urina constatou que eu ainda estava grávida e aí quando eu procurei essa clínica é que eu já estava com quase seis meses”. (E15)*

A entrevistada a seguir, que fez o primeiro aborto com citotec e realizou o segundo em uma “curiosa” indicada por uma amiga.

*(...) O segundo tinha mais tempo acho que 1 mês e 45 dias quando eu fiz o exame, aí eu fui para São Gonçalo, lá tem uma*

*mulher que faz isso e fiz lá com ela não chega a ser uma clínica você chega lá e ela faz. Foi uma amiga que me indicou e que já tinha feito lá. (E10)*

### **6.2.3- Outros métodos:**

Em outros três casos, as entrevistadas utilizaram “métodos” alternativos, ou seja, chás, receitas caseiras vindas de experiências e mitos populares. Dentre esses métodos estão: buchinha do norte<sup>3</sup>, jornal queimado com cachaça e canela e chá de cuminho com cachaça:

*“Realizei com a buchinha do norte, tomei depois começou uma cólica e a sangrar, acho que eu tava com um mês”. (E3)*

*“Tomei chá, cuminho com cachaça aí saiu porque eu devia ta com 1mês ou menos, aí saiu”. (E12)*

Além do chá com jornal queimado com cachaça e canela, essa entrevistada pulou sete vezes da laje como uma espécie de simpatia para realizar o aborto:

*“Pulei 7 vezes da laje e tomei jornal queimado com cachaça e canela. É uma simpatia que me ensinaram e deu certo pois desceu e não tive nada”.(E2)*

Todos esses abortos ocorreram em cenários inseguros, onde a mulher tinha pouca ou nenhuma informação sobre o que ia acontecer e sobre os riscos que correria ao realizar o aborto. Essas mulheres ficaram expostas a um perigo eminente de complicações graves e até a ocorrência de morte. Percebemos que a maioria desses procedimentos são feitos no próprio domicílio da mulher ou na casa de

<sup>3</sup> Erva chamada *Luffa operculata* é uma planta [cucurbitácea](#); é originária da [América do Sul](#) e nativa do [Brasil](#). Também chamada de **buchinha-do-norte**. Sua aparência é semelhante a da [bucha](#) de banho, mas apresenta um tamanho menor. Os frutos da buchinha apresentam esteróides semelhantes aos [hormônios](#) femininos, seu uso pode causar [aborto](#). Muitos casos graves de intoxicação, inclusive alguns casos de coma e morte foram registrados devido ao uso da chá da planta como abortivo. Os sintomas após a ingestão do [chá](#) são caracterizados por intensas dores abdominais e hemorragias e pode causar a morte.

[Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Buchinha> acesso em 13 de abril de 2009].

parentes, amigas ou parceiro o que aumenta o risco de ter uma complicação agravando ainda mais o seu estado de saúde.

### **6.3 – Complicações pós -aborto:**

O aborto realizado em condições inseguras tem maior probabilidade de ter complicações sendo essa a causa da maioria das mortes de mulheres que realizam o aborto de forma clandestina. Dos 22 casos de aborto, 12 tiveram algum tipo de complicação, sendo que nove ocorreram no primeiro aborto e três nos subseqüentes. A mais citada foi a hemorragia (08) assim como cólica, desmaio, febre e dores:

*“Muita, porque a criança estava muito grande, com 05 meses, tava enorme toda formada, então tive sangramento e no meu caso o que agravou ainda mais é que eu descobri no hospital que eu tinha anemia falciforme, que uma anemia grave, então eu podia ter morrido (...)” ( E1 - aborto realizado com citotec, 1º aborto)*

*“Na segunda vez eu tive uma complicação mas foi coisa básica eu demorei a voltar da anestesia depois que eu tomei quando eu vim para casa eu fiquei sentindo umas cólicas umas dores insuportável mas não saía nada aí eu fui no médico aí ele falou que o método que utiliza na clínica é sucção aí acho que magoa alguma coisa, aí eu fiquei com umas dores assim, mas a complicação maior mesmo é que os médicos ficaram muito preocupados porque eu não estava voltando da anestesia por nada, porque geralmente eles dão uma anestesia que no máximo meia hora você está de volta, aí eu fiquei o dia todo lá e não voltava. Na terceira eu fiquei uma semana de cama porque eu sentia muita dor, muita dor nas pernas, no quadril na barriga”. ( E5 - aborto realizado em clínica clandestina)*

Os casos de aborto realizado por “curiosas” relataram as complicações mais graves e perigosas quanto ao risco de morte:

*“Ah eu passei muito mal, pensei que eu fosse morrer. Ela colocou um plástico lá na cama dela eu fiquei lá a noite toda ela abriu com “bico de pato” e colocou uma borrachinha um negócio de sonda e amarrou, eu dormi com aquilo, só que no outro dia de manhã eu perdi muito sangue e não tava conseguindo levantar aí eu fiquei gritando lá para alguém me ajudar ir ao banheiro porque eu tava com muita vontade, quando eu cheguei na porta do banheiro eu caí, aí ela foi e me ajudou eu fiquei sentada lá no vaso e saiu, saiu uns pedaços de sangue, umas placas, junto com a borrachinha. Fiquei uma semana perdendo sangue”. ( E10 – 2º aborto)*

*“Teve muitas, porque não saiu aí ficou dentro da barriga aí eu fui lá nela de novo para colocar a sonda, ela colocou outra sonda aí não saiu aí eu comecei a ter febre aí mandaram eu ir para o hospital mas eu não queria, aí mandaram esperar para ver se ia sair, aí eu senti muita dor aí eu não agüentei e tive que ir para o hospital aí chegou lá tinha saído um pedaço e ficou outro lá dentro aí eles fizeram uma curetagem eu fiquei internada dois dias foi horrível porque eu senti muitas dores, sofri muito, foi “brabo” pra mim, perdi muito sangue”. (E13 – 1º aborto)*

Em dois casos, as entrevistadas descobriram através do atendimento hospitalar, pós-aborto, que tinham anemia, sendo que uma delas era anemia falciforme causada por uma deformação das hemácias que ficam em forma de foice:

*Eu quase morri mesmo perdi muito sangue e fui na ambulância sangrando e a criança já morta apesar de toda formadinha ela tava bem vermelha quase roxa ele enrolou a criança e fomos para o hospital (...), aí chegamos lá no hospital, era uma hora da tarde mais ou menos, cheguei lá no hospital e fiquei esperando até 10hs da noite para fazer a curetagem a primeira coisa que fizeram foi normalizar minha pressão, me colocaram no soro, acho que me dera analgésico porque eu tava com muita cólica eu me lembro que eu ficava deitada e muito tonta depois que eles fizeram curetagem e colheram o exame de*

*sangue que eles descobriram que eu já estava com anemia então como eu perdi muito sangue e eu fiquei muito fraca e muito tonta, inclusive eu até tive que contar para os meus pais porque eu fui para o hospital e meu pai teve que doar sangue para mim de tanto sangue que eu perdi. Eu tava com anemia, acho que o que causou o desmaio foi essa anemia, anemia muito forte acho que na gravidez já dá, eu não tava fazendo pré-natal não tava fazendo nada até porque eu não sabia que tava grávida ( E6 – utilizou citotec, 1º aborto)*

#### **6.4 – Sentimentos após a realização do aborto**

Quando questionadas sobre como se sentiram na ocasião do aborto, em nove casos as mulheres declararam sentimentos de tristeza, arrependimento, desespero e de consciência “pesada” por ter tirado uma vida:

*“Péssima é uma sensação horrível de ter tirado uma vida, nunca pensei que poderia fazer isso”.( E6)*

*“Arrasada né, tirou uma criança do mundo”.( E7)*

*“Depois eu me arrependi porque eu acho que se a gente tivesse tido esse filho a gente estaria junto (emoção, lágrimas)”( E9)*

*“Com a consciência muito pesada, tirei uma vida, ainda mais eu por ser de uma família muito religiosa até hoje eu penso muito nisso”.( E14)*

Em 13 casos ( sete no primeiro aborto e seis subsequentes) as mulheres tiveram sentimentos de alívio, tranquilidade e indiferença, pois conseguiram o seu objetivo que era o aborto:

*“Olha só vou te falar a verdade, geralmente, as mulheres quando fazem aborto, elas depois quando fazem em casa, por que tem vários métodos né?, tem a tal da sonda, remédio...depois fica um pouco frustrada porque você vê aquela coisa, sangue, você vê aquilo tudo, eu não senti nada, porque na verdade eu não vi nada, simplesmente me deram anestesia eu apaguei e acordei já de roupa, então para mim foi indiferente nos três abortos”.( E5 – Três abortos)*

*“Me senti normal. Tranqüila. Tudo bem”. (E11 – três abortos)*

*“Ah eu me senti tranqüila e aliviada”. (E2 – um aborto)*

*“No segundo eu me senti aliviada porque deu tudo certo”. (E15 – dois abortos)*

Percebe-se que nos depoimentos em que são relatados sentimentos de tristeza, arrependimento e desespero estão relacionados ao fato de “tirar a vida” de uma criança, fato esse que é julgado e criminalizado pela sociedade o que faz culminar esses sentimentos. Já as que relatam alívio, indiferença e tranqüilidade, remetem-se o fato do objetivo ter sido alcançado e de estarem “livres” de uma gravidez não desejada.

