

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Raquel Silva Barretto

## **Repercussões do aborto induzido na subjetividade das mulheres e na sociedade**

Rio de Janeiro

2021

Raquel Silva Barretto

**Repercussões do aborto induzido na subjetividade das mulheres e na sociedade**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Ana Elisa Bastos Figueiredo.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Repercussions of induced abortion on the subjectivity of women and society.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

B273r Barretto, Raquel Silva.  
Repercussões do aborto induzido na subjetividade das mulheres e na sociedade / Raquel Silva Barretto. — 2021.  
179 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientadora: Ana Elisa Bastos Figueiredo.  
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Aborto. 2. Saúde Mental. 3. Mulheres. 4. Subjetividade.  
5. Análise do Discurso. I. Título.

CDD – 23.ed. – 363.46

Raquel Silva Barretto

**Repercussões do aborto induzido na subjetividade das mulheres e na sociedade**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Aprovada em: 26 de fevereiro de 2021.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Cecília de Souza Minayo  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Prof.<sup>a</sup> Dra. Vera Lúcia Marques da Silva  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Prof.<sup>a</sup> Dra. Liana Wernersbach Pinto  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Prof.<sup>a</sup> Dra. Madalena Duarte  
Universidade de Coimbra - Centro de Estudos Sociais

Prof.<sup>a</sup> Dra. Luciana Stoimenoff Brito  
Instituto ANIS

Rio de Janeiro

2021

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente à essa força que nos move (e que recebe tantos nomes) então, deixo esse espaço para que cada leitor situe a nomenclatura, de acordo com a sua fé.

Agradeço à minha família, pelo amor, pela união e pela compreensão, nesse momento de escrita.

Agradeço à minha orientadora (Ana Elisa), pelo nosso vínculo, que completará 06 anos. Quero que ela saiba que é um exemplo para mim, pela sua sabedoria e dedicação.

À supervisora Madalena Duarte, por ter me recebido na Universidade de Coimbra, em um estágio que acrescentou muito academicamente.

Aos amigos, colegas de turma, professores e funcionários, que estão por trás de todas as pesquisas realizadas.

Deixo um agradecimento especial às participantes da pesquisa. São as participantes e os participantes que nos tornam pesquisadores, são essas pessoas que fazem a pesquisa acontecer. Por trás dessa escrita existem rostos e histórias reais, que se tornaram a essência da tese. Caras participantes, vocês são a polissemia e a ressignificação da ciência.

Agradeço às agências de fomento, em especial à CAPES, por ter financiado a minha pesquisa e tantas outras, que contribuem não só para o avanço científico, mas, para melhorias destinadas à população.

*No dia que for possível à mulher amar-se em sua força e não em sua fraqueza; não para fugir de si mesma, mas para se encontrar; não para se renunciar, mas para se afirmar, nesse dia então o amor tornar-se-á para ela, como para o homem, fonte de vida e não perigo mortal.*

(BEAUVOIR, 1983).

## RESUMO

O aborto é um tema complexo, circunscrito em diversas esferas, que passam pela religião, política, direitos humanos e chegam à saúde pública. No Brasil, é previsto apenas em 03 circunstâncias: em casos de anencefalia, violência sexual ou, quando a gestação significa um risco de vida, sendo a única alternativa para salvar a mulher. Apesar de criminalizado, o aborto sempre existiu e, a sua prática em condições menos seguras ou inseguras reflete nos gastos com internações, na redução do acesso à informação por parte dos profissionais e no comprometimento da saúde física e mental daquelas que optam por realizar o procedimento. No intuito de conhecer as narrativas e, os sentimentos associados ao aborto induzido, segundo a experiência das próprias mulheres, foi realizada uma pesquisa descritivo-analítica. Após a liberação do Comitê de Ética, a primeira etapa consistiu na disponibilização de um Survey nas redes sociais. 81 mulheres brasileiras responderam o questionário, dentre as quais 59 detalharam as suas experiências. Os dados foram trabalhados à luz da Análise do Discurso. Como resultado, as participantes relataram sentimentos diversos, como “ansiedade”, “depressão e solidão”, “culpa e vergonha”, “sensação de não pertencimento do corpo” e “necessidade de escuta”. Contudo, o principal sentimento, que vem sendo silenciado nas discussões sobre o aborto é o alívio. Enquanto a criminalização gera violências no próprio sistema de saúde, que agravam os sofrimentos já existentes entre as mulheres em um momento difícil, o alívio consistiu na consolidação da escolha. Outro cenário trabalhado na pesquisa foi o português. A análise das entrevistas e da organização do sistema de saúde após a descriminalização permitiu concluir que o estigma e a sociedade se modificam com o tempo. Para que o tema possa ser compreendido pela população, é necessário realizar um trabalho incisivo quanto à conscientização. Contudo, um trabalho bem feito no âmbito do sistema de saúde reflete na redução das taxas de mortalidade, na redução da busca pelos procedimentos e na conscientização sobre o planejamento familiar.

Palavras-chave: Aborto; Saúde Mental; Subjetividade; Mulheres; Análise do Discurso.

## ABSTRACT

Abortion is a complex topic, circumscribed in several spheres, which go through religion, politics, human rights and reach public health. In Brazil, it is only foreseen in 3 circumstances: in cases of anencephaly, sexual violence or, when pregnancy means a risk of life, being the only alternative to save the woman. Despite being criminalized, abortion has always existed, and its practice in less safe or unsafe conditions is reflected in expenses with hospitalizations, in the reduction of access to information by professionals and in the compromise of the physical and mental health of those who choose to perform the procedure. In order to know the narratives and the feelings associated with induced abortion, according to the experience of the women themselves, a descriptive-analytical research was carried out. After the Ethics Committee was released, the first step consisted of making a Survey available on social networks. 81 Brazilian women answered the questionnaire, among which 59 detailed their experiences. The data were worked on in the light of Discourse Analysis. As a result, the participants reported different feelings, such as "anxiety", "depression and loneliness", "guilt and shame", "feeling of not belonging to the body" and "need to listen". However, the main feeling, which has been silenced in discussions about abortion, is relief. While criminalization generates violence in the health system itself, which exacerbates the suffering that already exists among women at a difficult time, the relief consisted of consolidating the choice. Another scenario worked on in the research was Portuguese. The analysis of the interviews and the organization of the health system after decriminalization allowed us to conclude that stigma and society change over time. In order for the topic to be understood by the population, it is necessary to carry out an incisive work regarding awareness. However, a job well done within the scope of the health system reflects in reducing mortality rates, reducing the search for procedures and raising awareness about family planning.

Keywords: Abortion; Mental health; Subjectivity; Women; Discourse Analysis.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD – Análise do Discurso

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CDESC - Comitê Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais

CEAD - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CLAM – Centro Latinoamericano em Sexualidade e Direitos Humanos

DIU – Dispositivo Intrauterino

EBMSP - Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública

EDAO - Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arôuca

EUA – Estados Unidos da América

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

HD – Hard drive

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IP – Internet Protocol

IVG- Interrupção Voluntária da Gestação

LGBTQ+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer e outras definições

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PET – Programa de Educação pelo Trabalho

PMAQ – AB – Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica

PNA – Pesquisa Nacional de Aborto

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar

PT – Partido dos Trabalhadores

RN – Rio Grande do Norte

SP – São Paulo

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TCI – Termo de Consentimento Informado

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TJ / MS – Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFF – Universidade Federal Fluminense

WHO – World Health Organization

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
2	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	16
3	<b>EIXOS TEÓRICOS</b> .....	17
3.1	REVISÃO DA LITERATURA.....	17
3.1.1	<b>O aborto nas bases virtuais</b> .....	17
3.1.2	<b>Outras referências sobre o aborto</b> .....	44
3.1.3	<b>Referências sobre a maternidade</b> .....	52
4	<b>PRESSUPOSTOS TEÓRICOS</b> .....	57
5	<b>OBJETIVOS</b> .....	58
5.1	<b>OBJETIVO GERAL</b> .....	58
5.2	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	58
6	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	59
6.1	TIPO DE PESQUISA.....	59
6.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO.....	59
6.3	PARTICIPANTES.....	60
6.4	FORMA DE ABORDAGEM DOS PARTICIPANTES.....	61
6.5	A COLETA DE DADOS.....	62
6.6	A FORMA DE ANÁLISE DOS DADOS.....	62
6.7	SEQUÊNCIA DA PESQUISA EM PORTUGAL – QUESTÕES METODOLÓGICAS.....	64
6.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	66
6.8.1	<b>Considerações éticas sobre a etapa realizada em Portugal</b> .....	66
6.8.2	<b>Riscos da pesquisa</b> .....	66
6.8.3	<b>Benefícios da pesquisa</b> .....	67
6.9	ETAPAS DA PESQUISA.....	68
6.10	DEVOLUTIVA DA PESQUISA.....	68
7	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	69
7.1	PRODUTOS DA PESQUISA.....	69
7.2	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A ETAPA DA PESQUISA REALIZADA NO BRASIL.....	151
7.3	CONSIDERAÇÕES SOBRE A ETAPA REALIZADA EM PORTUGAL.....	155
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	157

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>160</b>
<b>ANEXO I – TABELA DAS PUBLICAÇÕES ENCONTRADAS NO ITEM 3.2.....</b>	<b>168</b>
<b>ANEXO II – TCLE DO SURVEY ONLINE (BRASIL).....</b>	<b>171</b>
<b>ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – ETAPA PRESENCIAL (PORTUGAL).....</b>	<b>173</b>
<b>ANEXO IV – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – SURVEY (PORTUGAL).....</b>	<b>175</b>
<b>ANEXO V – QUESTÕES DO SURVEY (BRASIL).....</b>	<b>176</b>
<b>ANEXO VI – QUESTÕES DA ENTREVISTA PRESENCIAL (PORTUGAL).....</b>	<b>178</b>
<b>ANEXO VII – QUESTÕES DO SURVEY (PORTUGAL).....</b>	<b>179</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A presente tese diz respeito aos abortos induzidos. Tema polêmico na sociedade brasileira, mas, necessário, uma vez que essa discussão contextualiza os direitos humanos, as desigualdades sociais, as identidades que perpassam pelas mulheres e, a saúde pública.

O aborto recebe sua conceituação segundo a prática de abortamento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou como abortamento a interrupção de uma gravidez, ou seja, a retirada do produto da concepção, com peso inferior a 500 gramas, realizada no máximo até a 22ª semana (WHO,1992). Tal noção foi revisitada e, hoje trabalha-se comumente com o “limite” das 22 semanas, mas, a própria limitação é complexa, dado que alguns países permitem a indução do aborto após esse período, em decorrência de diversos fatores, dentre elas a opção das mulheres a exemplo da Inglaterra, Escócia e País de Gales. Um aborto pode ser espontâneo ou induzido. A nossa proposta para a presente investigação, teve como foco os abortos induzidos.

Em um estudo realizado por Ganatra et al (2017), publicado no The Lancet, os autores estimaram a ocorrência de 25 milhões de abortos inseguros por ano, no período de 2010 a 2014. Os pesquisadores utilizaram uma nova classificação, que vem sendo incorporada cientificamente e divide os abortos em seguros, menos seguros e inseguros.

Os seguros são aqueles realizados por pessoal competente, com técnicas modernas, adequadas à idade gestacional; Os menos seguros são realizados por pessoa adequada, porém, com o uso de métodos desatualizados ou pelo uso de método adequado, realizado por pessoa (s) não capacitada (s); Os inseguros não seguem tais premissas, são realizados em locais impróprios, com métodos não recomendados e pessoal não capacitado, aumentando os riscos de sequelas e mortes. Quanto à insegurança dos abortos, cerca de 17,1 milhões de abortos realizados mundialmente no período correlacionado foram menos seguros e 8 milhões inseguros. A maior parte desses abortos menos seguros e inseguros ocorreu em países com maiores restrições, sendo o caso dos africanos e latino-americanos.

No Brasil, o aborto é considerado crime interposto pelo Código Penal de 1940 (Brasil, 1940). O artigo 128 prevê algumas possibilidades para a sua realização legal, dentre as quais:

- I. Quando não há outro meio de salvar a vida da gestante;
- II. Quando a gravidez é resultante de um estupro.

Lorenzetti e Silva (2013) lembraram ainda a possibilidade incluída mais recentemente, que prevê a interrupção da gestação em casos de anencefalia. Diante desses

três casos, o aborto ao ser autorizado por ordem judicial, é realizado por médicos e equipes, em hospitais referenciados e a equipe não se sujeita a nenhuma punição.

A polêmica é crescente, uma vez que não há como negar a ocorrência dos abortos clandestinos (termo também utilizado para a definição dos induzidos). A criminalização influencia no reconhecimento e na atualização dos dados oficiais, no entanto, no ano de 2005 foram estimados cerca de 1.054.242 abortos, tendo como fonte de dados as internações por abortamento registradas no Serviço de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. A maioria desses casos ocorreu nas regiões Sudeste e Nordeste, com uma taxa anual estimada em 2,07 por 100 mulheres entre 15 e 49 anos (BRASIL, 2009).

Em 2010 foi realizada a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), em domicílios urbanos brasileiros, abrangendo mulheres de 18 a 39 anos. Foram combinadas técnicas de urna e questionários aplicados por entrevistadoras face a face e 2002 mulheres responderam às questões fechadas. Como resultado, verificou-se que foi um procedimento comum entre elas, sendo que ao completar 40 anos, mais de uma em cada cinco afirmou a sua realização. 15% afirmaram ter passado por pelo menos um aborto na vida. Metade desse número de mulheres que o realizaram, utilizaram como método medicamentos específicos para este fim. Os pesquisadores cogitaram que a outra parcela tenha envolvido métodos mais precários e metade resultou em internações (DINIZ, D; MEDEIROS, M., 2010).

Conforme descreveu Aguiar (2015) no ano de 2013, o IBGE em parceria com o Ministério da Saúde (MS) incluiu pela primeira vez em uma pesquisa Nacional de Saúde por amostra em domicílios (PNAD), uma pergunta referente ao aborto. Segundo a pesquisa, mais de 8,7 milhões de brasileiras na faixa etária dos 18 aos 49 anos fizeram algum procedimento abortivo na vida, dos quais 1,1 milhão foram provocados. O Instituto chama a atenção para os dados, que podem ser ainda superiores, uma vez que nem todas as mulheres assumem o procedimento, dada a ilegalidade. A pesquisa apontou um perfil: entre mulheres negras o índice de abortos induzidos (3,5%) foi o dobro do encontrado entre as mulheres brancas (1,7%); o aborto teve maior prevalência nas mulheres com menor grau de escolaridade. A classificação das regiões com o maior número de mulheres foi:

1º Lugar: Nordeste (419.000);

2º Lugar: Sudeste (412.000);

3º Lugar: Norte (108.000);

4º Lugar: Sul (74.000);

5º Lugar: Centro Oeste (55.000).

Segundo Granjeira (2015) o Governo Federal reconheceu em anos anteriores a necessidade de incluir o tema na pauta da saúde, uma vez que o aborto foi colocado como a quinta maior causador de mortes maternas. Os dados se mantiveram ao longo dos anos, sendo uma das 05 primeiras causas referidas às mortalidades maternas no país (NUNES, M; MADEIRO, A; DINIZ, D., 2019).

Contudo, os números até então são inconsistentes e não expressam um universo real, visto que: *“o risco de serem denunciadas como criminosas pela prática do aborto afasta as mulheres dos serviços, retardando ou mesmo impedindo o atendimento e contribuindo para o agravamento da condição de saúde”*. (GIOVANELLA et al., 2012, p.1005).

O feminismo tem uma importância primordial nessa discussão. O conceito preconizado pelos movimentos feministas é a “interrupção voluntária da gravidez”. Os coletivos abrem aspas para a desconstrução de alguns termos forjados pelas instituições de saúde, o termo “aborto”, já seria por si só fruto de representações sociais imersas em estereótipos e estigmas. Para os grupos feministas, nem todos os abortos induzidos, ou melhor, nem todas as “interrupções voluntárias da gravidez” são inseguras. Alguns fatores dariam mais segurança ao procedimento, como: a presença de uma rede de apoio, a escolha do método e a proximidade de pessoas que entendam do assunto.

Diante da diversidade de termos (abortos clandestinos, ilegais, involuntários, interrupção voluntária da gestação, interrupção induzida da gestação), a nossa opção se deu por dados e nomenclaturas utilizadas na maioria dos trabalhos publicados até então no Brasil. Tal estratégia não visou neutralizar as vozes dos movimentos sociais que debatem o assunto, pelo contrário, as vozes das mulheres motivaram a realização desta pesquisa. Mesmo situando a utilização dos termos médicos, ressaltamos que não há como separarmos completamente os debates, uma vez que algumas pesquisadoras feministas têm grande influência nos meios acadêmicos. E os debates sobre a amplitude do aborto não se limitam apenas às visões sociais, econômicas, de direitos ou da saúde. Há um atravessamento fundamental dos saberes.

Falar sobre o aborto é falar sobre diversas outras questões que envolvem o seu contexto, como a situação de violência, que as mulheres sofrem por parte dos próprios órgãos do Estado: nos casos de mulheres que induzem um aborto e procuram os serviços de saúde, há muitas vezes a negligência. Pensando na capacitação necessária por parte dos profissionais para o atendimento de mulheres em situação de aborto, em 2005 foi lançada a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, em que o Governo reconheceu que o aborto ao ser realizado em condições inseguras é causa de morte materna. As mulheres

devem ser acolhidas e tratadas com dignidade, seja em processo de abortamento espontâneo ou induzido, e ainda, a atenção tardia ao aborto induzido e complicações decorrentes podem ameaçar a vida, a saúde física e mental dessas mulheres (BRASIL, 2005; 2010).

Por meio do presente estudo investigamos a relação existente entre o aborto induzido e as possíveis complicações na saúde mental de mulheres que se submeteram ao procedimento. Reconhecemos que o aborto na sociedade brasileira ainda é enfrentado como um tabu; o despreparo dos profissionais de saúde frente ao tema envolvendo a ausência de um aprofundamento nos currículos acadêmicos, a insegurança das próprias mulheres diante de um ato passível de punições, de demora e negligência no processo, gerados pela falta de comunicação entre os setores envolvidos, a vulnerabilidade social, as questões de ordem moral e religiosa, que estereotipam e criminalizam as mulheres face à interrupção da gravidez são fatores que podem agir diretamente sobre a saúde mental.

Além disso, no próprio âmbito subjetivo, outros fatores como as relações inerentes ao corpo, à negação da maternidade, à desagregação de laços, à possível violência e aos sentimentos de culpa podem desencadear processos que vão desde os mecanismos de defesa situados pela psicanálise, até o agravamento de complicações e instauração de psicopatologias, que configuram o sofrimento psíquico. A intenção primária nesta Tese foi, portanto, por meio de uma investigação qualitativa, compreender e analisar a relação existente entre o aborto induzido e o sofrimento psíquico/saúde mental do ponto de vista holístico, de mulheres que se submeteram ao procedimento.

Como pesquisadora e proponente, situei o interesse pelo tema desde o período do mestrado. Embora a minha relação com a saúde mental estivesse presente desde a Universidade. Me graduei na Universidade Federal Fluminense (UFF), no curso de psicologia e, desde então transitei pelo Programa de Educação pelo trabalho para a saúde mental (PET - Saúde Mental), do Ministério da Saúde. Também atuei como monitora na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fiocruz, junto ao curso de capacitação de profissionais de nível médio para a saúde mental. Entre os anos de 2013 e 2014 integrei a equipe estadual do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ- AB). No ano de 2014, determinada a investigar o estigma como expressão da violência segundo a compreensão de profissionais de saúde mental, atuantes em uma unidade de internação psiquiátrica em Hospital Geral, fui admitida para o mestrado da ENSP – Fiocruz, sob orientação da pesquisadora doutora Ana Elisa Bastos Figueiredo, que é uma das responsáveis por esta pesquisa. A minha entrada em temáticas correlacionadas ao gênero e à saúde se deu justamente nesse período da pós-graduação strictu-sensu, quando fui

convidada para atuar como voluntária em um blog de grande porte, acompanhando relatos de mulheres sobre abusos e violência. Também me inseri em frentes e grupos feministas, a fim de acompanhar discussões ali presentes e, quando me colocava como psicóloga voluntária, mais relatos chegavam. Nesse percurso algumas mulheres jovens buscavam apoio por questões envolvendo o pós-aborto.

Para trabalhar com a temática, contei com o apoio da pesquisadora Ana Elisa Bastos Figueiredo, que assumiu conjuntamente a autoria e orientação do mesmo. Através dos trabalhos desenvolvidos, nos âmbitos da saúde pública e da sociedade, buscamos então reconhecer a transversalidade dos temas em questão. Cabe dizer que essa pesquisa teve importantes aportes éticos e respeitamos as resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que envolvem as pesquisas com seres vivos.

## 2. JUSTIFICATIVA

O tema é de grande importância para a saúde pública. Verificamos através dos números e dados apresentados que as taxas de mulheres que se submetem ao procedimento, principalmente de modo inseguro, são relativamente altas.

Os abortos inseguros são uma preocupação em nível mundial, uma vez que ao serem praticados por meio de métodos precários, em locais não indicados ou ainda por pessoas sem capacitação para tal, oferecem sérios riscos à vida das mulheres (GANATRA ET AL., 2017).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Mulher (2004) estima-se que 20% dos abortos realizados por profissionais em clínicas clandestinas e 50% daqueles realizados em domicílio pela própria mulher ou por conhecidas terminam em complicações diversas. Esses abortos estão entre as principais causas de morte materna no Brasil e são acompanhados por discriminação e violência contra as mulheres. Nos serviços de saúde, a violência aparece no retardo dos atendimentos, na falta de escuta por parte da equipe ou na discriminação em palavras e atitudes preconceituosas, uma vez que a representação simbólica do papel da maternidade como condição feminina é contrariada.

É reconhecido que os abortos podem gerar prejuízos à saúde, quando conduzidos de forma insegura, por meio dos métodos defasados ou pessoas sem conhecimentos / preparo para tal. As consequências físicas são retratadas em alguns artigos e materiais acadêmicos. Porém, poucas referências acadêmicas foram encontradas relacionando e analisando o aborto sob a perspectiva da saúde mental dessas mulheres, principalmente no Brasil, sendo as investigações sobre aspectos subjetivos e emocionais pós-aborto incipientes, conforme demonstrado nos artigos, que se encontram nos resultados finais da presente pesquisa.

Somado a isso, o estudo se propôs a dar voz às mulheres que vivenciaram essas experiências. Muito se fala sobre elas, mas, são raros os estudos que enfatizam as suas trajetórias. Conforme apontam Menezes e Aquino (2009):

Objeto de forte repercussão social, o aborto no Brasil implica dificuldades para a obtenção da informação e de relatos por parte das mulheres. Situações de ilegalidade exigem cuidados metodológicos específicos, com implicações éticas, que resultam numa maior dificuldade de obtenção da informação. (MENEZES., AQUINO, 2009, p.s194).

Nesse sentido, esta pesquisa teve uma significação importante, pois propomos o aprofundamento de um assunto que se faz cada vez mais urgente em diversos campos, dentre os quais destacamos a saúde pública.

### 3. EIXOS TEÓRICOS

Neste estudo, utilizamos autores que se debruçaram em pesquisas sobre abortos induzidos. Os autores trataram do tema sob diferentes vieses, dentre os quais destacamos: a legalidade / moralidade, a judicialização, a saúde em termos gerais e a saúde mental, a religião e a sociedade. Suas discussões foram fundamentadas em pontos de vista transversais, que envolveram a sociologia, a antropologia, a filosofia, a psicologia e a saúde pública/ coletiva. A revisão não sistemática propiciou um aprofundamento do tema para que as reflexões situadas servissem como base para as análises das entrevistas.

#### 3.1. REVISÃO DA LITERATURA

##### 3.1.1. O aborto nas bases virtuais

No intuito de compreendermos o que vem sendo produzido cientificamente no Brasil dentro da temática, também optamos pela busca em bases virtuais. Essa busca foi conduzida por um profissional, pertencente ao Departamento de Estudos de Violência e Saúde (Claves), da ENSP / Fiocruz, entre os meses de abril e maio de 2018. A busca contemplou o aborto clandestino / induzido em relação à religião / religiosidade, moralidade, judicialização, vulnerabilidade social, estresse psicológico, estresse de vida, estresse emocional, sofrimento psíquico e mental, que resultou em duas estratégias de busca:

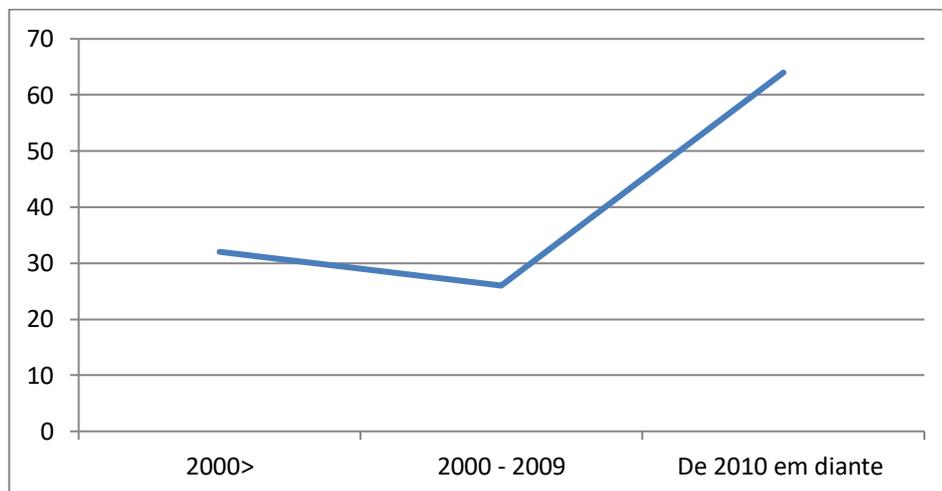
1) (Aborto OR Abortamento OR Abortivo) AND (Judicialização OR Religião OR Moralidade OR "Princípios morais" OR "Vulnerabilidade social" OR "Risco social" OR "Sofrimento psíquico" OR "Estresse Psicológico" OR "Estresse da Vida" OR "Estresse Relacionado a Aspectos da Vida" OR Angústia OR "Estresse Emocional" OR "Tensão Vital" OR "Tensão da Vida" OR "Sofrimento Psíquico" OR "Sofrimento Mental")

2) (Abortion) AND (Judicialization OR Religi\* OR Morals OR Morality OR "Social Vulnerability" OR "Social risk" OR Anguish OR "Emotional Stress" OR "Life Stress" OR "Mental Suffering" OR "Psychological Stress" OR "Stress, Psychologic" OR Suffering)

Houve limitação ao Brasil, uma vez que avaliamos a necessidade de primeiramente compreendermos o fenômeno em termos nacionais, para que então pudéssemos ampliar o foco e, estabelecer as diferenças ou semelhanças com outros países. Não delimitamos nenhum período temporal.

Da estratégia de busca, chegamos ao total de 389 artigos nas seguintes bases: PubMed (48), Scielo (56), Scopus (99), Portal BVS (66), Web of Science (58) e Sociological Abstract (62). Os artigos em questão foram analisados e, após exclusões por duplicações (artigos publicados mais de uma vez, em outros idiomas) ou por não terem relação direta com o tema, restaram 122. Devido às afinidades teóricas, os 122 artigos foram divididos em 03 períodos de publicação (gráfico 1): o terceiro período relacionou as produções dos 08 últimos anos e, teve como limitação o ano de 2010 em diante, o segundo período relacionou o ano de 2000 a 2009 e o primeiro incluiu todos os artigos anteriores ao ano de 2000.

Gráfico 1 - Variação nas produções encontradas, entre o período anterior a 2000 e o período posterior a 2010.



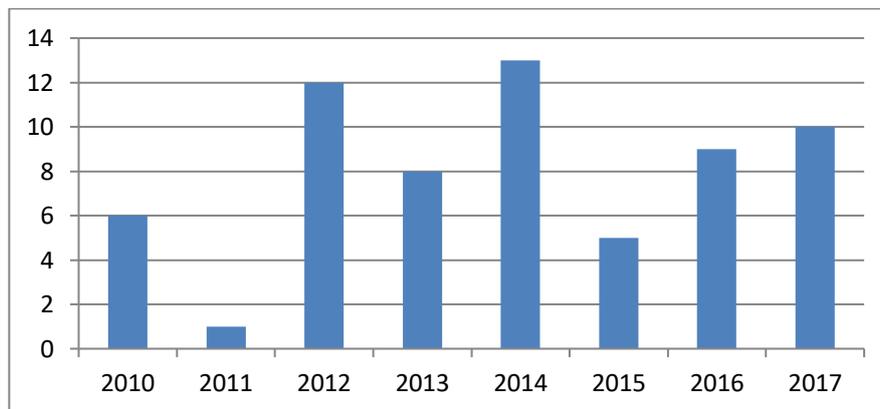
Dentro de um panorama geral, no primeiro período foram encontradas publicações desde o ano 1964. As publicações desse período abordaram a ocorrência de abortos em diferentes capitais, falaram sobre o uso do "Cytotec", mencionaram o ponto de vista religioso e também debateram o perfil sócio demográfico de mulheres que abortaram. A maioria dos artigos uniu a perspectiva do aborto ao debate dos métodos contraceptivos. Neles, a responsabilidade pela contracepção esteve vinculada à mulher e à ideia de que a utilização correta desses métodos poderia evitar a ocorrência do aborto. O que chamou a atenção foi a moralidade retratada por alguns autores. Em um dos artigos, os pesquisadores se posicionaram contrários ao aborto, já que em suas palavras seria "anticristo" e, em outro artigo, já no título, os abortos foram classificados como "criminosos".

No 2º período, que compreendeu os anos de 2000 até 2009, o número de publicações foi menor se comparada aos demais. Nessa etapa a religião foi ainda mais evidenciada nos estudos. Os artigos também debateram o posicionamento da sociedade, a ocorrência do

aborto em mulheres casadas. Um dos artigos falou sobre a opinião dos homens diante do procedimento. A política e o Senado Nacional ganharam espaço nas argumentações e, nesse período, observamos que alguns artigos já introduziram a discussão que se ampliou no terceiro período, sobre a análise dos profissionais de saúde em relação às pacientes, que interromperam a gestação.

O terceiro período foi marcado então pelo aumento das produções ao longo dos anos (gráfico 2).

Gráfico 2 - Variação de produções por ano (3º período).



As 64 (sessenta e quatro) produções desse período refletiram os discursos contemporâneos sobre o tema, levando em consideração diferentes setores da sociedade.

Observamos que mesmo os pesquisadores clássicos, que publicaram seus trabalhos nos períodos anteriores, modificaram suas argumentações nesse terceiro. Os argumentos sobre os anticoncepcionais, dentro de uma visão mais conservadora, não deram conta de reduzir o número de abortos, as leis sofreram mudanças e hoje não debatemos mais a bioética ligada à interrupção da gravidez no caso de anencefalia. Com exceção da categoria “religião”, as demais diferiram um pouco das trabalhadas nas décadas anteriores. Ao observarmos os estudos brasileiros sobre o aborto induzido, publicados nas bases virtuais em questão desde o ano de 2010, verificamos que dentro da delimitação dos descritores escolhidos, os estudos colocaram em evidência outras subcategorias, que foram aprofundadas abaixo, tais como:

### **I. Política**

Uma peculiaridade inerente às produções que relacionam o aborto e a política é que os autores assim o fazem com base no que é vivido pela sociedade dentro de determinado momento. Enquanto a discussão das décadas anteriores enfatizou posicionamentos do

Congresso e do Senado sobre o mérito das situações nas quais o aborto deveria ser legal (e hoje de fato são legais), entre as publicações que categorizaram a política no 3º momento, a maioria retratou, sob um olhar crítico, o modo como o aborto foi exposto nas campanhas de 2010 para a presidência nacional. Os artigos trabalharam o ineditismo de uma candidata mulher participar pela primeira vez dos debates em rede nacional. Almeida e Bandeira (2013) mencionaram o momento em questão foi profícuo para o debate e grupos polarizados cobraram o posicionamento dos dois candidatos. Em 2010 o Brasil havia sido palco da 11ª Conferência Regional sobre a Mulher da América Latina e Caribe. No evento, os representantes governamentais assinaram um documento denominado Consenso de Brasília, onde reconheciam a importância de reduzir a mortalidade materna e a gravidez na adolescência, como um compromisso da saúde pública, garantindo qualidade de vida para as mulheres. Nesse contexto também firmaram compromissos de revisar as leis que garantem punição para mulheres que cometeram abortos e, garantir sua realização de forma segura. As autoras chamam a atenção para o paradoxo. Embora o governo tenha concordado com os acordos internacionais, a legislação nacional era (e continua sendo) restritiva e punitiva. No bojo desse movimento, o tema era efervescente, em meio à arena de ideias consolidadas entre movimentos sociais, feministas e grupos conservadores, religiosos, pró-vida. Os conservadores estavam presentes não só nas ruas, mas, ocupavam bancadas no Senado.

As autoras observaram que tal fato repercutiu na mudança de posições por parte dos candidatos. O do sexo masculino, conhecido como progressista quando fora ministro da saúde, inclusive com pensamentos contrários ao do Vaticano, sobre contracepção:

"(...) mostrou-se conservador sobre o aborto. Desde 2002, declarou não ser a favor da sua legalização, pois supunha que a prática seria desmedida. Passados oito anos, afirmou ser o aborto terrível e que, se liberado, o país se tornaria uma carnificina." (ALMEIDA, BANDEIRA, 2013, p.380).

A candidata, por sua vez, entre os anos de 2007 e 2009 havia dado declarações favoráveis à despenalização do aborto. Seu partido também compartilhava desse posicionamento. O presidente que estava em exercício, do mesmo partido, havia disparado anteriormente um projeto de lei que visava a sua despenalização. Os discursos mudaram em julho de 2010, quando amparada pelo presidente negou a defesa do aborto. Em anos anteriores, ela teria afirmado que realizou um aborto. Essa afirmação foi usada pela esposa do concorrente e, o candidato se aproveitou de tal circunstância para dizer que defendia a família. Ramos (2010) confirmou que diversas *fakenews* surgiram dessa afirmação e, o

movimento se propagou em e-mails ou mensagens nas redes sociais, nas quais ela era chamada de “abortista”, “terrorista” ou “sem Jesus”.

Em um segundo momento, panfletos reforçavam esses termos; mensagens de telemarketing também foram repassadas e num quarto momento, a divulgação se deu nos espaços públicos através de pichações, faixas, cartazes e opiniões da mídia que se dividia entre a neutralidade e o julgamento. Rennó e Ames (2014) por mais que não tenham concordado que o aborto foi a principal motivação dessa ambivalência colocaram o PT dentro de uma metáfora: a de que se encontrava “no purgatório”. Diante das pressões religiosas, a candidata desmentiu as *fakenews*. Ambos os candidatos se aproximaram dos grupos religiosos e cederam suas propostas iniciais frente à aceitação das demandas provenientes desses grupos. Candidatos que em momentos anteriores se mostraram mais abertos às propostas “liberais”, cederam às pressões de determinados grupos e, propuseram um discurso mais conservador e menos laico, em prol das “famílias”, “da vida no útero”, “da permanência de leis que já estavam em vigor”.