## **6.5 - Acesso e atenção recebida nos serviços de saúde**

Quando questionadas se procuraram algum serviço de saúde após a prática do aborto, em 10 casos elas responderam que sim devido às complicações:

*“Sim. Fiz curetagem”. (E3)*

*“Fui para o hospital”. (E1)*

*“Procurei uma ginecologista aí ele passou um remédio para cessar a hemorragia fiquei uma semana direto sangrando tive que ir ao hospital. (E8)*

A atenção recebida nesses serviços de saúde foi relatada na maioria dos casos (8) como péssima ou ruim, ressaltando a discriminação e o mau atendimento inadequado pelos profissionais de saúde quando percebem que o aborto provocado, inferindo pré-julgamentos.

*Ah foi a pior possível porque foi um aborto provocado, não foi espontâneo entendeu? Então eles não te tratam bem. Te deixam sofrendo, a minha curetagem foi sem anestesia. (E3)*

*Foi péssima porque quando eles sabem que você fez de propósito eles te maltratam te deixam com dor... (E13)*

*Olha não recebem bem porque eles sabem que o aborto foi provocado por mais que você tente dizer que não eles sabem porque são profissionais né? E olha para te dizer eu fiz a curetagem a “sangue frio” (E15)*

Em apenas dois casos a atenção recebida foi classificada pelas entrevistadas como sendo boa e adequada, porém na opinião delas os profissionais “fingiram” que não souberam que era um aborto provocado ou apenas preferiram não comentar sobre o assunto:

*“A princípio eu não sei se eles sabiam que tinha sido uma aborto provocado, pois em momento algum eles comentaram isso, porque assim eles ficaram com o feto, não falaram nada em questão de velório porque era uma criança, porque geralmente eles falam, não falaram nada, só perguntaram se eu queria ver, eu disse que não queria, que eu já tinha visto e*

*não tocaram no assunto, eu acho que eles não sabiam, eu não sei só sei que eu fiquei com muito medo porque quem ia preso era meu namorado porque foi ele que me acompanhou, eles até perguntaram “(...)assim tomou alguma medicação(...)” aí eu falei que não né que eu tava sentindo muita cólica e que aconteceu que eu fui para o banheiro e aconteceu aquilo”. (E6)*

*“No começo eles não perceberam que foi um aborto, até hoje eu não sei por que me trataram muito bem No começo quando eu cheguei lá o médico que foi me consultar ele falou comigo né ? Ele perguntou pro moço da ambulância se tinha feito uso de algum medicamento aí ele disse não acho que não aí ele me atendeu normalmente e fez eu ir para a sala e depois... eu fiquei três dias nesse hospital, no segundo dia o médico mandou me chamar na sala chegou pra mim e falou olha você vai ter que ficar mais um pouco porque você está com anemia e tal aí vê se agora você usa camisinha para você não fazer mais besteira entendeu? Não falou mais nada. Mas para ele ter falado isso com certeza ele sabe que eu usei algum tipo de medicamento mesmo porque faz exame de sangue”. (E1)*

Em 12 casos as mulheres não procuraram o serviço de saúde por medo e insegurança de como seriam recebidas e receio de serem criminalizadas e também por não terem nenhuma complicação.

*“Não e o medo, o medo de denunciarem e eu ser presa sei lá...” (E2)*

*“Não, tive medo achei melhor tratar em casa. Porque o aborto é um crime né? Então eu tive medo”. (E12)*

*“Não porque só senti fraqueza, não tive nenhuma complicação”. (E14)*

Relacionada à questão de orientação pós-aborto, perguntamos “Alguém te deu informações sobre como evitar gravidez ou sobre serviços para métodos?” apenas cinco mulheres receberam algum tipo de informação: foram orientadas a procurar um serviço de planejamento familiar e a iniciar o anticoncepcional oral:

*Sim, de planejamento familiar. Eu pegava remédio no posto todo mês. Hoje em dia eu sou ligada não preciso mais. (E2)*

*Ah depois de tudo meu namorado tava lá comigo, o médico me deu duas caixas de anticoncepcional, ele me deu anticoncepcional, perguntou se eu tinha problema com injeção aí eu falei que já tinha tido, deu camisinha para o meu namorado, não assim falou para eu sempre ta acompanhando com o meu médico. Ia ao ginecologista de 6 em 6 meses depois dessa curetagem aí ele falou que não tinha nenhuma complicação, eu perguntei se eu ia poder ter outros filhos aí ele falou que tava tudo bem com o meu útero mas que sempre eu procurasse a ultra alguma coisa assim. (E5)*

*Eles pediram para eu procurar o posto de saúde mais próximo para fazer o planejamento familiar. (E7)*

Das cinco que foram orientadas a procurar o serviço de saúde para realizar o planejamento familiar, três entrevistadas relataram dificuldade para conseguir vaga e acompanhar o programa.

*Sim, mas não é fácil as reuniões são em horários que pra mim não dá para vir por causa do trabalho, mas sempre que dava eu ia. (E7)*

*“Já fui e não consegui porque aqui é muito cheio aí não consegui”. (E8)*

A entrevistada a seguir ressalta que ela procurou o serviço e não houve a indicação de nenhum anticoncepcional, apenas o preservativo. Isso a reflete a falha nas orientações sobre os métodos, pois para ela o preservativo não é encarado como um contraceptivo:

*“Aí procurei e eles nem me indicaram anticoncepcional nenhum só me indicaram o preservativo”.(E13)*

## **CAPÍTULO VII - Percepções das mulheres sobre decisão reprodutiva, saúde, futuro e aborto.**

### **7.1 – Gravidez indesejada e a possibilidade de interromper a gravidez.**

Todos os casos de abortos (primeira gravidez e gravidezes subseqüentes) ocorreram em ocasiões em que a gravidez não era desejada e conseqüentemente não planejada, portanto, quando questionadas se pensaram na possibilidade de interromper essa gravidez, assim que souberam da sua condição, todas responderam que sim:

*“Foi a primeira coisa que veio na minha cabeça. Eu descobri já estava com 4 meses então eu não tive muito tempo para pensar eu creio que não é só na minha cabeça mas na cabeça de todo mundo é a primeira coisa que passa quando acontece isso com uma mulher que não tem estabilidade financeira é tirar... como eu tava com 4 meses e não tive muito tempo para pensar foi em questão de dias que eu descobri e tirei”. (E6)*

*Pensei eu tava com 10 dias só aí eu falei “ah não, não vou ter...” não gostava muito da pessoa, nem tínhamos um relacionamento, então pensei logo em tirar... (E10)*

*Assim que engravidei eu tirei, porque eu não queria pois estava muito nova e dependia dos meus pais eu tinha 14 ele 15.*

Como já mencionado anteriormente, a maioria dessas mulheres não estavam utilizando nenhum método contraceptivo na ocasião da gravidez, devido a variados motivos, dentre eles estão a não adequação ao método e a dificuldade de negociação do uso da camisinha com o parceiro. Esses depoimentos mostram que elas já estavam vivendo uma situação de insegurança tanto financeira quanto

emocional, logo o aborto seria uma solução imediata para o não agravamento dessa situação.

## 7.2 - Percepção de mudança de vida

Na questão “*Sua vida mudou depois de ter o filho? Como?*” As mulheres (13), que na ocasião da entrevista tinham filhos, responderam que ocorreram mudanças significativas após terem seus filhos, não havendo distinção entre 1ª gestação e subsequentes. Expressaram variados sentidos a essas mudanças, tanto positivas quanto negativas. As percepções positivas referem-se ao fato de que, para essas mulheres, o filho trouxe responsabilidade e maturidade:

*“Ah bastante né, mas acho que mudou até para melhor eu era bobinha, irresponsável, depois que meu filho nasceu eu fiquei mais responsável, fiquei mais madura”. (E5)*

*“Muito. Mudou meu corpo mudou tudo, eu tive que tomar uma responsabilidade de uma hora para outra agora não posso pensar só em mim, tem ela e essa vida que eu levo não é fácil. Não quero esse futuro para ela”. (E9)*

O sentido negativo atribuído por essas mulheres está no fato no agravamento da situação financeira e a conciliação de trabalho, marido e filho como uma tarefa complexa e difícil. Algumas mulheres tiveram que parar de estudar e trabalhar, pois não tinham com quem deixar seus filhos. A situação dessas mulheres confirma a evasão escolar, a baixa escolaridade e a dificuldade de recolocação no mercado de trabalho.

*“Mudou bastante porque eu tive que parar de estudar, a carga de trabalho era mais pesada pra mim, porque eu tinha que dar atenção pra neném também. Eu chegava do trabalho tinha que cuidar da casa, da neném, muito difícil”. (E13)*

*“Bastante, é você ter que dividir filho casa, trabalho, marido porque na minha vida veio tudo de uma vez, filho, marido, casa e trabalho. Então eu não tive mais tempo para mim cuidar, muda tudo, sua rotina, sonhos...” (E15)*

*“Ah mudou por completo (risos) mudou tudo, para pior, assim num modo de dizer porque se fosse para eu voltar atrás eu não queria voltar atrás, meus filhos meus filhos, porque a preocupação hoje em dia em ter filhos hoje não é nem a questão de comer é o mundo que não lhe oferece condições. Eu tenho essa visão”. (E2)*

A mudança na vida dessas mulheres também provocou alterações na relação com o parceiro tanto positivas, ficando estável ou até melhor do que antes, quanto negativas devido ao aumento de discussões e até separações.

*Quanto à gente acho que ajudou um pouco depois dela ter nascido, porque a gente tudo, a gente pensa primeiro nela, então se a gente briga, a gente não pode ficar com essa infantilidade, a gente tem uma filha pra criar e tal entendeu? Então acho que ajudou bastante. (E1)*

*“Ficou bem, hoje em dia a gente não se fala por causa da mulher dele, mas na época ficou bem, tudo em relação ao meu filho é passado para minha mãe porque agora ele ta morando com ela. Aí a gente se fala só o necessário, para ver a criança mas nada além disso”. (E3)*

*“Modificou, modificou sim eu fiquei mais sem paciência, porque depois que eu tive a minha filha a gente passou a brigar mais”. (E9)*

### 7.3 - Sobre a participação masculina no processo das decisões reprodutivas

Com relação à questão *Você acha que os homens devem se envolver mais nestas coisas? Por exemplo, de evitar a gravidez? E no processo de decidir sobre ter filhos ou fazer aborto?*, todas as mulheres entrevistadas (16) foram unânimes em dizer que o homem tem que se envolver no processo, pois elas não se reproduzem sozinha e que eles também deveriam se responsabilizar:

*“Com certeza eu acho que sim. Eu acho porque a mulher não faz nada sozinha, se fez foi com homem então eu acho que tinha que participar em tudo”. (E3)*

*“Acho que deveria, acho que evitaria mais a pessoa procurar o método do aborto até porque muitas pessoas ficam desesperadas porque não tem o pai por perto e aí opta pelo aborto”. (E4)*

*“Eu acho que assim como eles gostam de participar de fazer tem que participar na responsabilidade também porque assim o meu namorado ele foi muito homem de estar ao meu lado até agora ele estando com outra mulher mas ele está do meu lado como ele falou filho é para a vida toda, mulher não, mulher a gente pode trocar, então nem todo homem pensa como ele, acho que todos os homens devia ser assim, acho que não é só responsabilidade da mulher, a mulher não faz sozinha então eu acho que eles tem que participar de tudo de todas as responsabilidades eles tem quem estar juntos”. (E6)*

As entrevistadas a seguir falaram da dificuldade na negociação e uso da camisinha por parte do homem:

*“Eu acho que para evitar eu acho que tem que ter mais a participação do homem porque não é toda pessoa que aceita usar camisinha entendeu? Mas no caso de participar de um aborto eu não acho certo participar porque eu tenho consciência que eu errei e eu não acho porque eu errei meu parceiro tem que errar entendeu? Mesmo porque ele falou “vai*

*ser difícil vai mas a gente cria”, mas ele não teve um peso na minha decisão final”. (E1)*

*“Ah claro né porque sim porque às vezes os homens geralmente não perguntam nada a mulher, não querem saber, no geral né, se toma remédio se não toma, na hora de usar camisinha nunca querem usar é difícil e agente tem que obrigar quando é primeira vez, segunda vez, usa camisinha, “ah não não gosto” E questões de engravidar eles não querem nem saber. Ah se engravidar para eles é indiferente. Eu acho que tinha que ser uma coisa assim conversada mesmo, assim a questão do homem ser mais responsável porque hoje em dia que é responsável são as mulheres, hoje em dia as mulheres andam com camisinha dentro da bolsa, pois quem deveria usar são os homens porque eles que vão usar, pois não é só a gravidez que é o problema também tem as doenças”. (E5)*

#### **7.4 – Sugestões para os serviços de saúde que lidam com saúde reprodutiva**

Com relação a questão: *Você teria alguma sugestão para os serviços de saúde que lidam com os métodos e os abortos?*, a maioria (14) sugeriram algo e o que foi mais citado foi relacionada às informações serem mais difundidas e específicas em relação aos métodos.

*“É deveria ter mais informação na área mais humilde porque eles procuram sempre fazer propaganda nos centros de algumas cidades ta entendendo? Eles não colocam um posto dentro de uma favela eles sempre colocam fora, quer dizer fica mais difícil das pessoas terem informação”. (E9)*

*“Eu acho que deviam pegar mais pesado com essas orientações principalmente para os jovens eu acho que hoje em dia os jovens estão tendo relação cada vez mais cedo e são meio que desinformados e aí precipitados avançados então de repente dentro de casa eles não tem essa informação eu tinha*

*informação e eu tive porque eu tava afim de ter mas eu sabia de tudo”. (E16)*

Neste depoimento a entrevistada ressalta a importância do trabalho das agentes comunitárias junto aos adolescentes.

*“Na minha opinião teria que apoiar ajudar essas mulheres a se prevenir mas de que forma “ah toma a camisinha” não é assim, toma a camisinha e acabou, não...vamos conversar, é ir de casa em casa e descobrir se tem adolescentes, os adolescentes podem muitas das vezes não se abrir com o pais mas pode fazer o que a respeito disse chamar esses adolescentes para conversar não tem os agentes? Essas agentes comunitárias têm que estar mais qualificadas para conversar com os jovens de hoje chegar nessas casas que tem adolescentes – posso conversar com seu filho – né? A mãe vai gostar. As meninas aqui são muito rebeldes, não escutam a mãe”. (E2)*

Cinco mulheres relataram suas opiniões sendo a favor da legalização do aborto no Brasil, devido ao risco de morte que as mulheres estão expostas e sendo legalizado seria mais seguro:

*“Então pode até ser besteira o que eu vou falar agora, mas eu sou totalmente a favor do aborto. Eu acho que tinha que legalizar porque por mais que é proibido, mas as pessoas fazem e quando tem que fazer faz, então se fosse uma coisa legalizada ia evitar tanta morte porque muitas meninas morrem por causa disso, ia evitar criança nascer e ficar sofrendo aí no mundo e colocar em caixa de papelão como fazem entregar para o orfanato quer dizer, eu acho que ia melhorar muitas coisas. Assim porque no meu caso foi uma loucura foi porque já era uma criança, mas acho que uma gravidez de semanas eu acho que dá para fazer um aborto sim eu acho que tinha que ser legalizado acho que ia ser bem mais fácil”. (E6)*

*“(...) Eu acho que o aborto não deveria ser proibido né e que acho também que poderia ser um pouquinho mais barato porque eu acho que tomando remédio você tá arriscando a sua vida e fazendo aborto no hospital é mais seguro”. (E10)*

*“(...) Eu acho que deveria ser legalizado é melhor do que fazer como as pessoas fazem porque faz em lugar clandestino, corre risco de vida, não sabe se é esterilizado com é feito e sendo legalizado acho que teria um controle disso”. (E11)*

## **7.5 – Conceito de saúde**

Quando questionadas sobre o que era saúde na opinião delas a maioria (11) associou à qualidade de vida como alimentação adequada, prática de exercícios, não beber ou fumar:

*Ah ter saúde é viver bem, é se alimentar bem, é fazer exercícios é sair, saúde é um conjunto de coisas boas (E6)*

*Ah saúde é o essencial para mim ter saúde... eu não bebo, não fumo e isso para mim é fundamental. (E9)*

Neste depoimento a entrevistada diz não ter saúde devido ingerir bebidas alcoólicas e fumar, além de trabalhar e sair muito à noite ficando várias sem dormir:

*Bom eu não tenho saúde, porque eu sou uma pessoa que fumo, que bebo, que perco noites de sono direto aí trabalho vou direto do trabalho sair, volto no outro dia vou trabalhar virada, cheia de cachaça, fumo, então eu sou uma pessoa que eu sei que não tenho saúde. Quando você tem saúde é assim... eu to mais fácil de ter um doença como posso dizer...vulnerável a ter uma doença alguma coisa porque minha vida é muito assim “destrambelhada”. Saúde pra mim o que eu entendo é uma pessoa que não fuma não bebe dorme cedo tem uma vida saudável, malha, se alimenta direito, que nem isso eu faço (E5)*

Duas entrevistadas não sabiam responder o que era saúde e três mulheres associaram o conceito à ausência de doenças e ter acesso ao médico ou hospital:

*“Acho que ter saúde é você se preocupar com o que? Você se preocupar com a alimentação, alimentação adequada. A saúde é ta com problemas, ah vou tomar remédio ah melhorei. Você ir ao médico e ter uma facilidade também, minha mãe não vai ao médico porque não tem facilidade ... então as pessoas cansam e acabam deixando de recorrer ao médicos, porque não tem como chegar porque quando chega já morreu. Então a saúde é isso, procurar médico se informar melhor, não ter uma só opinião como duas e alimentação”. (E2)*

*“Ter saúde é não ter problemas ter todos os exames em dia ah eu acho que não é ter problema nenhum de saúde”. (E8)*

*“Ai ta bem, acho que não ter nenhuma doença aparentemente”. (E10)*

## **7.6– Planejamento para o futuro**

Quando questionadas sobre os planos para o futuro, todas afirmaram traçar planos, dentre eles os mais citados (13) foram trabalhar, estudar, ter ou acabar de construir a casa própria:

*Meus planos para o futuro(...) acabar meus estudos, corre atrás de um bom emprego para poder ajudar na minha casa, não me falta nada? Não. Mas eu quero me sentir útil entendeu? E daqui algum tempo eu pretendo ter outro filho, não tive agora porque eu pensei que era muito cedo. (E1)*

*O melhor, eu penso em um dia ter o meu trabalho ,a minha casa, pegar meus filhos, criar meus filhos, entendeu? Dar um futuro o que eu não tive eu quero dar para os meus filhos. (E3)*

*Ah comprar uma casa. (E4)*

*Ah estudar, fazer a minha faculdade ter a minha casa, depois minha família. (E7)*

Em outro caso, a entrevistada tem planos de casar de novo, construir uma família:

*No futuro assim eu pretendo arrumar um outro casamento porque tem hora que você quer parar um pouco, aí eu vou fazer 30 anos já, aí eu quero arrumar alguém, eu arrumo alguém todo dia, todo dia assim entre aspas mas nem todo mundo vale a pena, então eu quero arruma uma pessoa que valha a pena para ficar comigo construir uma família quero ter mais um filho. (E5)*

No depoimento a seguir a entrevistada ressalta sua culpa em ter feito o aborto e se sente obrigada a dar uma vida melhor ao filho que está esperando como forma de se confortar por ter realizado o aborto na primeira gravidez:

*“É terminar a minha casa que eu to fazendo em cima da casa dos meus pais para morar com meu filho e dar de tudo que eu não poderia dar para o outro, pois eu tinha 16 anos, dar para esse que estou esperando, tipo para tentar tampar o remorso que eu vou ter para a vida toda porque eu sempre vou lembrar daquela carinha porque eu sei que eu matei uma criança mas agora eu pretendo assim me redimir eu sei que não vai adiantar muito mas tudo que eu tinha que dar pro outro eu vou dar agora”. (E6)*

Em relação a ter mais filhos sete mulheres responderam que sim, porém associaram à condição de ter um parceiro e o apoio deste:

*Quero não agora, mas eu pretendo ter mais um filho, quando eu tiver com uma pessoa legal aí sim. (E5)*

*Olha com essa mesma a pessoa nem pensar a não ser que um dia eu vá casar e conhecer uma pessoa legal que queira né aí eu posso até pensar, mas depois dessa gravidez, porque essa gravidez veio na hora que eu tava curtindo a vida, tava solteira e tudo mais porque eu já tinha me separado. (E6)*

*Quero, um (risos) mas com marido sem marido não. (E10)*

Das entrevistadas (13) que tinham filhos, quando questionadas sobre o que pensavam em relação ao futuro deles, todas foram unânimes em dizer que queriam que os filhos estudassem para que pudessem ter um bom emprego e uma vida melhor do que elas. Para essas mães a educação é uma forma que seus filhos terão para terem melhores oportunidades na vida pessoal e profissional.

*Olha para eles eu quero... minha filha vai começar a estudar ano que vem graças a Deus eu quero manter ela estudando sempre enquanto eu tiver vida quero, pra ter outro eu quero ta num bom emprego de carteira assinada tudo que eu tenho pra dar pra ela hoje eu quero dar pro outro sem diferença nenhuma, não quero passar aperto. (E1)*

*Ah tenho vários planos ele tem 11 anos já é bastante inteligente, então quero aproveitar essa inteligência no estudo, no futebol, porque ele é um garoto que tem um bom potencial . porque o pai dele não valia nada. Porque o pai dele começou a se envolver com coisa errada inclusive morreu por isso e quando o pai dele morreu ele tinha 7 anos então ele sabe porque o pai dele morreu sabe o que o pai dele fazia mas só que ele é totalmente diferente do pai eu falei para ele vc tem dois caminhos para seguir enquanto vc é pequeno eu posso te controlar mas depois que crescer sabe que a gente perde. Então o que eu tento fazer é colocar na cabeça dele o estudo e tudo mais para que ele seja um cidadão decente quando crescer. (E5)*

*Quero que eles estudem para ser alguém na vida. (E8)*

*Estudar e estudar... (E16)*

Com relação à questão “Você acha que poderia realizar um aborto de novo? Por quê?” A maior parte (7) respondeu que não faria, pois tiveram uma experiência ruim e se sentem culpadas por terem praticado o aborto:

*“Nunca mais, nunca mais, porque pelo que eu passei entendeu? Porque se eu tivesse feito no comecinho assim..1 mês assim até ia mas com 05 meses .. eu vi a carinha da criança eu vi tudo então foi muito traumatizante apesar de que querer fazer aquilo foi muito traumatizante.Então eu jamais faria outro, agora eu vou evitar pra não ter., mas se eu engravidasse um dia não tiraria”. (E1)*

*Não nem pensar, pelo que eu passei eu quase morri, pelo remórcio, que eu tenho até hoje porque quando você tira com semanas desce como uma menstruação mas eu não, eu tirei uma criança, matei uma vida e eu as vezes como educadora penso nisso eu olho as crianças e lembro, sempre lembro, sempre. (E6)*

*Não pelo meu emocional porque mexeu muito comigo, pela minha saúde também porque eu acho que complica muito eu fiz uma cauterização há pouco tempo em que eu tirei muito cisto do útero e dizem que foi por causa do aborto. (E13)*

Quatro mulheres responderam que sim, que realizariam de novo, principalmente dependendo do parceiro que engravidassem e das condições financeiras:

*Cara, dependendo de quem o parceiro que eu engravidasse eu faria sim porque eu não vou colocar filho no mundo cáí, seu que é errado mas ... para ta sofrendo e eu já tenho um e tenho*

*um monte de dívidas, ter filho hoje em dia gasta né, não é só dá mamar ai meu filho, então se eu tiver que ter um filho tem que ser de uma pessoa que preste se por acaso acontecer que não via acontecer eu faço de novo. (E5)*

*Se eu engravidasse de novo teria que fazer porque filho não dá mais, não tenho condições financeiras para ter o terceiro filho. (E8)*

*Só se eu engravidar nessa vida aí sim eu faria outro aborto. (E9)*

As outras entrevistadas, uma não teve certeza se faria ou não e quatro eram laqueadas:

*Ah não sei isso aí é mito vago...só o tempo mesmo. Na minha cabeça eu não pretendo mais fazer, acho que se eu engravidasse agora eu não faria mas eu não sei daqui pra frente. (E4)*

*Agora sou laqueada, não tenho mais esse risco (E3).*

## CONCLUSÕES

Nesta tese trabalhamos com categorias relacionadas à juventude, incluindo gênero, educação, trabalho, família e atenção à saúde, reconhecendo a importância da interação metodológica da pesquisa com o complexo objeto saúde-doença-atenção, indicando as diversas possibilidades de diálogo que aí se vislumbram (DESLANDES e ASSIS, 2003) a partir dos relatos e experiências vivenciadas por essas mulheres no processo do aborto clandestino.