Diferente de Almeida e Bandeira (2013), a pesquisa de Fontes (2012) não se restringiu ao segundo turno apenas. Sua pesquisa consistiu na análise de 464 textos, publicados em jornais e revistas, abrangendo o período compreendido entre julho e outubro do mesmo ano, abrangendo toda a campanha. Como resultado, o aborto foi um tema em evidência, que na maior parte dos noticiários era tratado como um tabu moral. Nenhum texto deu voz às mulheres que já fizeram um aborto, tampouco se interessaram pelas suas histórias. Os noticiários, assim como as campanhas estavam intrinsecamente ligados aos valores religiosos e não deram foco à saúde pública.

Dentre todos os textos trabalhados, apenas 03 (três) apresentaram dados epidemiológicos e trataram a amplitude do aborto como problema de saúde pública; os demais silenciaram essa esfera. Luna (2014) ao propor uma análise do discurso referente ao tema, na imprensa, entre os meses de setembro e outubro, apresentou resultados que foram ao encontro das publicações de Almeida e Bandeira (2013) e Fontes (2012). Em sua publicação problematizou o esquecimento do tema nas esferas da saúde pública e dos direitos e, assim como Machado (2012) debateu as manobras dos ativistas religiosos e as suas interferências nos projetos políticos dos presidentiáveis. Mikael-Silva e Martins (2016) alegaram o movimento da mídia diante de assuntos que tem repercussão social. Para eles, após os grandes noticiários políticos de 2010, no ano de 2011 os noticiários (principalmente na Folha de São Paulo) tentavam silenciar o tema. O ano de 2012 foi marcado pela discussão do aborto em casos de anencefalia e nesse momento, a área da saúde teve grande repercussão

nos noticiários. Passado tal período, em 2014 o aborto voltou aos noticiários sob a égide das questões sanitárias, feministas, midiáticas, ideológicas e político-religiosas, que continuaram refletindo nos anos posteriores.

Machado (2016:2017) qualificou o momento atual como invadido por forças neoconservadoras, que se espalharam pelos Estados Unidos e chegaram até o Brasil, mantendo no seu cerne a ideia de “família tradicional”, com força moralizante e tons religiosos. Antes mesmo das campanhas presidenciais, em 2005/2006 surgiram frentes em resposta à ministra Nilcéa Freire, que montou um projeto de lei para a legalização do aborto. Diante do projeto, religiosos rapidamente se manifestaram e surgiram frentes ditas favoráveis à vida (do embrião) e favoráveis à família. Para o pesquisador, o Parlamento há alguns anos tem virado púlpito e, nele surgem propostas contra a laicidade do Estado, como o “Estatuto da Família” e do “Nascituro”, que mantêm o que acreditam ser a representação das famílias brasileiras e dizem estar lá para resguardá-las. Biroli (2016) afirmou que essa noção de família convencional, fruto de afetos, com relações que se constituem na esfera privada (do lar) contribuiu para a reprodução da violência, principalmente doméstica, porque o pensamento patriarcal e paternalista sempre deu aos homens o direito e o poder de decisão sobre o corpo e a vida das mulheres.

O que temos hoje é um Estado que continua a reproduzir na esfera pública essas relações, a exemplo dos Parlamentares referidos por Machado (2017), que usam de discursos religiosos para reproduzir a dominação sobre as mulheres. O autor apresentou algumas falas em que eles disseram estar ali para garantir que todos tivessem vida em abundância. Um deles disse que não seguiria um discurso ateu porque não representa a sociedade brasileira, já que ateus são minoria e ele estava ali representando os religiosos. Outro mencionou que o aborto era pensado pela esquerda e, como ele não era um político de esquerda, não o defenderia. Miguel, Biroli e Mariano (2017) ao analisarem o posicionamento em relação ao direito ao aborto, proferido por deputados brasileiros, entre os anos de 1991 a 2014 observaram que a porcentagem de mulheres favoráveis à educação sexual, planejamento familiar e reprodutivo era maior do que a porcentagem de homens. O mesmo se aplicou à ampliação de casos em que o aborto poderia ser legal. Já, quando as discussões, de forma geral, envolveram o direito de abortar, o número de parlamentares masculinos que se posicionaram contra foi de uma maioria esmagadora. Mariano e Biroli (2017) afirmaram que embora o número de mulheres na Câmara seja menor se comparado ao de homens, as taxas foram calculadas com base no número total de mulheres e de homens. Enquanto o principal argumento das mulheres é a “saúde pública” e, em segundo lugar a religião, no caso dos

homens (que se demonstram como maioria contrária ao aborto), o discurso tem como foco a religião.

Quando o Estado opta por manter uma mentalidade e um discurso hegemonicamente machista, ou quando não se posiciona diante de questões tão importantes como o aborto, ele se mostra omissivo. Segundo Biroli (2016) dadas as condições historicamente desiguais, o Estado ao se omitir não garante a autonomia, mas sim, a reprodução das diversas formas de violência contra as mulheres e grupos vulneráveis. Miguel (2012) concorda com Machado (2016:2017) e Biroli (2016) ao afirmar a omissão do Estado frente aos grupos religiosos, e, acrescenta que além de omissivo, o Estado se acomodou frente à discussão, uma vez que a justificativa para isso não pode se dar somente por argumentos religiosos, visto o caso de Portugal e Cidade do México (que possuem grande manifestação do cristianismo e conseguiram legalizar o aborto). Determinados segmentos, como os grupos feministas, inserem a negligência do Estado perante a temática como um dos pontos chave das suas críticas.

## **II. Judicialização**

Ao passo que os artigos sobre política vêm acompanhando os fatos sociais desencadeados em determinados períodos, o mesmo parece ocorrer com as publicações no âmbito da judicialização. Barroso, Benvindo e Osório (2017) citaram o Direito Constitucional, mais especificamente a Suprema Corte, que em 2016 foi convocada através do Tribunal, para intervir em diversas questões que deflagraram momentos turbulentos na política, na economia e no âmbito social. Os autores abriram um espaço para explicar o Supremo Tribunal Federal (STF), como o tribunal nacional superior, composto por 11 (onze) juízes, nomeados pelo Presidente da República. O STF zela pela Constituição de 1988 e, sua Corte pode examinar se determinadas decisões, em algum momento, a violaram.

Dentre os principais casos, em 2016 além do STF legislar sob momentos de tensão política, envolvendo o julgamento de impeachment da ex-presidente e situações de corrupção de vários partidos, uma das decisões proferidas pelo ministro Luís Roberto Barroso se deu com base na inconstitucionalidade da incidência do crime de aborto, no primeiro trimestre de gravidez (HC 306 de 29/11/2016). Tratou-se da liberação da prisão preventiva, de profissionais que trabalhavam em uma clínica de aborto clandestina. Os motivos que levaram ao habeas corpus foram: 1) a detenção anterior ao julgamento não cumpria a legalidade; 2) houve concordância da maioria (no Primeiro Painel e do ministro) de que criminalizar a interrupção da gravidez no primeiro trimestre é violar direitos

fundamentais da mulher, além de violar e causar sequelas principalmente para a parcela de mulheres mais pobres. Para Barroso, criminalizar o aborto é violar também o princípio da proporcionalidade já que o Estado poderia incentivar medidas mais eficazes no lugar de criminalizar a prática. Segundo ele, a criminalização não tem impacto sobre os altos índices de abortos que continuam ocorrendo e produzindo custos sociais, que repercutem na saúde pública e nos índices de mortalidade.

Sabe-se que entre alternativas pautadas por integrantes do movimento feminista, profissionais da área de saúde e pesquisadores favoráveis à realização do aborto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) o uso de medicação é apontado como uma das formas mais seguras e viáveis. Em países onde o aborto é legalizado, uma das primeiras formas de aborto, respeitado o primeiro trimestre de gravidez, é a utilização do Misoprostol (Cytotec). Corrêa e Mastrella (2012) refutaram abordagens sobre os efeitos colaterais do medicamento e, tomaram como base o posicionamento da Federação Latino-Americana de Sociedades de Obstetrícia e Ginecologia que, através de um Manual de Uso do Misoprostol em Obstetrícia e Ginecologia, garantiram que os benefícios vão desde a proteção da saúde das mulheres até a garantia dos seus direitos. Zordo (2016) descreveu a utilização do Misoprostol como paradoxal, já que é uma medicação utilizada em procedimentos obstétricos e no decorrer da sua história, garantiu que as mortes maternas fossem reduzidas. Todavia, a sua disponibilização não é possível, e tal motivo não se dá por questões sanitárias e sim pela criminalização. Diniz (2011) avaliou a repercussão desse medicamento em noticiários de jornais, de grande circulação nacional, ao falarem sobre o aborto. A medicação entrou nos boletins policiais, no enquadramento de medicamentos de gênero. A autora mencionou que a medicação, mesmo tendo registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e sendo reconhecida pela OMS como segura, tem a venda proibida no Brasil, sendo comercializado no mercado paralelo. Dentre os vendedores e distribuidores do medicamento nesse tipo de mercado, cerca de 99% dos noticiados eram homens e, assim como ensinavam os consumidores a utilizarem outros medicamentos, esses homens também davam informações para as mulheres, sobre como utilizá-lo. Diniz chamou a atenção para o fato das próprias reportagens se preocuparem mais em criminalizar esses homens (pelo tráfico de medicações de gênero) do que problematizarem as questões sociais que fazem com que as mulheres não tenham acesso facilitado a tal medicação.

A pesquisadora se propôs então a conhecer o perfil das mulheres, nas 524 notícias selecionadas em 60 jornais: 74 foram citadas. Elas possuíam idades entre 13 e 46 anos. Um número majoritário apontou para o perfil de mulheres trabalhadoras, em sua maioria

domésticas, que já eram mães, e possuíam pouca escolaridade. Os companheiros quando retratados eram, em maiores proporções violentos, viviam relações extraconjugais, utilizavam drogas ou estavam desempregados.

Enquanto as mulheres com mais posses eram retratadas como as que podiam ter acesso à medicação de melhor qualidade. E as que buscavam a medicação por terem sido “desleixadas” com a sua saúde reprodutiva, eram mulheres pobres e apareceram nas reportagens algemadas e responderiam criminalmente. Além disso, a nomenclatura em relação a essas mulheres era proveniente do tempo em que abortavam, em casos tardios, eram consideradas criminosas porque cometeram ou cometeriam “infanticídios”. É o caso de mulheres com mais de 6 meses de gestação, que tomaram diversas pílulas para expulsar o feto. Algumas matérias mostraram que elas tentaram se livrar dos fetos. Essas últimas, segundo a autora, recebem um tratamento com tons de acusação moral por parte dos veículos de comunicação. São retratadas como “mulheres que cometem crimes brutais, o que envolve a recusa de serem mães”.

Em casos que são apresentados na mídia, acompanhamos o quanto a sociedade é moralizante e, o quanto essa opinião é refletida nas decisões proferidas pela justiça. Da Costa (2013) problematizou uma situação, que teve grande repercussão nos veículos de comunicação durante o ano de 2007. Tratou-se de uma situação na qual através da reportagem realizada em uma clínica clandestina, situada em Campo Grande (MS), a polícia conseguiu chegar até o local e, além de prender os funcionários, apreendeu um arquivo contendo dados de 10.000 (dez mil) mulheres. A pesquisadora acompanhou o decorrer da situação, que envolveu o julgamento dos profissionais atuantes na clínica, assim como a decisão frente aos nomes que estavam nos arquivos.

Durante o julgamento, dois profissionais afirmaram que trabalhavam na clínica realizando procedimentos permitidos por lei, envolvendo a retirada de cistos, pequenos procedimentos e a inserção de dispositivos intrauterinos (DIU). A terceira profissional (uma psicóloga) que foi filmada na reportagem alegou que atendia as mulheres e casais e, não era seu dever convencê-los ou modificar suas ideias, mas, conhecer o perfil e realizar uma triagem dos mesmos. Por fim, a médica que foi julgada, afirmou que sim, trabalhava na clínica e realizava abortos de forma clandestina. Ao longo das defesas, era relatada a preocupação com o sigilo desses quase 10.000 nomes de mulheres que não seriam preservadas, que teriam que responder criminalmente na justiça, indo contra a lógica do sigilo médico e da preservação dos dados dos sujeitos.

As palavras do advogado de defesa da psicóloga foram impactantes e, incluíram o contexto dessas e de diversas outras mulheres no Brasil. Ele alegou que se as mulheres tivessem a sua autonomia e os seus valores, ideais de dignidade e liberdade preservados, elas não precisariam ir até uma clínica clandestina de aborto para realizarem o procedimento. Prosseguiu dizendo que essa e tantas outras clínicas se articularam na ilegalidade para fazer um trabalho que tem procura, e a prova disso é o número de mulheres que estavam nos arquivos. Mulheres essas que não necessariamente haviam realizado o aborto, mas que só pelo fato de terem passado por uma consulta na clínica já seriam passíveis de punição. Nas suas palavras, o Estado manteria os olhos vedados para uma realidade que ocorre cotidianamente no Brasil e aquela era apenas mais uma dentre as tantas clínicas que realizam esse procedimento.

Como sentença, foram determinadas penas de reclusão para os envolvidos, variando entre 1 ano e três meses a sete anos. Em um momento subsequente, as penas foram reduzidas pelo TJ/MS. Para Da Costa (2013) o poder punitivo e coercitivo não parou por aí. As 10.000 mulheres tiveram os seus dados e sigilo violados perante a mesma justiça que os garante como direitos individuais. A isso ela denominou de “forças da inquisição”. Ela correlacionou Campo Grande e o Estado Mato Grosso do Sul como mantenedor de amplos ideais religiosos e conservadores que se apresentam em diversas áreas, dentre elas, a justiça.

A fim de conhecer como seria o pensamento e a influência de tais fatores (religião e moralidade) para a concepção do aborto por parte de importantes especialistas da área jurídica, Duarte et al (2010) realizaram no período de 2005 - 2006 um estudo sobre a opinião de juízes e promotores de justiça brasileiros sobre o aborto. Os autores conseguiram através de um questionário, o total de 4.107 respondentes, dentre os quais 2.614 eram promotores e 1.493 eram juízes, a maioria dos respondentes era do sexo masculino, trabalhava nas regiões Sul ou Sudeste, vivia em um relacionamento e tinha até 02 filhos. Como resultado, 12% dos respondentes afirmaram ter vivenciado um aborto em algum momento, 86,5% disseram não ter religião, 75% se mostraram favoráveis à descriminalização do aborto. Para os respondentes, em diversas circunstâncias os abortos deveriam ser permitidos, dentre elas: a anencefalia, risco de morte para a gestante, gestações provenientes de estupro e, ainda, malformações graves incompatíveis com a vida uterina, prejuízos à saúde física e mental das mulheres.

A pesquisa demonstrou que os participantes estão atualizados nos debates sobre o tema. Embora os resultados não possam ser generalizados, os entrevistados atuantes na justiça mantêm menos conservadorismo em suas falas do que outras classes, dentre elas os

políticos e os médicos ginecologistas obstetras - o que se confirma ao longo da nossa análise. Um dos fatores levados em consideração foi o distanciamento da maioria dos respondentes de posições religiosas. Ainda assim, frente à criminalização do aborto, Duarte et al (2010) deram importância à análise de cada caso em separado, o que significa que os promotores ou juízes avaliam cada situação, dentro de histórias singulares.

### **III. Religião**

Embora pensemos em modelos políticos e jurídicos laicos, a discussão sobre o que seria é antiga e, hoje o que está no cerne da questão é a contestação de como determinados agentes sociais se apropriam do tema da laicidade, com fins pessoais.

Longe de ser um processo unilateral e unívoco, a relação entre Estado, esfera pública e as religiões no Brasil comporta tanto iniciativas de forças laicistas no sentido de reverter presenças religiosas no Estado consolidadas ao longo dos anos, quanto de novas ações provenientes das religiões de se apropriar de espaços ainda não ocupados no domínio público, ambos ao mesmo tempo e de forma contraditória (...). (CAMURCA, 2017, p. 860).

Nos debates sobre a polaridade entre grupos públicos que evitam quaisquer fragmentos religiosos em esferas da vida pública e, o avanço de grupos religiosos para além das fronteiras privadas, foi proposto um mosaico por Camurca (2017) para a visualização das configurações de laicidade no Brasil. Nesse mosaico 04 (quatro) cenários estão postos e, os mesmos possuem interdependência, isto é, são unidos por laços invisíveis e suas existências se inter cruzam. Dentro dessa configuração o autor apresentou:

1) As ações laicas no campo da moral, como responsáveis por inibir os direitos de algumas minorias. Ao longo dos anos, determinadas pautas são mantidas pelos evangélicos, católicos e kardecistas. Com exceção de alguns grupos dentro dessas religiões, há frases que articulam movimentos de mulheres, descriminalização e legalização do aborto, união homoafetiva, adoção de crianças por casais homossexuais, regulamentação das profissionais do sexo, ensino de educação sexual e distribuição de métodos contraceptivos nas escolas, como um contrassenso ou ações de dissolução da família. Quando alguma dessas pautas está para ser debatida, os representantes religiosos sensibilizam os praticantes e se articulam para desmobilizar as forças político-jurídicas laicas. Para Camurca a laicidade não se concretiza nessa arena. As publicações sobre política apresentaram justamente a ocorrência dessa situação, principalmente entre os presidencialistas, que disputaram o 2º turno nas eleições de 2010;

2) Entronização de símbolos nos espaços públicos. O crucifixo e o monumento à Bíblia estão presentes em diversas instituições públicas; exibem uma mensagem ideológico-cristã, que seria uma tentativa de “dominar” aquele espaço com ideias dogmáticas. A Bíblia e o crucifixo suscitam disputas entre evangélicos e católicos, já que cada símbolo representa uma religião. Outro domínio religioso no campo público se dá pelo ensino religioso nas escolas e pelas passeatas de diferentes denominações. Dentro do mesmo contexto, mas de forma contraditória, há um cenário de contenção religiosa, que perfaz;

3) Ações para a retirada de símbolos religiosos nos espaços públicos. Embora não sejam tão comuns, algumas medidas judiciais compreendem que os símbolos religiosos vão na contrariedade dos princípios de laicidade do Estado, o que leva à retirada das estátuas, crucifixos e até mesmo das capelas, dos espaços públicos;

4) Ações contra o vilipêndio e a intolerância de ordem religiosa. O judiciário e a polícia em algumas ocasiões tentam coibir perseguições, invasões, depredações e fechamento, principalmente de terreiros. Ainda que a laicidade faça parte de um vocabulário do Estado, o autor afirma a inexistência de separações entre as religiões e os espaços públicos no Brasil, pois, para ele, não há nenhum ato explícito que vise combater o discurso religioso nas instituições públicas.

Da Silva e Di Flora (2010) realizaram um estudo, que delimitou 04 denominações religiosas: Seicho-No-Ie, mórmon, católica e espírita. Para cada uma dessas religiões, foram entrevistados 07 (sete) fiéis praticantes, do sexo feminino, com mais de 18 anos e 03 líderes religiosos. Como resultado: *“todos os participantes veem o abortamento como a interrupção de uma vida, possuindo uma posição contrária ao aborto”*. (SILVA & DI FLORA, 2010, p. 194). Somente os líderes das religiões mórmon e espírita defenderam o aborto diante de um risco de vida preeminente para a mulher. Dentre as fiéis, os discursos mais liberais vieram de uma mulher espírita, que disse que não era apta ao julgamento de uma mulher que abortasse porque ela mesma poderia recorrer ao aborto em algum momento, mesmo sabendo que esse não era o posicionamento da sua religião. Uma das fiéis mórmons manifestou o respeito à vontade e ao livre arbítrio das mulheres diante da decisão. Por meio desse estudo, as autoras concluíram que o discurso religioso se sobrepôs à vontade ou às opiniões das fiéis. Diante da religião assumia-se outra postura identitária e as religiões, mesmo que de forma implícita, tomavam o foco das discussões. Outrora, constataram também que as religiões apareceram como fontes de acolhimento para mulheres que já haviam abortado. Na contramão de outros estudos, a religião representaria para as autoras, um fator decisivo e de proteção, para evitar que mulheres abortassem. Se nesse estudo os posicionamentos católicos

pareceram mais conservadores, os autores De Melo e Sanches (2015) deram respostas à visão do catolicismo, através de um aprofundamento na Carta Encíclica *Evangelium Vitae*, publicada em 1995, pelo papa João Paulo II. Na carta, o aborto é designado como homicídio ou crime hediondo que representaria riscos para o início da vida. No artigo de cunho teológico, os autores narraram a condenação papal de qualquer medicamento que visasse acabar com o feto no útero, inclusive o dispositivo intrauterino (DIU) e injeções seriam contraceptivos com essa função. Na Carta Encíclica, a posição do Papa foi bem clara ao relacionar o início da vida humana ao momento da fecundação.

Tal posicionamento se faz presente em um campo de disputas até hoje, e atravessa os discursos no campo social, político e da saúde, gerando intensas controvérsias. Luna (2014) avalia as representações dos grupos “pró-vida” como uma “estética do grotesco”, remetida à Bakhtin. Se para ela os grupos “pró-escolha” trabalham com produções visuais que dão conta de mensurar o aborto legal como uma atitude que é favorável à autonomia (da mulher) e pouco falam do feto, os grupos “pró-vida”, por sua vez, usam imagens de embriões como fetos, remetem o fenômeno a um assassinato, usam imagens sanguinolentas que incluem pedaços de pernas, cabeças e braços, tentando produzir um choque para o que acreditam ser a “perda da dignidade da vida humana”, “a morte de um anjinho ou inocente”.

Citando a posição do papa, De Melo e Sanches (2015) inserem o direito à dignidade do embrião, por este já representar um ser humano, fato que fundamenta as imagens propagadas pelos grupos “pró-vida” em seus discursos, conforme citado por Luna (2014). Outro ponto a ser considerado pelo pontífice seriam as pesquisas com embriões humanos. Seu posicionamento é que as mesmas deveriam ser evitadas, por violarem a vida do embrião. Na carta, o Papa convocou a Igreja para zelar pela “dignidade à vida” que, segundo ele, é vontade de Deus e, ir contra a vida desde a criação, seria desafiar a vontade dele.

O posicionamento religioso repercutiu na opinião contrária, por parte de Deputados e Senadores, durante as votações de 2004 e 2005 sobre o uso das células-tronco embrionárias. Conforme apontou Luna (2013) quanto maior a adesão ao conteúdo doutrinário, maior será a possibilidade de alguém se guiar segundo a sua religião. Gomes e Menezes (2015) mencionaram a presença constante de interferências religiosas sobre a vida e a morte, principalmente na sociedade ocidental moderna. As pesquisadoras descreveram que tanto a eutanásia / ortotanásia, quanto o aborto são campos da ciência imersos nos ideais religiosos. Por mais que legislações ou projetos de lei sejam propostos no sentido de avançar em tais questões, o “início ou término” da vida é um campo de tensões e contrariedades entre a ciência e a religião. Para Mitre e Reis (2015) o mesmo ocorre com as pesquisas envolvendo

células tronco embrionárias no Brasil. Apesar de alguns avanços ao longo da última década, ainda esbarramos com argumentações contrárias ao seu uso na saúde.

Observamos então que no Brasil não existe uma política “neutra”, guiada por conhecimentos científicos, aquém dos julgamentos morais ou “divinos”. O que existe são grupos que entram no embate entre limites e fronteiras do público e do privado. Uma vez que as fronteiras do público são invadidas pelo fundamentalismo religioso, o processo democrático é posto em questão. Quando políticas públicas capazes de promover igualdade de gênero são sufocadas por ideais da família natural e papel tradicional da mulher, os direitos reprodutivos se vêem ameaçados segundo Ruibal (2014). Para a pesquisadora, a Igreja se impôs como base de políticas públicas e decisões judiciais na maior parte dos países da América Latina. No caso do Brasil, os próprios grupos religiosos, principalmente das igrejas neopentecostais têm representantes em posições executivas e legislativas. Como contraponto aos Estados (não) laicos, as correntes feministas têm ressoado como uma forma de garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Para Ruibal (2014) resultados foram alcançados na Cidade do México e no Uruguai e, além disso, as cortes do México e do Brasil, de alguns anos para cá se mostraram mais abertas para receber opiniões de atores sociais e utilizar novos mecanismos, como o *amicus curiae* e as audiências públicas. A pesquisadora observa a possibilidade de movimentos integrados, como é o caso de organizações tradicionais de direitos humanos católicas, que fizeram coalizões, com grupos feministas. Outro exemplo seria o Movimento “Católicas pelo direito de decidir”, que ganhou força na Colômbia, no México e no Brasil, tendo como preceito o fato de uma livre interpretação da religião, ou seja, a possibilidade de determinados pontos de vista religiosos serem refutados.

#### **IV. Direitos humanos**

Embora possamos ver alguns aspectos positivos nesses movimentos, a ótica dos direitos humanos no Brasil ainda exhibe retrocessos. Para Correa (2010), a interseção dos Direitos Humanos no campo do aborto é relativamente nova, ganhando força principalmente em 2005, quando foi apresentada ao Congresso uma lei que visava descriminalizá-lo. A decisão coincidiu com a vinda do Papa ao Brasil e, acabou rejeitada no próprio Congresso. Dentre tantos grupos críticos, emergiram as vozes dos “Direitos Humanos”, que repercutiram no III Programa Nacional para o Desenvolvimento dos Direitos, que partindo do I Plano Nacional de Política da Mulher (2004) apelou para a descriminalização do aborto, como uma garantia de autonomia sobre seus corpos. O Programa ganhou visibilidade e foi

desconsiderado no ano de 2010, principalmente pelos Ministros da Agricultura e da Defesa.

Ainda sobre conteúdos que vinculam os Direitos Humanos em documentos oficiais, os autores Albuquerque, Evans e Rightto (2012) analisaram a apresentação de relatórios por parte do Estado Brasileiro para a Organização das Nações Unidas (ONU). Durante a pesquisa, 03 agentes governamentais responsáveis pelo preenchimento desses relatórios foram entrevistados. Tais agentes apontaram lacunas no campo dos direitos humanos no Brasil, principalmente, no âmbito da saúde. A saúde é primordial na garantia dos demais direitos e, nos relatórios de 2001 e 2007 a ênfase em termos de saúde manteve um foco biomédico, com vistas ao combate às doenças, alocação de recursos e descrição de instrumentos. Mas, a lacuna se deu na menção às populações vulneráveis, na descrição de estratégias que impactaram positivamente a população e no diálogo sobre gênero.

O Comitê Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais (CDESC) requisitou ao Brasil dados detalhados sobre mortalidade materna e aborto, além de solicitar medidas legislativas para proteger as mulheres de efeitos de abortos induzidos. Essas informações constaram nas pendências e questionamentos do CDESC ao Brasil e o órgão demonstrou preocupações, dadas às altas taxas de abortos induzidos. A resposta do Brasil a tais pendências não conseguiu estruturar uma relação necessária entre saúde pública e direitos humanos. Os requisitos da ONU não têm sido cumpridos com efetividade.

Para Correa (2014) quando falamos sobre a questão dos direitos sexuais e reprodutivos, temos empecilhos, assim como a China, África do Sul, Índia e Rússia. Nos dois últimos, o aborto também aparece como um problema. Embora sejam nações diferentes em termos de economia e cultura, na Índia há questões que envolvem o aborto seletivo, que é o aborto feito quando as mulheres descobrem que o feto é do sexo feminino. Na Rússia, a proximidade com a problemática brasileira é mais semelhante, visto que grupos extremistas contrários ao aborto vêm ganhando força, e, mesmo sendo permitido (ponto que difere do Brasil), os direitos das mulheres se veem ameaçados frente a esses grupos.

Sônia Côrrea, ao responder uma entrevista para Daudén e Brant (2016) reafirmou que o Brasil vive um momento de extrema complexidade, no qual diante de grupos extremistas (principalmente os fundamentalistas religiosos), vêm surgindo os grupos feministas, com diversas pautas, dentre elas o aborto. Sônia critica o fato de nem sempre as pautas se articularem e também dos grupos fora desse cotidiano não se atentarem para o debate (que é um debate que não deve ser restrito apenas às feministas). Ela exemplifica através dos pesquisadores da área de violência que dão invisibilidade ao assunto, como se não lhes dissesse respeito e assim, seguem o modelo colonial científico. Com exceção do

Uruguai e da Cidade do México, ao passo que a América Latina se abriu para as lutas levantadas pela esquerda, a pesquisadora chama a atenção para a seletividade das bandeiras: grupos que articulam a defesa pelas causas LGBTQ+ na hora de levantarem a bandeira para o aborto não se manifestam. Há então uma lógica de ruptura entre as lutas.

Os movimentos feministas têm conseguido conquistas importantes ao longo de diversas décadas. Segundo Júnior (2014) o cenário de proibicionismo do aborto no Brasil começou a ser debatido na década de 1970. Os acontecimentos nos EUA e Europa contribuíam para esse debate. No início dos anos 1980 as feministas falavam da contracepção e do direito de livre escolha da maternidade. O autor pontua a luta como antiga e, assim como Sônia Corrêa, disse em entrevista para Daudén e Brant (2016), outras conquistas têm sido traçadas. Então, seria hora dessa questão, que sempre se mostrou tão central no feminismo vencer as barreiras.

## **V. Vulnerabilidades sociais e perfil das mulheres**

Em uma publicação sobre a pesquisa domiciliar com técnica de urna sobre o aborto no Brasil, Diniz e Medeiros (2010) apontaram para o perfil sociodemográfico das mulheres que fazem o aborto no Brasil. Os discursos religiosos, políticos, morais, os discursos científicos, médicos, apontam principalmente para essas mulheres, que graças às pesquisas recentes têm ganhado contornos. Embora seus rostos, nomes e histórias não sejam identificados, hoje nos aproximamos mais de quem são. Os autores mencionados afirmavam que embora seja possível encontrar diversas contribuições, quando buscamos por “abortos no Brasil”, essas produções são locais e falam sobre determinado período.

Dentre esses, a adolescência é muito enfatizada; como exemplo, em Cerqueira-Santos et al (2010) que apontaram para a emergência das taxas de gravidez entre adolescentes, onde uma parcela resulta em abortos. Mitchell et al (2014) realizaram uma pesquisa importante com foco em estudantes de 12 a 21 anos de escolas públicas do Rio de Janeiro e, concluíram que o conhecimento sobre os métodos abortivos era raso e inconsistente, e que se deu diante da perspectiva de gênero e dos espaços sociais: adolescentes do sexo feminino apresentaram uma gama maior de respostas, assim como aquelas que tiveram proximidade com alguém que tenha realizado o aborto.

Porto e Sousa (2017) publicaram recentemente o resultado de uma pesquisa, na qual visaram conhecer os itinerários abortivos de mulheres do Rio Grande do Norte (RN) e, os resultados ratificaram um dos pontos apresentados por Mitchell et al (2014) sobre o pouco conhecimento dos métodos abortivos; fato este que pode ser comprovado no início da

publicação, quando Porto e Sousa (2017) explicaram que antes das duas jovens entrevistadas utilizarem o Cytotec, elas haviam tentado o aborto com chás e outras substâncias. Outra questão relevante foi o fato de afirmarem que dentre as jovens, as que tinham mais conhecimentos sobre os procedimentos aos quais seria submetida após o aborto, era a jovem de melhores condições financeiras.

A publicação de Diniz e Medeiros (2010) enfatizou o caráter nacional do aborto, delimitando-o não só dentro de uma faixa etária, mas, abrindo a possibilidade das mulheres falarem sobre o tema ao longo das suas vidas.

A pesquisa domiciliar com técnica de urna sobre o aborto no Brasil realizada em 2010 apontou para uma maior ocorrência na faixa etária compreendida entre os 20 e 24 anos de idade. Esses dados vão na contramão do senso comum, quando se afirma que as mulheres fazem o aborto para retardarem o início da vida reprodutiva. Também na contramão dos discursos religiosos, a proporção de mulheres que fizeram o aborto foi dividida entre católicas e evangélicas, contra um número ínfimo de não respondentes ou mulheres sem religião declarada. A vulnerabilidade social apareceu quando o aborto teve maior visibilidade e repercussão entre mulheres de baixa escolaridade. Como complemento, podemos citar uma produção mais recente, de Diniz, Medeiros e Madeiro (2017) que apresentou os dados da Pesquisa Nacional de Aborto de 2016 e os comparou aos encontrados em 2010. Na pesquisa mais recente, o aborto apareceu como um fenômeno frequente entre todas as mulheres. Entretanto, a heterogeneidade dentro dos grupos sociais chamou a atenção, sendo as mulheres de menor escolaridade, moradoras das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, pretas, pardas e indígenas as que respondem pela maior frequência de abortos.

Anterior à última Pesquisa Nacional de Aborto, a publicação de Santos et al (2016) objetivou conhecer o perfil sócio demográfico das mulheres que haviam abortado em Salvador. Para tal, contou com o apoio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na realização da coleta de dados através de questionários estruturados e semiestruturados. A análise dos dados reforçou o que foi anteriormente exposto por Diniz e Medeiros (2010) e, foi reiterada pela PNA de 2016. No que tange ao perfil das mulheres que abortaram, na região Nordeste: dentre as 350 mulheres, aquelas que relataram ter feito um aborto foram em sua maioria pobres, com menores índices de escolaridade (se comparadas às que disseram não ter feito), pardas, negras e indígenas, que estavam em um relacionamento estável, católicas ou evangélicas. O perfil indicou a predominância das mulheres socialmente desfavorecidas.

Nonnenmacher et al (2014) ao realizarem entrevistas com 31 mulheres de São Paulo e Rio Grande do Norte que induziram o aborto verificaram que elas relataram a falta de participação ou ausência dos parceiros como um ponto fundamental no seu processo decisório. Diante do que foi apresentado até então, a autora acrescenta mais um dado no perfil, que contribui diretamente para a decisão: a negligência do parceiro perante a mulher e o processo decisório. Mesmo que uma parcela delas fosse casada ou vivesse em relação estável, elas alegaram a distância dos parceiros em relação ao posicionamento de levarem adiante a gestação, fato que se inter-relacionou às condições financeiras e econômicas, presença de 01 ou mais filhos, impossibilidade de levar uma gestação à frente por motivos pessoais.

## **VI. A moralidade e o aborto na visão dos profissionais de saúde**

Fernandes et al (2012) organizaram um estudo sobre o conhecimento dos estudantes de medicina brasileiros referente ao aborto medicamentoso induzido. 874 alunos de 03 universidades de medicina do Estado de São Paulo preencheram um questionário estruturado, com 12 afirmações sobre o uso do Misoprostol. Desse total, apenas 8% apresentaram conhecimentos corretos e satisfatórios sobre o seu uso e efeito. O estudo apontou para a urgência da inserção do tema nos currículos de medicina.