A discussão teve como propósito “a ‘explicação em extensão’ de como esses sujeitos, agregados num nível populacional, tornam-se expostos/vulneráveis a eventos ou processos que colocam em risco sua saúde” (DESLANDES e ASSIS, 2003, p.195), enfocando as questões sociais envolvidas e o contexto histórico em que aconteceram, principalmente no que se refere ao contexto familiar e de trabalho.

As percepções dessas mulheres retrataram os diversos contextos e realidades as quais vivenciam no seu cotidiano. Ficou explícito que a utilização dos métodos contraceptivos não é um aspecto fácil devido aos variados problemas de acesso e de adesão ao método, incluindo a dificuldade na negociação do uso da camisinha.

Com relação aos serviços de saúde, as informações e orientações sobre os métodos contraceptivos, segundo as entrevistadas, são pouco difundidas e com falhas quanto ao trabalho de prevenção e promoção da saúde junto aos jovens. Esse quadro mostra a necessidade de ações estratégicas que garantam condições desejadas e seguras para as práticas sexuais e reprodutivas de adolescentes e jovens. Percebemos, também, que alguns desses serviços também não estão preparados para o atendimento da mulher em situação de pós-aborto.

A decisão reprodutiva foi percebida como algo que deveria ser compartilhado com o parceiro e que este deveria participar dessas escolhas. No entanto, a maioria das gravidezes ocorreram em relações instáveis e muitas dessas mulheres criaram seus filhos sem o apoio do parceiro e com dificuldades financeiras. Portanto,

devido a essas circunstâncias, a possibilidade de realizar outro aborto aparece em alguns relatos.

Com relação ao seu futuro e de seus respectivos filhos, a união estável com um parceiro está nos planos dessas mulheres, sendo essa uma condição crucial para que possam planejar em ter outros filhos. O relato dessas mulheres incluiu também a idéia de continuar a estudar, para que assim possam conseguir um emprego melhor. Nessa mesma perspectiva, sonham essa realidade para seus filhos, colocando a escolaridade como o caminho para que tenham sucesso na vida.

A saúde foi vista por essas mulheres como qualidade de vida incluindo a alimentação adequada, prática de exercícios e hábitos saudáveis. Nesse sentido destacamos que a estratégia de promoção da saúde necessita ser retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde e adoecimento em nosso país – como, por exemplo: desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, violência, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde. (BRASIL, 2006 c, p.14)

Retomando os pressupostos traçados nesse estudo reafirmamos que a decisão de recorrer ao abortamento clandestino representa uma decisão difícil e dolorosa para as mulheres e estas refletem as dificuldades sociais, como a renda inadequada, o desemprego e o emprego instável, principalmente em mulheres que já tinham filhos. A decisão de recorrer ao abortamento clandestino que foi compartilhada, na maior parte das vezes, pelo parceiro e refletiu uma posição positiva ou negativa dele perante a gravidez, podendo significar tanto um apoio como uma imposição.

Os resultados dessa pesquisa com mulheres jovens que vivenciaram o aborto clandestino mostraram uma rede vulnerável, entrelaçada por várias situações, dentre elas: a dificuldade financeira, a gravidez precoce, a instabilidade na relação com o parceiro bem como a dificuldade na tomada das decisões reprodutivas.

Outro aspecto que enfatizamos na análise desses casos de aborto, foi que esses não aconteceram de forma individualizada e isolada. O compartilhamento com outras pessoas, principalmente o parceiro e familiares, refletem em questões que sugerem à “desindividualização” do aborto, ou seja, o processo de culpabilização da mulher pelo ato de abortar desconsiderar que essa decisão é, na maioria das vezes, compartilhada por outras pessoas que estão envolvidas no processo.

As experiências de gravidez e aborto vivenciadas por essas mulheres aconteceram, na maioria delas, em relações instáveis, pouco duradouras e com parceiros diferentes. Mesmo quando essas mulheres mantinham algum relacionamento com seus parceiros, independente da duração, esse era marcado por turbulências e desentendimentos o que levava ao rompimento e separação.

As relações instáveis, principalmente quando essas mulheres engravidaram em uma saída eventual e as constantes trocas de parceiros refletem as novas formas de se relacionar desses jovens. Atualmente há uma “liberalização sexual” no sentido de uma “sexualização” cada vez mais precoce, onde os jovens têm relações sexuais cada vez mais cedo, mas em condições que dificultam assumir as gravidezes que ocorrem.

Nestas condições sociais, as práticas sexuais pré-conjugais estão, na maioria das vezes, dissociadas da reprodução e uma das causas é a dificuldade atual em constituir uma família. O “ideal” de família é minado pela escolaridade insuficiente e inadequada, pelo mercado de trabalho desvalorizado e precarizado, pelas dificuldades financeiras, pela falta de políticas sociais de bem estar que permitem a construção de um novo lar e o sustento adequado para todos. Por mais que queiram em seu imaginário formar uma família, são impedidos, o que torna as relações cada vez mais superficiais e instáveis, ou seja, sem o intuito de agregação familiar. Portanto, as práticas sexuais em relações instáveis refletem políticas públicas que resultaram em insegurança do acesso a bens sociais essenciais, como emprego, escola e saúde.

A situação econômica foi relatada como péssima pela maioria das mulheres na ocasião das gestações e abortos. A fragilidade econômica vivenciada por elas,

principalmente as que já tinham filhos, evidenciaram que o fato de levar ou não adiante uma gravidez também estava relacionada à situação financeira desfavorável, devido ao desemprego (dela, do parceiro, ou de ambos), ou por dependerem economicamente dos pais, principalmente no caso das mais jovens. Nesse contexto, a mulher encontra-se sozinha com os filhos sem a presença do parceiro, cabendo a ela o sustento e a responsabilidade sobre essa família.

Castel (1994) considera que a pobreza tradicional sobrevive e a *desfiliação*, hoje, é alimentada por uma conjuntura nova, marcada pelas crescentes desigualdades sociais que refletem em novos arranjos familiares. Logo, a fragilização da estrutura familiar, circunscreve uma zona de vulnerabilidade relacional, sobretudo para as famílias menos favorecidas economicamente.

Observando que a ocorrência dos casos de aborto foi maior em gravidezes resultantes de relações instáveis e com parceiros diferentes, este pode ser considerado como o fim da linha do processo da *desfiliação*, em contextos onde o desemprego e a pobreza fragilizam as relações familiares, e essas não conseguem ter sustentabilidade.

O aborto, nesses casos, é incluído nesse processo da *desfiliação*, acontecendo como conseqüência de toda essa nova conjuntura de fragilização das relações familiares, não pela vontade ou descaso dessas mulheres com a vida humana, mas por elas fazerem parte desse processo amplo de *desfiliação* onde as condições sociais são inadequadas resultando em um encadeamento de determinantes negativos, principalmente no que se refere aos jovens.

Concluimos que a determinação social da saúde não é uma relação simples e direta de fatores de causa e efeito, mas de um complexo de mediações que necessita ser estudado e relacionado com as diversas iniquidades sociais. Nesse sentido podemos considerar que há uma complexa relação entre os determinantes econômicos e sociais na composição das famílias onde a articulação entre a reprodução humana e as estruturas familiares está intrinsecamente relacionada a uma conjuntura social.

Considerando todos esses aspectos faz mister destacar que as políticas públicas de saúde necessitam estar articuladas com as políticas econômicas e sociais, visto que a saúde não se limita à ausência de doenças mas inclui as condições de bem estar social. Considerando a vulnerabilidade relacional desses grupos, a promoção da saúde, incluindo a saúde reprodutiva dos jovens, deve ser pautada em políticas de bem estar social.

## REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M. et al. **Juventude, violência e Vulnerabilidade social na América Latina**: desafios para políticas públicas. Brasília: UNESCO, BID, 2002.

ADESSE, L. Assistência à mulher em abortamento: a necessária revisão de práticas de má conduta, preconceito e abuso. In: Deslandes, S. (org) Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas, Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006

AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19(Sup. 2), p.S377-S388, 2003

AGI. ALLAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Aborto clandestino**: uma realidade latino-americana. New York, Washington, 1994.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, 2005.

AMAZONAS, M.C.L.A. et al. Arranjos familiares de crianças das camadas populares. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, num. esp., p. 11-20, 2003.

ANTUNES, M. C. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, p.88-95, ago. 2002.

BARATA, R.B.; RIBEIRO, M.C.S.; MORAES, J.C. As desigualdades sociais e homicídios em adolescentes e adultos jovens na cidade de São Paulo em 1995. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.2, n.1/2, 1999.

BARROS, R.P.; HENRIQUES, R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 15, n. 42, fev.2000.