Outro trabalho semelhante foi realizado por Darzé e Azevêdo (2013) no ano de 2012. No estudo transversal, foram aplicados questionários para um grupo de 174 estudantes de medicina da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Diferente do que ocorrera em universidades paulistas, o propósito consistiu em avaliar o conhecimento dos estudantes sobre o tema, envolvendo as situações em que era permitido e as complicações decorrentes do “aborto inseguro”. Do total, 59,8% foram considerados bem informados. Da amostra, 45,4% disseram ter conhecido alguém que se submeteu ao procedimento de forma clandestina e 10,9% afirmaram já ter vivenciado uma experiência de aborto induzido. Sobre as complicações, mais de 90% mencionaram o óbito e as hemorragias; a infertilidade foi citada por 72,4%; as infecções, por 88,5% e as complicações em gestações seguintes foram referidas por 70,1%. Os autores verificaram que o conhecimento de pessoas que induziram um aborto aumentou conforme o tempo de permanência na universidade.

Ainda na Bahia, mais especificamente em Salvador, foi proposto um estudo no ano de 2009, que visou examinar a percepção e a experiência de profissionais de saúde, principalmente dos ginecologistas-obstetras, sobre o contraste entre o aborto previsto em lei e o clandestino. A amostra reuniu 45 profissionais dentre os quais 22 eram ginecologistas-

obstetras. 02 hospitais foram escolhidos como campos da pesquisa. Um dos hospitais realizava o procedimento legalmente e o outro não. Ao longo desse estudo, a pesquisadora De Zordo (2012) percebeu que o aborto é fruto de impasses e processos burocráticos mesmo no âmbito legal. No hospital de referência para o aborto legal, entre os anos de 2002 e 2008, cerca de 89 mulheres tentaram realizá-lo por consequência de estupros. Desse número, destacaram-se 40 mulheres que não conseguiram, uma vez que a espera pelos trâmites fez com que ultrapassassem o tempo de gestação em que o procedimento é permitido. Os próprios ginecologistas-obstetras achavam relevante que antes do aborto as mulheres passassem pelo comitê de ética, por consultas com psicólogos e assistentes sociais, contudo, quando o assunto era o aborto induzido, o papel dos psicólogos e assistentes sociais na visão dos médicos era outro: o de fazer com que as mulheres aceitassem se submeter aos exames necessários, que de fato comprovariam a indução do aborto.

Ainda sobre o aborto legal, alguns poucos entrevistados sugeriram que era necessária à comprovação do estupro, já que “as mulheres poderiam mentir”. Nesse mesmo hospital, uma profissional da área, que seguia os preceitos religiosos, disse ter tentado convencer uma das pacientes a não abortar. No hospital onde o procedimento não é realizado, os profissionais se mostraram ainda mais conservadores, inclusive em relação às condições em que o aborto era permitido legalmente. As entrevistas, De Zordo (2012) reuniu algumas falas sobre as atitudes punitivas dos ginecologistas-obstetras, dentre elas, os profissionais lembraram que as pacientes ao darem entrada após um aborto induzido, algumas vezes eram deixadas sangrando por um tempo. Vários médicos narraram o caso de uma paciente que foi esquecida em outra unidade e morreu. Para a maioria dos entrevistados, as mulheres pobres que tinham muitos filhos, assim como as adolescentes/jovens, eram irresponsáveis, já que na visão deles, elas poderiam ter utilizados métodos para evitar as gestações. Dentre as motivações para abortos legais que não ocorreram, foi situada a objeção de consciência. Por não conhecerem a legislação, não se sentirem preparados academicamente falando ou se oporem religiosamente ao procedimento, alguns médicos relataram que eles e suas equipes desistiram de fazer o aborto em determinadas situações e, em algumas delas, as pacientes já estavam no centro cirúrgico e precisavam descer para a enfermaria já que ninguém realizaria o procedimento.

Os casos narrados acima não foram exclusivos de apenas um estudo. Uma pesquisa conduzida por Madeira e Rufino (2017) entre junho de 2012 e novembro de 2013 demonstrou desrespeito e abusos por parte dos profissionais de saúde de um hospital público de Teresina (PI), diante de mulheres internadas em decorrência de abortos induzidos mal

sucedidos. Das 78 (setenta e oito) mulheres que participaram da entrevista, 26 alegaram ter sofrido algum ato violento durante a internação.

Foram reveladas práticas discriminatórias (como julgamento moral), tratamento não digno (ameaças de denúncia à polícia, uso de linguagem ríspida e grosseira e internação conjunta com puérperas), negligência (longa espera para realização do esvaziamento uterino), ausência de consentimento (procedimentos médicos realizados sem explicação), além de violação da privacidade e confidencialidade (entrevista e exame físico realizados com outras pacientes). Houve sobreposição de categorias de violência em 11 relatos, sendo a mais comum a associação de julgamento moral e longa espera para a curetagem. (MADEIRO & RUFINO, 2017, p. 2776).

A ameaça de denúncia foi feita para todas. Mesmo entre as mulheres que julgaram o atendimento como positivo, a discriminação também esteve presente em alguns casos. Algumas comentaram sobre o medo do aborto ser descoberto ou dos médicos encontrarem restos de comprimido vaginal. Uma delas relatou que diante da descoberta, o médico disse que seria “bonzinho e não faria nenhuma denúncia”. Um dos profissionais interpelou outra paciente sugerindo que ela “orasse muito e se arrependesse dos seus atos”. Grande parte das mulheres narrou a coação e pressão que os médicos fizeram até elas assumirem que induziram o aborto. Os pesquisadores descreveram as narrativas como “perturbadoras”. Segundo eles, o que deveria ser um espaço de saúde e acolhimento, se tornou um local de ameaças. Uma das mulheres após ter infecção, ser submetida à histerectomia e ficar duas semanas em internação, ouviu de uma das profissionais que ao sair dali prestaria contas com o delegado ou com a polícia. Em outra situação uma estava sangrando e precisou esperar, sentada na porta do centro cirúrgico, cerca de 12 horas até ser atendida por alguém que aceitasse fazer a sua curetagem. A perda da privacidade também ganhou destaque, já que as mulheres referiam a discussão dos casos por parte dos profissionais em voz alta nas enfermarias. Ressalte-se que segundo os relatos, mulheres que abortavam ficavam ao lado de mulheres que haviam dado à luz e estavam com seus filhos nas enfermarias. Diante de todas as narrativas, os pesquisadores ressaltaram a importância do cuidado voltado para a lógica científica, da humanização dos atendimentos diante de abortos, do aprimoramento em políticas públicas e da sensibilização dos profissionais para as questões de gênero, para além das suas crenças pessoais.

Sobre a moralidade expressa nas opiniões e atitudes médicas, Lucchetti et al (2015) afirmaram que a contrariedade em relação ao aborto pode ser relativizada já entre os universitários e, dois fatores determinam tal mentalidade: um deles é a posição religiosa e a outra, a influência da própria universidade. Ou seja, universidades mais novas e públicas

localizadas em centros urbanos, menos tradicionais e que tem um corpo docente menos conservador contribuem com egessos mais favoráveis à compreensão de posições éticas contraditórias; o mesmo ocorre com universitários menos religiosos.

Tais achados sobre religião também foram confirmados na pesquisa de Madeiro et al (2016) sobre objeção de consciência por parte de estudantes de medicina no Piauí. A objeção de consciência tem sido apontada como um problema. Ela está imersa em 02 campos que se tornaram conflituosos: a medicina e os direitos humanos. Uberoi e Galli (2017) compreendem que enquanto há uma ética que preserva o direito à liberdade, à consciência e às posições pessoais dos profissionais de saúde, também há a obrigatoriedade desses profissionais zelarem pela proteção e integridade dos seus pacientes. Os organismos de direito humanos em nível internacional têm tentado encontrar um equilíbrio no estabelecimento de diretrizes que garantam o direito das mulheres. Faúndes, Duarte e Osis (2013) reconheceram a objeção de consciência como um direito legítimo dos médicos, diante de ações que acreditam ser contra seus princípios. Os autores compreendem que por razões morais, a objeção seria um disfarce contra julgamentos e estigmatizações provenientes de indivíduos que são contrários à realização do aborto. Para os pesquisadores, algumas medidas são necessárias para garantir o acesso à informação aos profissionais. À medida que eles são capacitados para uma compreensão mais profunda do problema, torna-se possível romper com as questões pessoais. Trabalhos nesse sentido vêm ocorrendo no exterior, com destaque para o grupo FIGO, no Reino Unido.

Em nível nacional, Cacique, Passini Junior e Osis (2013) ao revisarem pesquisas sobre as atitudes, conhecimentos e opiniões de profissionais de saúde, publicadas no período de 2001 e 2011 verificaram que as categorias que mais opinam sobre o assunto são os médicos, principalmente ginecologistas e obstetras. Há uma carência quanto à exposição das visões de enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, fato que é questionado, já que os profissionais compõem equipes que lidam com abortos. Os autores concluíram que quando se falava sobre a lei vigente, a totalidade dos entrevistados concordou com ela e, quando se falava em moralidade, muitos tinham opiniões contrárias ao aborto, o que repercutia diretamente na discriminação das pacientes. O estudo de Lemos e Russo (2014) está entre os poucos que narraram a opinião dos enfermeiros e assistentes sociais em relação ao tema.

Durante um curso sobre Saúde da Mulher, no ano 2000, foi realizada observação participante e entrevistas em grupo, que ocorreram através de dinâmicas, com 07 enfermeiras e 05 assistentes sociais. O objetivo consistia em conhecer como as profissionais se comportavam diante de determinados temas, dentre eles o aborto. Mesmo conhecendo o fato

dos contraceptivos não terem 100% de eficácia e ainda assim, diante de situações em que a criminalização representava riscos para as mulheres, os discursos tinham argumentos religiosos. Diante do grupo, 02 participantes relataram ter feito um aborto quando eram mais novas e criticaram as visões conservadoras das outras, inclusive da coordenadora de uma unidade. As participantes saíram do curso demonstrando a compreensão do tema na área da saúde. No ano em que ocorreu esse evento, ainda não se falava sobre a magnitude do aborto no Brasil e a saúde pública não era contemplada no cerne da questão. A opinião proeminente das participantes no término do curso demonstrou a necessidade de se debater o tema no intuito de fornecer e aprofundar as informações adequadas. A discussão foi citada pelas participantes como uma possibilidade de mudar o conhecimento sobre o tema e dar mais atenção às pacientes nos serviços de saúde. Em outra publicação, Pitilin et al (2016) analisaram periódicos em bases virtuais e, ao enfatizarem somente os profissionais de enfermagem, observaram resultados semelhantes a Lemos e Russo (2014).

Em seu estudo, De Faria (2012) analisou a experiência de oito adolescentes que passaram por abortos (legais ou não) e recorreram à internação em uma instituição filantrópica no estado de Minas Gerais. Como resultado, o estudo chamou a atenção para o sofrimento psicológico, que está presente no cenário do processo que repercute em forma de luto. Luto vivenciado pela perda do futuro filho, que era esperado para um outro momento de suas vidas. As entrevistas evidenciaram a necessidade não da pressão por parte dos profissionais de saúde, mas, do acolhimento. Houve uma carência no acolhimento profissional. A pressão foi constatada por parte dos próprios adolescentes e dos seus familiares. De Faria (2012) disse que em determinadas situações, principalmente quando as pacientes que dão entrada nos serviços são muito jovens, o aborto é decidido por suas mães, o que consolida a perda de autonomia.

De Zordo (2012) situou o discurso proferido pelos médicos, de que a “gravidez poderia ser adiada, com o uso de métodos contraceptivos e orientações”. Para De Faria (2012) o acolhimento seria uma boa possibilidade para o estabelecimento de vínculos e para orientações, visando a evitar uma próxima gravidez indesejada, no entanto, essa aproximação pautada na ética do cuidado nem sempre ocorre. Villela e Monteiro (2015) apontam o estigma como uma barreira vivenciada por profissionais do sexo, mulheres com HIV / AIDS e mulheres que abortaram. As 03 categorias enfrentam ao longo do tempo, dificuldades de acesso ao sistema de saúde.

Diniz (2012) chamou a atenção para o campo de forças políticas e o embate com a saúde pública, em especial, com a área de saúde materno infantil. Ela lembrou que após

todas as tensões no campo político, a candidata Dilma Rousseff foi eleita. Em 2011 ela emitiu o Projeto de Lei sobre o “Sistema Nacional de Vigilância e Monitoramento de Registros para a Prevenção da Mortalidade Materna”. Tal Projeto foi altamente criticado por parte dos movimentos feministas, dado o teor dos conceitos utilizados. Nele, foi proposto um registro obrigatório de todas as grávidas e gestações no sistema de saúde, além da consideração da inclusão do termo “nascituro”, que significava “crianças não nascidas”. Os grupos de direitos humanos afirmaram que a lei era inconstitucional. Por fim, em 2012, uma medida extinguiu o termo “nascituro”. Apesar da extinção do conceito a medida continuou apresentando fragilidades porque nunca incluiu os conflitos da saúde sexual e reprodutiva e ignorou a necessidade de defender o aborto seguro e legal no Brasil.

Em face dessa e de outras questões correlacionadas acima, Diniz (2013) defendeu a importância da secularidade. Essa palavra presume a neutralidade religiosa nas esferas públicas e nas políticas, dentre as quais estariam as políticas de saúde. Para a pesquisadora, a secularidade é o que garante que psicoterapeutas não proponham práticas de “cura gay”, secularidade é o que faz com que estudos médicos sobre células tronco possam ter continuidade, sobretudo, a secularidade delimita as barreiras entre a vida pública e a privada. A secularidade permite que as crenças e dogmas frutos de objeção de consciência por parte dos psicólogos, médicos, assistentes sociais e enfermeiros deem lugar à garantia dos direitos que as mulheres possuem.

Diniz (2013), assim como Faúndes e Miranda (2017) afirma que as mulheres querem ter o direito de optar pelas suas escolhas, diante dos seus corpos e, querem ter o acompanhamento necessário, sem que isso lhes cause um aumento do sofrimento pré-existente. Sendo assim, a criminalização do aborto desencadeia problemas que interferem diretamente na vida das mulheres. Faúndes e Miranda (2017) afirmam a criminalização como fonte da discriminação das que chegam aos serviços de saúde por conta de abortos mal sucedidos. Santos (2013) enfatiza o aborto como um tema no cerne da saúde pública. Os problemas no âmbito da saúde são vários e envolvem os cuidados, a carência na formação dos profissionais que atuam com essas pacientes nos serviços, a incompreensão dos valores bioéticos, a negativa de atendimento, os altos custos com internações e procedimentos que repercutem nas complicações dos quadros físicos e emocionais, e, em algumas situações, culminam na morte das mulheres que buscaram os serviços com a finalidade de serem ajudadas.

## VII. Aborto e questões emocionais.

Apesar do artigo de De Faria (2012) ter citado o impacto do aborto para as adolescentes, apenas 03 publicações investigaram profundamente as questões do sofrimento envolvidas no evento. A pesquisa exploratória descritiva de Heleno (2010) consistiu em um estudo de caso, realizado em março de 2016, com 10 mulheres que apresentavam dificuldades para engravidar. Como campo foi selecionado um ambulatório de Reprodução Humana (não foi mencionado o Estado ou a cidade onde o mesmo está situado). As mulheres foram escolhidas através do prontuário. A idade média delas era de 37,2 anos, todas estavam aguardando pelo procedimento de fertilização e possuíam também um histórico de aborto (espontâneo ou induzido). Das 10, 04 sofreram um aborto espontâneo e 08 provocaram um aborto ao longo da vida.

A técnica psicanalítica foi utilizada para a aplicação da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), contextualizando 04 setores: produtividade, fatores socioculturais, afetivo-relacionais e orgânicos. O objetivo da pesquisa foi o de investigar a eficácia adaptativa e identificar a repercussão psicológica em mulheres que vivenciaram o aborto e frequentavam o laboratório de Reprodução Humana. A pesquisadora relatou que algumas entrevistas precisaram passar por repetições, dado o alto teor emocional das entrevistadas.

Como resultado, 07 mulheres relataram a falta de desejo sexual e a culpa foi um sentimento muito evidente:

Nas entrevistas realizadas com as pacientes foi possível observar culpa em relação aos abortamentos espontâneos e/ou provocados. Das dez pacientes que participaram da pesquisa, nove relataram sentir culpa quando pensam sobre o abortamento. As pacientes que provocaram aborto sentem culpa por terem tomado essa decisão e pensam sobre a idade que o filho teria se estivesse vivo. (HELENO, 2010, p. 38).

As mulheres mencionaram timidamente um sentimento semelhante à inveja e à dificuldade em aceitar que outras mulheres engravidassem. O medo de um aborto espontâneo foi relatado por 6 mulheres.

Dentro dos pontos que ampliaram a dor do aborto estava a falta de acolhimento por parte dos profissionais de saúde e a incapacidade da equipe médica em atendê-las, conforme precisavam. Publicações anteriores apontaram para análises semelhantes (DE ZORDO, 2012; DE FARIA, 2012; DINIZ, 2012:2013; FAÚNDES E MIRANDA, 2017).

A pesquisadora afirma que na psicanálise o sentimento de culpa ou negação fazem parte do processo do luto. O fato de manterem expectativas diante de uma nova gravidez

(que até então não ocorria), fez com que diversos sentimentos surgissem ao mesmo tempo: culpa, medo, dúvidas, incertezas e tristeza. A tristeza, por sua vez, era descrita como menor diante do que sentiram após o aborto (ocorrido em anos anteriores).

As mulheres contavam com atendimento psicológico frequente por parte da equipe da pesquisadora. Fato este de grande importância, visto que 04 delas passavam por pensamentos depressivos frente à dificuldade de engravidar. Havia a internalização de muitos objetos negativos.

Entre as dez mulheres que participaram do estudo, oito consideram o abortamento, tanto o provocado quanto o espontâneo, como um dos momentos mais difíceis de suas vidas. A dificuldade para engravidar, nesse grupo, apareceu como uma experiência que envolve sentimentos de tristeza, inveja, frustração, cobrança, perda da autoestima, inferioridade e outros sentimentos ruins. (HELENO, 2010, p. 39).

À guisa da conclusão, Heleno reafirmou que diversos fatores contribuem para o modo como cada mulher lida com o aborto. Isto depende dos fatores internos e externos que estão à sua disposição, da visão de mundo de cada uma, das pessoas que lhe dão apoio, do que almeja para o seu futuro e de como se reestrutura face às suas vivências.

Em uma publicação posterior à de Heleno (2010) a pesquisadora Pereira (2012) avaliou como se deu o processo decisório do aborto e os sentimentos decorrentes dele. Foram entrevistadas 09 mulheres internadas em uma maternidade pública de Salvador (BA), hospitalizadas por aborto provocado entre os meses de setembro e outubro de 2009. Em sua maioria, elas eram negras, tinham nenhum ou poucos anos de estudo, estavam em união estável, eram dependentes dos seus parceiros, todas tinham mais de 18 anos, possuíam pelo menos, 01 filho, mais de 80% havia realizado o aborto pela primeira vez, o aborto medicamentoso teve prevalência em 88% dos casos e, as interrupções se deram até a 22ª semana de gestação.

Após a entrevista e aplicação de um questionário, as falas das participantes foram categorizadas e o método utilizado foi análise de conteúdo. Primeiramente, foi questionado o uso de contraceptivos, e todas haviam confirmado a utilização de pelo menos um método, inclusive quando engravidaram. A maioria mencionou ter utilizado a pílula ou o contraceptivo injetável. Ao solicitarem informações sobre esses métodos, as pesquisadoras verificaram que as mulheres possuíam informações inconsistentes. Sobre a decisão de abortar, foram referidos diversos motivos: dificuldade financeira foi mencionada por 04 delas, o número de filhos foi um fator central para 06, a violência por parte dos parceiros esteve presente em quase todas as falas. Um fator importantíssimo: as mulheres se sentiram

sozinhas em relação a essa decisão. A violência do parceiro apareceu de diversas formas: física, psicológica ou através da negligência que elas e os filhos sofriam por parte dos companheiros. Pereira (2012) ressaltou o fato de o próprio Estado criminalizar e culpabilizar somente a mulher em casos de aborto; o homem, por sua vez, não é sequer descrito na lei. A perda da autonomia também foi um dos fatores que as levaram a abortar, no entanto, esse fator está imbricado com os anteriores.

No tocante às categorias que envolvem os sentimentos e emoções, as mulheres referiram o medo de morrer, mediante o uso do medicamento, assim como o sentimento de culpa, observado como reflexo das crenças morais e religiosas das entrevistadas. Também foram ressaltados os sentimentos de alívio e tristeza. Segundo a pesquisadora, o processo do aborto foi visto de forma geral como doloroso e difícil.

Como complementação a esse trabalho, incluímos também o estudo de caso realizado por Dos Santos e Brito (2016) em uma maternidade pública localizada no Rio Grande do Norte (RN), no qual entrevistaram 19 (dezenove) mulheres internadas em decorrência da indução do aborto, entre os meses de março e agosto de 2013. As participantes eram maiores de 18 anos, estavam em internação, possuíam condições físicas e mentais e aceitaram participar do estudo. As mulheres deveriam inicialmente responder como foi a interrupção da gravidez. Na análise das entrevistas, a principal categoria foi “o sentimento vivenciado nas práticas abortivas”. Dentro do perfil das entrevistadas, houve prevalência de católicas, pardas, idades entre 26 e 30 anos, sete já haviam induzido um aborto anterior, 13 tiveram pelo menos um filho, a maioria possuía renda fixa, trabalhavam de modo formal, a média de salários era de 01 a 03, a escolaridade da maioria era o nível médio e a maioria também relatou que vivia em relacionamento estável. A maior parte das interrupções se deu até a 6ª semana e o método mais utilizado foi o medicamentoso. Na visão de Dos Santos e Brito (2016) os principais sentimentos relatados foram tristeza e angústia.

As mulheres que tiveram contato com o embrião relataram que sentiram ter provocado a morte dele e, essas emoções estavam imersas tanto nos valores religiosos, por considerarem o que fizeram “contra os princípios de Deus”, como nos valores sociais e morais. Assim como foi observado por Heleno (2010), a pesquisadora também referiu o sentimento de luto nas entrevistadas, luto este narrado como incompletude do papel social de mães. Prevalciam sentimentos negativos e condenatórios perante o pensamento de não terem conseguido assumir a maternidade.

Algumas mulheres explicaram o aborto dentro de uma lógica racional, que envolveu a ausência de condições financeiras ou econômicas para ter um filho naquele momento.

Vários relatos, proferidos principalmente por mulheres religiosas, envolveram o medo da punição, que poderia aparecer futuramente como uma impossibilidade de engravidarem ou a possibilidade de terem um filho com alguma doença em uma gestação desejada posteriormente.

O aborto não repercute da mesma forma para todas as mulheres. Prova disso foram as narrativas que ressaltaram alívio ao término do aborto. Esse sentimento decorreu principalmente do fato de sentirem que as complicações não foram grandes ou “que elas não sangraram até morrer”. O alívio foi interpretado pelas pesquisadoras como um sentimento de liberdade e autonomia frente a outros sentimentos negativos que as mulheres carregavam desde a descoberta da gravidez. O sentimento de alívio também foi retratado por Pereira (2012) e andaria lado a lado com o remorso, por terem cometido algo condenável sob diversos pontos de vista.

Uma motivação de angústia ocorreu no momento em que muitas mulheres se sentiram sozinhas porque tiveram medo das acusações a que poderiam responder, caso contassem a ocorrência para outras pessoas. Esse mesmo sentimento foi visto no serviço de saúde. As mulheres chegaram lá por sentirem dores, pela necessidade de finalizarem o procedimento ou para saberem se tudo estava bem, mas, a maioria não quis comentar com a equipe, por medo do que pudesse ocorrer.

Os estudos em questão foram essenciais, dado que poucos achados sobre o aborto buscaram conhecer mais profundamente as narrativas dessas mulheres e os sentimentos que envolveram a interrupção da gravidez. Dos Santos e Brito (2016) e Heleno (2010) apontaram o sentimento de luto existente entre algumas mulheres e chamaram a atenção para a necessidade de conhecer os diferentes processos envolvidos, já que nem todas sentem tristeza ou angústia. Por sua vez, segundo Pereira et al (2012, p.1061) “*Os sentimentos de tristeza e culpa, evidenciados em muitas falas, constituem importante fator de risco para depressão*”. Depressão, baixa estima, desamparo e tentativas de suicídio também foram encontradas na análise de publicações científicas, realizada por Sell et al (2015). Dos Santos e Brito (2016), Heleno (2010), e Pereira et al (2012) que alertaram para a necessidade de pensarmos os fatores que estão relacionados ao aborto e os sentimentos originados em decorrência de cada experiência. Apesar dos estudos serem locais, todos servem de subsídios para que junto a outras produções de maior porte, possamos conhecer como a criminalização repercute em questões de saúde, que vão além da ordem física e orgânica. O que está posto é o silêncio e a ordem subjetiva.

### **3.1.2. Outras referências sobre o aborto**

No presente item acrescentamos outras referências, inclusive artigos que não se enquadraram nos critérios de busca das bases virtuais em questão, mas, somaram informações relevantes dentro da discussão.

Leal (2012) trabalhou em um artigo as posições etnográficas e antropológicas do aborto. Para tal utilizou duas pesquisas: a primeira havia sido realizada entre 2007 e 2009. Nessa foram entrevistadas nove mulheres, residentes nos estados de Porto Alegre e Rio de Janeiro que realizaram algum aborto ao longo das suas vidas. O objetivo dessa primeira consistiu na coleta de dados para uma futura pesquisa que não ocorreu. A segunda, utilizada por Leal, denominou-se “*Body, Sexuality and Reproduction: A Study of Social Representation*” e recebeu o suporte da Organização Mundial de Saúde entre os anos de 1993 e 1996. Contemplou 200 entrevistados, dos quais 100 eram mulheres e 100 eram homens, residentes em bairros de baixa renda em Porto Alegre, atendidos por Serviços Comunitários de Saúde. Os domicílios foram selecionados primeiro de forma aleatória e depois, a amostra intencional por quotas compôs o universo a ser estudado. Apenas uma pessoa de cada domicílio foi entrevistada; apenas homens ou mulheres, de forma individual. A pesquisa objetivou conhecer o contexto que levou à tomada de decisão sobre o aborto.

Apesar de terem se passado 20 anos desta primeira investigação, pelo fato desta pesquisa ter sido de base domiciliar e ter empregado procedimentos aleatórios na identificação dos domicílios, foi possível estimar a magnitude do aborto para aquela população, naquele momento. Evidentemente que falávamos cautelosamente em estimativa, já que o objetivo principal da pesquisa era de cunho antropológico, buscando o entendimento de práticas sociais a respeito do aborto. (LEAL, 2012, p. 1691).

Leal, assim como Menezes (2006) mencionou a invisibilidade de dados oficiais diante desse tema. Seu foco também se manteve na exploração de vulnerabilidades sociais, que fossem capazes de explicar a decisão relativa ao aborto.

Quando entrou no campo, com a ajuda de uma agente comunitária de saúde, Leal descreveu o cenário que a esperava: cerca de 10 mulheres sentadas em um círculo. Quando a agente comunitária pediu que *levantasse a mão quem nunca tinha feito um aborto*, apenas uma das mulheres levantou. O campo e as entrevistas deixaram a pesquisadora instigada diante de algumas colocações, ou visões populares: o uso dos chás ou ervas com propriedades abortivas não era visto pelas entrevistadas e/ou entrevistados como “práticas abortivas”, assim como a combinação do Misoprostol com soluções - “gotas” para introdução vaginal, não comportavam atos abortivos. Os sujeitos entrevistados recorriam a esses procedimentos como uma forma de *fazer as regras descerem*. Com base nisso, a

estudiosa chama a atenção então para a dificuldade posta na própria identificação de um método como abortivo ou não abortivo.

A riqueza da pesquisa se deu nos próprios contornos do conhecimento popular. O aborto se reafirmou diante das diferenças interpretativas, nas polissemias e nos modos que as mulheres se relacionavam com seus corpos e o compreendiam. Um verbo muito aparente nas falas foi o “assumir”. Segundo a autora, a gravidez quando descoberta passa por um período no qual as escolhas permanecem em aberto, delimitando as condições subsequentes, como o reconhecimento por parte do homem, o levantamento das condições materiais e a avaliação da rede de apoio disponível. A partir dos discursos que lhe dão sentido, como: casa, família, acolhimento, pobreza, pai “presente” (ou não), torna-se possível assumir a gravidez ou recorrer ao aborto.

Sobre a moralidade do aborto, um dado apresentado deu conta de demonstrar que a maior parte dos sujeitos entrevistados eram contrários ao aborto; no decorrer das entrevistas e com a proximidade em relação à pesquisadora, foram relatando que embora fossem contrários, suas histórias de vida envolviam o aborto, ou conheciam alguma pessoa bem próxima que já havia praticado pelo menos um. Em escalas valorativas, e ainda dentro das questões morais, o aborto tomou um caráter condenável quando era debatido diante das intervenções autoinfligidas, cirúrgicas ou por sonda. E eram graves quando vinham de mulheres que já tinham filhos, uma vez que dentro de um discurso de ordem social, “quem cria um, cria outro”. Havia uma maior pressão sobre a responsabilização do ato diante de mulheres que já passaram pela maternidade.

Diante de tudo isso, Leal (2012) aponta o duplo papel de uma gravidez: ela é biológica e também é social. Ao passo que quando há interrupção no fluxo menstrual, modificações hormonais e corporais, também entram em cena as situações que envolvem o contexto da mulher: se ela é casada ou não, se o filho faria parte de uma estratégia matrimonial ou seria criado somente pela mulher, se existem outros filhos, se a família apoiará a gravidez, se existem condições financeiras e morais para educar a criança.

Em outras palavras, o reconhecimento de que há uma “pessoa” no processo gestacional depende da avaliação de possibilidades de viabilização de um projeto individual que se desenrola nos âmbitos da família e da casa. Só há pessoa desde que os outros a reconheçam enquanto tal; a criminalização do aborto não dependeria de um fundamento biológico, mas das expectativas coletivas e dos acordos traçados em torno da gravidez. (LEAL, 2012, p. 1695).

Em suas conclusões a pesquisadora afirma que os chás e a introdução de soluções com o intuito de retomarem um percurso biológico – o ciclo menstrual - não são vistos pelos

entrevistados como a retirada de um filho: seriam a interrupção de um projeto. O reconhecimento dá à gravidez um status social e transforma o embrião/feto em “uma criança”. A gravidez seria então uma negociação social.

A negação do aborto diante da inquirição direta, o uso dos chás e a utilização das drogas abortivas para baixar as regras e a validação social da gravidez também tiveram visibilidade na pesquisa “Heterossexualidade, Contracepção e Aborto”, coordenada pelo Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM) do Instituto de Medicina Social da UERJ, entre os anos de 2007 e 2010. O estudo teve como abrangência as regiões metropolitanas de Bogotá, Buenos Aires, Montevideu e Rio de Janeiro. Dando ênfase às perspectivas do Rio de Janeiro, os pesquisadores entrevistaram 58 pessoas, do sexo feminino e masculino, de classes médias e populares, cujas trajetórias refletiam pelo menos uma indução de aborto ao longo da vida. Os contatos se deram por meio de redes informais e as entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado, que contemplou questões sociodemográficas. Entre as 15 entrevistadas, somaram-se 35 gestações, com 11 filhos nascidos vivos, 03 abortos espontâneos e 21 abortos induzidos. Dos 13 entrevistados, foram relatadas 23 gestações, com 06 filhos nascidos vivos, 02 abortos espontâneos e 15 abortos induzidos.

Diante das gestações levadas adiante se destacou o total de respondentes pertencentes à classe média: 99%. Um outro dado que chamou a atenção dos pesquisadores dizia respeito a uma entrevistada, que aos 23 anos havia passado por 06 gestações, das quais 02 filhos nasceram vivos, 01 deles morreu durante o período puerperal; as demais gravidezes resultaram em 04 abortos induzidos. Dentre os dados de raça, entre os entrevistados da classe média há uma unanimidade de declarados brancos. Entre os de classes populares, a maioria é de autodeclarados pardos (05), negros e brancos estavam em um mesmo número (02). A maioria das entrevistadas se declarou parda (06), o restante das jovens de classe popular se autodeclarou pretas e as da classe média se autodeclararam brancas. Entre os entrevistados de ambas as classes e as entrevistadas de classe média houve uma não adesão às denominações religiosas. Já a maioria das entrevistadas de classes populares se declarou de denominação pentecostal (06), católica (01), afro-brasileira (01) e sem religião (02). Os salários, à época da pesquisa, variavam entre R\$300 e R\$700 para os populares e entre R\$700 e R\$2.500 nos de segmento médio. Vale ressaltar que o salário mínimo à época era de R\$450. A forte diferenciação nos achados dessa pesquisa se deu em termos de formação escolar. Entre as mulheres dessa mesma classe, 03 já haviam concluído o ensino superior, uma havia interrompido por conta da gravidez e 01 estava cursando naquele momento.

Já entre os jovens de classe popular, 03 estavam cursando o nível superior, 01 possuía o nível fundamental incompleto e a variação ocorreu entre o nível fundamental incompleto e o superior incompleto. Das informantes de classe popular havia 02 com médio incompleto, 02 com fundamental incompleto, 03 com médio completo, 02 com superior incompleto e 01 cursando a pós-graduação.

Na pesquisa, Heilborn et al (2012) relatam que na adolescência e juventude os jovens estabelecem negociações com seus parceiros e parceiras sobre as relações sexuais, cuidado e responsabilidade reprodutiva. São esses pontos que aparecem nos estudos da sociologia do aborto com jovens.

No artigo produzido a partir da pesquisa, os autores propuseram a identificação das estratégias e itinerários do aborto. As estratégias foram observadas em Leal (2012) como o contexto social que influencia para que a gravidez seja ou não assumida. Além da rede e dos recursos, os pesquisadores do CLAM situaram as informações indispensáveis para um procedimento clandestino. Em itinerários do aborto foi elencada uma sequência que deu conta dos métodos utilizados, tempo transcorrido para os resultados esperados e eventuais sequelas decorrentes.

Embora o Misoprostol tenha relevância no panorama de abortos realizados principalmente na década de 1990, esse estudo demonstrou um baixo número de mulheres que recorreram a ele. Dez informantes relataram de modo mais profundo as interrupções, nas quais o recurso de “curiosas” teve prevalência nos abortos, seguido pelas clínicas clandestinas e por último pelos chás e infusões. Uma das informantes relatou a combinação de 03 métodos: misoprostol, clínica e chá.

Se a busca pelas clínicas ocupou o segundo lugar, os pesquisadores tiveram o cuidado de afirmar que as procuradas pelas jovens de classe média ofereciam mais estrutura e atenção durante e após o aborto; há 02 relatos de que os profissionais forneceram números particulares para que elas entrassem em contato caso houvesse alguma complicação.

Os itinerários envolvem claramente diferenças diante das classes sociais

Itinerários bastante sinuosos para conseguir a interrupção da gravidez e com diversas consequências decorrentes estão presentes nos relatos de moças populares que se situam em posições de maior vulnerabilidade social. Verdadeiros dramas sociais marcam as biografias dessas mulheres. As desvantagens econômicas e sociais as impelem a recorrer a “curiosas” – mulheres que moram em locais periféricos da cidade ou em comunidades faveladas e que usam “um líquido”, “botam uma sonda” e depois o “neném sai. (HEILBORN et al., 2012, p.1704).

Os trabalhos de Heilborn et al (2012) e Leal (2012) enfatizaram pontos descritos anteriormente pela pesquisadora Menezes (2006), principalmente no que tange à gravidez na adolescência e ao aprofundamento do relato das próprias jovens frente à gravidez e ao desfecho das mesmas. Sua investigação se deu através de entrevistas domiciliares, com jovens de ambos os sexos, idades entre 18 e 24 anos, residentes no Rio de Janeiro, Salvador e Porto Alegre. Considerou-se que os relatos de indução do aborto variaram conforme a raça, gênero ou grupo social, o que caracterizou diferentes fatores que influenciaram na decisão pela interrupção da gravidez.

A pesquisadora Menezes, chamou a atenção para a dificuldade de articular o assunto socialmente

O aborto envolve aspectos de cunho ético, moral e religioso, sendo objeto de forte sanção social. Esta condição implica dificuldades no seu relato, particularmente em contextos de ilegalidade da sua prática, como no Brasil. (MENEZES, 2006, p.9).

Somado a isso, as pesquisas sobre o aborto no Brasil exigem *uma discussão sobre a produção dos dados e seus resultados, sobretudo diante da impossibilidade de validação externa das informações obtidas*. (MENEZES, 2006, p.9). Menezes organizou a revisão da literatura em 03 (três) categorias:

### **Primeira categoria: Aspectos epidemiológicos do aborto**

Nessa categoria situou os indicadores tradicionalmente utilizados para mensurar a sua magnitude: “as taxas, que indicam qual a probabilidade de em determinado momento de suas vidas as mulheres em idade fértil recorrerem ao aborto. As taxas são construídas pela divisão do número de abortos dentro de um determinado período, e o número de mulheres em idade reprodutiva.

Outro indicador foi a “proporção de abortos por gravidezes”, no qual abortos espontâneos são excluídos e o interesse é verificar qual o percentual de mulheres que interrompem a gestação. A proporção de abortos se baseia no número de abortos para cada 100 gravidezes.

A taxa de aborto seria a medida de excelência para estimar a ocorrência do evento, permitindo comparações entre populações no mesmo período de tempo ou evidenciando variações internas a uma população ao longo de um dado período. Já a proporção aborto/gravidez teria uma maior utilidade na detecção de alterações do comportamento do aborto, ao revelar, diante da ocorrência de uma gravidez, a chance desta resultar em aborto (BANKOLE et al., 2001).

Os indicadores são importantes, uma vez que permitem uma noção da magnitude do problema estudado. Menezes (2006) complementou com informações e taxas de 94 e 96 que demonstraram uma proporção alta de abortos no Brasil, assim como os dados de hospitalização e a afirmação de que os efeitos do aborto sobre a saúde das pacientes na maioria das vezes são negativos, o que justifica essa elevada magnitude como um problema de saúde pública.

### **Segunda categoria: Gravidez, aborto e juventude**

Na literatura internacional as jovens estariam mais susceptíveis a uma gravidez indesejada, principalmente jovens pertencentes às camadas mais pobres, o que se confirmou através de estudos realizados nos Estados Unidos, países da Europa Ocidental e no Brasil. De modo geral, as jovens optaram pelo aborto como um modo de postergar a maternidade, *por se sentirem muito novas* ou pelas condições sociais em que se encontravam. Essas jovens acreditavam que a gravidez teria um impacto negativo nos seus relacionamentos pessoais, nas condições financeiras, nas relações escolares, universitárias e de trabalho. Em um estudo realizado por Fonseca (1996) com jovens internadas em uma maternidade pública de Fortaleza, das 4.359 entrevistadas, cerca de 67% haviam realizado o aborto com a utilização de medicação (Cytotec). Tanto Fonseca (1996) quanto Souza (1999) verificaram que as taxas ou intercorrências dos abortos com o uso do Cytotec foram menores quando ocorreu o acompanhamento por parte de um profissional de ginecologia/obstetrícia.

Menezes chamou a atenção para os dados de Bankole et al (2001) que ao analisar a preponderância de abortos em 34 (trinta e quatro) países, em meados da década de 1990, verificou que a grande parcela desses abortos foi cometida por jovens na faixa dos 20 aos 24 anos. Dentre os estudos avaliados por Menezes, em nível nacional, os autores preocuparam-se em conhecer o perfil das mulheres que induziram o aborto. Os dados revelaram que o perfil das jovens entre os anos de 1983 à 1996 indicaram como características principais: baixa escolaridade, mais da metade das respondentes eram solteiras, não estavam utilizando métodos contraceptivos e a maioria havia realizado o aborto através do método medicamentoso. Apesar dos dados disponibilizados, a pesquisadora concluiu que no Brasil os estudos de base populacional sobre o tema até então eram incipientes. Nas suas palavras:

Os estudos populacionais, além de onerosos, enfrentam a dificuldade apontada na obtenção desta informação, face não só a ilegalidade do procedimento mas também pelas questões éticas, morais e religiosas que cercam a interrupção de uma gravidez, levando as mulheres, inclusive

aquelas que já a praticaram, a omitir sua declaração. (MENEZES, G., 2003, p.23).

### **Terceira categoria: Os homens e o aborto**

No 3º ponto da revisão, Menezes problematizou a invisibilidade dos homens no que concerne ao aborto. A inserção dos homens no tema divide a culpabilização, que na maioria das vezes incide somente sobre as mulheres. Os abortos são reconhecidos por Menezes como um fenômeno relacional e não unilateral.

Em citação de Heilborn (2002) o vínculo entre os parceiros é determinante para que a gravidez seja “assumida”. Nos casos em que não há aceitação da gravidez, o vínculo entre o casal é colocado em questão. A participação dos homens é um ponto central observado no processo, que se estende da escolha ao apoio após a consolidação da interrupção. Os parceiros, quando descritos nas narrativas desempenharam diversos papéis, como: o acesso à informação e a pesquisa dos itinerários abortivos, a busca por profissionais ou clínicas que pudessem receber a mulher, o auxílio financeiro e o apoio durante e após o procedimento. Para a pesquisadora, os homens não podem ser referidos como agentes neutros nas trajetórias, visto que suas atitudes são determinantes no processo.

Após a revisão, dando continuidade à investigação, foi proposto um estudo antropológico, através da aplicação de entrevistas semiestruturadas, com os jovens de 18 a 24 anos, moradores do Rio de Janeiro, Porto Alegre e Salvador. Os jovens eram de ambos os sexos, pertencentes às camadas populares ou classe média alta, alguns já haviam vivenciado uma experiência de gravidez. Após essa etapa, entre 2001 e 2002 foi realizado um inquérito domiciliar e, por critérios probabilísticos, foram selecionados jovens para participarem de uma 3ª etapa, que consistiu na aplicação de questionários padronizados. O instrumento focou o aborto em diferentes etapas da vida.

Como resultados, entre as 2.000 jovens do sexo feminino, 5,3% se declararam grávidas no momento da pesquisa, portanto, foram excluídas, dado que o desfecho das gestações ainda não havia sido decidido. Das restantes, 34,1% referiram já ter vivido uma gravidez ou induzido um aborto ao longo das suas vidas, sendo que os dois eventos juntos foram referidos por 5% das entrevistadas. Das que relataram gestações ou abortos passados, a maioria era de Salvador.

Dos 2.167 jovens do sexo masculino entrevistados, 31,7% mencionaram ter engravidado uma parceira ao longo da vida. Dentre estes, foi maior a referência ao aborto. Aqueles com relatos de abortos das parceiras, também foram em sua maioria de Salvador.

Entre as jovens que eram mães e haviam realizado um aborto, predominaram características que as relacionaram ao baixo grau de escolaridade, baixa renda e iniciação sexual sem conhecimento ou utilização de métodos contraceptivos. Os jovens do sexo masculino que vivenciaram um ou mais abortos também apresentaram características semelhantes: eram jovens de baixa renda negros ou indígenas, com baixa escolaridade, iniciaram a vida sexual antes dos 14 anos e assim a fizeram sem utilização de contraceptivos.

Menezes (2006) afirmou que enquanto as mulheres estavam envolvidas com parceiros mais velhos, os jovens do sexo masculino relataram relacionamentos com jovens mais novas, o que justificou o maior desfecho de gestações terminadas em aborto, confirmadas pelo sexo masculino, dada a imaturidade para o estabelecimento de laços firmes com as suas parceiras. Os jovens de condições sociais mais privilegiadas, que incluíam maior renda e maior nível de escolaridade, revelaram o início da vida sexual mais tardia, além de um acesso mais amplo aos métodos contraceptivos. Heilborn et al (2002) citaram a diferenciação de gênero na chegada de um filho. Diferenciação esta que afeta principalmente as jovens mais desfavorecidas, já que a gravidez resulta até hoje em ônus como a suspensão dos planos profissionais, o abandono da escola e a dedicação às tarefas da casa. Os impactos sempre foram menos marcantes para o sexo masculino.

Sobre a perspectiva da saúde, as jovens de classes mais favorecidas possuíam mais acesso e segurança para interromperem a gestação resultando em menos sequelas. Ainda nessas classes, a contracepção era pensada como uma forma de adiar a vida reprodutiva, de forma que pudessem crescer profissionalmente e estabilizar as suas vidas, antes de terem filhos. A autora pontuou ainda, que para além das diferenças entre os jovens, a diferença entre as capitais falou por si só. Ela refletiu carências nas políticas e programas de saúde pública, voltadas para a saúde sexual e reprodutiva da população.

### **3.1.3. Referências sobre a maternidade**

Após a sistematização da busca nas bases virtuais e a complementação com outros materiais sobre o tema aborto, uma categoria chave na discussão do aborto emergiu: a maternidade. Compreendemos que a priori houve uma construção social, que situou a mulher como o “objeto de reprodução”; a reprodução é uma via de mão dupla: esteve e está nos ideais do que era e continua sendo a “boa mulher” (reprodução das ideias) e também conota fins biológicos.

Nessa perspectiva escolhemos falar brevemente sobre o “ser mulher/ mãe” através do diálogo com a psicanálise e alguns autores centrais, que trabalham a historicidade, as expectativas depositadas nas mulheres e a maternidade contemporânea.

Nascida em 1944 a filósofa francesa e militante do feminismo liberal Élisabeth Badinter dedicou boa parte da sua vida à análise das posições femininas e ao papel que as mulheres desempenham como mães. Nas suas publicações, traduzidas em mais de 20 países, a maternidade aparece como uma perspectiva dinâmica, variável histórica e culturalmente. O que sempre existiu como um consenso entre essas variáveis foram os rituais. Para Correia (1998) em todas as sociedades a gestação e o parto sempre envolveram rituais: de boas vindas, de ligação com antepassados, de cuidado, marcados sempre pela dor do ato de nascer. Mas, nem sempre a maternidade implicou a construção do amor. Até o Renascimento eram comuns os infanticídios e abandonos, praticados principalmente pelas mulheres ou casais mais abastados. Badinter (1980) já reforçava essa questão, mencionando que somente no século XVIII houve uma mudança da concepção infantil. Antes, as crianças representavam imagens negativas, eram um “estorvo”. O afeto materno, na maioria dos casos era dispensável, já que *“dada a taxa elevada de mortalidade infantil até fins do século XVIII, se a mãe se apegasse intensamente a cada um de seus bebês, sem dúvida morreria de dor.”* (BARDINTER, 1980, p.84).

No reencontro com esses fatos históricos, a “frieza” e o tratamento diferenciado em relação aos filhos, com privilégios a mais para os primogênitos era comumente descrita e naturalmente vivida entre todos. Ser mãe não dava nenhum status especial às mulheres; era apenas um papel complementar ao de esposa. Curioso é o fato de que a escolha pela não maternidade já ocorria entre uma minoria, contudo cabia principalmente às mulheres com posições sociais mais privilegiadas: francesas, inglesas e alemãs.

Se hoje compreendemos que a amamentação está aquém somente da nutrição, representando o acolhimento materno e a exterogestação, até 1760 ela não era bem aceita devido à vulgaridade, à possibilidade de comparação das mulheres aos animais, à inferiorização do status social e a ruptura com as atividades sexuais, essenciais para a satisfação do marido. Após 1760 materiais escritos por diferentes autores começaram a divulgar o contrário e, no fim do século XVIII os valores ligados à maternidade passaram a incluir a palavra “amor”, dando a entender que o amor por um filho era algo natural e instintivo. Bardinter (1980) reitera que por trás desse “amor” existia o interesse do Estado, agora focado na 1ª infância e na redução da mortalidade infantil. Então, era preciso conscientizar as mães da necessidade de estarem mais próximas dos bebês, de os

amamentarem, os acolherem, tudo isso sob o reconhecimento de que ao se tornarem “boas mães”, as mulheres seriam mais respeitadas socialmente. A mudança da mentalidade social produziu um novo lugar para as mulheres: aquelas que anteriormente eram subestimadas pelos homens, por meio da maternidade ganharam uma posição relevante.

Foi também no século XVIII que surgiu a noção do “sacrifício materno”, este tem início desde a gestação, quando era esperado que as mulheres cuidassem dos seus corpos, da alimentação e, posteriormente abrissem mão dos seus próprios desejos e costumes anteriormente praticados em prol da vida dos filhos. Se o amor está acima de tudo, a vida do filho também deveria estar e, ele depende dos cuidados maternos para que possa ter as suas vontades atendidas. A autora reforça que o novo exercício da maternidade não ocorreu ao mesmo tempo para todas as mulheres; as abastadas camponesas demoraram mais para englobar tais noções.

Com a resignificação do papel materno, os corpos e vontades também foram postos em questão. Nunes (2011) situa a imposição social de uma sexualidade “aceitável” para as mulheres, no início do século XIX, cujo corpo deveria ser resguardado para a potencialização dos deveres fecundos e reprodutivos. As mulheres que não conseguiam regular os seus desejos ou comportamentos tais como eram esperados, comumente apresentavam sintomas diagnosticados mais tardiamente por Freud como histerias. Freud descreveu o aprisionamento das mulheres aos seus lares e funções sociais como entraves à consolidação dos desejos e fantasias, fazendo com que a repressão produzisse o adoecimento psíquico.

Nesse sentido a histérica, para Freud, era uma vítima da civilização e deveria ter seu sintoma compreendido e não reprimido (...) No entanto, ao priorizar o lugar da sexualidade no sintoma histórico, Freud deixou de realçar outro aspecto que salta aos olhos em seus casos clínicos: que essas mulheres encontravam-se extremamente insatisfeitas com o papel e o lugar que a sociedade lhes reservava. (NUNES, S. A., 2011, p. 109).

O pai da psicanálise, tal como é conhecido, despertou muitas polêmicas ao legitimar a maternidade como uma finalidade das mulheres, sendo uma condição normal e esperada. No entanto, nas últimas obras abriu novas possibilidades para pensar as mulheres além desse tradicional papel. A autora – psicanalista descreveu o lugar das mulheres no início da psicanálise com Freud e tentou responder a questão por ele colocada “o que querem as mulheres?” - agora à luz da contemporaneidade. Concluiu então que o peso da maternidade ainda é muito grande e diretamente associado ao feminino. A maternidade traria ainda hoje um sentido de plenitude e grandeza: uma boa presidente é vista como uma “grande mãe”, assim como uma boa líder frente à sua equipe também recebe nomenclaturas semelhantes.

Nunes (2011) situou as “duplas jornadas” convencionadas às boas mães, mas, com grifos das autoras da tese, um ponto perceptível quando lidamos com as “maternâncias” é que essas jornadas situadas como duplas pela autora são muito mais do que isso, porque existem tipos diferentes de mães. Para algumas mulheres a maternidade é dividida com os cuidados integrais do lar, já para outras, a maternidade ocorre junto ao cuidado do lar, do restante da família (porque o papel feminino implica também o cuidar não só na esfera materna), com o trabalho e, somado a tudo isso, algumas mães ainda estudam, buscam conhecimentos externos, participam de capacitações, o que faz com que essas jornadas sejam triplas, quádruplas ou assim por diante.

Um dos pontos em que Nunes concorda com outros autores, que serão incluídos a seguir, é a vivência de emoções, decorrentes das expectativas centradas nas mulheres. Ainda que a década de 70 tenha sido relevante em termos de contracepção e possibilidade de criar autonomia reprodutiva, as mulheres que optam pela não maternidade, em algum momento podem sofrer perante os argumentos socioculturais, assim como as que foram mães também podem vivenciá-los. A culpa é um dos sentimentos descritos, mas, outro comumente experienciado por elas é a vergonha. La Taille (2002) situa a vergonha como uma antecipação do sujeito à exposição e ao juízo alheio negativo. Na vergonha, o juízo de outrem ao ser legitimado, provoca um auto juízo negativo, gerador de desprazer.

Ao passo que a escolha pela não maternidade pode em algum momento suscitar a angústia sobre o “ser mais ou menos mulher para a sociedade”, a maternidade desde o processo situado por Bardinter (1980) ainda comporta as contradições entre ser a mãe possível e a mãe que a sociedade expõe como ideal. No entanto, o núcleo familiar estrutural atual já não é mais compatível com o padrão mãe – pai – filho. Apesar de a maternidade implicar sofrimento nos dois momentos (passado e presente), a mãe contemporânea vive outros tipos de angústia. Uma pesquisa divulgada recentemente pela Agência Brasil, com dados Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE (2020) demonstrou que na Grande São Paulo quase 40% das famílias são chefiadas por mulheres e, nesse grupo, o arranjo que predomina é aquele no qual as mães ou avós sustentam os filhos / netos, sozinhas.

Marcos (2017) acredita que com o distanciamento paterno as mães podem representar o único laço com a criança. Dessa forma, podem ver na criança perdas do tempo, da beleza, dos seus próprios investimentos, das suas carreiras; algumas mães esquecem da função materna, enquanto outras colocam os filhos no pedestal. O amor esperado nem sempre é concretizado na relação mãe-filho e a criança pode passar a ser vista pela mãe como a sua parte perdida, o que pode gerar sofrimentos e até mesmo um processo patológico. O

fato é que a maternidade não tem como representação “um mar de rosas” e, segundo a autora, o desejo pela maternidade deve ser analisado na singularidade, uma vez que para cada mulher há diferentes significados. Um ponto comum tanto na maternidade, quanto na paternidade é que

(...) os filhos, biológicos ou não, sejam adotados subjetivamente e desejosamente por seus pais. De um modo contrário, a negação da representação de um filho (biológico ou não) - que pode se manifestar através de situações de abandono, desamparo, privações afetivas, enfim atos de violência simbólica - pode acarretar sérios danos subjetivos para a existência da criança. (MOURA, 2013, p.391).

As discussões permitem analisar que, apesar da maternidade ser um papel ainda atribuído ao “ser mulher”, precisa passar pela ordem do desejo e da legitimação para minimizar o sofrimento subjetivo que pode ser sentido pela mãe e impactar a criança.

Psicanaliticamente falando, toda maternidade também compreenderá o poder. Inicialmente, o bebê é descrito como um boneco aos cuidados da mulher – um objeto, que será alvo da sedução e gozo materno. Moura (2013) relembra a ambivalência vivida pelas mulheres na maternidade: o amor e o ódio. O ódio se figura na separação, no estranhamento, no outro e na situação da maternidade real. O amor se manifesta na ideia da junção, da “completude”, do objeto fálico. Em uma relação materna saudável, a mãe não perdeu todo o seu narcisismo e, ao lado da criança operará em momentos de renúncia e acesso às relações objetais e ao desejo, segundo a autora. A mãe é uma figura central na estruturação psíquica da criança e, será levada nos processos transferenciais ao longo da constituição do sujeito. Mas, para que a relação se estabeleça, aos poucos a mulher terá que olhar para si e desinvestir na criança, para investir em si na relação.

A questão central são as tantas formas de ser mãe na atualidade. A recém mãe ou as “mães sólo” nem sempre terão as mesmas oportunidades de olharem para si. Um ponto fundamental para o entendimento da maternidade é que ela não deve(ria) ocorrer fora de uma rede, que não propicie a vivência da identidade “mulher”, fora da identidade “mãe”. Se os autores trabalhados permitiram um olhar histórico para a “maternagem” e a constituição do “amor materno”, a psicanálise também chamou a atenção para as necessidades das mulheres vivenciarem os seus desejos e olharem para si, o que também cabe na maternidade. Falar das maternidades contemporâneas coloca em questão a romantização desse amor, que não pode ser assumido como uma verdade absoluta. É certo que hoje a cobrança pela manifestação desse amor como algo instintivo gera grandes conflitos nas mulheres.

Alguns séculos se passaram e, o “amor materno” continua sendo esperado dentro das relações. Se essa questão permaneceu, outras vieram para somar: é o caso dos novos núcleos familiares, que colocam a mulher – mãe no centro de várias identidades, do abandono parental, da falta de redes, do isolamento em que persistem as mães com seus filhos, das violências urbanas – que invadem esses cenários, principalmente no caso das mães negras e periféricas e, como um outro pólo, a reprodução assistida, que promete dar às mulheres o filho tão esperado. Como conclusão, não podemos negar a pressão e os sofrimentos impostos às mulheres, frutos de tantas expectativas sobre os seus papéis. Se a maternidade causa sofrimentos, a não escolha da maternidade também ecoa e é cobrada como um paliativo ao preenchimento das faltas e vazios, que podem não ser uma questão para as mulheres que assim escolhem, mas, são projetadas nos discursos dos outros.

#### 4. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Para a realização da pesquisa consideramos que as mulheres ao induzirem o aborto apresentam sofrimentos de ordem emocional. Tais sofrimentos foram relatados por alguns autores (DE ZORDO, 2012; DE FARIA, 2012; DINIZ, 2012:2013; FAÚNDES E MIRANDA, 2017) que citaram sentimentos comuns como: medo, culpa, tristeza, em alguns casos, depressão e impulso suicida. Diante do exposto, analisamos como as entrevistadas vivenciaram sentimentos negativos e, de que forma a criminalização pode ter contribuído.

Diniz (2013), assim como Faúndes e Miranda (2017) mencionaram que as mulheres ao induzirem um aborto, quando chegam aos serviços de saúde necessitam de acolhimento, mas, os próprios serviços podem ampliar o sofrimento. Villela e Monteiro (2015) apontaram as barreiras provenientes das atitudes discriminatórias por parte de alguns profissionais. Santos (2013) por sua vez citou diversos problemas no campo da saúde pública, dentre eles a falta de capacitação e despreparo dos profissionais. Outro pressuposto foi então o fato dos próprios profissionais, quando procurados, reduzirem ou agravarem os sofrimentos pré-existentes. Avaliamos “se”, segundo as que procuraram os serviços de saúde, a assistência contribuiu para agravar os sofrimentos de ordem física e psicológica.

Reconhecemos que em situações conflitantes há a atuação constante de mecanismos de defesa, que agem na reestruturação subjetiva. Para Heleno (2010) os abortos envolvem o que na psicanálise consideramos como um processo de luto. Heleno reafirmou que diversos fatores contribuem para o modo como cada mulher lidará com o aborto. Isto depende dos fatores internos e externos que estão à sua disposição, depende da sua visão de mundo, das pessoas que a cercam, do que almeja para o seu futuro e de como se reestrutura face às suas vivências. Embora hipoteticamente o conflito diante do aborto induzido seja comum a todas, analisamos por fim, como as narrativas expuseram a consolidação desse processo.

## 5. OBJETIVOS

### 5.1. OBJETIVO GERAL

Analisar a produção de sentidos de mulheres que se submeteram ao aborto induzido e a emergência de sofrimento psíquico ou prejuízo à saúde mental dessas mulheres.

### 5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Conhecer quais fatores contribuíram para a realização do aborto;
- 2) Compreender como as noções sociais de maternidade e corpo perpassam pelo contexto do aborto;
- 3) Descrever como se deu o processo pós-aborto, na trajetória dessas mulheres;
- 4) Investigar se os abortos induzidos produziram algum impacto significativo para a saúde mental;
- 5) Analisar a estrutura e produção dos cuidados pós aborto no sistema de saúde brasileiro, onde a prática é criminalizada, e no sistema de saúde português (onde há a legalização do ato até a 10ª semana da gestação).

## 6. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

### 6.1. TIPO DE PESQUISA

Foi realizada uma pesquisa exploratória, descritivo-analítica com abordagem qualitativa.

Segundo Minayo et al.

A pesquisa qualitativa segue a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (...) a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável nas equações, médias e estatísticas. (2003: 21-22)

Por trabalhar com questões tão próprias da subjetividade, independente de classificações engessadas, números ou percentuais fixados, e utilizando principalmente a análise do discurso para compreender o que foi dito (ou não) pelos entrevistados, a única abordagem que supriu a demanda foi a qualitativa.

Essa pesquisa transversalizou-se nas questões culturais, sociais, históricas, políticas e psicológicas. Portanto nesse estudo houve um interesse maior em conhecer a mulher na interação com a sua realidade e com o seu corpo, no seu “modus operandi”, na forma como construiu as suas atitudes mediante a internalização dos discursos sociais.

As pesquisas qualitativas pela sua abordagem trazem em si uma relação dinâmica entre o sujeito e o mundo real, uma interdependência viva entre o objeto e o sujeito estabelecendo um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do ser humano. (MARCONI E LAKATOS, 2005)

### 6.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO

Compreendemos que as pesquisas científicas realizadas através da internet estão ganhando cada vez mais espaço. Pontos positivos levados em conta ao inserirmos a internet no campo foram: a otimização dos custos com locomoção, a redução do tempo de espera entre o agendamento e a realização da entrevista, a possibilidade de ter acesso a um universo maior e mais heterogêneo de sujeitos.

O campo central da pesquisa foi uma rede social virtual. Ferreira (2011) define as redes sociais de informação como estruturas, que envolvem de forma dinâmica, atores, conectados por diversos objetivos, que podem ser familiares, comerciais, por amizade, etc.

Na conexão desencadeiam fluxos sociais, compartilhando principalmente conhecimentos e crenças em comum. Essas relações fazem circular os fluxos de informação.

Segundo Marteleto:

Nas redes sociais, há valorização dos elos informais e das relações, em detrimento das estruturas hierárquicas. Hoje o trabalho informal em rede é uma forma de organização humana presente em nossa vida cotidiana e nos mais diferentes níveis de estrutura das instituições modernas. (2001: 72).

A rede social escolhida foi o *Facebook*. Segundo o site *Techtudo* (2018) no ano de 2017 foi promovido um estudo pela agência *We Are Social* e a plataforma *Hootsuite*, com a finalidade de compreender o uso das redes sociais no mundo. De acordo com o estudo, cerca de 130 milhões de brasileiros utilizam o *Facebook* mensalmente. Diferente da média mundial, no Brasil 54% dos perfis no *Facebook* são de mulheres.

No *Facebook* os cadastrados, denominados “usuários”, tem a possibilidade de se unirem aos diversos grupos temáticos existentes, além de curtirem as páginas que apresentam conteúdos do seu interesse. Com exceção dos grupos “ocultos”, os demais ficam disponíveis para que os interessados pesquisem e enviem uma solicitação de participação. Quem e quais usuários podem fazer parte ou quais conteúdos serão compartilhados entre todos os membros são definidos pelo administrador ou moderador. Todos os grupos possuem moderadores e temas centrais, assim como as páginas, porém, essas por sua vez são apenas de conteúdos, quem lança e atualiza as postagens é apenas o moderador.

A proposta inicial consistia em repassar o link do Survey em apenas 02 grupos fechados, que abordam o tema. Porém, a moderadora de um deles não concordou com a pesquisa então, o foco se ampliou para outros grupos e páginas com o tema. Após a autorização e suporte das moderadoras, o link foi compartilhado por mais de 05 grupos / páginas temáticas, além disso, algumas usuárias se propuseram também a repassá-lo em grupos de WhatsApp, que reúnem mulheres: amigas, familiares e conhecidas.

Os grupos e páginas em que o link foi postado no Facebook, não enfatizam temas religiosos nem políticos, são grupos mais abertos à discussão dos contextos do aborto e da legalização no Brasil.

### 6.3. PARTICIPANTES

Foram convidadas para acessar o link da pesquisa: mulheres brasileiras (membros dos grupos ou seguidoras das páginas em questão), que possuíssem 18 anos ou mais (sem

limite máximo), que tivessem realizado pelo menos, 01 aborto ao longo de suas vidas. O número mínimo de respondentes era de 100 e o máximo de 300.

Critérios de inclusão:

- Mulheres que tivessem induzido o aborto ao longo de suas vidas;
- Brasileiras, residentes no Brasil ou no exterior;
- Que curtissem as páginas ou fossem membros/participantes dos grupos virtuais onde constavam as postagens com o link para o questionário;
- Que tivessem acessado o link, lido o TCLE e aceitado prosseguir com o survey.

Critérios de exclusão:

- Mulheres que tivessem realizado somente abortos legais;

#### 6.4. FORMA DE ABORDAGEM

A pesquisadora, através do seu perfil na rede social (com informações pessoais restritas), enviou uma mensagem privada às moderadoras (dos diversos grupos e páginas sobre o tema), se apresentou, explicou a pesquisa, repassou o número do parecer no CEP e, solicitou que a auxiliassem, por meio da inclusão da pesquisa no grupo ou página.

Somente após a permissão dos responsáveis pelos grupos, foi feita uma postagem com uma apresentação sucinta sobre os objetivos da pesquisa, critérios de inclusão, benefícios e número do parecer do CEP / ENSP, além de uma breve apresentação da pesquisadora (dona do perfil). No caso das páginas, essa apresentação foi repassada às moderadoras, para que as mesmas fizessem a publicação. As integrantes do grupo e/ ou leitoras das páginas, que estavam no perfil, ao clicarem no link foram direcionadas ao Survey.

Na primeira página do survey, como é de praxe com pesquisas online, as participantes mais uma vez leram as informações sobre a pesquisa (o que é, quem está conduzindo, objetivos) e encontraram nessa mesma página o TCLE. Só foi possível avançar para as perguntas após darem concordância ao TCLE.

Na página seguinte responderam então o questionário semiestruturado.

## 6.5. COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio de um formulário com dezessete questões estruturadas (conforme consta no anexo IV). O formulário foi disponibilizado em uma plataforma digital, na versão paga, e repassado em grupos online sob a forma de “survey”.

Os surveys foram pensados para que pudessem auxiliar nas pesquisas de cunho quantitativo. Eles são capazes de alcançar uma grande escala populacional. Babbie (2001) afirmou que os surveys são semelhantes aos censos, porém, a diferença se dá pelo fato dos primeiros avaliarem apenas uma amostragem populacional. O autor também defendeu as pesquisas utilizando o survey como determinísticas, principalmente quando um achado é encontrado numa grande parcela amostral. A parcimônia está presente, pelo fato das diversas variáveis encontradas poderem suscitar desenhos explicativos que, cuidadosamente selecionados, servirão ao propósito da pesquisa.

Segundo Babbie (1999) as pesquisas de survey definem um tipo de pesquisa social empírica. Para ele:

Surveys são frequentemente realizados para permitir enunciados descritivos sobre alguma população, isto é, descobrir a distribuição de certos traços e atributos. Nestes, o pesquisador não se preocupa com o porquê da distribuição observada existir, mas com o que ela é. (BABBIE, 1999, p. 96).

A nossa pesquisa social empírica, conforme o termo utilizado por Babbie (1999) teve o objetivo de definir inicialmente o perfil socioepidemiológico das mulheres que participaram da pesquisa, ou seja, nas primeiras perguntas, as respondentes deveriam assinalar as opções que correspondiam à sua faixa etária, grau de instrução, região, estado civil, religião e etnia.

As perguntas posteriores entraram no contexto do aborto e, as participantes responderam se realizaram abortos anteriormente, se tinham filhos, se o aborto ou os abortos acarretou em comprometimento físico e/ ou emocional.

## 6.6. FORMA DE ANÁLISE DOS DADOS

A forma de análise dos dados ocorreu pela análise do discurso.

De origem francesa, a Análise do Discurso data da década de 60, demarcada pelo progresso da Linguística e voltada para compreensão do contexto em que ele é produzido. Há o reconhecimento do que está além do texto, das suas letras. No século XIX tanto a lingüística, quanto a psicanálise trouxeram uma contribuição fundamental, uma vez que

propiciaram o questionamento sobre o que está além do dito e, trouxeram uma nova noção de interpretação.

Pêcheux, M (1887, p. 15:28) nos afirmou que a análise do discurso pressupõe trabalhar o acontecimento e sua estrutura. Os acontecimentos ganham forma e figura, mas, se mantém na opacidade e em jogos de denominações: os enunciados. Ainda segundo o autor, dentro das materialidades discursivas dos enunciados, existem diferenças e particularidades, onde conteúdo, forma e estrutura enunciativa são imersas na subjetividade. Um grito em determinado momento da história, nem sempre vai representar uma palavra de ordem, há muito mais a ser descoberto, além da sintaxe formativa do grito.

Orlandi (2001, p. 19:29) mostrou a incompletude no processo de significação. Os sentidos não se fecham, os sujeitos e sua linguagem são atravessados por essa abertura e, a interpretação é a função dessa incompletude. A análise do discurso trabalha com o movimento tênue, demarcado pela paráfrase e polissemia, entre a dispersão e a incompletude, e, o principal se faz presente **nas repetições e diferenças**.

Lembrando que, para Pêcheux (1975) apud (E. Orlandi, 2001. p: 22) consciência e ideologia se materializam na língua, sem que um absorva o outro”. Na análise do discurso trabalha-se a deriva entre a passagem de função ao funcionamento. O funcionamento compreende as regras, que tornam possíveis qualquer parte, e não só as partes. Pêcheux (1969) apud (E. Orlandi, 2001. p: 23). O efeito metafórico se dá no deslizamento da língua à interpretação. O diferente se origina nesse processo de deslizamentos, produções e sentidos, onde os deslizes tem sua historicidade, sua simbologia e ideologias.

Com este efeito, ao mesmo tempo em que constitui o sentido, constitui o sujeito, podemos dizer que a metáfora (e a interpretação) também está na base de constituição do sujeito (nessa perspectiva do histórico, do equívoco, da relação língua/ discurso). (ORLANDI, 2001. P:2

Orlandi propôs através da análise do discurso:

Levar em conta o movimento de interpretação inscrita na relação do próprio sujeito com o discurso. O trabalho do analista é em grande parte o de situar (compreender)- e não apenas – refletir o gesto de interpretação do sujeito e expor seus *efeitos de sentido*. (ORLANDI, 2001. P: 25).