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BERQUÓ, E. A esterilização feminina do Brasil hoje. In: **Quando a Paciente é Mulher**; CNDM, Brasília, 1989.

BOEHS, A; et al. Aborto provocado: estudo epidemiológico descritivo numa maternidade de Florianópolis. **Ciência e Cultura**, Campinas, v.53, n.4, p.501-06, 1983.

BOFF, L. BOFF, C. **Como fazer teologia da libertação**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 164p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006 c .60 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Painel de indicadores do SUS** - temática saúde da mulher, v.1, n.2. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da mulher e da criança de 2006**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds>. Acesso em 1/10/2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. **Revista RADIS. Comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, n. 65, jan. 2008. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/radis>. Acesso em 16/06/2007.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília: Ministério da Saúde, n. 6, 2002

BYDLOWSKI, CR. WETSPHAL, M.F. PEREIRA, I.M.T.B. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n1, p.14-24, jan – abr. 2004

CARIDADE, A. O adolescente e a sexualidade. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de saúde do Adolescente e do Jovem. **Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento**. v.1. Brasília: Ministério da Saúde, 1999 a.

CARIDADE, A. A construção cultural da sexualidade. In: RIBEIRO, M. (org). **O prazer e o Pensar** – orientação sexual para educadores e profissionais de saúde. São Paulo: Editora Gente: Cores – Centro de Orientação e Educação Sexual, 1999b.

CAMARANO, A.A. Fecundidade e anticoncepção da população de 15 a 19 anos. In: VIEIRA, E.M. et al. (org.). **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro, 1998.

CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação – precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (org.) **Saúde e loucura**. São Paulo: Hucitec, n.4, p.21- 48, 1994.

CASTRO M. G., ABRAMOVAY M. e SILVA L. B. **Juventudes e sexualidades**. Brasília: UNESCO, 2004.

CARTANA, M. H. F. Compreendendo qualidade de vida e promoção de saúde sob a ótica de uma mãe de pré-adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, p. 1177-1184, 2005.

CATARINO, T.; GIFFIN, K. Gravidez e adolescência: a investigação de um problema moderno; apresentado em XIII ENCONTRO DA ABEP. Ouro Preto, **Anais...Belo Horizonte**: ABEP, 2002.

CHUMPITAZ, V.A.C. **Percepções femininas sobre a participação do parceiro nas decisões reprodutivas e no aborto induzido**. Rio de Janeiro: ENSP, 2003.112 p. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

COSTA, S. Aborto Provocado: A dimensão do problema e a transformação da prática. In: GIFFIN, K; COSTA, S.H. **QUESTÕES DA SAÚDE REPRODUTIVA**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

COSTA S. et al. A prática de planejamento familiar em mulheres de baixa renda no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.187-206,1999.

COSTA, RG.; HARDY, R.; OSIS, M.J.D. & FAÚNDES, A. A decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.97-105, 1995.

CZERESNIA, D. The Concept of Health and the Diference Between Promotion and Prevention. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-710, 1999

DANTAS, S.M.B. **Violência sexual contra mulheres: entre a (in)visibilidade e a banalização**. Rio de Janeiro:ENSP/FIOCRUZ, 2003. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro,2003.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S.G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES S.F. (ORG). **Caminhos do pensamento epistemologia e método**. 1ª impressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

DIAS, A.B.D.; AQUINO, E. M. L. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.7, p.1447-1458, 2006.

DIAZ,J. DIAZ, M. Contracepção na adolescência. In: **Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento**, Secretaria de Políticas de Saúde. Área de saúde do Adolescente e do Jovem. Ministério da Saúde,Brasília, v.1, 1999.

DURAND, J. G. **Gestação e Violência: Estudo com usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo**. São Paulo: USP, 2005. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

FERRARI, R.A.P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p. 2491-2495, nov, 2006

GAZMARARIAN, J. et al. Violence and reproductive health: Current knowledge and future research directions; **Maternal and Child Health Journal**, New York, v.4, n.2, p.85-92. 2000

GAMA, A.S. **Gênero e AIDS: um estudo dos aspectos culturais e geracionais da sexualidade feminina em camadas de baixa renda**. Rio de Janeiro: ENSP, 1997. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

GELUDA K. et al. "Quando um não quer, dois não brigam": um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1671-1680, Ago. 2006.

GIFFIN, K. A modernidade perversa e a reprodução humana no Brasil; in Leal, M.C. et al (orgs.) **Saúde, ambiente e desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1992.

GIFFIN, K. Esfera da reprodução em uma visão masculina: Considerações sobre a articulação da produção e da reprodução, de classe e de gênero. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p.23-40, 1994.

GIFFIN, K., COSTA, S.H. As práticas contraceptivas e o aborto no Brasil. Reflexões sobre gênero e fecundidade no Brasil; **Family Health International**, Health Services Research, United States of America, 1995

GIFFIN, K. Aborto provocado: o que pensam os médicos de quatro hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 4, p.121-126, 1995.

GIFFIN, K. Pobreza, Desigualdade e Equidade em Saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18(Suplemento), p. 103-112, 2002.

GIFFIN, K. Financeirização do Estado, erosão da democracia, empobrecimento da cidadania: Tendências globais? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.6, p. 1155-1168, 2007

GOMES R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO MCS (Org.). **Pesquisa social** – teoria, método e criatividade. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

GOODWIN, M.M et al. Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy : findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1996-1997 ; **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 4, n.2, p.85-92, 2000.

HARDY, E. **Avaliação do PAISM no Estado de São Paulo**. Campinas: CEMICAMP, mimeo. 1988.

HEILBORN E BRANDÃO (1999) Ciências sociais e Sexualidade. IN HEILBORN (org) **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

HEILBORN, M.L (org) **Sexualidade o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

HEILBORN, M. L. et al. **Aproximações Sócio-antropológicas sobre a Gravidez na Adolescência**. Horizontes Antropológicos: UFRGS, ano 8, , n.17, p. 13-45, jun. 2002

HEILBORN, M. L.; AQUINO, E.M.L.; BOZON, M.; KNAUTH, D.R. (org). **O aprendizado da sexualidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

HEISE L, PITANGUY J, GERMAIN A., **Violencia Contra la Mujer: La Carga Oculta sobre la Salud**. Washington: OPAS/OMS. 1994.

HENSHAW, S.K.; MORROW,E. Induced abortion: a world review 1990. **International Family Planning Perspectives**, New York, Alan Guttmacher Institute, v.16, n.2, p.59-65, 1990. 120 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais**: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

IPAS BRASIL. **Dados e reflexões sobre a condição de ilegalidade do aborto: no âmbito da Saúde e da Justiça**. IPAS, Rio de Janeiro, 2007a.

IPAS BRASIL; INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL/UERJ, **Magnitude do Aborto no Brasil: uma análise dos resultados de pesquisa**. Apoio: Ministério da Saúde- Área Técnica de Saúde da Mulher . 2007b.

KASSAR, S.B. et al. Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.6, n.4, p. 397-403, dez. 2006.

KLIKSBERG, B. O contexto da juventude na América Latina e no caribe: as grandes interrogações. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n.5, p. 909-42, set/out. 2006.

LA GUARDIA, K. A 10-year review of maternal mortality in a Municipal Hospital in Rio de Janeiro: A cause for concern. **International Journal of Obstetrics And Gynecology**, Estados Unidos, n.75, p.28-32. 1990.

LAGOS, R. A. Qué se Entiende por Flexibilidad del Mercado de Trabajo. **Revista de La CEPAL**,. Santiago de Chile, n.54, dez. 1994.

LEFEVRE, F.;LEFEVRE, A.M.C.; **Promoção de Saúde – a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LOPES, J. R. “Exclusão social” e controle social: estratégias contemporâneas de redução da sujeitidade. **Revista Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v.18, n.2, p. 13-24, mai/ago. 2006.

LYRA, J. **“A gente não pode fazer nada, só podemos decidir sabor de sorvete”**. **Adolescentes: de sujeito de necessidades a um sujeito de direitos**. Cadernos CEDES, Campinas, v.22, n.57, p. 9-21, ago.2002. DISPONÍVEL EM <HTTP://www.cedes.unicamp.br>Acesso em 12 set.2008

MARIUTTI, M.G. **O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento**. Ribeirão Preto: USP, 2004. 130 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Rio de Janeiro, 2004.

MARTINS, I. Aborto induzido em mulheres de baixa renda: dimensão de um problema. **Cadernos De Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.251-66. 1991.

MARTINS, L. B. M. et al. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.315-323, fev. 2006.

MELO, A.V. Gravidez na adolescência: uma nova tendência para a transição da fecundidade no Brasil. In: X ENCONTRO DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 3, 1996, Caxambu, 1996. **Anais**, Caxambu, 1996.