Os gestos e o silêncio foram considerados ao longo da análise, na interpretação como prática simbólica – discursiva. Nessa forma de análise é levada em consideração a ideologia, tal como se opera no sujeito histórico e social.

Esse trabalho não teve como proposta a descrição pura e simples, mas, como diz Orlandi “*a compreensão de gestos de interpretação constitutivos dos sentidos e dos sujeitos*

(...) *a compreensão de quais destes gestos trabalham a discursividade*” (2001. P: 28). Ressalta-se que a interpretação é carregada de filiações nas redes de sentido, de memórias discursivas, sendo o espaço da relação língua/mundo.

Na análise do discurso não há verdades absolutas do sentido; as interpretações estão abertas. Pode-se dizer que não há uma fórmula perfeita ou exata que nos levará a um resultado científico universal, visto que a incompletude se faz presente nesse universo. Não buscamos um discurso semanticamente correto, com frases bem estruturada e formuladas, mas, o contexto e a deriva, que envolveram a historicidade e a subjetividade entre entrevistador e entrevistados.

Desse modo, a análise do discurso no presente trabalho procedeu da seguinte forma:

- 1) Combinação de diversas práticas metodológicas, cruzando diferentes tipos de dados;
- 2) Triangulação dos dados;
- 3) Releitura;
- 4) Processo de demarcação dos dados, incluindo o que se destacou em determinados contextos.

## 6.7. SEQUÊNCIA DA PESQUISA EM PORTUGAL – QUESTÕES METODOLÓGICAS

Apesar de não ter sido previsto desde o início (e até então não ter sido enfatizado na tese por tal motivo), no terceiro ano do programa, as pesquisadoras realizaram uma parceria com a pesquisadora Dra. Madalena Duarte, do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, com fins de aprofundar o objetivo específico final. Ou seja, conhecer como ocorre o processo da interrupção voluntária da gestação, na perspectiva social e de saúde em Portugal. Então, esse período de estágio doutoral que ocorreu entre fevereiro de 2020 e novembro de 2020 será tratado a partir de agora como uma ramificação ou complementação do projeto maior, que abre portas para novos estudos.

Além das questões históricas que unem os dois países, Brasil e Portugal também possuem em comum a tradição religiosa, principalmente católica (ainda que no Brasil os adeptos das religiões protestantes sejam numerosos) e, o passado marcado pela ditadura; ocorridas em períodos próximos, impediram o avanço de algumas questões que já eram amplamente difundidas nos EUA ou em outros países europeus, como foi o caso do lugar social da mulher, aprofundando os diálogos sobre a saúde sexual e reprodutiva. Contudo, o país europeu ainda que a passos lentos deu respostas sociais e políticas quanto às restrições que eram impostas aos direitos das mulheres. Pressionado também por outros países da

União Europeia, em 2007 obteve sucesso no plebiscito sobre a descriminalização do aborto, após longas controvérsias, a alteração da lei repercutiu positivamente, inclusive na saúde pública.

Para conhecer a visão das mulheres (cidadãs) portuguesas e pesquisadoras no tema (atuantes em Portugal) sobre a IVG, fez-se o uso de entrevistas semiestruturadas e Survey, em dois momentos, que serão detalhados a seguir. A forma de análise foi a mesma da pesquisa maior: a Análise do Discurso.

### **6.7.1. Primeiro momento: Entrevista com cidadãs portuguesas**

Foi elaborado um roteiro com 5 perguntas semiestruturadas, com fins de aplicação presencial. A escolha das participantes ocorreu de forma aleatória, em um evento sobre o Dia Internacional da Mulher (08 de março) no Centro da cidade do Porto. Constataram como critérios de inclusão: a) Serem mulheres; b) Cidadãs portuguesas; c) Em idade sexual: dos 15 aos 55 anos. Após ouvirem sobre as questões éticas e preencherem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, 08 mulheres aceitaram prosseguir com as respostas, contudo, uma não se enquadrava nos critérios de inclusão e foi excluída.

### **6.7.2. Segundo momento: Survey com pesquisadoras, que atuam em Portugal**

Essa etapa foi mais tardia, uma vez que a pesquisadora já havia combinado as entrevistas com algumas profissionais de saúde mas, a notificação dos primeiros contágios em Portugal, durante a 1ª vaga do Covid-19 levou às medidas de isolamento vertical. Transcorrida a situação, o instrumento precisou ser readaptado porque se tornou inviável ter acesso aos profissionais nos serviços. Contudo, alguns profissionais de saúde não demonstraram a possibilidade de participar. Então, novas mudanças ocorreram e a pesquisa passou a contar com investigadoras atuantes no tema, em Portugal. Como instrumento foi criado um Survey, composto por 09 questões semiestruturadas. Como critérios de inclusão, as respondentes deveriam: a) Ter mais de 18 anos; b) Trabalhar direta ou indiretamente com a interrupção voluntária da gestação (IVG) em Portugal; c) Ter conhecimentos sobre o processo de descriminalização da gestação no país. Após a leitura do Termo de Consentimento, 04 participantes optaram por finalizar o questionário.

## 6.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em conformidade com as Resoluções 466/12 e 510/16, ressaltamos que o projeto em questão foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e obteve o parecer favorável CAAE 06099418.2.0000.5240 em 05/2019. A pesquisa de campo iniciou somente após a aprovação do devido Comitê.

### 6.8.1. Considerações éticas sobre a etapa realizada em Portugal

Em Portugal a pesquisadora esteve ligada à uma instituição de ciências sociais mas, como a pesquisa envolveu seres humanos, foi sugerido que a mesma elaborasse um Termo de Consentimento Informado, descrevendo a pesquisa e caracterizando questões éticas como o direito ao sigilo (ainda que as participantes tenham optado por manter os seus nomes), benefícios, impactos e resoluções frente aos mesmos na pesquisa, conforme consta no anexo.

### 6.8.2. Riscos da pesquisa

Pesquisas realizadas através de ambientes virtuais comportam riscos como: a possibilidade das informações não chegarem ao destinatário ou serem hackeadas. Para tal, o formulário foi produzido de forma que ficasse claro às entrevistadas o momento em que deveriam clicar para encerrar a pesquisa e enviar os seus dados.

Para evitar qualquer situação que envolvesse o roubo de informações, o formulário foi inserido em uma plataforma internacional, confiável, que segue os preceitos de segurança. Para evitar extravios ou acessos indevidos ao material recebido, foi criado um e-mail de uso exclusivo para o contato entre pesquisadora / participante e para o recebimento de sugestões, solicitações ou demais contatos que as participantes achassem necessário ao longo da pesquisa.

Ao responderem ao formulário do survey, as entrevistadas não deixaram os seus dados, nem informações capazes de identificá-las. Todas as informações referentes aos dados e respostas das participantes foram conduzidas a um HD externo, contendo senhas para o acesso.

As participantes foram orientadas a apagar ou excluir quaisquer dados sigilosos ou de natureza particular, que tenham enviado para a pesquisadora através do e-mail ou que tenham porventura deixado registrado na postagem da pesquisadora, nos grupos do Facebook.

Algumas perguntas podiam impactar as entrevistadas e, diante de qualquer desconforto, as participantes puderam optar por interromper o preenchimento. Caso uma das

entrevistadas relatasse à pesquisadora qualquer sofrimento psicológico demasiado, antes de iniciar as entrevistas, ou após ter participado, a pesquisadora se prontificaria a fornecer uma lista com locais para atendimento e/ou acolhimento psicológico, preferencialmente gratuitos porém, nenhuma situação foi relatada nesse sentido.

Como o tema em questão (aborto induzido) é criminalizado no Brasil, no intuito de zelar pelo absoluto sigilo das participantes, todos os dados capazes de identificar as participantes, também sofreram alterações. Na plataforma do survey foi configurada a opção de não registrar o IP dos equipamentos de onde vieram as respostas e, no próprio formulário do survey não inserimos qualquer área onde as participantes se identificassem enviando nomes e/ou contatos. Os nomes que constam na lista de participantes são fictícios.

Às entrevistadas ficou claro no TCLE a possibilidade de retirarem a participação até o momento de defesa da tese e publicação dos artigos gerados à partir dos dados fornecidos.

### **6.8.3. Benefícios da pesquisa**

O estudo enfatizou as lacunas existentes na área em questão. Diante das pesquisas nas bases científicas, nenhuma publicação resultante abordou somente as questões emocionais.

Em nível científico já foi comprovado que o aborto, em condições inseguras para a mulher, pode provocar prejuízos à sua saúde física e mental, principalmente quando envolve a criminalização. Nas produções analisadas há uma carência nos desdobramentos emocionais pós-aborto.

Diante do que foi exposto, presumimos que essa discussão ao sair de uma lógica comum, que envolve a política, a religião, a judicialização ou a moralidade, terá muito a contribuir para os campos das ciências sociais, psicológicas, para a saúde pública e coletiva.

Além disso, há uma necessidade já reconhecida por especialistas da área em dar voz a quem protagoniza o fenômeno. Atualmente, suas narrativas e discursos tem pouco espaço em meio ao universo científico de teorias e fatos.

Por fim, consideramos que essa pesquisa servirá de base para que a sociedade civil conheça as narrativas de mulheres reais que abortam e, além disso, pretendemos a partir dela, fornecer contribuições a fim de que outros pesquisadores possam dar continuidade às problematizações.

## **6.9. ETAPAS DA PESQUISA**

No que tange a sua realização, a pesquisa seguiu as seguintes etapas:

1ª Etapa: Revisão dos materiais que foram produzidos por outros autores, situando questões inerentes à saúde pública e aos direitos sexuais e reprodutivos. No âmbito emocional, foram trabalhados temas em articulação com a psicanálise, como a mulher, a maternidade e o luto.

2ª Etapa: Qualificação a partir de um projeto com as definições metodológicas aprovadas pela orientadora;

3ª Etapa: Encaminhamento da proposta para o Comitê de Ética e Pesquisa;

4ª Etapa: Após aprovação do devido Comitê, entrada no campo e contato / início das entrevistas com os sujeitos da pesquisa;

5ª Etapa: Levantamento das entrevistas e análise dos dados;

6ª Etapa: Realização do período de estágio doutoral em Portugal

7ª Etapa: Término da redação da Tese.

O período para a execução dessa pesquisa cumpriu os 48 meses.

#### 6.10. DEVOLUTIVA DA PESQUISA

Ao propormos um projeto científico levamos em consideração as suas finalidades. Um projeto científico que abrange determinados grupos sociais deve se comprometer em respeitar todos os princípios éticos. Além disso, reconhecemos a devolutiva como um momento essencial para a pesquisa. É na devolutiva que os sujeitos têm a oportunidade de verem a sua voz presente na produção. Na devolutiva honramos com a transparência e com a publicização / divulgação científica dos resultados da nossa pesquisa.

Com base no exposto, a devolutiva dos resultados do projeto, no presente momento está ocorrendo de três formas:

1. Convite aos universitários e demais pessoas que possam ter interesse pelo tema para estarem presentes na banca de defesa;

2. Os artigos originados (após a publicação) serão disponibilizados para as moderadoras incluírem na parte de arquivos e artigos dos respectivos grupos do Facebook;

3. Foi informado às participantes, por meio do TCLE, que as publicações poderão ser requisitadas diretamente às pesquisadoras, através do e-mail da pesquisa (que constou no próprio Termo de Consentimento).

## 7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 7.1 PRODUTOS DA PESQUISA

A partir dos pontos anteriormente explicitados na metodologia, a nossa proposta visou a elaboração de 04 artigos, estruturados da seguinte forma:

1º - Título – **Contextos e narrativas da indução do aborto entre mulheres brasileiras.** O artigo em questão aprofundou o trabalho de campo, por meio das narrativas das próprias mulheres, que induziram um ou mais abortos.

#### **Contextos e narrativas da indução do aborto entre mulheres brasileiras**

Contexts and narratives of abortion induction among Brazilian women.

##### RESUMO

O presente artigo é oriundo do desdobramento de uma investigação, que vem sendo realizada desde o ano de 2017 no Programa de Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP – Fiocruz). Entre os meses de junho e agosto de 2019 foi disponibilizado em alguns grupos e comunidades virtuais um link de acesso à plataforma Survey Monkey. No Survey foi elaborado um questionário com 17 perguntas, que dentre os objetivos situou a construção de relatos e narrativas sobre a contextualização de abortos induzidos. Participaram da pesquisa 81 mulheres brasileiras que induziram ao menos um aborto ao longo da vida. O perfil contemplado foi de mulheres predominantemente jovens, brancas, seguidas pelas pardas e negras, que em sua maioria haviam completado apenas o ensino médio. Embora alguns elementos não façam jus aos encontrados em outras pesquisas sobre o aborto, as narrativas ao serem trabalhadas através da Análise de Discurso trouxeram pontos fundamentais para a compreensão de fatores-chave que envolveram o fenômeno. Este trabalho é essencial visto que há uma lacuna nas publicações brasileiras sobre os discursos daquelas que de fato o vivenciaram.

Palavras-chave: Aborto, narrativas, análise de discurso, mulheres.

##### ABSTRACT

This article is derived from the development of an investigation, which has been carried out since 2017 in the Graduate Program of the National School of Public Health

(ENSP - Fiocruz). Between June and August 2019 a link to the Survey Monkey platform was made available in some groups and virtual communities. In the Survey, a questionnaire with 17 questions was elaborated, which included the construction of reports and narratives about the contextualization of induced abortions. Eighty-one Brazilian women who induced at least one lifelong abortion participated in the research. The profile contemplated was predominantly young, white women, followed by brown and black women, who mostly had only completed high school. Although some elements do not live up to those found in larger research on abortion, the narratives when worked through Discourse Analysis have brought fundamental points for understanding key factors that involved the phenomenon. This work is essential since there is a gap in Brazilian publications about the discourses of those who actually experienced it.

Keywords: Abortion, narratives, discourse analysis, women.

### ***1. Panorama brasileiro do aborto***

A discussão sobre o aborto no Brasil é complexa. Ainda que a prática seja criminalizada de acordo com o Código Penal (Brasil, 1940), com exceções previstas em lei apenas nos casos de estupro, anencefalia e risco de vida à gestante, é inegável que a indução ocorra em outros âmbitos. .

Em uma exposição recente, o Supremo Tribunal Federal (STF) convocou técnicos e especialistas, expertises no assunto, para que elencassem a discussão sobre a ADPF 442. No processo, representantes de um partido solicitaram a permissão da realização do aborto até a 12<sup>a</sup> semana de gestação partindo da decisão da gestante, sem que ela necessite de autorizações legais. A primeira exposição foi realizada por duas representantes do Ministério da Saúde (MS), que apresentaram dados atuais e relevantes. Em suas falas situaram a estimativa de 1 milhão de abortos por ano no Brasil, que resultaram até o momento em 250 mil internações anuais por abortos malsucedidos e uma morte a cada dois dias. Relataram ainda que as mulheres mais prejudicadas são as de baixa renda. Dados de 2005, do Serviço de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, já apontavam para números semelhantes, ressaltando 1.054.242 internações por abortos induzidos. A maioria desses casos ocorreu nas regiões Sudeste e Nordeste, com uma taxa anual estimada em 2,07 por 100 mulheres entre 15 e 49 anos (Brasil, 2009).

A Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), realizada em 2010, em domicílios urbanos brasileiros, contou com a resposta de 2002 mulheres, com faixas etárias entre 18 e 39 anos. Dentre os resultados, verificou-se que ao completar 40 anos uma em cada cinco mulheres realizou um aborto. 15% das participantes afirmou a indução de pelo menos um

aborto, dentre os quais metade ocorreu por vias medicamentosas. Os pesquisadores cogitaram que a outra parcela tenha envolvido métodos mais precários e ao menos 50% tenha resultado em internações (Diniz; Medeiros, 2010).

Tanto as pesquisas quanto a exposição dos dados institucionais refletem a magnitude do problema. É reconhecido que o aborto está entre as principais causas de morte materna no Brasil, segundo a OMS, em 2016 era a 5ª causa, passando para a 3ª em 2018.

Compreende-se que embora o aborto seja realizado por mulheres de todas as classes sociais, regiões, e raças, de acordo com a PNAD (2013) há uma proporção maior de abortos entre mulheres com menor renda e escolaridade. Segundo Diniz, Medeiros e Madeiro (2017) os últimos resultados de uma Pesquisa Nacional de Aborto, realizada em 2016 demonstraram maior frequência do fenômeno entre mulheres das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, pretas, pardas e indígenas.

Apesar das pesquisas terem refletido aproximações com o universo numérico e o perfil das brasileiras que induziram um aborto, poucos trabalhos aprofundaram as narrativas dessas mulheres, que estão por trás dos dados. Um dos motivos pode ser explicado pela criminalização e dificuldade de acesso a essas mulheres:

*Objeto de forte repercussão social, o aborto no Brasil implica dificuldades para a obtenção da informação e de relatos por parte das mulheres. Situações de ilegalidade exigem cuidados metodológicos específicos, com implicações éticas, que resultam numa maior dificuldade de obtenção da informação. (Menezes; Aquino, 2009:194).*

Ainda que os relatos expressem um pequeno universo, o artigo em questão objetivou dar voz às mulheres brasileiras, que induziram ao menos um aborto ao longo de suas vidas. As narrativas analisadas, refletiram os contextos que determinaram três importantes momentos: a decisão, o aborto e o pós-aborto.

## **2. Metodologia.**

O artigo consiste em uma pesquisa descritivo analítica. Esta é a segunda produção, decorrente de uma investigação sobre o aborto induzido, que vem sendo realizada desde 2017 no Programa de Doutorado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arôuca – ENSP / Fiocruz. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da instituição e, obteve o parecer de número CAAE 06099418.2.0000.5240.

Como instrumento para a coleta de dados, foi elaborado um Survey. O questionário semiestruturado contou com dezessete perguntas, que inicialmente visavam determinar o perfil das respondentes, além de conhecer as opiniões pessoais ligadas à temática e, por fim, contextualizar as experiências de aborto das participantes. Em junho de 2019 o questionário foi inserido em uma plataforma paga, internacionalmente conhecida, que propicia a criação e o gerenciamento de surveys. O link do Survey foi disponibilizado em grupos e páginas do Facebook, que abordam o tema de forma menos conservadora. As pesquisadoras chegaram aos devidos grupos, utilizando como busca os termos: *aborto, legalização do aborto, aborto inseguro, aborto clandestino, direitos sexuais e reprodutivos*.

O Survey permaneceu ativo por 03 meses e, nesse período as pesquisadoras tiveram o retorno de 81 questionários, o que detalha o número de participantes.

Como critérios de inclusão, as participantes deveriam ser brasileiras, com idade igual ou superior a 18 anos, ter induzido ao menos um aborto ao longo de suas vidas e demonstrarem ciência e concordância com os pontos estabelecidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram esquematizados dentro de um panorama geral, que possibilitou conhecer o perfil das 81 respondentes. Todavia, foram verificadas 22 omissões nas questões abertas, totalizando 59 questionários completos.

As narrativas descritas pelas participantes foram trabalhadas no âmbito da análise de discurso.

### **3. Perfil das participantes**

No período em que responderam, 59 mulheres o que equivale a 64,2% das respondentes), se enquadraram na faixa etária dos 18 aos 25 anos, 12 tinham entre 26 e 30 anos, 15 mulheres possuíam entre 31 e 50 anos e apenas uma afirmou ter 55 anos ou mais. Com relação ao estado civil, 62,9% se disseram solteiras, seguido por 23,4% em união estável, 8,6% casadas e 4,9% divorciadas. Sobre o nível de escolaridade, mais da metade das respondentes disseram ter cursado somente o ensino médio (50,4%), seguidas por aquelas que possuíam ensino superior (27, 1%), pós graduadas (17,2%) e das que tinham cursado apenas o ensino fundamental (4,9%). 43,2% das participantes se auto declararam brancas, 35,8% pardas e 20,9% negras.

A pesquisa contemplou mulheres de todas as regiões: 47,5% residiam no Sudeste, 21,2% no Sul, 11,2% no Nordeste, proporção esta que se repetiu entre residentes do

Centro-Oeste, 6,2% no Norte e 2,5% disseram estar residindo no exterior no momento da pesquisa.

Quando questionadas sobre qual religião se identificavam, 14 mulheres não souberam ou quiseram responder, 34 se definiram sem religião, 1 disse pertencer ao judaísmo, 1 budista, 13 eram praticantes do catolicismo, 8 se definiram evangélicas, 4 se definiram pagãs ou neo pagãs, 4 se disseram espíritas, 1 mencionou a prática da umbanda e por fim, 01 mencionou ter religião mas, não se prendeu à uma denominação.

Ao serem questionadas sobre filhos, 69,6% afirmaram que não eram mães, contra 30,3%. Duas mulheres preferiram não responder.

Na oitava questão, as mulheres deveriam responder se ao considerarem o último aborto, haviam feito mais algum além dele; 72 mulheres ou 90% das respondentes situaram a experiência de aborto como única e apenas 08 mulheres (10%) induziram mais de um aborto.

Após o aborto 27 mulheres referiram a necessidade de buscar um serviço de saúde, e a maioria respondeu que o serviço procurado pertencia à rede pública. Houve uma leve discrepância entre as que se sentiram acolhidas e bem tratadas nos serviços (15) e as que consideraram que não foram bem recebidas (12). Ainda sobre as questões relacionadas à saúde, 08 mulheres consideraram que o aborto lhes acarretou algum comprometimento de ordem física.

A penúltima pergunta buscou compreender se na visão das participantes, a criminalização seria capaz de impedir o aborto. As opiniões revelaram contradições, dentre as quais 03 preferiram não responder, 36 afirmaram que sim e 42 escolheram o “não” como resposta.

Como perfil predominante entre as respondentes, tivemos mulheres jovens, brancas, seguidas de pardas e negras, com o ensino médio, seguido por graduandas e pós-graduandas, solteiras ou em união estável, religiosas, que residiam principalmente na região Sudeste, que não eram mães e haviam passado somente por uma experiência de aborto ao longo das suas vidas. Um dos fatores cogitados para que alguns elementos desse perfil não coincidam com o que é de praxe nas principais pesquisas sobre o aborto está no campo designado para a pesquisa. Embora no Brasil o número de usuários nas redes sociais seja grande, o acesso à internet ainda não é democratizado. A internet detém um nicho usual, de usuários que podem em sua maioria pagar pelo acesso. Em municípios mais carentes, com menos recursos, geralmente o uso da internet é mais escasso. Dessa forma as pesquisas presenciais conduzidas por entrevistadores ou com a técnica de urna

atingem um universo mais amplo de mulheres. Outro fator poderia ser a escolha dos grupos e páginas, que secciona um determinado público, nesse caso mais aberto e com posições mais favoráveis à descriminalização do aborto.

Apesar da pesquisa contemplar um “outro perfil de mulheres”, ela também se tornou essencial, uma vez que se debruçou em um campo pouco explorado dentro que é a produção de narrativas sobre a indução do aborto, na voz daquelas que o experienciaram.

#### 4. *Narrativas*

Na conclusão do Survey, foi solicitado às participantes *que comentassem a sua experiência diante da interrupção da gestação*. Também foi questionado *como se sentiam em relação a tal fato*. 59 mulheres se propuseram a responder, 22 preferiram se abster. Na Análise do Discurso, tanto os relatos, quanto as abstenções são dotados de sentido.

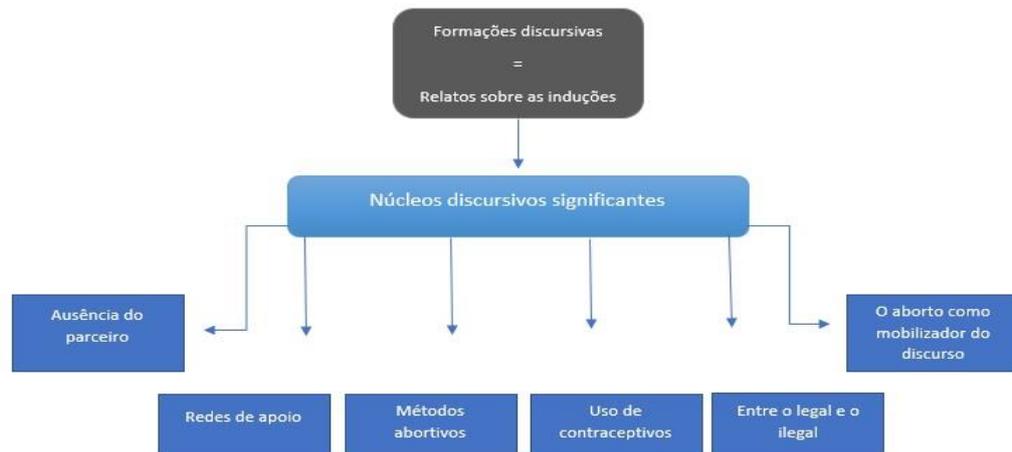
Datada na década de 1960 e de origem francesa, a Análise do Discurso (AD) demarca não só o progresso da Linguística, mas, o contexto que se apresenta nos textos, para além das letras e palavras. São os sentidos subjetivos, permeados pela interpretação psicanalítica e social de um fato. Seu protagonista, Pêcheux (1987) afirmou que a análise do discurso pressupõe trabalhar o acontecimento e a sua estrutura. Os acontecimentos ganham forma e figura, mas, se mantêm na opacidade e em jogos de denominações: os enunciados. Ainda segundo o autor, dentro das materialidades discursivas dos enunciados, existem diferenças e particularidades, onde conteúdo, forma e estrutura enunciativa são imersas na subjetividade. Um grito em determinado momento da história, nem sempre vai representar uma palavra de ordem, há muito mais a ser descoberto, além da sintaxe formativa do grito.

A AD fornece compreensões possíveis para as abstenções. Nesse caso, após tantas perguntas que aproximaram as participantes das suas lembranças, a ausência de uma resposta, ou o silêncio poderiam hipoteticamente refletir o cansaço, a discordância em dividir uma vivência mais íntima ou a resistência em se deparar com elementos que estão no passado e são alvos de condenações morais.

Gregolin (2007:15) destacou que as formações discursivas sustentam as construções ideológicas em determinadas épocas. Em dados momentos históricos, algumas ideias são expostas e enunciadas, já outras devem ser proibidas e caladas. As verdades são produzidas socialmente e contempladas nos enunciados.

Para além das abstenções, o conteúdo escrito e descrito pelas 59 participantes, estabeleceu o que gostariam de expressar. Compreendendo as narrativas como o objetivo central desta produção, construiu-se o seguinte esquema para análise:

Quadro 1. Guia para análise (construído pelas autoras)



Uma vez que as *formações discursivas* foram os relatos descritos pelas mulheres, os núcleos significantes são elementos essenciais, encontrados pelas analistas. Orlandi (2003) apontou os conceitos ligados ao material bruto a ser trabalhado, de forma que representassem formulações sob as quais um determinado discurso foi fabricado.

Os núcleos significantes não são necessariamente os elementos que mais aparecem nas respostas das entrevistadas, mas, as formulações chave para tal construção. Ainda que os núcleos sejam os mesmos, o aborto na fala de uma mulher não se construiu de forma semelhante, na fala de outra, conforme evidenciado na análise a seguir:

### I. Ausência do parceiro

Ainda que algumas narrativas tenham apresentado o lugar do casal na decisão, a lacuna masculina também ganhou relevância. Em alguns relatos, a figura masculina não foi mencionada. Em outros, houve a negação da gestação como uma forma de se afastarem do lugar de “pais”.

Roberta, hoje estabilizada, engravidou de um rapaz com quem se envolveu, de classe média alta, usuário de drogas. Referiu que “o aborto foi pago pela família dele e, no dia seguinte, ainda necessitando de auxílio, não pôde contar com ele” relatou a negligência quando ainda com dores teve que ir “sozinha no transporte público, em pé, cruzando uma longa distância até a sua casa (...) e depois do aborto, nunca mais o viu”.

Vivian e Andressa, mulheres, na mesma faixa etária (18-25 anos) descreveram a negação por parte dos seus parceiros mas, no caso de Vivian a gestação ocorreu em uma relação de pouco tempo, ambos estavam em uma festa e esqueceram o preservativo. Como consequência “ele negou que o filho fosse dele”. Para Andressa, a negação por parte do namorado veio em uma relação mais estável, porém, marcada por abusos psicológicos.

Maria e Irene refletiram “a instabilidade dos seus parceiros”. Maria não contou com o apoio do ex. Irene se viu dentro de um quadro extremo, quando o ex não só disse que a paternidade não lhe pertencia, como também a expôs socialmente para um grupo de amigos, após ter realizado o aborto.

Já Michele revelou o quanto a situação foi “desesperadora”, e lembrou “que ele só repetia que não queria e, como se sentia emocionalmente fraca, optou pela interrupção”.

Uma das entrevistadas (Denise), citou a decisão como proveniente do homem com quem estava se relacionando, uma vez que ele comprou os remédios e a fez tomar, sumindo em seguida.

A ausência por parte dos parceiros apareceu como um núcleo significante essencial na compreensão dos fatores que colaboraram com a decisão pela interrupção. Coube analisar também as derivações provenientes desse núcleo, “ditas pelo não dito”, que equivaleram também às lacunas desse outro nos discursos. Algumas citações envolveram somente as suas protagonistas, apenas as mulheres, comentando sobre seus sentimentos, sobre o apoio (ou não) de amigas e familiares e a forma como o aborto foi realizado. A omissão em relação aos homens mostrou o que se dizia pelas ausências, ou seja: a escolha anteriormente feita por um homem (ao sair daquele contexto ou ao abortar aquele lugar que lhe era devido) repercutiu diretamente no posicionamento da mulher e no modo como se sentiu.

Nonnenmacher et al (2014) ao realizarem entrevistas com 31 mulheres do RJ e de SP, verificaram que a falta de participação ou ausência dos parceiros foi um ponto fundamental no processo decisório. Ainda que algumas entrevistadas fossem casadas ou estivessem em uma relação estável, a distância dos parceiros fez com que optassem por não levarem a gestação adiante, fato que se inter-relacionou às condições financeiras e econômicas. Resultado semelhante também foi encontrado por Pereira (2012), quando ao entrevistar 09 mulheres em uma maternidade pública de Salvador, obteve como um dos fatores decisórios para o aborto, a violência sofrida pelos parceiros ou a negligência deles

diante da decisão de ter ou não o filho. Apesar de ter analisado o lugar no parceiro na interrupção do aborto entre jovens, Heilborn (2012) citou algo que se aplica bem, não só na indução do aborto por jovens: o vínculo dos parceiros como um contrato para que a gravidez seja “assumida” ou não. Nos casos em que não há aceitação da gravidez, o vínculo entre o casal é colocado em questão. A participação dos homens é um ponto central observado no processo, que se estende da escolha ao apoio após a consolidação da interrupção. Os parceiros, quando descritos nas narrativas desempenharam diversos papéis, como: o acesso à informação e a pesquisa dos itinerários abortivos, a busca por profissionais ou clínicas que pudessem receber a mulher, o auxílio financeiro e o apoio durante e após o procedimento. Porém, nos casos em que esse parceiro não está presente, nem sempre as mulheres estão desassistidas. O próximo núcleo de sentido diz respeito à essa noção de rede.

## II. Redes de apoio

Ao trabalhar o material originado dos discursos, evidenciou-se a constituição de redes informais. A noção de rede veio da percepção das pesquisadoras diante de uma ou mais pessoas, que auxiliaram algumas participantes, principalmente antes e durante a interrupção. Ainda que não tenha sido falado, os sentidos atribuídos às redes de apoio tiveram como noção central o estabelecimento da confiança.

Para algumas participantes, o parceiro ocupou um lugar fundamental não só no acolhimento mas, na escolha do método abortivo, assim como foi situado por Heilborn (2012). Beatriz relatou que ao engravidar quem não queria o aborto era o parceiro e não ela. Mas “mesmo não concordando com o aborto, ele ficou ao meu lado e me apoiou na minha decisão”.

Todavia, outras pessoas importantes formalizaram esses vínculos de confiança. Cátia estabeleceu uma rede nos dois abortos que realizou “o primeiro ocorreu na adolescência e tive o apoio da minha família, esse segundo foi com o apoio do meu marido”.

Maria, Janaína e Camilla conseguiram o apoio de profissionais de saúde. Maria contou com o auxílio de um médico contudo “ele encontra-se preso por ter realizado outros abortos”. Janaína realizou o procedimento com um amigo, que era profissional da área. Camilla disse ter “realizado o aborto em uma clínica, com uma boa assistência”.

Bruna, ao engravidar na adolescência “contou com o apoio de uma professora, após os colegas ficarem sabendo da gestação”.

As redes se constituíram não só fisicamente, como também nos meios virtuais, como foi o caso de Estér, Rafaela e Janaína, que buscaram ajuda na internet. As duas últimas conseguiram o amparo de outras mulheres que se aproximavam do tema. Os vínculos virtuais foram traçados no sentido de receberem acolhimento, tirarem dúvidas referentes ao procedimento e aos métodos mais seguros para tal.

### III. Métodos abortivos

É reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012) que na idade gestacional de até 12 semanas (abrangendo 14 em alguns casos), o método abortivo mais seguro é o medicamentoso. Assim como na presente pesquisa, Pereira (2012); Santos e Brito (2016) e Menezes (2006) também descreveram a preponderância do aborto medicamentoso.

No entanto, a criminalização restringiu o acesso à medicação e gerou o comércio paralelo. Vendidas a um alto custo, nem sempre as drogas são originais. Ângela evidenciou que a sua primeira tentativa foi inválida: “um amigo me ajudou mas, a primeira medicação que utilizei era falsa (...) na segunda medicação eu consegui abortar”. A segurança do método medicamentoso também envolve os fatores externos, tais como a possibilidade de que a mulher possa contar com serviços de saúde, caso haja alguma intercorrência no uso. O medo da denúncia demonstrou que diante de complicações, a maioria das mulheres preferiu agir por conta própria e, as que foram aos serviços de saúde não puderam confirmar a veracidade do fato. Lia e Cátia, ao fazerem o segundo aborto, tiveram retenção do embrião. Ambas buscaram serviços de saúde. Cátia “passou de um serviço para outro até ser atendida mas, pensava no medo de ser presa”.

Já Renata estava sozinha, sentiu dores intensas e teve infecção urinária após tomar a medicação.

Outra intercorrência foi narrada por Joyce, que após o uso da medicação procurou um serviço público de saúde e não se sentiu bem tratada: tive que fazer uma curetagem e, na curetagem descobri que havia mais de um embrião.

Visando reduzir os riscos frente ao uso da própria medicação, um site internacional se propôs a ajudar mulheres que queriam interromper a gestação, por meio de aconselhamentos e suporte seguro para tal. O apoio de mulheres que já passaram por tais circunstâncias ou que puderam fornecer informações confiáveis também foi descrito como uma ação estratégica para minimizar os riscos durante e após o procedimento.

Na contramão das experiências medicamentosas, outras participantes compartilharam os seus itinerários abortivos e as consequências provenientes.

Para Dora, a medicação foi a última alternativa: “fui ver na internet o que poderia fazer para interromper a gestação e fiz de tudo que vi, desde chás, comidas, atividades, até que cheguei em alguém que tinha a medicação mas, tomei 3x e não adiantou (...) na terceira medicação sangrei muito, fui ao hospital fazer curetagem e sangrei até um mês depois”.

Laura relatou ter feito o aborto com uma planta tóxica, Lilian contou que “não tinha dinheiro para a medicação, então tomou chás até ter uma hemorragia e o coágulo descer”. Vanessa relatou que fez sozinha, não tinha como pagar pelo aborto, teve dores e, passo o aborto, acredita que ainda hoje sofre algumas complicações, mas, não teve acesso a um serviço de saúde público ou privado para fazer exames após o ocorrido.

No caso de Sandra, a gestação era improvável, assim como outras participantes, citou o uso do método contraceptivo, que ao falhar a fez recorrer aos vários métodos abortivos caseiros (não detalhou quais) e, por fim o chá foi o que possibilitou o sangramento e assim finalizou a gestação.

Nos *métodos e detalhamento do aborto* a segmentação no perfil das participantes ganhou relevância. Há um reconhecimento de que as mulheres que mais sofrem com o aborto clandestino são aquelas com menos recursos e menor escolaridade e os relatos vão ao encontro dessa afirmação já conhecida.

O desespero e a falta de informação levaram as últimas mulheres a tentarem diversos métodos incertos, chegando a introduzir no útero plantas de alta toxicidade, tomaram diversos compostos, chás que viram na internet ou foram indicados por terceiros e, que após grande quantidade causaram dores, hemorragia e outras sequelas. Se um método seguro e cientificamente comprovado é capaz de gerar agravos – se utilizados de forma equivocada e sem orientação, os métodos sem comprovação científica, colocam esse grupo de mulheres na linha tênue entre a vida e a morte. E foram tais mulheres que em seus relatos sequer citaram a busca por um serviço de saúde ou quiçá tiveram acesso aos mesmos. Foi deste último grupo que ao serem questionadas sobre a presença de sequelas físicas resultantes do aborto, algumas mulheres responderam que as vivenciam até hoje.

#### IV. Uso de contraceptivos

Quando o aborto é debatido na sociedade brasileira, dois discursos (envolvendo o senso comum) são postos em cena; ambos dizem respeito aos contraceptivos. O primeiro vem com a afirmação de que “a legalização faria com que o aborto virasse um método contraceptivo”. O segundo rechaça socialmente as mulheres

que engravidaram e afirma que elas “deveriam se prevenir antes das relações sexuais”. Ambos foram postos em questão a partir dos relatos das participantes.

Sobre o 1º discurso: 90% das participantes da pesquisa afirmaram que o aborto sobre as quais estavam falando era um dado único em suas vidas. As 10% restantes relataram que o mesmo se repetiu uma vez. Portanto, o argumento de que “os abortos se tornariam repetitivos” não se sustenta já que na própria ilegalidade são vistos como escolhas complexas e invasivas. Com relação ao 2º discurso, ainda que algumas entrevistadas tenham reconhecido o esquecimento ou ausência do método, esses dados foram em menor quantidade se comparados aos que indicaram o uso. O discurso de Sandra, ao narrar que a gestação era impossível porque utilizava anticoncepcional não foi único. Laura, a mesma participante que apelou para as “plantas tóxicas”, frente à indução problematizou que “não deveria ter engravidado porque usou métodos contraceptivos na relação”. Outra participante, Roberta, situou o uso da pílula do dia seguinte após uma relação sem proteção e, ainda assim, teve a gestação confirmada. Renata também alegou ter recorrido à contracepção de emergência, que se mostrou falha.

No caso de Ruth, o método era diferente, em suas palavras: “usava o DIU hormonal e ainda assim engravidei”.

A produção científica sobre abortos induzidos no Brasil retrata associações entre o aborto e a contracepção. O auge de publicações nesse sentido, em periódicos da saúde, ocorreu entre meados de 1960 até o ano 2000 (Barretto; Figueiredo, 2019, no prelo). Fato comum nessas pesquisas foi o lugar das mulheres na contracepção. Bastos et al (1985) entrevistaram 500 mulheres sexualmente ativas no sentido de compreenderem se utilizavam algum método para evitar a gravidez, qual método preferiam e, qual a incidência de aborto existia entre o grupo. Hutchinson (1964) entrevistou mulheres casadas e, concluiu que o aborto geralmente ocorreu por decisão das mulheres, principalmente frente ao fato de não quererem ter um filho ou não poderem ter mais filhos. Ainda na pesquisa, verificou que as mulheres mais propensas à gestação indesejada eram as negras, com menor escolaridade e de baixa renda, que já haviam tentado alguns métodos contraceptivos e, viam no acesso à pílula uma boa alternativa para evitarem a gravidez indesejada.

Cechim (1997) em sua tese enfatizou que embora não haja concordância social frente ao aborto, ele é praticado como forma de “reverter” uma contracepção falha, por mulheres que não tem condições e precisariam abdicar das suas carreiras para cuidar de um filho. A pesquisadora aprofundou o uso dos métodos contraceptivos por mulheres e

concluiu que em sua natureza sexual os homens são mais livres. Ao longo da história, os contraceptivos femininos significaram a possibilidade de auto cuidado para as mulheres, permitindo adiar a gestação e, o que deixariam em segundo plano por conta dela. Sobre a contracepção masculina: (a camisinha), de maneira geral, não é bem aceito pelos homens, talvez porque eles não se sintam responsáveis pela contracepção, pois julgam que esta área é da competência exclusiva da mulher. (Cechim, 1997:87).

No Brasil, o controle da natalidade não ocorreu no ritmo dos Estados Unidos e da Europa. Coelho et al (2000) descreveram o maciço acesso aos métodos contraceptivos por brasileiras, somente em meados da década de 60. Apenas uma década depois houve algum programa público no sentido de apoiar timidamente o uso desses métodos por mulheres com muitos filhos. Enquanto as mulheres ganhavam o foco no papel da contracepção, os homens eram convocados de forma lenta a dialogarem sobre reprodução humana; como exemplo, na década de 80 o planejamento familiar discutiu a paternidade responsável.

As narrativas das participantes sobre o núcleo “uso de contraceptivos” exibiram muito mais do que a ausência dos métodos ou as falhas ocorridas. Quando mulheres principalmente solteiras relataram o uso, sempre se colocaram na 1ª pessoa do singular “eu”. Quando mulheres casadas abordaram o esquecimento ou a utilização, sempre se colocaram na 1ª pessoa do plural “nós” mas, sobre essa questão, os homens não apareceram sozinhos, na lógica da contracepção. Ou os homens estiveram colados à figura da mulher ou sequer foram mencionados. Na AD essa situação concorda claramente com o que foi elaborado pelos pesquisadores descritos acima: ao passo que a perspectiva histórica e social, com o acesso aos contraceptivos femininos abriu a possibilidade para as mulheres terem mais liberdade sobre os seus corpos e as suas decisões sobre a maternidade, também abriu precedentes para que uma boa parcela dos homens se distanciassem do debate. Foi estabelecido um contrato informal ao longo do tempo, que referiu as mulheres como socialmente responsáveis pela gravidez e, conseqüentemente pela tomada de decisão ligada ao aborto. O uso (ou não) dos contraceptivos nas narrativas vêm seguidos de explicações que demonstram o quanto essa responsabilização é assumida e se concretiza como um peso para as mulheres. Por mais que os serviços de saúde venham enfatizando a importância do homem na contracepção ou no planejamento familiar, ainda há uma relutância masculina quanto ao uso da camisinha como forma de prevenir a gestação, ficando esse método destinado

principalmente ao controle de infecções sexualmente transmissíveis e, a pílula ou o DIU (métodos femininos) responsáveis por evitarem a gestação.

O questionário repassado às oitenta e uma mulheres não contemplou perguntas sobre métodos contraceptivos, contudo, um equívoco presente nas próprias pesquisas sobre o aborto é a inclusão de perguntas sobre métodos contraceptivos, dirigidas majoritariamente às mulheres. Não é incomum questionar se as participantes utilizavam algum método ou se o método falhou mas, as próprias pesquisas científicas invisibilizaram por muito tempo a inclusão do homem como responsável (em igual proporção) pela gestação.

Conclui-se então o quanto os diferentes atores sociais ainda mantêm um discurso engessado, fruto da mentalidade social que ainda paira na sociedade, condicionando as mulheres à responsabilidade demasiada (e quase única) que envolve desde a contracepção até a criação dos filhos, quando optam por tê-los.

#### V. *Entre o legal e o ilegal*

Os discursos sociais dão conta do que as mulheres devem fazer com os seus corpos. Há a reprodução do lugar da mulher na contracepção, na maternidade, há a instituição de regras de conduta, que se circunscreveram nas leis. Com aportes legais, apenas em 03 situações a interrupção da gestação é permitida atualmente no Brasil: a) quando decorrente do estupro; b) quando a gestação representa risco de vida para a mulher; c) quando a anencefalia é constatada (nesse item não se fala de aborto mas, na antecipação do parto). O Código Penal (1940) prevê o aborto provocado pela gestante ou por terceiros como um “Crime contra a vida”.

Três documentos orientam que as mulheres em situação de violência sexual sejam atendidas de forma humanizada nos serviços públicos de saúde e interrompam a gestação dentro dos meios legais, se desejarem. A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2011) situou a importância dos profissionais, diante do aborto legal, fornecerem as informações necessárias às mulheres sobre os melhores métodos abortivos, deixando-as escolherem e respeitando-as em suas decisões, abstendo-se de qualquer juízo moral ou de valores. A Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultante da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (Brasil, 2005) , foi complementada por meio da Norma Técnica de Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coletas de Vestígios (Brasil, 2015) que salientou os fluxos de atendimento, a importância da realização da escuta qualificada, e o respeito à autonomia da mulher. Caso haja a eventual escolha pela

interrupção da gestação, essa deve ser realizada em serviços previstos por lei, oferecendo instalações, equipamentos e recursos suficientemente qualificados para tal fim.

A teoria, no entanto, ocupa um lugar bem diferente da prática. A repórter Anelize Moreira (2019) acompanhou o que intitulou “calvário das mulheres que decidem pelo aborto legal no Brasil”; ao entrar em contato com a coordenadora do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher, da Defensoria Pública do Estado de São Paulo soube do descumprimento de diretrizes do governo para o atendimento à mulher vítima de violência sexual. Em casos de estupro, o aborto é permitido até a 22ª semana mas, algumas instituições de saúde só o realizam até a 12ª, outras exigem o Boletim de Ocorrência para comprovar o estupro ou ainda uma ordem judicial, quando na verdade essa exigência viola a Lei em vigor, que garante o atendimento integral da vítima no SUS, sem exigir para tal o Boletim de Ocorrência. A jornalista verificou que o aborto legal foi de difícil acesso porque nem todos os profissionais ou hospitais se propuseram a realizá-lo; geralmente os hospitais que fazem o procedimento estão nas grandes capitais e, as mulheres do interior têm dificuldades no deslocamento.

Em outra reportagem, também veiculada recentemente, a repórter Cláudia Collucci da Folha de São Paulo, problematizou o fato de apenas 76 instituições afirmarem a realização do procedimento, dentre as 176 instituições cadastradas no CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) – Ministério da Saúde.

Assim como na outra reportagem, foram encontradas dificuldades nas próprias instituições que disseram realizá-lo; Uma das instituições só aceita fazer o procedimento se a mulher tiver passado pelo Corpo de Delito, outras 16 instituições solicitam o Boletim de Ocorrência (BO) e ainda houve conhecimento das que se negaram a fazer porque o depoimento da mulher no serviço de saúde não foi compatível com o prestado na delegacia.

A impossibilidade do aborto legal sustentou o 5º núcleo de sentido. Sarah, Júlia, Helena e Thaís, além de terem em comum o fato de serem negras ou pardas e estarem dentro da mesma faixa etária (18 aos 25), também apresentaram relatos de abusos sexuais, culminando em gestações não desejadas, que tiveram como desfecho a indução de um ou mais abortos.

*Eu era abusada por uma pessoa da família, contei para todos e nunca acreditaram. Quando consegui sair de casa, ele me estuprou novamente, disse que eu teria um filho dele para*

*não ficar com mais ninguém (...) tomei a pílula do dia seguinte e não deu certo, o que deu certo foi o aborto medicamentoso. Denunciei mas, a minha denúncia não foi levada a sério ”(Sarah).*

Assim como Sarah, o relato de Júlia explicitou a busca pela denúncia, primeiramente comunicou aos familiares, em seguida buscou a delegacia local. Os desfechos resumiram mais um impeditivo para o aborto legal: a falta de acolhimento e, da escuta qualificada para as vítimas. A denúncia por si só já é difícil, há a morosidade do processo e, quando as mulheres decidem formalizá-la, em alguns casos não são vistas como verossímeis por quem as recebe. Na voz de Júlia:

*O Estado não acreditou no meu relato de estupro e negou o meu pedido de aborto, fui abusada aos 16 anos (...) minha família dizia que a mulher tinha que morrer junto, caso fizesse o aborto, então fiz sozinha, tentei suicídio porque não desejava a gestação.*

Já Helena, procurou serviços de saúde públicos e sentiu que não foi bem atendida. Desde criança era estuprada pelo padrasto, a sua história não comporta apenas uma gestação proveniente dos abusos sexuais, sobre os desfechos para tais referiu que “estava sempre sozinha, se não fizesse os abortos, hoje teria filhos que não saberia cuidar”.

Com a sistematização dos dados gerados na pesquisa, questões pouco debatidas em um contexto social mais amplo se acentuaram. Enquanto as dificuldades no aborto legal foram e continuam sendo abordadas por jornalistas, profissionais da área jurídica e demais áreas, o núcleo de sentido gerou elementos introdutórios para que ocorra uma reflexão sobre como as falhas no acesso ao que é de direito levam à ilegalidade, quando se fala do aborto.

As mulheres descritas anteriormente, ao sofrerem os abusos sexuais reconheciam os seus direitos e, o direito que deveria ser universal foi posto em questão.

Além das mulheres que reconhecem os seus direitos e não conseguem acessá-los, o legal pode ter se tornado ilegal para mulheres que estão ainda mais vulneráveis, como foi o caso de Thaís, que aos 12 anos foi estuprada pelo pai e, em suas palavras “forçada a tomar o remédio (...) ficando confusa com tudo porque não entendia o que estava acontecendo”, fato este que ainda não conseguiu assimilar até hoje.

Uma outra categoria de mulheres chegou à pesquisa. Nessa categoria foi relatada maior solidão em relação à decisão, ao aborto e ao pós aborto. Tais mulheres guardam as marcas da violência sexual e da negligência por parte do Estado, seja pela omissão diante da denúncia ou pelo desamparo inicial (que culminou na violência sexual).

Apesar de se reconhecerem na ilegalidade e terem acessado o link por tal motivo, essa categoria ganhou um núcleo de sentido à parte e não se relaciona com os demais, por

não caber a decisão conjunta com parceiros, não ter na maioria das vezes alguém como “ponto de apoio” para o aborto, não discutir os métodos contraceptivos e, não aprofundar a discussão sobre os métodos abortivos. Subjetivamente afirmaram a ambivalência que envolve a assimilação das diversas naturezas da violência (psicológica, sexual, negligência, física) por elas sofridas e, o alívio gerado com a indução do aborto, tendo a gestação como “resquício ou produto” das violências.

Às pesquisadoras, a categoria foi essencial na produção de narrativas sobre o aborto induzido, contudo é sugerido que as suas vozes sejam aprofundadas em outras investigações sobre o tema.

#### *VI. O aborto como mobilizador do discurso*

O último núcleo de sentido decorreu das respostas de Aline e Paloma, ambas mães, com idade acima dos 26 anos e ensino médio. Segundo Aline “vi a pesquisa e me interessei em responder, ainda não realizei o aborto mas, estou nos procedimentos”. Paloma também estava se organizando para tal “eu pretendo fazer e estou com a consciência aliviada porque não quero ter”.

Tal situação demonstra o quanto a confirmação de uma gravidez e a decisão pelo aborto mobiliza as mulheres. Esse núcleo transversaliza os demais, define como se dá a escolha, o que a envolve e, nesses dois últimos relatos houve mais uma vez a omissão da figura masculina e a busca por locais ou pessoas que servissem como ponto de apoio, o que se confirma pela presença das mesmas nos grupos escolhidos. Os dois casos demonstraram que desde o início há uma limitação aos que podem ouvir sem representar risco e, os que geram insegurança, não obstante tais participantes, assim como tantas outras, não chegaram aos serviços de saúde antes, durante e após o aborto pelo medo da denúncia.

Um dos critérios de inclusão era a indução de ao menos um aborto ao longo da vida e, ainda assim, duas participantes preencheram o questionário do Survey mencionando que o aborto já situava uma decisão tomada. Após repensarem, as pesquisadoras finalizaram o debate por meio desse núcleo já que todas as narrativas explicitaram a mobilização que o aborto produz, desde o momento em que é uma ideia, até a sua consolidação, que não finaliza no procedimento em si mas, nas reinterpretações e derivas que são realizadas constantemente ao longo da vida; subscrevendo Orlandi (2003:39): “Um dizer tem relação com outros dizeres realizados, imaginados ou possíveis”.

### **5. Conclusão**

De 1960 em diante houve um aumento nas produções científicas sobre o aborto no Brasil. Diversos autores vem convocando a sociedade para o diálogo no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, nas perspectivas religiosas, políticas e científicas. Por mais que o aborto ganhe um lugar de fala importante, esse lugar por décadas se restringiu às opiniões controversas daqueles que observavam e descreviam o fato. A inclusão das mulheres como protagonistas dessas falas é recente.

Por meio da análise das narrativas de quem passou pela experiência da indução de um mais abortos, foi possível estabelecer uma ruptura com discursos compartilhados no imaginário social.

O interesse das pesquisadoras ao trabalhar com a Análise de Discurso não foi o de enfatizar o que surgiu na maioria dos questionários mas, de situar elementos que se sobressaíram nos relatos. Embora a omissão da figura masculina seja um dado comum, aparecendo inclusive em pesquisas anteriores, na presente investigação interessou o diálogo sobre o que essa omissão representou. Quando o homem se omite na decisão compartilhada referente ao uso do contraceptivo e, nega a gravidez, uma mulher assume social, subjetiva e concretamente o discurso de que o filho é uma responsabilidade em primeiro lugar dela. Em contrapartida, nem sempre o homem que está com ela servirá como a figura depositária de confiança para que o aborto se estabeleça. O trabalho com os relatos permitiu ir além das teorias, como foi o caso do que é preconizado e esperado com a indução por vias medicamentosas e, como se deu de fato o desenrolar de um aborto quando não se pôde contar com o que era reconhecidamente seguro. Apresentou ainda casos em que as leis não se cumpriram e a legalidade teve como desfecho a ilegalidade.

Ao repassar os questionários o número inicial de respondentes foi ínfimo, e pouco se esperava em termos de respostas. Ao longo dos quase 03 meses em que o Survey permaneceu ativo, os 81 questionários recebidos provaram que o tema por si só explicita a necessidade das mulheres se fazerem ouvidas, principalmente quando se sentem seguras para tal. Se um dos núcleos de sentido descreveu as redes de apoio que foram estabelecidas informalmente antes e durante a indução do aborto, a pesquisa mostra que há a necessidade de continuidade dessas redes também após o aborto.

Por fim, ainda que o perfil das participantes seja heterogêneo e não estabeleça todos os elementos comparativos com as pesquisas maiores sobre o aborto no Brasil, a presente investigação apresentou as narrativas reais, de mulheres brasileiras que contextualizaram os seus percursos abortivos. Essa pesquisa vem no intuito de responder

às lacunas encontradas em publicações sobre o aborto induzido no Brasil, que situam pouca ênfase nas suas trajetórias.

## 6. Referências.

BARRETTO, Raquel Silva and FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos (no prelo). O aborto no STF: entre a moralidade religiosa e a saúde pública. Rio de Janeiro – RJ, 2019.

BASTOS, Álvaro da Cunha; RIGITANO, Roberto Camargo; BARROS, Renato Dias; FERNANDES, Tânia. Inquérito sobre o uso de métodos anticoncepcionais. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 1985(95), 293-96.

BRASIL, Decreto-Lei nº. 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Presidência da República, Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)>. Acesso em: 17 / 09/2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília: MS, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. Brasília - DF, 2ª edição, 2005.

\_\_\_\_\_. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma Técnica Atenção humanizada às pessoas em Situação de violência sexual com Registro de informações e coleta de vestígios. Brasília – DF, 1ª edição, 2015.

CECHIM, Petronila Libana. Vivenciando o processo da contracepção com mulheres trabalhadoras. Dissertação de Mestrado, enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; LUCENA, Maria de Fátima Gomes de and SILVA, Ana Tereza de Medeiros. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2000, vol.34, n.1, pp.37-44.

COLLUCCI, Cláudia. Aborto legal é negado em 57% dos hospitais que governo indica para procedimento. Folha de São Paulo, 19/06/2019. [<http://https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/06/aborto-legal-e-negado-em-57-dos-hospitais-que-governo-indica-para-procedimento.shtml> - acesso em 01 dez 2019].

DINIZ, Debora and MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp.959-966.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo and MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017, vol.22, n.2, pp.653-660.

HEILBORN, Maria Luiza et al. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro - Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.7, pp.1699-1708.

HUTCHINSON, Brian. Induced abortion in Brazilian married women. *Am Lat* [Print]. 1964, vol. 7, n. 4, pp. 21-33.

MENEZES, Greice and AQUINO, Estela M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, suppl.2, pp.s193-s204.

MENEZES, Greice. Aborto e juventude: um estudo em três capitais brasileiras. Dissertação de Doutorado, Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2006.

MOREIRA, Anelize. O calvário das mulheres que decidem pelo aborto legal no Brasil. Rádio Brasil de Fato. São Paulo, 28/09/2019. [<https://www.brasildefato.com.br/2019/09/28/o-calvario-das-mulheres-que-decidem-pelo-aborto-legal-no-brasil/> - acesso em 22 nov 2019].

NONNENMACHER, Daniele et al. Abortion: a review of women's perception in relation to their partner's reactions in two Brazilians cities. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2014, vol.60, n.4, pp.327-334.

ORLANDI, Eni. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. Campinas – SP, Pontes, 5ª edição, 2003.

PÊCHEUX, Michel. *O Discurso: estrutura ou acontecimento*. São Paulo-SP. Pontes, 1887.

PEREIRA, Vanessa do Nascimento et al. Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas. *Saude soc.* [online]. 2012, vol.21, n.4, pp.1056-1062.

SANTOS, Danyelle and BRITO, Rosineide. Women's feelings on the occurrence of induced abortion. *Revista Enfermagem (24)*. Rio de Janeiro – RJ, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second Edition. Geneva: World Health Organization, 2003

## 2º - Título – **Polissemia e subjetividade: um estudo sobre o aborto induzido entre mulheres brasileiras**

O presente artigo é a essência da tese, uma vez que concentrou o objetivo central da tese, ou seja, propiciou a análise sobre os aspectos emocionais envolvidos na indução do aborto, segundo as narrativas e visões das próprias brasileiras.

### **Polissemia e subjetividade: um estudo sobre o aborto induzido entre mulheres brasileiras**

### **Polysemy and subjectivity: A study on induced abortion among Brazilian women**

## **Polisemia y subjetividad: un estudio sobre el aborto inducido entre mujeres brasileñas**

### **Resumo**

Este artigo reúne os resultados centrais de uma investigação, realizada desde 2017. Por meio de um questionário online, vinculado em grupos virtuais durante o período de junho a agosto de 2019, foi possível compreender as questões emocionais de 56 brasileiras, que interromperam voluntariamente pelo menos uma gravidez. As entrevistadas destacaram a depressão, ansiedade, culpa e vergonha como sofrimento presente, porém, a maioria relatou sentir alívio com a experiência. As narrativas foram trabalhadas pela Análise do Discurso, que possibilitou discussões nos campos da psicanálise e das ciências sociais. A investigação reforçou os resultados encontrados anteriormente, visto que o sofrimento está mais ligado à criminalização do que à interrupção e, cada mulher vai ressignificar a experiência de uma forma única. Além disso, a escuta qualificada foi avaliada como fundamental no processo de decisão e resignificação.

**Palavras-chave:** Aborto; Psique; Análise do discurso; Saúde mental; Mulheres; Criminalização

### **Resumen**

Este artículo reúne los resultados centrales de una investigación, realizada desde 2017. A través de un cuestionario en línea, vinculado en grupos virtuales durante el período de junio a agosto de 2019, fue posible comprender los problemas emocionales de 56 mujeres brasileñas,

que interrumpieron voluntariamente al menos un embarazo. Los encuestados destacaron la depresión, la ansiedad, la culpa y la vergüenza como sufrimiento presente, sin embargo, la mayoría informó sentirse aliviado por la experiencia. Las narrativas fueron trabajadas por Discourse Analysis, lo que permitió discusiones en los campos del psicoanálisis y las ciencias sociales. La investigación reforzó los resultados encontrados anteriormente, dado que el sufrimiento está más vinculado a la criminalización que a la interrupción y, cada mujer resignificará la experiencia de una manera única. Además, la escucha calificada se calificó como fundamental en el proceso de decisión y reencuadre.

**Palabras llave:** Aborto; Psique; Análisis del discurso; Salud mental; Mujer; Criminalización

### **Abstract**

This article brings together the central results of an investigation, carried out since 2017. Through an online questionnaire, linked in virtual groups during the period of June - August 2019, it was possible to understand the emotional issues of 56 Brazilian women, who interrupted voluntarily at least one pregnancy. Respondents highlighted depression, anxiety, guilt and shame as present suffering, however, most reported feeling relief from the experience. The narratives were worked on by Discourse Analysis, which enabled discussions in the fields of psychoanalysis and social sciences. The investigation reinforced previously found results, given that suffering is more linked to criminalization than to the interruption and, each woman will re-signify the experience in a unique way. In addition, qualified listening was rated as fundamental in the decision and reframing process.

**Keywords:** Abortion; Psyche; Discourse analysis; Mental Health; Women; Criminalization

### **Introdução**

O aborto é um problema de saúde pública. Em um estudo de Ganatra et al (2017) publicado na revista *The Lancet*, estimou-se que entre os anos de 2010-2014 ocorreram 25 milhões de abortos por ano, em condições consideradas inseguras. Uma nova divisão foi atribuída aos abortos inseguros, permitindo classifica-los como *menos seguros* ou *nada seguros*. Os menos seguros são aqueles realizados por profissionais de saúde com o uso de métodos não indicados ou, por pessoas sem qualificações, que sugerem o uso de métodos seguros. Os nada seguros representam riscos aumentados, geralmente pelo uso de métodos invasivos ou sem nenhuma comprovação científica. 97% desses abortos (inseguros) dentro do intervalo de tempo descrito, se deram nos países asiáticos, africanos e latino-americanos.

É reconhecido que no Brasil a incidência dos abortos inseguros é relativamente alta; de acordo com os dados do DATASUS, no intervalo de tempo definido entre os anos de 2008-2016 ocorreram 912.260 internações decorrentes de “gravidezes que terminaram em aborto”. Esse total exclui os abortos legais e os espontâneos. Em 2018 os abortos ocupavam o 3º lugar entre as principais causas de mortes maternas no país. Os comprometimentos físicos predominantemente relatados nos abortos menos ou nada seguro envolveram hemorragias, perfurações, infecções, dor pélvica e infertilidade. Segundo a OMS (2013) as disfunções físicas e/ ou mentais chegam a comprometer 5 milhões de mulheres por ano. No entanto, as publicações sobre as questões mentais implicadas na interrupção da gestação ainda são incipientes. No Brasil, elas estão limitadas a pequenos grupos e deixam questionamentos sobre as repercussões do aborto para a saúde mental das mulheres, principalmente a longo prazo (Menezes e Aquino, 2009; Romio Roso, Cardinal, Basso & Pierry, 2015).

## **Material e Métodos**

Com o objetivo de discutir e preencher as lacunas sobre as questões emocionais de mulheres que induziram ao menos um aborto ao longo das suas vidas, foi realizada uma pesquisa descritivo analítica. O projeto foi inicialmente enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição a qual pertencem as pesquisadoras e obteve o parecer favorável.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o Survey. Para tal, as pesquisadoras optaram pela utilização de uma plataforma internacionalmente conhecida, onde inseriram 14 questões estruturadas e 03 semiestruturadas. O link para o questionário foi repassado entre os meses de junho – agosto de 2019 em grupos de duas redes sociais. Para a seleção desses grupos, foram levados em consideração nas buscas os termos: *aborto, legalização do aborto, aborto inseguro, aborto clandestino, direitos sexuais e reprodutivos*.

Por meio do seu perfil (com dados pessoais restritos), uma das pesquisadoras entrou nos grupos, apresentou a pesquisa e convidou as participantes a clicarem no link e responderem o questionário. Como critérios de inclusão, as participantes deveriam ser brasileiras, ter induzido ao menos um aborto ao longo de suas vidas, possuir no momento da pesquisa idade igual ou superior aos 18 anos e demonstrar ciência e concordância com os pontos estabelecidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Ao longo dos 03 meses, as pesquisadoras receberam 81 questionários preenchidos. Todavia, foram verificadas 22 omissões nas questões semiestruturadas e, além disso, 03 questionários foram ignorados, pois as participantes não satisfizeram todos os critérios de inclusão. As questões estruturadas diziam respeito ao perfil das respondentes e à concordância ou discordância, diante de algumas afirmativas sobre o aborto. As questões semiestruturadas convidavam as participantes a contarem as suas experiências e descreverem as questões emocionais ligadas a tais. Como a análise em questão é sobre as produções de sentido, as pesquisadoras optaram por manter apenas os 56 questionários preenchidos integralmente, uma vez que o preenchimento das questões semiestruturadas foi essencial para a análise.

As narrativas descritas pelas participantes foram trabalhadas no âmbito da Análise de Discurso. Por questões éticas, foram atribuídos nomes fictícios às participantes.

### **Descrição das participantes**

Das 56 participantes, 36 estavam na faixa etária entre os 18 e 25 anos; 07 tinham entre 26 e 30 anos; 05 mulheres tinham dos 36 aos 40 anos; 05 mulheres estavam na faixa dos 31 aos 35; duas dos 41 aos 50 e apenas uma mulher disse ter mais de 55 anos. Sobre o estado civil, 33 se disseram solteiras, 04 casadas, 17 em união estável e 02 divorciadas.

Sobre a escolaridade, 18 mulheres disseram possuir o ensino superior, 27 disseram ter concluído o ensino médio e 11 concluíram uma pós-graduação. Sobre as questões étnico-raciais, 20 mulheres se auto declararam pardas, 14 negras e 22 brancas. Quanto à religião, 28 afirmaram não ter, 08 se definiram evangélicas, 06 católicas, uma ateia, 03 não definiram nenhuma denominação, uma se disse mística, 04 espíritas, uma se definiu budista, uma judia, 02 pagãs e uma umbandista. Sobre as regiões de residência, 29 mulheres residiam no Sudeste, 05 no Nordeste, 07 no Centro-Oeste, 03 no Norte, 10 no Sul, uma residia fora do Brasil e uma não respondeu. Sobre a maternidade: 40 mulheres não tinham filhos, duas preferiram não responder e 14 eram mães. 49 mulheres referiram a interrupção de uma gestação ao longo das suas vidas, 06 mulheres realizaram mais de um aborto e uma ignorou a pergunta.

Com relação ao perfil das respondentes, alguns elementos diferem dos encontrados nas pesquisas maiores sobre o aborto no Brasil, entretanto, uma ressalva importante diz respeito ao campo de pesquisa. Segundo os dados divulgados pelo IBGE (2018), pôde-se constatar que as maiores usuárias das redes sociais no Brasil foram as jovens e jovens adultas. Entre as regiões com o maior número de habitantes conectados, em 1º lugar foi situada a Região Sudeste, seguida pela Centro-Oeste e Sul. A região Norte apareceu por último. As classes “A” e “B” são as que ficam mais tempo conectadas. Os dispositivos preferenciais para o acesso foram os celulares. Quanto à escolaridade, um maior grau, propicia mais facilidade no

acesso. Enquanto as técnicas de entrevista e urna conseguem alcançar mulheres do interior, com maior carência de recursos, menor grau de escolaridade, a internet propicia um maior alcance geográfico, contudo, os grupos mais ativos dificilmente possuem o perfil encontrado no uso de outras técnicas, visto que as desigualdades socioculturais dificultam a democratização no acesso às tecnologias e informações.

### **Resultados**

Os resultados apresentados estão relacionados às questões abertas do questionário: Sobre alguma complicação física decorrente do aborto, 05 mulheres responderam “sim”. Duas não detalharam quais foram as complicações, uma teve complicações urinárias, uma teve um aborto retido e precisou buscar o serviço de saúde e, uma mencionou uma complicação uterina, presente até hoje. Ao serem indagadas sobre a vivência de algum sofrimento emocional decorrente do aborto na atualidade, 18 mulheres responderam “sim”, o que chama a atenção por representar mais de 30% das respondentes e ultrapassar as respostas sobre comprometimentos físicos.

Na questão chave dessa pesquisa, as participantes foram convidadas a dizer se “acreditavam que “o” ou “os” abortos em questão causaram algum sofrimento e, como experienciaram esse processo”. Considerando os relatos emocionais como *formações discursivas*, os *núcleos discursivos significantes* foram os pontos evidenciados pelas respondentes. Esses pontos nem sempre serão delimitados pelas palavras ou termos mais presentes nos discursos, mas, eles estão presentes no contexto das narrativas e, foram interpretados pelos analistas. Nesse caso, os *núcleos discursivos significantes* que emergiram do discurso das mulheres respondentes foram:

#### **I. Depressão e solidão**

Devido à criminalização e, por ser um tabu social, a maioria das mulheres relatou a dificuldade em ter pessoas confiáveis por perto. As interrupções foram descritas principalmente na 1ª pessoa: *“Foi desesperador, solitário, (eu) não pude contar com a minha família conservadora”*. (Jaqueline). Assim como foi relatado por Jaqueline, a maioria das mulheres também descreveu “a solidão” da interrupção, ainda que tenham conseguido os métodos abortivos com outras pessoas.

Alguns discursos dão conta do abandono por parte dos parceiros, frente à confirmação da gestação.

Lilian narrou que já havia passado por uma depressão antes da interrupção e, a solidão presente na escolha, assim como a culpa, fez com que a depressão agravasse.

Irene relatou que, a depressão foi posterior à interrupção e ao abandono por parte do parceiro, que não só a deixou, como também expôs a situação a todos: *“(…) ele me expôs quando fiz o aborto, desenvolvi ansiedade e depressão, me senti sozinha (...) ainda hoje é difícil e, busco conscientizar outras mulheres”*.

Ao se referirem ao momento presente, geralmente a “solidão” da interrupção já não é uma questão para todas, mas, as lembranças do momento continuam nítidas. Se esse sofrimento agravou ou gerou a depressão para algumas, a ansiedade propriamente dita também foi ou continua sendo presente, estando junto ou dissociada da depressão.