MELO, H.P. Gênero de Pobreza no Brasil. **Relatório Final do Projeto Governabilidade Democrática de Gênero em América Latina y el Caribe**. Brasília, 2005.

MERCHAN-HAMANN, E. Grau de informação, atitudes e representações sobre o risco e a prevenção de AIDS em adolescentes pobres do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.463-478, jul./set. 1995.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento**. 9.ed. São Paulo: Hucitec, 2006a.

MINAYO MCS. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO MCS (Org.). **Pesquisa social – teoria, método e criatividade**. 25 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOLINA, A.M.R. Prostituição Juvenil: uma condição existencial em busca de seus sentidos. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n.2, p. 22-29, 2003.

MONTALI, L. Família e trabalho na reestruturação produtiva: ausência de políticas de emprego e deterioração das condições de vida. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.15, n.42, p. 55-71, 2000.

MORAES, CL. Violência Familiar na Gestaçã entre Mulheres Atendidas na Rede Pública de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro, Brasil: Magnitude, Características e Grupos de Risco. Resumo Versão Eletrônica. In: **Artículos originales> Expertos de Iberoamérica**, 2004; disponível em: <http://siicsalud.com/dato/dat039/04729009.htm> (acesso em 13/09/04)

MORAES, C.L.; CABRAL, C. S. ; HEILBORN, M.L., 2006. Magnitude e caracterização de situações de coerção sexual vivenciadas por jovens de três grandes capitais brasileiras: Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.7, p. 1493-1504; jul. 2006

MORRIS, L. La planificación familiar en America Latina. **Perspectivas Internacionales En Planeamento Familiar**, New York, 1989, no 0, número especial: 1-6, 1989.

OLINTO, M.T.A.; FILHO, D.C.M. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.365-375, fev. 2006

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Department of gender, women and health. **WHO MULTICOUNTRY STUDY ON WOMEN'S HEALTH AND DOMESTIC VIOLENCE**, Geneva. 2005.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Trabajo Decente y Juventud América LaTina**. OIT, 2007.

PAIVA, V., Sexualidade e Gênero num Trabalho com Adolescentes para Prevenção do HIV/AIDS. In: **A AIDS no Brasil** (Parker, R. et al. orgs.), Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

PANTOJA, A. L. N. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.19, sup. 2, p. 335-343, 2003.

PEDROSA, I.L.; GARCIA, T.R. "Não vou esquecer nunca!": a experiência feminina com o abortamento induzido. **Revista Latino - americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 50-58, dezembro, 2000.

PERES, S.O.; HEILBORN, M.L. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n.7, p. 1411-1420, 2006.

PIROTTA, K.C.M.; SCHOR, N.; Juventude e Saúde Reprodutiva: valores e condutas relacionados com a contracepção entre universitários. In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2002, Ouro Preto. **Anais**, Ouro Preto: 4-8 nov.2002

POCHMANN, M. **A Situação dos jovens no mercado de trabalho no Brasil: um balanço dos últimos 10 anos**. Disponível em: <http://www.cursodeveraofortaleza.com.br/2007/Textos/.pdf> Acesso em: 23/08/2007.

POPULATION REPORTS. **Como acabar com a violência contra as mulheres**, Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore , Maryland, USA, v. XXVII, n. 4, Dec. 1999.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Adolescentes saúde sexual saúde reprodutiva**, Belo Horizonte, ago. 2004. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br>>. Acesso em 16/06/2007.

REICHENHEIM M. et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities in the Federal District; **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.2, p.425-437, 2006.

REIS, M.A.S.; FORTUNA, C.M.; OLIVEIRA, C.T.; DURANTE, M.C. Organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.23, p.655-66, set./dez. 2007

RIOS, L. F. et al Rumo à adultez: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. **Cadernos Cedes**. Campinas, v.22, n.57, p.45-61, ago.2002; Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em 16/06/2007

ROCHA, M.I.B. Planejamento familiar e Aborto: discussões políticas e decisões no Parlamento. In: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2004, Caxambu. **Anais**, Caxambu: ABEP. 20 - 24 de setembro de 2004

SALINAS, C. et al. **Famílias século XXI**. ISIS internacional Ediciones de las mujeres, n. 20, 1994.

SAID, R. E LEITE, D. Anticoncepção em populações de baixa renda: um estudo qualitativo de atitudes. **Cadernos Abepf**, São Paulo, Série Manuais, 4. 1985.

SALTON, J. Em questão, a ilegalidade do aborto. **Ciência e Cultura**, Campinas, v.37, n.8, p.296-98, 1985

SANTOS, A.E.L. **Masculinidades e saúde reprodutiva: a experiência da vasectomia**. Niterói: UFF, 2006. Dissertação (Mestrado). Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006.

SANTOS, B.S. "Os Processos da globalização", In: Santos, B.S. (org.), **Globalização: fatalidade ou utopia?** . Porto: Edições Afrontamento, 2001.

SCHRAIBER, LB. et al.,. Violence against women: a study in a primary healthcare unit. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, p.470-477, ago. 2002.

SCHRAIBER LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.29, n.3, p.63-74, 1995.

SCHOR, N. Investigação sobre ocorrência de aborto em pacientes de hospital de centro urbano do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n.2, p.144-151, 1990.

SILVA, R.S. Gravidez na adolescência: Onde mora o problema? In: X Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 1996, Belo Horizonte. **Anais**, Belo Horizonte: ABEP, 1996, v. 4, p, 1545-1565.

SILVA, N.D.V; KASSOUF, A.L. O trabalho e a escolaridade dos jovens brasileiros.In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2002, Ouro Preto. **Anais**, Ouro Preto: ABEP, 2002.

SIMONETTI, C.; ARRUDA; CAVASIN, S. (Coords.) ECOS. Uma Questão Delicada – **Manual e Boletim sobre Adolescência e Aborto**. Apoio: Ipas- Women's Health Initiatives. São Paulo: Oficina Indústria Gráfica Ltda,1995.

SINGH, S. E SEDGH, G. The relationship of abortion to trends in contraception and fertility in Brazil, Colombia and México. **International Family Planning Perspectives**, U.S.A., v. 23, n.1, p. 4-14, 1997.

SINGH S. E WULF, D. Estimating abortion levels in Brazil, Colômbia and Peru, using hospital admissions and fertility data; **International Family Planning Perspectives**, U.S.A., v. 7, n.1, p.8-13,1991.

SIQUEIRA, A., et al . Mortalidade materna no Brasil, 1980. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 18, p. 448-65, 1984.

SOARES, L. T. - **O desastre social – os porquês da desordem mundial**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL **Pesquisa nacional de saúde materno-infantil e planejamento familiar**. Rio de Janeiro: BENFAM, 1986.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Adolescentes, Jovens e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**: um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: BENFAM, 1999.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Pesquisa sobre saúde reprodutiva e sexualidade do jovem**. Rio de Janeiro, Curitiba e Recife 1989 – 1990. Rio de Janeiro: BENFAM, 1992.

SORJ B.; FONTES, A.; MACHADO. D. C. As Políticas e as Práticas de Conciliação entre Família e Trabalho no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 132, set./dez. 2007

SOUZA. J.H.M.; PAIVA, M.S. Vulnerabilidade de Jovens frente a infecção pelo HIV e as representações sociais de Aids. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 17, n.3, p.55-64, 2002.

THIOLLENT, M., O Processo de Entrevista. In: **Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete operária**. Coleção Teoria e história. São Paulo: Editora Polis, p. 79-99, 1982.

THOMPSON, John B. **Ideologia e Cultura Moderna – Teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa**. 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.11, n.22, maio ./ ago., p. 223-238, 2007.

U.K.DEPARTMENT OF HEALTH. **Responding to Domestic Abuse**: A Handbook for Professionals, London, 2005.

UNESCO. **Aids o que pensam os jovens – Políticas e Práticas educativas**. Brasília: Unesco, 2002

UNESCO. **Políticas públicas de/para/com as juventudes**. Brasília: UNESCO, 2004.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância**. Brasil: UNICEF, 2005. Disponível em: <<http://www.unicef.org.br>> Acesso em 28 de março de 2007.

VALLADARES, D., SANCHEZ, S. , GIFFIN, K. **Mulheres, Participação E Saúde.** Rio de Janeiro: FLACSO/UNICEF/CNDM, 1987.

VELZEBOER, M.. Violence Against Women: The Health Sector Responds. Washington, D. C. In: VIEIRA, L.M. et al..Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1201-1208, 2007.

VERDI, M. BOEHS, A.E.; ZAMPIERI, M.F.M.; (org). **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde.** Textos fundamentais. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2005.