## **II. Ansiedade**

Diferente da depressão, que foi definida algumas vezes por meio de uma tristeza anterior à interrupção, que ampliou após a mesma, a ansiedade foi narrada em todos os casos como posterior à interrupção. A ansiedade foi comumente relacionada à vergonha e à culpa.

Laura, ao lembrar do aborto refere o processo como *“solitário porque o companheiro a deixou sozinha (...) a relação ocorreu com prevenção mas houve uma gravidez e o aborto foi*

*realizado com uma planta tóxica (...) vejo que hoje tenho crises de ansiedade e me fechei para o mundo”.*

Maria, Irene, Shirley e Renata também vivenciam sintomas de ansiedade, e consideram a experiência da interrupção como um “gatilho” para o sofrimento. Para Maria, esse sofrimento ainda hoje atinge outras áreas da sua vida: “(...) *senti alívio de imediato, depois culpa, ansiedade e, tenho dificuldades em obter prazer nas relações sexuais*”.

### **III. Culpa e vergonha**

A culpa e a vergonha não estavam dissociadas da “tristeza”, “depressão” ou “ansiedade”. No caso da “ansiedade”, a culpa e a vergonha eram elementos conjuntos para a vivência das crises. No entanto, os discursos refletem duas percepções da culpa e da vergonha. Ambas se relacionam, contudo, como apareceram separadas nas falas, foram analisadas sob duas formas:

#### **a) Culpa e vergonha percebidas no julgamento externo**

A culpa e a vergonha não apareceram da mesma forma para todas as participantes. Flávia, Sílvia, Patrícia, Angela, Irene e Bruna ao sintetizarem a culpa ou a vergonha, relacionaram tais percepções ao fato de terem se sentido de alguma forma expostas e julgadas socialmente. As duas últimas foram alvos de exposição por parte dos ex-companheiros, que não só se abstiveram de assumir a decisão, como também relataram o contexto do aborto para colegas e/ou familiares, o que produziu angústia nas mulheres que estavam em uma situação de fragilidade e, sentiram “a condenação” por parte desses grupos.

Flávia disse que hoje está bem com a questão da culpa. Contudo, em um primeiro momento passou por tal sentimento: *“Talvez a culpa tenha vindo da lei, e não do fato (...) No Brasil não temos autonomia sob os nossos corpos, somos tratadas como propriedades”*.

Já Laura teve a sensação da culpa ao procurar um serviço público de saúde, em decorrência de uma interrupção mal sucedida. Durante a consulta não só se sentiu negligenciada, como também foi como *“pecadora”* por aqueles que a atenderam. Relato semelhante ao de Roberta, que ao procurar um hospital público, com sangramentos, revelou que *“O atendimento foi precário, os seres humanos foram podres em um trabalho que envolve a saúde da mulher”*. Relato da busca por um serviço de saúde (dessa vez privado) com um tratamento inadequado, permeado por julgamentos que levaram à percepção da culpa, também foram pontuados na fala de Ingrid.

### ***b) Culpa e vergonha de si***

A culpa e a vergonha foram comuns dentro de um autojulgamento. Sandra relatou que sentiu culpa e tristeza e, a forma que vê de se *“libertar”* desse sofrimento é fazendo uma laqueadura. Janaína também trouxe para si a questão da prevenção e, na fala subentende que se tivesse se prevenido, não teria passado por tal situação então, a culpa se deve ao fato dela não ter de alguma forma evitado a gestação. O sentimento de *“ter permitido que a gestação ocorresse”* não é exclusivo apenas dessa participante. Além dela, Angela também se colocou na 1ª pessoa e, assumiu uma culpa *“decorrente das suas escolhas ao não se prevenir”*.

Os relatos de Camila e Teresa trouxeram palavras mais pejorativas em termos de uma auto definição. Em tais situações, as participantes (religiosas) usaram as seguintes palavras: *“morte”, “assassinas”, “pecadoras”* e *“criminosas”*. Teresa relatou que a culpa é maior, quando vê que hoje teria possibilidades para ter mantido a gestação e sido mãe de mais um filho. Essa foi a única participante que trouxe alguma fala ligada à possibilidade de querer que

o filho estivesse presente hoje então, a percepção da perda acentuou o sentimento do luto. Estér vê a culpa proveniente de uma interrupção passada como um entrave à relação materna – dado que a lembrança propicia dificuldades em estabelecer vínculos atuais com a filha.

#### IV. *O alívio*

Nem sempre as emoções e/ ou sentimentos experienciados a partir de uma interrupção da gestação serão marcados por algum tipo de sofrimento. Se a culpa e a vergonha foram os sofrimentos mais presentes, outras percepções foram maiores, como o bem estar. Fora do âmbito da depressão, ansiedade e culpa, o alívio foi significativamente descrito por 23 respondentes, representando a maioria das respostas.

Contudo, a própria Análise do Discurso auxilia na reflexão de que o alívio não é o mesmo para todas aquelas que o experienciaram. O alívio é sentido diante das expectativas e dos lugares nos quais essas mulheres falaram.

Sarah, Júlia, Thaís e Helena relataram as suas angústias frente às violências sexuais que sofreram e as dificuldades ou impossibilidades sofridas na garantia do aborto legal, o que culminou em abortos que ocorreram na ilegalidade. Com narrativas diferentes, Júlia e Helena falaram do alívio ao interromperem gestações que foram produtos da violência. Para Sarah aquela interrupção foi o que garantiu a possibilidade de continuar vivendo, uma vez que *“havia planejado o suicídio, caso o aborto não desse certo”*. Nessa situação, a interpretação da interrupção é a de uma ação que lhe devolveu a vida. Para as demais, o aborto foi um caminho para a garantia dos direitos, que não tiveram. Mas, nem todas sentiram da mesma forma. O alívio foi trazido por duas e, ainda assim, cada uma ressignificou o seu alívio.

Foi o caso da ressignificação do alívio descrito por outras 21 respondentes. Para Dora, o alívio surgiu diante da certeza de estar viva, após outra tentativa de interrupção ter sido dolorosa e falha. Em várias situações, o alívio ocorreu dentro da impossibilidade de ter uma criança face

às questões financeiras, de estudos, profissionais ou, por já serem mães. O alívio também foi descrito quando houve a necessidade da busca por um serviço de saúde e, o profissional respeitou a paciente, acreditando na sua versão. Ou ainda, quando não houve a denúncia. No contexto de Gisele, o alívio se deu pelo fato *“de ter realizado o aborto fora do Brasil (...) de ter se sentido cuidada e respeitada por parte da equipe”*.

O alívio foi trazido em momentos nos quais as mulheres estavam certas das suas decisões, como foi o caso de Rafaela que *“estava infeliz com o início da gestação e, sabia o que queria desde o início, sentindo-se segura e aliviada”*.

Para a maioria, o alívio foi pontuado como uma percepção única. Para 06 respondentes, o alívio foi descrito como paradoxal porque contemplava momentos iniciais de *“arrependimento”, “trauma”, “frustração”* ou *“dor”*, intercalados pela tranquilidade, tendo prevalecido o *“alívio”* como sentimento central.

Outras duas participantes, Renata e Célia, trouxeram pontos desse *“alívio”* e *“bem estar”*, que causaram incômodos. Nas palavras de Renata: *“Embora esteja em paz com a decisão, tenho dificuldades em pensar a respeito e ver grávidas, foi o pior dia da minha vida”*. Célia coloca em questão a culpa que não sentia: *“Estava mal por não sentir culpa e, fui tratar essa ausência (de culpa) na terapia”*.

## **V. O não pertencimento do corpo**

Duas participantes expuseram críticas ao modo como as mulheres são objetificadas no Brasil e evidenciaram um incômodo por não terem o poder decisório sobre os seus corpos (o que resulta diretamente nas suas vidas).

Sílvia alegou sentir-se desconfortável em decorrência da lei e, completou: *“(...) na nossa sociedade, as mulheres não podem decidir sobre os seus corpos, somos julgadas por outras mulheres”*. O mesmo já havia sido exposto por Flávia, ao sentir que os corpos femininos são

propriedades e, quem os regula é a lei, de tal forma que as mulheres perdem a autonomia, quando deveriam tê-la.

Essa questão esteve presente nos discursos daquelas que sofreram violência sexual. Sarah era abusada por um familiar, durante boa parte da sua vida e, quando resolveu buscar os seus direitos junto a um órgão público, não teve credulidade por parte dos que receberam a denúncia. Como desfecho, interrompeu a gestação sozinha.

O “não pertencimento do corpo” também foi sentido por Júlia, quando buscou auxílio após um estupro na adolescência. Para ela: “*O Estado não acreditou no relato de estupro e no que havia passado, negando o pedido do aborto*”. Após uma tentativa de suicídio que não deu certo, conseguiu interromper a gestação. Thaís, que também relatou a violência sexual, sem entender o que ocorria, se submeteu à decisão do seu abusador (o pai), que a obrigou a tomar remédios, ao ser constatada a possibilidade da gestação.

Joyce, Roberta, Denise e Michelle afirmaram que a decisão ou o financiamento para a interrupção partiu dos ex-companheiros ou de pessoas próximas a eles. Por outro lado, Vera omitiu o aborto do marido, porque se ele soubesse antes, era possível que não concordasse com tal.

Esse núcleo permite a reflexão do quanto as mulheres sentem direta ou indiretamente que há um controle sobre os seus corpos e uma regulação sobre as suas vidas, que lhes tira o poder decisório, até mesmo em situações nas quais teoricamente lhes caberia a palavra final.

## **VI. A maternidade escolhida**

Um ponto central nas narrativas de algumas participantes mães foi a diferenciação entre aquele que não seria um filho possível ou escolhido e, a maternidade aceitável. Caroline referiu que já era mãe de uma gravidez anteriormente aceita e, sabia que não tinha condições para manter financeiramente ou aceitar mais um filho, então, se sentiu segura para

interromper essa gestação posterior. Patrícia, Vera, Estér e Teresa já eram mães e, compreenderam que as interrupções ocorreram em momentos nos quais não se sentiam aptas a aceitarem aquela maternidade.

Rosa não tinha filhos. Ela contou que no momento em que fez o aborto era muito nova, não estava em uma relação estável e, nas suas palavras: “(...) *alguns anos depois, eu engravidei e criei o filho com toda a dedicação porque esse sim, eu queria ter*”. Posterior ao aborto, Célia planejou com cuidado uma gravidez futura: “(...) *alguns anos depois tivemos o nosso filho maravilhoso, que veio em uma fase estruturada*”.

## VII. A escuta qualificada

O sétimo núcleo evidenciado em alguns discursos, fundamental no debate sobre a saúde mental das mulheres que interromperam uma ou mais gestações foi a necessidade da escuta e da atenção qualificada. Gabriela disse ter sentido a falta de um médico para acompanhá-la durante o procedimento. Natália relatou a falta da escuta e do acesso às informações qualificadas antes e após o procedimento.

Os psicólogos foram os profissionais mais citados nos discursos. Segundo Lia: “*Ainda que tenha contado com uma rede clandestina, faltou, faltou acompanhamento psicológico profissional para me auxiliar na decisão, para me acompanhar no processo emocional que me engajei (e ainda estou buscando). Se tivesse sido bem orientada desde a primeira vez que engravidei, talvez não tivesse abortado (...) é triste, é doloroso, é solitário, é uma oportunidade de renascimento tal como o parto*”. Natália também afirmou os impactos dessa ausência: “*Prefiro enterrar os meus sentimentos mas, gostaria de ter conversado com um profissional da área, diante da decisão*”.

A criminalização também impede uma maior oferta de atendimentos psicológicos para tal finalidade, voltados para todas as classes sociais e realidades. Para as mulheres que tiveram

acesso à escuta qualificada, o trabalho terapêutico foi fundamental após as experiências de interrupção, conforme pontuado por Camila: *“Às vezes me sinto um monstro, carrego traumas em decorrência disso (aborto). Faço terapia com uma psicóloga que tem me auxiliado muito”*.

Nem sempre a terapia abordará o sofrimento mas, a compreensão do processo e dos sentimentos decorrentes dele: *“(...) fui resolver a falta de culpa na terapia”* (Célia).

Equipes multidisciplinares, com profissionais aptos ao cuidado, escuta, abertos ao compartilhamento de informações, são essenciais em um processo que por si só já é invasivo.

Em situações de descriminalização, os profissionais são mais humanizados e respeitosos com os pacientes. Esse é um discurso comum às mulheres que realizam abortos em outros países.

Na pesquisa, contamos com uma participante brasileira, que realizou o aborto no exterior e, se sentiu “cuidada”, “segura” e “respeitada”.

### *Discussão*

A forma de análise das entrevistas se deu pela Análise do Discurso (AD). De origem europeia, teve suas raízes em 1969, com Michel Pêcheux. O objeto da AD é o discurso, não necessariamente sistematizado, que sofre modificações em determinadas épocas e, ganha novos sentidos. Orlandi (2001) enfatizou os seus três ramos de conhecimento, primordiais: os estudos Marxistas, a Linguística e a Psicanálise. No intuito de compreender a perspectiva dos sujeitos, isto é, as produções subjetivas presentes nas experiências de interrupção, foi necessário dialogar com autores que falam sobre temas correlatos nas ciências sociais e na psicanálise.

Como base fundadora dos debates sobre o aborto, temos os debates sobre a maternidade e o papel das mulheres. Freud, no século XIX elaborou o questionamento: “Afinal, o que querem as mulheres?”

A sua pergunta ficou sem respostas entretanto, caberia outra no intuito de complementá-la: “Qual é o limite das mulheres?”. Na primeira há a compreensão de mulheres em seu querer, na segunda, a reflexão possibilita pensar mais diretamente no assujeitamento das mulheres.

Podemos dizer que todos os tipos de sujeição são fenômenos derivados, que são meras consequências de outros processos econômicos e sociais: forças de produção, lutas de classes e estruturas ideológicas que determinam a forma de subjetividade. Sem dúvida, os mecanismos de sujeição não podem ser estudados fora de sua relação com os mecanismos de exploração e dominação. (Foucault, 1995, pp. 236).

Até o século XVIII as mulheres não estavam sujeitas às provações do “amor materno”, que ocorriam por via do cuidado, da amamentação, da atenção individualizada com os filhos. Badinter (1980/1985) descreveu as imagens do afeto materno como dispensável na maioria dos casos, dado que as crianças tinham uma representação social de “estorvo”, “vergonha” e, as taxas elevadas de mortalidade infantil até fins deste século faziam com que o apego intenso das mães a cada um de seus bebês levasse à dor diante da perda. Ser mãe não dava nenhum status especial às mulheres, era apenas um papel complementar ao de esposa. Apesar de poucas mulheres (principalmente as inglesas e as francesas) terem optado por não se tornarem mães, essa era uma possibilidade praticamente impossível para as demais. As mulheres estavam “sujeitas” ao casamento e à maternidade, ainda que esses papéis não implicassem afetos positivos.

Badinter (1980/1985) analisou o ano de 1760 como um marco na mudança da mentalidade social sobre a maternidade. Com o interesse do Estado, focado na 1ª infância e na redução das taxas de mortalidade, várias publicações associaram o amor à maternidade e, pontuaram esse sentimento como natural e instintivo. As mulheres, ao responderem às demandas sociais, eram

reconhecidas como “boas mães” e, pela primeira vez ganharam um status que antes não tinham. Foi também no século XVIII que surgiu a noção do “sacrifício materno”; este teve início desde a gestação, quando era esperado que as mulheres cuidassem dos seus corpos, da alimentação e, posteriormente abrissem mão dos seus próprios desejos e costumes anteriormente praticados em prol da vida dos filhos. Se o amor está acima de tudo, a vida do filho também deveria estar e, ele depende dos cuidados maternos para que possa ter as suas vontades atendidas. A autora reforça que o novo exercício da maternidade não ocorreu ao mesmo tempo para todas as mulheres; as abastadas camponesas demoraram mais para englobar tais noções.

Com a ressignificação do papel materno, os corpos e vontades também foram postos em questão. Nunes (2011) situou a imposição social de uma sexualidade “aceitável” para as mulheres, no início do século XIX, cujo corpo deveria ser resguardado para a potencialização dos deveres fecundos e reprodutivos. As mulheres que não conseguiam regular os seus desejos ou comportamentos tais como eram esperados, comumente apresentavam sintomas diagnosticados mais tardiamente por Freud como histerias. Freud descreveu o aprisionamento das mulheres aos seus lares e funções sociais como entraves à consolidação dos desejos e fantasias, fazendo com que a repressão produzisse o adoecimento. Por muito tempo, o pai da psicanálise gerou polêmicas dentro do lugar patriarcal que ocupava, principalmente ao legitimar a maternidade como uma finalidade das mulheres, dentro de uma condição normal e esperada. Em suas últimas obras, o psicanalista abriu a possibilidade de se pensar sobre a feminilidade. Segundo Birman (1999) essa noção ultrapassa as diferenças entre ambos os sexos. E, explica o ser desejante, que deposita a crença da sua completude no outro e, ainda assim continua a desejar. Com a desconstrução de algumas concepções, o pai da psicanálise deixou o questionamento inicial: “o que querem as mulheres?”

Nunes (2011) também psicanalista (e mulher) buscou responder o questionamento de Freud à luz da contemporaneidade, concluindo que o peso da maternidade ainda é muito grande e, diretamente associado ao feminino. Não obstante a ideia do aborto provoque tantas polêmicas na sociedade brasileira, sociedade esta ainda impregnada nos valores judaico-cristãos, que mantém posicionamentos rígidos em relação aos papéis sociais. A interrupção da gestação parte como uma ruptura à noção do sacrifício de si em prol do filho. Muitas definições utilizadas pelas próprias mulheres, principalmente as que cultuam alguma religião, sugerem que as mesmas são “*pecadoras*”, “*assassinas*”, “*monstros*”. Nos próprios debates sobre o aborto são observados dois extremos, que fundamentam o início da vida: o da ciência, com a embriologia e, o da religião, com a noção da existência da alma (e da vida) desde a fecundação. Ainda que algumas gestações tenham sido interrompidas nas duas primeiras semanas, para as mulheres religiosas é mais perceptível a noção da morte do que o entendimento da lógica biológica.

Os conceitos da psicanálise e da sociologia fazem sentido nos discursos e se relacionam tanto com os desejos internos, como com os externos. Se é atribuído às mulheres um papel e, para que tenham maior status, devem cumprir aquilo que é um desejo externo, em suas construções femininas há inevitavelmente a introjeção dessas demandas, o que foi afirmado por Chauí (1985) segundo a lógica de que as próprias mulheres não iniciaram as discussões sobre a maternidade, isso coube ao patriarcado e, diante da dificuldade de fugirem à essa formatação social, reafirmaram subjetivamente tais vontades, ainda que por vias simbólicas, dentro daquilo que era visto como uma “*histeria*” mas, que na verdade era a resistência à cristalização de um lugar onde essas mulheres não cabiam.

Sobre os sentimentos enfatizados na pesquisa e vivenciados a partir das pressões externas, a ansiedade é perfeitamente compreensível como posterior à interrupção, já que seria o sintoma ou excesso, daquilo que foi mal elaborado. Se a sociedade condena o aborto, o seu próprio

entendimento torna-se mais difícil para os sujeitos que o vivenciam, reunindo elementos como o desamparo, a angústia, o medo (diante do próprio corpo, da escolha ou da visão interposta pelo outro). Laplanche (1988) categorizou a ansiedade como um acúmulo, que não conseguiu buscar uma expressão simbólica.

A culpa e a vergonha por sua vez, podem ter uma relação direta com os outros sentimentos, dado que as próprias mulheres podem se apontar e inconscientemente promoverem uma auto punição em decorrência da antecipação dos juízos alheios. Na vergonha, há a antecipação da exposição a um juízo negativo. La Taille (2002) situa que o juízo de outrem ao ser legitimado, provoca um auto juízo negativo, gerador de desprazer.

Por fim, ainda no bojo dos sentimentos, o mais presente nos discursos foi o alívio. O alívio não teve a categorização de sofrimento, o que não significa a ausência de tal. Algumas respondentes relataram a vivência de conflitos e sentimentos geradores de desprazer anteriores ou paralelos ao de alívio. É importante ressaltar a polissemia atribuída ao alívio. Ele geralmente veio com outros sinônimos definidores, como: “tranquilidade”, “reflexão”, “bem-estar” e “certeza”. Em alguns relatos, o alívio ocorreu após o “*medo da morte ou, de algo dar errado*” ou ainda diante da certeza de “*não ter ocorrido uma denúncia*”. Esse sentimento também foi evidente para aquelas que disseram “*não questionar a decisão*”. Portanto, o alívio ganhou um contorno especial segundo cada relato. A depressão, a ansiedade, a vergonha e a culpa possuem maior similaridade nos discursos, diferente do alívio. Assim como os elementos que motivaram a interrupção para cada mulher, o alívio veio como uma reorganização subjetiva ou um desfecho para cada história.

Apesar de não concordarem com uma mesma lógica teórica, Freud e Foucault ao longo das suas vidas deram argumentos importantes para pensar o “*não pertencimento dos corpos*”. Se o primeiro avaliou que as mulheres na histeria evidenciavam os sintomas do aprisionamento aos papéis que lhes eram imputados no matrimônio e na maternidade, o segundo desenvolveu

a noção do corpo docilizado. Foucault (1976) analisou a massificação dos indivíduos a partir da realidade biológica. As regulações dos corpos-espécies e a regulação dos fenômenos humanos, por meio da medicalização, dos fluxos de migração, assim como das intervenções sobre a natalidade e a sexualidade. E, a biopolítica ainda é presente na sociedade atual, não obstante o Estado tenha uma posição relevante na decisão sobre a criminalização do aborto e a permissão da reprodução assistida. Há um processo conjunto no compartilhamento de ideologias entre determinados grupos sociais e os representantes políticos. Algumas ideias compartilhadas em décadas passadas continuam a existir e são endossadas por parte da sociedade, sob outra “roupagem”, como é o caso da valorização da maternidade. Quando Nunes (2011) buscou respostas ao questionamento de Freud, concluiu que na atualidade, a maternidade ainda é um desejo para muitas mulheres e imbrica o sentido de plenitude; em uma analogia conhecida na qual grandes líderes podem ser vistas como grandes mães. A romantização da maternidade continua a ser prejudicial em vários sentidos, dentre eles o de negar direitos reais às mulheres, concernentes às suas escolhas, inclusive pela maternidade ou não.

O penúltimo núcleo reuniu todos os demais e a AD permitiu chegar aos vários “não ditos”, segundo Pêcheux (1988) os sentidos de um texto podem ser compreendidos mesmo sem estarem presentes, trata-se do que está implícito e pode ser significado. O tema desse trabalho por si só já diz muito a respeito do não desejo de determinada maternidade. Há cerca de três séculos a sociedade Ocidental atribui importância às mulheres no desempenho da maternidade. O amor materno foi construído por demandas do Estado, relacionadas às necessidades de preservar os nascimentos para a disponibilidade da mão de obra futura. Essa noção de amor materno ganhou força e, até hoje tem um lugar importante. Embora a importância social do papel e do amor materno sejam presentes, a estruturação do núcleo familiar sofreu modificações, que aumentaram a sobrecarga das mulheres, a estas cabem as

jornadas duplas ou triplas, que desempenham entre a maternidade, carreira, estudos, etc.

Marcos (2017) vê no distanciamento da função paterna algumas situações críticas, como as perdas que esses filhos representam: quanto ao tempo, à beleza, aos investimentos das carreiras; por outro lado, algumas mães colocam os filhos no pedestal das atenções, enquanto outras se esquecem dessa função. O amor esperado nem sempre é concretizado na relação mãe-filho e a criança pode passar a ser vista pela mãe como a sua parte perdida, o que pode gerar sofrimentos e até mesmo um processo patológico. A maternidade não tem como representação “um mar de rosas” e, segundo a autora, o desejo pela maternidade deve ser analisado de forma singular. Fato central é que a maternidade precisa passar pela ordem do desejo e da legitimação para minimizar o sofrimento subjetivo que pode ser sentido pela mãe e impactar a criança. Logo, a depressão, a ansiedade, a culpabilização e a vergonha, assim como o alívio partem da constatação do não desejo e não legitimação da maternidade oriunda daquela gravidez; Isso não significa que outros filhos anteriores ou posteriores não serão desejados. Conclui-se que a concepção muito antes do biológico – corporal, envolve a consolidação de um desejo e a legitimação do mesmo dentro do espaço-tempo definido pela mulher. Para que a maternidade seja consolidada, não basta apenas a concepção sexual, é necessário conceber, aceitar e gerar a noção de que naquele momento se iniciará a experiência da “maternagem” para muito além do corpo.

Uma das questões problematizou se na opinião das respondentes a criminalização do aborto era capaz de produzir ou intensificar os sofrimentos emocionais. 51 respondentes assinalaram “sim” como resposta. Dentro dos discursos e, como último núcleo destacou-se a necessidade da escuta qualificada, tanto no processo decisório, quanto após a interrupção. Os profissionais mais citados para tal foram os psicólogos. A AD endossa o que foi pontuado por Gregolin (2007) ao sugerir que os enunciados estão imersos na historicidade e naquilo que pode ser dito. Na sociedade brasileira, a criminalização e o tabu social são condições que favorecem o

“calar” mas, não o superar, logo, a hipótese é que o poder-saber seja legitimado ao profissional que em sua essência trabalha com “os segredos e sentidos” humanos: o psicólogo. Em países nos quais o aborto é descriminalizado e tratado como um direito sexual e reprodutivo, as mulheres têm essa escuta qualificada, muitas vezes no próprio sistema público, como é o caso de Portugal e do Canadá. Em ambos, todos os profissionais envolvidos estão imersos em uma perspectiva de humanização e comprometimento com a escuta. A priori, o atendimento ocorre inclusive com profissionais da psicologia e do serviço social, que acompanham as suas narrativas, nos contextos das decisões.

### **Conclusão**

Apesar da criminalização no Brasil, o aborto continua sendo praticado pelas mulheres. Quando realizado dentro de condições que não garantem segurança integral, podem acarretar diversas complicações; as mais discutidas em publicações científicas são as físicas, no entanto, as emocionais possuem relevância. Ainda que a depressão, a ansiedade, a culpa e a vergonha tenham sido situadas no âmbito dos sofrimentos psíquicos, o alívio foi a emoção mais presente nos discursos e, esta também é fruto de impasses porque as construções sociais tornam quase inaceitável a percepção do alívio pós-aborto, de forma que há um silenciamento do mesmo.

Face ao exposto, a investigação reafirma alguns achados nacionais e internacionais concluindo que em maior escala o aborto não é um gerador de sofrimento mas, sim a proibição, que dificulta o acesso à informação e, torna o processo solitário, fazendo com que as mulheres muitas vezes não recorram à ajuda especializada pelo medo do julgamento ou da denúncia.

Dentro de uma ética de trabalho que prevê a primordialidade da manutenção do sigilo entre profissional e paciente, o psicólogo foi o profissional mais contemplado no discurso das

respondentes. Algumas ressaltaram a falta desse profissional no intuito de acolhê-las e participar do processo decisório antes e após o aborto. Para as mulheres que buscaram um acompanhamento por conta própria, a terapia tem surtido efeito na reelaboração dos sentimentos posteriores ao aborto.

Por meio da Análise do Discurso pôde-se trabalhar com o dito e o não dito, com as opacidades e, a construção dos sujeitos dentro das suas realidades. O que permite concluir que a vivência do aborto implica diferentes realidades e contextos, que precisam ser analisados separadamente. Apesar da maternidade ser romantizada socialmente, nem todas as mulheres estarão aptas a assumirem esses papéis, dado que muitos elementos influenciarão nos seus desejos e na legitimação desse papel. Assim, os sofrimentos introjetam os desejos externos, culturais e sociais, no entanto, cada mulher responderá psiquicamente de forma singular.

Por fim, a investigação se propôs a responder às lacunas existentes sobre as percepções, emoções e sentimentos, oriundos da interrupção, segundo os discursos daquelas que a experienciaram. Ainda que essa pesquisa tenha contemplado um número pequeno de respondentes, com perfis diferentes daqueles apresentados em pesquisas maiores sobre o aborto, cabe ressaltar que ela trouxe como inovação metodológica o campo virtual, tanto para a angariação das participantes, como também para a construção, realização e análise dos questionários. É esperado que o trabalho sirva como base para outros pesquisadores, dentro de um tema que ainda tem muito a ser trabalhado.

### **Referências**

Badinter, E. (1985). *Um Amor Conquistado: o mito do amor materno*. (W. Dutra, Trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Birman, J. (1999). *Cartografias do Feminino*. São Paulo: Ed. 34.

Brasil. (2020). *Hospitalization for abortion in the DATASUS Information System. DATASUS – Dados referentes às internações por abortamento*. Recuperado de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>.

Chauí, M. (1985). Participando do debate sobre mulher e violência. In: R. Cardoso, M. Chauí, M. C. Paoli. *Perspectivas Antropológicas da Mulher* 4 (pp. 25-62). Rio de Janeiro: Zahar.

Foucault, M. (1976). *The archaeology of knowledge*. New York: Harper & Row.

Freud, S. (1974). O mal-estar na civilização (J. Salomão, Trad.). In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (pp. 75-171). Rio de Janeiro: Imago.

Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. In P. Rabinow, H. Dreyfus, & M. Foucault (Eds.). *Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Ganatra, B., Gerds, C., Rossier, C., Johnson, B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z., & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390(10110), 2372–2381. Doi [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4).

Gregolin, M. R. (2007). Análise do discurso e mídia: a (re)produção de identidades. *Comunicação, mídia e consumo*, 11 (4), 11-25.

IBGE – Instituto Brasileiro de geografia e estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, 2018 (PNAD)*. pp. 249-263. Recuperado de <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101705>.

Laplanche, J. (1988). *Problemáticas I: A Angústia*. São Paulo: Ed. Martins Fontes. (original work published in 1980).

La Taille, Y. (2002). O sentimento de vergonha e suas relações com a moralidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 13-25. Doi <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100003>

Marcos, C. M. (2017). O desejo de ter um filho e a mulher hoje. *Trivium - Estudos Interdisciplinares*, 9(2), 246-256. Doi <https://dx.doi.org/10.18379/2176-4891.2017v2p.246>.

Menezes, G., & Aquino, E. M. L. (2009). Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(Suppl. 2), s193-s204. Doi <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400002>.

Nunes, S. A. (2011). Afinal, o que querem as mulheres? Maternidade e mal-estar. *Psicologia Clínica*, 23(2), pp. 101-115. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010356652011000200007&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010356652011000200007&lng=pt&tlng=pt).

Orlandi, E. P. (2001). *Análise do discurso: princípios e procedimentos*. (3ª ed.). *Análise do discurso: princípios e procedimentos* (3ª ed.). Campinas: Pontes, 101-115., pp 101 -115. Campinas: Pontes

Pêcheux, M. (1988). *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. Campinas: Ed. da Unicamp.

Romio, C., Roso, A., Cardinal, M., Basso, S., & Pierry, L. (2015). Saúde mental das mulheres e aborto induzido no Brasil. *Psicologia Revista*, 24(1), 61-81. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/24229>.

WHO – World Health Organization (2013). *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems*. (2ª ed.). Geneva.

3º Título – **Termination of pregnancy and guarantee of sexual and reproductive rights in covid-19: what do we know so far?** A escrita do artigo ocorreu ao longo da Pandemia do Covid-19 e, objetivou por meio de uma revisão narrativa da literatura científica, analisar “se” e “como” a saúde sexual e reprodutiva, com ênfase na interrupção voluntária da gestação.

## **VOLUNTARY INTERRUPTION OF PREGNANCY AND GUARANTEE OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS IN COVID-19: WHAT DO WE KNOW SO FAR?**

### **Resume**

The article in question provides an analysis of sexual and reproductive care, with an emphasis on terminating pregnancy during Covid-19. In August 2020, a systematic review of scientific productions at the Virtual Health Library, Scielo and Pubmed was carried out in order to respond to the hypothesis that the Pandemic scenario has altered access to sexual and reproductive health in a global context. As a result, 28 publications listed the alternatives and impasses in several countries, as well as the guidelines on the essentiality of services, the guarantee of rights and existing inequities, especially in low and middle income countries. The experiences mentioned emphasized the urgency of gender dialogues, given that minorities were directly affected.

Keywords: Covid-19, abortion, sexual and reproductive health, gender, inequities

### **1. Introduction**

In March 2020, the World Health Organization (WHO) characterized Covid-19 as a pandemic. After 9 months of these first configurations, we counted more than 25,884,895 cases worldwide, with a confirmation of more than 859,000 deaths so far<sup>1</sup>. Public Health emergencies has awakened the world scientific community to produce responses in different contexts, and clinical, biomedical and pharmacological trials hold the largest number of publications.

However, collective health calls attention to a model beyond the biomedical, which analyzes the social, cultural and psychological conditions of some of the most vulnerable publics, such as women<sup>2</sup>.

In one of the investigations carried out in Wuhan (China) and its neighboring cities, the correlation between the female gender and Post-traumatic Stress Disorder - PTSD<sup>3</sup> was verified. Based on the advance of the virus, studies conducted in Spain<sup>4</sup>, Canada<sup>5</sup>, United Kingdom<sup>6</sup> and Italy<sup>7</sup> confirmed that the greatest experience of anxiety, stress and depression symptoms occurred with women. Women were also the ones who lost most jobs in this period.

While the research located the impacts of Covid-19 on the daily life of women who are mothers, on the assignment of women's roles, on the gestational and puerperal period, and on women's mental health, global sexual and reproductive health emerged as a field of conflict, requiring greater visibility.

## **2. Study Design**

Based on the hypothesis of a general change in sexual and reproductive health, and in the assistance to voluntary abortion during the Covid-19 period, the researcher opted to perform an integrated literature review. The investigation took place in August 2020 at the bases of VHL, Scielo and Pubmed. There was no delimitation of periods, languages or countries. The combination of the description “Coronavirus”, “Covid-19”, “Sexual and Reproductive Rights” and “Abortion” resulted in 252 publications. After the exclusion of duplicates, non-belonging to the theme or unavailability of the full text, there were 28 publications left. The analysis of the publications aimed to answer the following questions: I. *How have governments ensured the continuity of sexual and reproductive health care in a scenario marked by the Covi-19 Pandemic?* II. *What do the narratives and scientific studies tell us about these changes in a global perspective?*

## **3. Discussion and Results**

### *3.1. Global impasses and advances in sexual and reproductive health in the Pandemic context*

If prior to pandemic abortion was already a controversial issue, Covid-19 hardened the arenas of dispute in many countries, among them the United States.

The history of a uniformed legalization of abortion in the country dates back to the 1970s. Despite federal legislation that ensures legal abortion in all 50 affirmed countries, it has the autonomy to regulate procedures.

Parallel to a neoconservative wave, the Pandemic brought a complication in certain regions, especially in Texas, with a delay of 4 weeks in the process of pregnancy termination. The analysis of a platform that offers self-managed abortion assistance revealed a significant demand in the states that imposed the greatest restrictions during this period. The data support the statement that an increasing number of people have sought self-managed abortion in several other channels due to fear of contamination, economic downturn and decreased prenatal care<sup>8</sup>.