VIERA, M.E. et al. **Projetos de estudos da mulher** - Seminário gravidez na adolescência. São Paulo: Associação Saúde da Família, 1998.

WIEMANN, C. et al, Pregnant adolescents: Experiences and behaviours associated with physical assault by an intimate partner; **Maternal And Child Health Journal**, New York, v.14, n.2, p.93-102, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Report on Violence and Health-Summary.** Geneva: WHO, 2002.

**ANEXO 1**

Instrumento de construção dos dados – Roteiro para entrevista

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

Número da entrevista \_\_\_\_\_

Data e local \_\_\_\_\_

### 1 – PERFIL SOCIOECONÔMICO

1.1 – Pseudônimo:

1.2 – Idade:

1.3 – Lugar onde nasceu::

1.4 – Escolaridade

1.5 – Estado civil:

1.6 – Religião: pratica alguma religião? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

1.7 – Trabalha atualmente? Em quê?

1.8 - Teve alguma dificuldade para conseguir emprego? Quais?

1.9 – Tem carteira assinada? Já teve em algum momento?

QUEM	Trabalha	Estuda	Carteira assinada	Renda

1.10 – Pagam aluguel? Quanto?

1.11 - [se não tem parceiro morando junto] tem namorado ou parceiro?

1.12 - Qual a escolaridade dele?

1.13 - Ele trabalha? Em quê? Tem carteira assinada?

1.14 - Quanto ele ganha mensalmente?

1.15 - Há quanto tempo [você e seu namorado/parceiro] estão juntos?

1.16 - Você já teve outros casamentos (já morou juntos outras vezes) Quantos?

1.17 - [Se tem filhos e teve mais que uma relação]:seus filhos são todos do mesmo pai?

Agora, vamos falar um pouco sobre sua infância, sobre a sexualidade, sobre o problema de evitar filhos/evitar a gravidez

## **2 - EXPERIÊNCIAS E CONCEITOS SOBRE SEXUALIDADE, Contracepção e gravidezes não-desejadas**

2.1 - Você pode falar um pouco sobre sua infância, se foi feliz, se foi difícil, como é que foi?

2.2 - Teve algum problema de brigas ou violência na sua família quando você era pequena?

2.3 - Alguém conversou com você, explicou algo sobre sexo?

2.4 – com quantos anos teve sua primeira relação sexual?

Você pode contar como foi?

2.5 – Na ocasião (primeira relação sexual) vocês usaram algum método contraceptivo? Qual?

2.6 - Você já conhecia algum método de evitar a gravidez/evitar filhos? Qual/quais?

2.7 - Como é que você aprendeu a utilizar métodos contraceptivos? De quem?

2.8 - Você utiliza algum método atualmente? Quais?

2.9 - Você poderia me falar quais os métodos que já usou?

2.10 - Você tem problemas em usar algum método? Tem algum que você não goste? Por quê?

2.11 - Para você, tem sido fácil ou difícil evitar a gravidez?

2.12 - Você já conversou com algum parceiro sobre o uso de métodos? Como foi isto?

2.13 - Você já teve algum conflito ou briga com algum parceiro sobre a questão de engravidar ou não?

2.14 - Você já sofreu alguma agressão ou se sentiu agredida por algum parceiro seu por outra razão? Como foi isto?

2.15 - Você lembra quantas vezes você já engravidou, incluindo os abortos?

Você pode falar um pouco sobre cada gravidez?

- 2.16 - A primeira vez que engravidou, que idade tinha?
- 2.17 - Como foi a relação com este parceiro? tempo da relação?..?
- 2.18 - situação (afetiva) da relação: boa ou não?....
- 2.19 - estava usando algum método quando engravidou?
- 2.20 - Como v. se sentia quando descobriu que estava grávida?
- 2.21 - Você queria engravidar neste momento?
- 2.22 - Você contou para alguém que estava grávida? Quem?
- 2.23 - Como foi a reação [desta pessoa]?
- 2.24 - Contou para o parceiro?
- 2.25 - o que ele achou da gravidez/ queria ter um filho? .....
- 2.26 - como estava a situação de trabalho/econômica neste momento [ambos parceiros]?
- 2.27 - Você se sentiu em condições de ter o filho? [econômicos e relacionais] teve o filho? [SE NÃO, =>p.3.1]
- 2.28 - Sua vida mudou depois de ter o filho? Como?
- 2.29 - E a relação com o pai/parceiro, como ficou?
- 2.30 - Mudou algo nas relações com sua família [de origem]?
- 2.31 - A segunda vez que engravidou [=> p. 2.16]

### **3 - TRAJETÓRIAS E EXPERIÊNCIAS DA PRÁTICA DE ABORTO CLANDESTINO**

- 3.1 - Quando você descobriu que estava grávida, pensou logo sobre a possibilidade interromper a gravidez?
- 3.2 - Você conhecia alguém que já tinha recorrido ao aborto? Quem?
- 3.3 - Você já sabia como fazer? O que você sabia sobre isto?
- 3.4 - Você falou com alguém sobre a possibilidade dessa hipótese (interromper a gravidez) ?
- 3.5 - Você compartilhou essa decisão com alguém? [amigos familiares]? Quem?
- 3.6 - Como foi a decisão de recorrer ao aborto?
- 3.7 - Você se sentiu apoiada por seu parceiro nesta decisão?
- 3.8 - Quais as razões que a levaram a essa decisão ?
- 3.9 - Como você realizou o aborto?
- 3.10 - Como você se sentiu nessa ocasião?
- 3.11 - Você se sentiu apoiada por seu parceiro no processo do aborto?
- 3.12 - Houve alguma complicação? Qual?

3.13 - Você procurou algum serviço de saúde? [SE NÃO, => p. 2.16]

3.14 - Como foi a atenção recebida?

3.15 - Você sofreu algum tipo de discriminação? Qual?

3.16 - Alguém te deu informações sobre como evitar gravidez ou sobre serviços para métodos?

3.17 - Você chegou a procurar algum serviço? [=> p.2.16]

#### **4 - QUESTIONAMENTOS FINAIS**

4.1 - Você acha que os homens devem se envolver mais nestas coisas? Por exemplo, de evitar a gravidez? E no processo de decidir sobre ter filhos ou fazer aborto?

4.2 - Você teria alguma sugestão para os serviços de saúde que lidam com os métodos e os abortos?

4.3 - Para você o que é ter saúde?

4.4 - Quais os seus planos para o futuro?

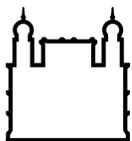
4.5 - Deseja ter mais filhos? Quantos?

4.6 - Quais os planos para os seus filhos?

4.7 - Você acha que poderia realizar um aborto de novo? Por quê?

**ANEXO 2**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
 ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO  
 AROUCA  
 DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “Mulheres jovens e o processo do aborto clandestino: uma abordagem sociológica. A recusa em participar é direito seu e não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição a que esse projeto está vinculado.

O objetivo geral deste estudo é analisar a experiência de mulheres jovens que recorreram ao aborto clandestino, incluindo os condicionamentos e as relações sociais dos envolvidos, visando contribuir para a melhoria dos serviços saúde reprodutiva na atenção primária à saúde, na perspectiva da integralidade e da promoção da saúde. Os objetivos específicos são: 1) Analisar o processo de recorrer ao aborto clandestino de mulheres jovens, incluindo a situação sócio-econômica e relacional dos envolvidos, sua possível relação com a violência de gênero e a participação masculina nesta decisão. 2) Conhecer sua percepção sobre a assistência recebida e as relações de gênero que as perpassam;

Ao participar dessa pesquisa, riscos e benefícios são inexistentes. Sua participação consistirá em conceder entrevista ao pesquisador. A gravação da entrevista ficará guardada sob responsabilidade do Núcleo de Estudos de Gênero e Saúde, sendo assegurada a não divulgação da mesma em hipótese alguma. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e a pesquisadora assegura o sigilo sobre a sua participação. Os dados obtidos não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e retirar sua participação agora ou a qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa.

---

Simone Mendes Carvalho

Núcleo de Estudos Gênero e Saúde. Rua Leopoldo Bulhões, 1480 sala 929 Manguinhos –  
 Rio de Janeiro/RJ  
 CEP: 21041-210. Tel: (021) 2598-2779 E-mail: [simonecarv@terra.com.br](mailto:simonecarv@terra.com.br)

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

Nome do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca  
 Rua Leopoldo Bulhões, 1480 sala 314 - Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ

Tel.: (21) 2598-2863 CEP: 21041-210. E-mail:  
[cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

**ANEXO 3**

Termo de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/FIOCRUZ

**ANEXO 4**

Termo de autorização da Coordenação do Programa de Saúde da Família do  
município de Cabo Frio - RJ