In addition to reversing the measures that instituted the end of the abortion ban in Texas, litigation continued in Ohio, Oklahoma and Alabama. As a result, thousands of women had to abandon abortion care services. The main defense used by politicians to stop the services was that the temporary use of resources would go to the purchase of PPE: this generated a warning from The American College of Obstetricians and Gynecologists and other associations that defend sexual and reproductive health for women at risk, especially in social vulnerability, who were appealing to unsafe methods, as happened in the past, when the practice was not legal in all territories<sup>9</sup>. Facing the downsides, one of the options women found was to move to other states where they can be assisted; this can lead to inability to provide services in the short and medium term, regarding the treatment of all women<sup>10</sup>.

With respect to contraceptive methods, one of the concerns in the practice of gynecology and midwifery professionals in the U.S. relates to the expiration date of health insurance, in a way that may affect contraceptive procedures, which suggest a postpartum time interval, as is the case with long-term reversible contraceptive methods (LARC)<sup>11</sup>.

In recent months, a great deal of gynecological and obstetric attention has been given to the possible effects of contagion during pregnancy, but a group of professionals has warned of the urgency of other outpatient measures, which should be maintained or incorporated by the team, such as mental health care, screening for certain types of cancer, and contraceptive measures and termination of pregnancy<sup>12</sup>. On the other hand, the Governors of Oregon, New Mexico, New York, Minnesota, Virginia, Michigan, Illinois, Hawaii, Massachusetts, California, Maryland, and New Jersey have demonstrated similar ideas, advocating for the immediate essentiality of services, especially in the contexts of contraception, abortion care, testing and treatment of Sexually Transmitted Diseases (STDs) and other sexual and reproductive care<sup>10</sup>.

In order to monitor inductions in particular, some services were reorganized through telemedicine and the use of evidence-based techniques<sup>13-14</sup>.

The measure made some gains possible, but still has weaknesses, such as preventing the prescription of mifepristone (which is a safe drug recommended in gynecological and obstetric clinics, for induction to abortion and other purposes)<sup>15</sup>. In addition, some specialists have suggested the elaboration of documents for patients who move to other states, explaining that they need medical follow-up in that region and a possibility of extension in the gestational weeks for a medical abortion<sup>13</sup>.

The United Nations Population Fund (UNPFA)<sup>16</sup> developed a Technical Curriculum to prepare services for the presentation of responses in the context of the Pandemic. The curriculum is a qualified and respectful attention, regardless of the condition of the woman during Covid-19. It establishes: the access to information, the guarantee of abortion within the law and the attention of professionals after the procedure, defends the continuity of prenatal services, childbirth and puerperium, the follow-up of vulnerable groups, the training of the professional involved and the availability of modern contraceptives. It also suggests that good maternal and neonatal health practices should be implemented in the long term, based on countries that have been successful in their actions, and prioritizes the deepening of strategies in countries with a mortality rate above 140/100,000 stillbirths. UNFPA calls attention to the need to strengthen health systems and maximize initiatives that address gender issues in public health.

Regarding good practices, some Western English-speaking countries have been gaining relevance on the world stage, either in the execution of rapid measures to contain the virus, or in the concern to make the services previously performed essential.

The dispute over the legalization of abortion is a recent theme for some and, for example, New Zealand was the last country to conquer this right until then. Before that, the Republic of Ireland was able to overthrow, by means of a plebiscite, a large conservative group that was harshly opposed to the legalization of gestational abortion in the country.

Progress was made not only in voting, but also in the present moment, where telemedicine has made possible the continuity of procedures, in a safe way. The prioritization of popular opinion in the sphere of legalization has also gained ground in policy making in Canada, the United Kingdom, New Zealand and Australia. However, despite countries recognizing the service as essential, political decisions in the U.S. have often impacted more liberal decisions; an example of this happens in Canada, where residents of remote locations often need to resort to abortion in the neighboring country and now find themselves caught in stalemate situations between

what is essential and what is not, and to whom it applies<sup>17</sup>. A deeper analysis shows that the controversy surrounding abortion is not recent. These controversies cannot be thought outside of reproductive justice, subjectivity, and cultural views, as they involve social representations in certain historical periods. One example is the image of the fetus that has represented a patriotic possibility of a new future for Americans for decades<sup>9</sup>.

The issue of essentiality versus elective services, has been the subject of criticism from organizations or activists for not having an elective sexual right. This notion of electivity has so far been constructed within a biomedical and organic perspective. Electivity has a direct relationship to physical health, but these groups ask questions about the place of well-being in these considerations. Therefore, all sexual rights should be essential<sup>18</sup>. The decision to terminate pregnancy, is due to emotional, cultural, social, and economic frailties, so for women who make this choice, there is a logic of essentiality (of abortion) to their lives.

In order to present this perspective and argue about susceptibilities in an overview, the International Federation of Gynecology and Obstetrics<sup>19</sup> organized a webinar in March, which was attended by 1,555 participants representing 116 countries. At the event, some relevant points were listed: I. The need for the guarantee of antiretroviral to address the problems encountered in the health supply chain; II. The continuity in the distribution of contraceptive methods, as a way to avoid an increase in STDs or unplanned pregnancies in this period; III. The provision of care and the reorganization of assistance to contemplate disabled people; IV. The care and inclusion of trans people, who at this time may have had transition services postponed or their treatment interrupted. Neglect in this regard can amplify stigma, violence, and sex work; V. Confinement has increased reports of domestic violence and the risk is elevated when health services are prohibited from providing treatment or when support networks become more limited; VI. Abortion should be formally recognized within essential services. It was concluded that the groups most affected are refugees, sex workers, detainees, immigrants, people with disabilities, and women in poverty.

The United Kingdom has demonstrated excellence in the use of telemedicine and sexual and reproductive services have made technology a good ally in ensuring that no unnecessary interruptions occur. Among the countries that lead the ranking of SARS-CoV-2 infections, those in the UK have given good answers in the integral health context, keeping the focus not only on the contaminations but also on the responsibility that the health services have with the citizens.

Other countries that also deserve consideration are: France, for making it easier to purchase contraceptives without renewing prescriptions and for proposing an extension in the

gestational time for discontinuation; Finland and Scotland which also extended the time limit. In Lebanon, Syrian refugees were given the opportunity to access health services and contraceptives free of charge; In Canada (as in the UK), the remote prescription of combined pills was released<sup>20</sup>. In Portugal, the Portuguese Society for Contraception<sup>21</sup> issued a statement reiterating the continuity of essential services, between which is sexual and reproductive health. As for contraception, the proposal situated: the possibility of a telephone line for the population to clarify doubts, consultation directed at vulnerable women to encourage the continuity of contraceptive methods, especially the long-term ones, promotion of postpartum contraception, with guidance from the 3rd trimester of pregnancy, access to emergency contraceptive methods without the need for a doctor's prescription, pharmaceutical guidance for contraception, and facilitation in the process of discontinuation by phone and the reduction of reflection time.

While some countries have made the process easier for their citizens, others, such as Poland and Hungary, as well as in some US states, have seized the moment to restrict access.

In Italy, abortion approval dates back to 1978. Although the country has regulations that conduct interruptions, with the public health emergency, no emphasis was placed on the issue of maintaining services, which created an obstacle because the time for interruption is very short and, surgical abortion is preferred over medical abortion. With the displacement of health teams to Covid-19, the issue was pushed into the background and opened space for ultraconservative groups to start a petition suggesting that women's abortion rights be limited, arguing the essentiality of the services.<sup>22-23</sup>

In China (the first country to report infections), the deficiency of services was also reported. During the first week of May, an online questionnaire aimed to understand the behavior and the sexual and reproductive health of young Chinese people. The answers pointed to difficulties in accessing the health system, which reverberated in the reduction of the number of prenatal consultations or in their delay, as well as restriction in the number of beds for childbirth, impasse in the medical handling for treatment/monitoring of STDs, unavailability of contraceptives in some regions, and complications in access to abortion, especially surgical abortion<sup>24</sup>.

When barriers are imposed, be them political, ideological or regulatory and when they intentionally impede access to a safe and legal service, women facing these types of violence in the sphere of human rights, tend to search for possibilities on their own<sup>25</sup>. It is the case of Malta, recognized as the only country in the European Union the completely restricts abortion, which makes it so the residents search for options in the parallel market. With the flight restrictions, three complex situations occurred: the first consisted in the arrival of pills, the

second encompassed the reductions in the offer of contraceptive methods and the third resorted in the increase of domestic violence. All of them imposed the female citizens to conditions of vulnerability. Consequently, activists and international organizations reported a higher number of solicitations for help and openly exposed the emotional sufferings of those that experienced sexual violence or unwanted pregnancies<sup>26</sup>.

The current scenario has maximized the long-term damage involving social relations and gender perspectives. A trend of massification of discriminatory ideas that, in some cases, were already present in society. In Latin America and India, the LGBTQ+ population has witnessed increased difficulty in accessing hormone therapy, STD monitoring, and the acquisition of preservatives, in addition to increased violence against women<sup>27</sup>.

In a survey of low- and middle-income countries' response to sexual and reproductive health care in the Pandemic, data extracted from the routine health analysis and information system in India, showed a reduction in numbers (of consultations and procedures) between December / 2019 and March / 2020. A similar result was also analyzed in the private sector. The lock-in time for performing abortions, which took about 06 weeks, meant that medical procedures had to be changed to surgical procedures, with a higher risk rate for women. Some services required a negative test for Covid-19, further increasing the waiting time for the procedure. Criticism about the obstacles faced by women and the worsening situation was made by the authors<sup>28</sup>.

The women who present the greatest suffering in relation to the issue worldwide, are those who present the greatest suffering in socioeconomic and geographic terms. In addition to the negligence of governments, in the poorest countries, the population with the fewest resources is forced to temporarily abandon consultation visits due to the inability to pay for transportation or to make a longer trip to receive treatment<sup>9-29</sup>.

In Indonesia, Mozambique and other poor countries, contraceptives remain out of stock. The previous health crisis, as was the case with Zika, caused women in Brazil, Colombia and El Salvador to seek in the parallel market, possibilities to abort, because they did not receive differentiated responses in reproductive health services<sup>30</sup>. Previous reports on health outbreaks have shown that, especially in African countries, lack of income compromised the maintenance of non-essential services. During the Ebola virus outbreak, there was a delay in treatment due to unavailability of supplies, lack of transportation, and women's fear of using public transportation. Delays in seeking family planning or consultations in cases of sexual violence were also reported<sup>31</sup>.

With humanitarian issues in mind, Doctors Without Borders (MSF) has advocated for access to contraception and safe abortion. In previous years, the organization has followed failed attempts, which involved uterine and abdominal trauma, and the ingestion of toxic products, in attempts to interrupt, reaffirming that specialized attention is fundamental and essential to avoid potential maternal deaths. One of the alternatives suggested in the face of the distance from formal services is the training of local agents and the establishment of networks for the dissemination of information, medical care through social networks, telephone, distribution of condoms, remote support for spontaneous abortions, in situations where these were allowed by local laws.<sup>32</sup>

Despite resistance, communities have become more open to awareness when the arguments are about sharing common stories and actions to reduce deaths and grievances in the face of unwanted pregnancy and unsafe abortions.

Informal networks of mutual support have always existed, and now they gain an even greater importance in view of the gaps left by the formal structure located in the representation of the state. When the formal model opens gaps, different organizations arise in order to fill them.

Even though sexual and reproductive health is relevant in certain countries, the pandemic has aggravated the conflicts between liberal and conservative groups, has caused the private sphere to invade the public sphere, and the organs to be negotiated again. It is undeniable the positive responses that considered the secularism and neutrality of some rulers, taking positions favorable to human rights as a whole.

An example of this occurred in the Caribbean and in some Latin American countries, such as Brazil, where limiting abortion is discussed in situations where it was already very restricted.<sup>33</sup> As a consequence of the pandemic and the restrictive measures, the organization Marie Stops International estimated up to 2.7 million abortions under unsafe conditions<sup>30</sup>.

#### **4. Final Considerations**

The present analysis considered the discourses on sexual and reproductive health, with a focus on pregnancy termination according to 28 journals. Despite the low number of publications, the 28 made it possible to know the reality of the Pandemic Covid-19 in several countries.

Among the selected journals, the main discussions were settled on the United States scenario. The country with the largest cases of infection in the world is also the one that presents a division between political actors from different states. While liberals have shown a greater concern for maintaining services, conservatives have restricted or suspended actions, arguing that they are not essential. A similar situation occurred in Italy, where conservative groups demonstrated with the aim of reducing procedures.

However, many changes reverberated positively, as was the case of the amplification in the time of drug interruption in France and Scotland and the use of technology as a way to ensure a lower impact against relevant issues, which involve the sexual and reproductive health of citizens belonging to the United Kingdom. The latter has gained a worldwide repercussion and continues as a model that should be reproduced in other countries.

A greater warning comes with regard to low- and middle-income countries. In moments of the previous health crisis, resources for sexual and reproductive health were allocated to other programs and the existing shortages promoted fractures in the systems. Generally, in these countries, social issues are more deeply posed and ideological positions can represent real constraints in the face of the preservation of human rights. If access to abortion is difficult in countries that ensure it by law, in those with fewer resources, which have restrictive measures, the situation tends to get worse, and the Latin American scenario, especially Brazil, has shown an interposition of obstacles and setbacks.

Some of the articles reviewed suggested points to be worked on, among them: the demand for a unified voice within health services that, amidst the crisis scenario, reasonable conditions for the continuity of services are met<sup>34</sup>. It is expected that political agendas will emphasize sexual and reproductive health, in order to prioritize, through health centers, priority treatments for pregnant women, adolescents, and marginalized groups involving immigrants and refugees. Both telemedicine and evidence-based care (applied as temporary alternatives to clinical gestational examinations and imaging) have demonstrated good results and should be implemented as a facilitator for continuity of care<sup>13-14-35</sup>.

The women leaders exposed effective positions related to the confrontation of Covid-19. However, in addition to committed leaders, it is necessary to have mutual cooperation and an international dialogue to effectively reduce inequalities<sup>13-14-35</sup>.

Valuing universal health care models and ensuring access for all also needs to be established as a social commitment<sup>36-37</sup>.

It is acknowledged that the pandemic cannot be thought of outside the gender perspective because it has aggravated the already existing problems. As for the initial

hypothesis, it can be confirmed in the various scenarios; the impacts on sexual and reproductive health will continue to occur and their effects will not be immediately visible, some will appear in the medium and long term, requiring governance for there to be responses.

## References

1. WHO. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic – Numbers at a glance. World Health Organization, Geneva, 2020 Sept 03 [cited 2020 Sept 03]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. Barretto, RS; Monteiro, LS. Maternidade, Trabalho e Temporalidade: Diálogos Relevantes na Covid-19. *Maternidade e Ciência em tempos de Covid-19*. No prelo, 2020.
3. Liu N, Zhang F, Wei C, Jia YJ, Shang Z, Sun WL, Sun Z, Zhou YZ, Wang Y, Liu W. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: *Gender differences matter*. *Psychiatry research* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 28];v. 287 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102622/>.
4. González-Sanguino C.; Berta A.; Castellanos MA.; Saiz J.; López-Gómez A.; Ugidos C.; Muñoz M.. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, behavior, and immunity*, [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 1];87:[about 5 p.]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32405150/>.
5. Findlay LC, Arim R, Kohen D. Understanding the Perceived Mental Health of Canadians During the COVID-19 Pandemic. *Health Rep* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 20]; 31(4): 22-27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644764/>.
6. Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A, Kontopantelis E, Webb R, Wessely S, McManus S, Abel KM. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: *a longitudinal probability sample survey of the UK population*. *The Lancet Psychiatry*. [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 20]. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30308-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30308-4/fulltext).
7. Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, Roma P. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: *Immediate Psychological Responses and Associated Factors*. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 05]; 2;17(9):3165. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32370116/>.
8. Aiken ARA, Starling JE, Gomperts R, Tec M, Scott JG, Aiken CE. Demand for Self-Managed Online Telemedicine Abortion in the United States During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Obstet Gynecol*. [published online ahead of print, 2020 Jul 21]. 2020 [cited 2020 Aug 11]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32701762/>.
9. Bayefsky MJ, Bartz D, Watson KL. Abortion during the Covid-19 Pandemic - Ensuring Access to an Essential Health Service. *N Engl J Med*. [Internet]. 2020. [cited 2020 Aug 25];382(19):e47. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32272002/>.

10. Jones RK, Lindberg L, Witwer E. COVID-19 abortion bans and their implications for public health. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2020 [Internet]. [cited 2020 Aug 15];52(2):[about 4p.]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1363/psrh.12139>.
11. Robinson EF, Moulder JK, Zerden ML, Miller AM, Zite NB. Preserving and advocating for essential care for women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Am J Obstet Gynecol*. [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 15]; 223(2):[about 1 p.]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32405073/>.
12. Cohen MA, Powell AM, Coleman JS, Keller JM, Livingston A, Anderson JR. Special ambulatory gynecologic considerations in the era of coronavirus disease 2019 (COVID-19) and implications for future practice. *Am J Obstet Gynecol*. 2020. [Internet]. [cited 2020 Aug 10]; 223(3):[about 7 p.]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32405073/>.
13. Ruggiero S, Brandi K, Mark A, Paul M, Reeves MF, Schalit O, Blanchard K, Key K, Chandrasekaran S. Access to later abortion in the United States during COVID-19: challenges and recommendations from providers, advocates, and researchers. *Sexual and reproductive health matters*. 2020 Jun 16. [Internet]. [cited 2020 Aug 10]; 28(1), 1774185. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/26410397.2020.1774185?scroll=top&needAccess=true>.
14. Hall KS, Samari G, Garbers S, Casey SE, Diallo DD, Orcutt M, Moresky RT, Martinez ME, McGovern T. Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response. *The Lancet*. [Internet]. 2020 Apr 11. [cited 2020 Aug 25]; 395 (10231); [about 3p.]. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30801-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30801-1/fulltext).
15. Tanne JH. Covid-19: Women's health campaigners sue FDA over access to medical abortion pills. *BMJ*. 2020 Jun 1. [Internet]. [cited 2020 Aug 10];369: m2187. Available from: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m2187>.
16. Coronavirus Disease (Covid-19) Preparedness and Response UNFPA Interim Technical Brief. *UNFPA*, 2020, 23 Mar. [cited 2020 Aug 10]. Available from: <https://www.unfpa.org/resources/sexual-and-reproductive-health-and-rights-maternal-and-newborn-health-covid-19-0>
17. Baird B, Millar E. Abortion at the edges: Politics practices performances. *Women's Stud. Int. Forum*. [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 12]; v. 80, May 2020. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027753952030100X?via%3DIihub>.
18. Gross MS, Harrington BJ, Sufrin CB, Faden RR. Rethinking "Elective" Procedures for Women's Reproduction during Covid-19. *The Hastings Center Report*. [Internet]. [cited 2020 Aug 18]; 50(3): [about 4p.]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hast.1130>.
19. MacKinnon J, Bremshey A. Perspectives from a webinar: COVID-19 and sexual and reproductive health and rights. *Sexual and reproductive health matters*. [Internet]. 2020. [cited 2020 Aug 18]; 28(1), 1763578. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1763578>.

20. Bateson DJ, Lohr PA, Norman WV, Moreau C, Gemzell-Danielsson K, Blumenthal PD, Hoggart L, Li HR, Aiken ARA, Black KI. The impact of COVID-19 on contraception and abortion care policy and practice: *experiences from selected countries*. *BMJ Sex Reprod Health*. [Internet]. 2020 Aug 11. [cited 2020 Aug 22]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32788180/>.
21. Comunicado SPDC: O acesso à Saúde Sexual e Reprodutiva em fase de pandemia COVID-19. SPDC Portugal 2020 Mar. Available from: <https://www.spdc.pt/index.php/11-noticias/200-comunicado-da-spdc-sobre-o-acesso-a-saude-reprodutiva-tempos-de-covid-19>.
22. Bellizzi S, Ronzoni AR, Pichierri G, Cegolon L, Salaris P, Panu Napodano CM, Fiamma M. Safe abortion amid the COVID-19 pandemic: *The case of Italy*. *Int J Gynaecol Obstet*. [Internet]. 2020 Aug. [Cited 2020 Aug 25]. 150(2):[about 2p.]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32437584/>.
23. Cioffi A, Cioffi F, Rinaldi R. COVID-19 and abortion: The importance of guaranteeing a fundamental right. *Sexual & Reproductive Healthcare : Official Journal of the Swedish Association of Midwives*. [Internet]. 2020. [cited 2020 Aug 25]. 25:100538. Available from: <https://europepmc.org/article/med/32534228>.
24. Li G, Tang D, Song B, Wang C, Qunshan S, Xu C, Geng H, Wu H, He X, Cao Y. Impact of the COVID-19 Pandemic on Partner Relationships and Sexual and Reproductive Health: Cross-Sectional, Online Survey Study. *J Med*. [Internet]. 2020. [cited 2020 Aug 26];22(8):e20961. Available from: <https://www.jmir.org/2020/8/e20961/>.
25. Todd-Gher J, Shah PK. Abortion in the context of COVID-19: a human rights imperative. *Sex Reprod Health Matters*. 2020. [cited 2020 Aug 24]; 28(1):1758394. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1758394>.
26. Caruana-Finkel L. Abortion in the time of COVID-19: perspectives from Malta. *Sexual and Reproductive Health Matters*. [Internet]. [cited 2020 Aug 26]; 28(1):1780679. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1780679>.
27. Dasgupta J, Schaaf M, Contractor SQ, Banda A, Viana M, Kashyntseva O, Ruano AL. Axes of alienation: applying an intersectional lens on the social contract during the pandemic response to protect sexual and reproductive rights and health. *Int J Equity Health*. [Internet]. 2020. [cited 2020 Aug 25]; 19, n.130. Available from: <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-020-01245-w#citeas>.
28. Suresh VK, Shahin S, Senthilkumar N. Impact of COVID-19 on family planning services in India. *Sex Reprod Health Matters*. [Internet]. [cited 2020 Aug 26]; 28(1): 1785378. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1785378>.
29. Hussein J. COVID-19: What implications for sexual and reproductive health and rights globally?. *Sex Reprod Health Matters*. [Internet]. 2020. [cited 2020 Aug 26];28(1):1746065. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1746065>.
30. Wenham C, Smith J, Davies SE, Feng H, Grépin KA, Harman S, Herten-Crabb A, Morgan R. Women are most affected by pandemics — lessons from past outbreaks. *Nature*. [Internet]. 2020 Jul 08. [cited 2020 Aug 25]. Available from: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-02006-z>.

31. Chattu VK, Yaya S. Emerging infectious diseases and outbreaks: implications for women's reproductive health and rights in resource-poor settings. *Reprod Health*. [Internet]. 2020. [cited 2020 Aug 15]; 17(43). Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-020-0899-y>.
32. Kumar M, Daly M, De Plecker E, Jamet C, McRae M, Markham A, Batista C. Now is the time: a call for increased access to contraception and safe abortion care during the COVID-19 pandemic. *BMJ Glob Health*. [Internet]. 2020 Jul. [cited 2020 Aug 25]. 5(7):e003175. Available from: <https://gh.bmj.com/content/5/7/e003175>.
33. Assis MP, Larrea S. Why self-managed abortion is so much more than a provisional solution for times of pandemic. *Sexual and reproductive health matters*. [Internet]. 2020. [cited 2020 Aug 26]; 28(1). Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1779633>.
34. Kathryn I, Gassner J, Elliott M. Reproductive health under COVID-19 - challenges of responding in a global crisis. *Sex Reprod Health Matters*. [Internet]. 2020 Jun 15. [cited 2020 Aug 20]. 28 (1): [about 3p.]. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/ref/10.1080/26410397.2020.1773163?scroll=top>.
35. Raymond EG, Grossman D, Mark A, Upadhyay UD, Dean G, Creinin MD, Coplon L, Perritt J, Atrio JM, Taylor D, Gold M. Commentary: No-test medication abortion: A sample protocol for increasing access during a pandemic and beyond. *Contraception*. [Internet]. 2020. [cited 2020 Aug 26]. 101(6):[about 5p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7161512/>.
36. Clark H, Gruending A. Invest in health and uphold rights to "build back better" after COVID-19. *Sex Reprod Health Matters*. [Internet]. 2020. [cited 2020 Aug 26]; 28(2). Available from: <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1781583>.
37. Schaaf M, Boydell V, Van Belle S, Brinkerhoff DW, George A. Accountability for SRHR in the context of the COVID-19 pandemic. *Sexual and reproductive health matters*. [Internet]. 2020. [cited 2020 Aug 25]; 28(1). Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1779634>.

4º Título - **13 Anos depois: Diálogos sobre a Interrupção Voluntária da Gestação em Portugal.** Esse artigo encerra a tese e responde ao último objetivo específico, que diz respeito ao conhecimento do processo da IVG em países onde é descriminalizado, especificamente em Portugal, que tem demonstrado um decréscimo nas taxas, se comparado aos demais países da União Europeia.

### **13 Anos depois: Diálogos sobre a Interrupção Voluntária da Gestação em Portugal**

13 Years Later: Dialogues on Voluntary Interruption of Pregnancy in Portugal

#### **Resumo**

A Lei 16/2007 representou um marco na luta pelos direitos sexuais e reprodutivos das cidadãs portuguesas, instituindo a possibilidade da exclusão da ilicitude para as interrupções voluntárias da gestação, realizadas até a 10ª semana, por solicitação das mulheres. Através de uma pesquisa descritivo-analítica, objetivou-se conhecer a opinião das cidadãs e de investigadoras (atuantes na causa), frente a esse processo e às transformações que dele decorreram, com ênfase no contexto atual. Entre março e setembro foram realizadas 12 entrevistas, divididas em duas etapas. Ao serem precedidas as técnicas da Análise de Discurso, chegou-se à existência de alguns pontos frágeis, como a incerteza sobre o acesso, a presença de julgamentos e as limitações interpostas pela objeção da consciência, que refletem as necessidades de ampliação das semanas gestacionais permitidas para a interrupção. Houve um reconhecimento quanto à segurança nos procedimentos, na liberdade das mulheres diante das suas escolhas, na maior abertura para o diálogo, fato este que contribuiu conjuntamente com o reforço no planejamento familiar. Para além dessas construções, novas demandas foram situadas.

**Palavras-chave:** Interrupção voluntária da gestação; Portugal; Saúde; Sociedade; Análise do Discurso.

### **Abstract**

Law 16/2007 represented a milestone in the fight for sexual and reproductive rights of Portuguese citizens, instituting the possibility of excluding illegality for voluntary interruptions of pregnancy, carried out until the 10th week, at the request of women. Through a descriptive-analytical research, the objective was to know the opinion of citizens and researchers (active in the cause), in the face of this process and the transformations that resulted from it, with emphasis on the current context. Between March and September, 12 interviews were conducted, divided into two stages. When the Discourse Analysis techniques were preceded, there were some weak points, such as the uncertainty about access, the presence of judgments and the limitations interposed by the conscientious objection, which reflect the need to expand the allowed gestational weeks for the interruption. There was recognition of security in procedures, women's freedom from their choices, greater openness to dialogue, a fact that contributed together with the strengthening of family planning. In addition to these constructions, new demands were placed.

**Keywords:** Voluntary termination of pregnancy; Portugal; Cheers; Society; Speech analysis

### **Introdução**

O presente artigo tem como ponto central a interrupção voluntária da gestação. O tema é polémico e suscita polarizações a um nível mundial, principalmente entre grupos liberais e conservadores. Enquanto alguns países iniciaram as deliberações sobre a IVG no início do século XX, outros o mantiveram na esfera dos “temas tabus” por algumas décadas.

Após a Rússia ter sido a pioneira mundial na descriminalização, que ocorreu duas vezes (em 1920 e 1954), até a década de 80 muitos países já haviam legalizado a prática considerando a escolha da mulher, com destaque para a Islândia (1935), Japão (1948), Estados Unidos (1973), Canadá (1973), Noruega (1978), Inglaterra, Escócia e País de Gales (1967), Austrália (1969), Índia (1971) e França (1975). Passadas décadas, após grandes embates no Legislativo e aproximação por parte das organizações sociais, alguns países, dentre os quais Uruguai, Espanha, Portugal, Irlanda (e recentemente a Nova Zelândia), conseguiram tal conquista. Na União Europeia (EU) apenas um país proíbe terminantemente a realização do aborto: Malta; A legalização nos países pertencentes a EU tem apresentado respostas positivas, dentre as quais o menor risco de agravos e complicações para a mulher e a queda nas taxas de forma progressiva. Em 2015, a média de abortos nos países foi de 203 para 1000 nados vivos. Ainda que Portugal tenha sido um dos últimos países a legalizar o aborto, a sua média tem se situado abaixo dos demais países da União Europeia, com 192 abortos para 1000 nados vivos, no mesmo ano. Em 2018 esse número caiu para 171,6/1.000.<sup>1</sup>

Nessa perspectiva, a investigação teve como objetivo: I. Conhecer a opinião atual das cidadãs e das investigadoras (atuantes na área), sobre a IVG em Portugal; II. Compreender como as participantes têm observado as mudanças dos serviços de saúde e da sociedade, para tal e; III. Identificar se ocorreram transformações relevantes durante o período da Covid-19, segundo as investigadoras.

## **Metodologia**

Foi realizada uma pesquisa descritivo-analítica, que teve como campo as ruas e a internet. A investigação dividiu-se em dois momentos: no primeiro, foi aplicado um questionário presencial com 5 perguntas semiestruturadas. A escolha das participantes ocorreu de forma aleatória, na marcha em comemoração ao Dia Internacional da Mulher (08 de março); A Marcha

Intitulada Greve Feminista Internacional 2020 ocorreu mundialmente, em Portugal cidadãs e cidadãos em mais de 10 cidades, tiveram como lema a luta contra as desigualdades, discriminação e violência.

As pesquisadoras optaram pela realização das entrevistas presenciais na cidade do Porto.

Constaram como critérios de inclusão: a) Serem mulheres; b) Cidadãs portuguesas; c) Em idade sexual: dos 15 aos 55 anos. Após ouvirem sobre as questões éticas e preencherem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, 08 mulheres aceitaram prosseguir com as respostas, contudo, uma não se enquadrou nos critérios de inclusão.

O segundo momento culminou com o término do confinamento estabelecido em Portugal e a readaptação no funcionamento de alguns serviços, inclusive os de saúde. A pesquisa que ocorreria presencialmente necessitou ser readaptada virtualmente. Durante agosto de 2020 as investigadoras criaram um Survey em uma plataforma internacional. O link foi repassado para algumas investigadoras ligadas à área, que haviam sido anteriormente consultadas. O instrumento composto por 10 questões semiestruturadas dividiu-se na análise do perfil das respondentes e nas perguntas temáticas. Como critérios de inclusão, as respondentes deveriam: a) Ter mais de 18 anos; b) Trabalhar direta ou indiretamente com a interrupção voluntária da gestação (IVG) em Portugal; c) Ter conhecimentos sobre o processo de descriminalização da gestação no país. Após a leitura do Termo de Consentimento, 04 participantes optaram por dar continuidade integral ao questionário.

Após a recolha dos dados, optou-se pela Análise de Discurso (AD). A AD é uma disciplina francesa, desenhada por Michel Pêcheux nos últimos anos da década de 60 (séc. XX), que “engloba em seu intermeio o materialismo histórico, a linguística e a psicanálise”<sup>2</sup>.

### *2.1. Descrição das participantes*

As 08 participantes da primeira etapa eram nacionais de Portugal, a mais nova tinha 16 anos no momento da pesquisa, seguida por duas com 17, uma com 24 anos, uma com 25, uma com 31, uma com 41 e uma com 52 anos.

As idades não foram questionadas às participantes da 2ª etapa, mas, a faixa etária também foi heterogênea e variou dos 25 aos 60 anos. Esse grupo contou com a participação de uma psicóloga, uma investigadora e artista plástica, uma editora e uma ginecologista obstetra. As três primeiras são ativistas, possuem papéis significativos em algum coletivo feminista e trabalham com o tema há mais de 10 anos. A última está inserida no SNS e tem trabalhado com o tema há mais de 05 anos. Quando questionadas sobre quais nomes gostariam de utilizar na pesquisa, as participantes foram unânimes na escolha pelos próprios nomes, contudo, por questões éticas, as autoras optaram por abreviações.

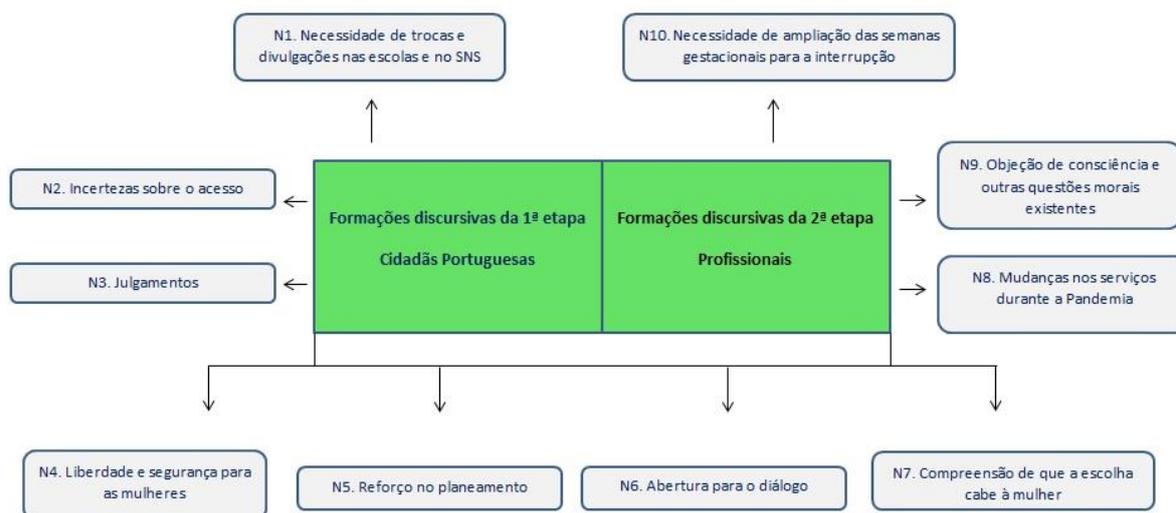
## **Discussão**

### *Um desenho analítico*

Na AD são preconizadas três etapas essenciais que segundo Orlandi<sup>3</sup> sintetizam a passagem do texto para um discurso e perfazem o trajeto por meio do *corpus*, definido pelo material empírico. A autora menciona que as etapas envolvem: I. Passagem da superfície linguística para o Objeto Discursivo (transição do texto para o discurso); II. Passagem do Objeto Discursivo para o Processo Discursivo (a Formação Discursiva); III. O Processo Discursivo, que gera a Formação Ideológica. A Formação Discursiva ao ser combinada à Formação Ideológica permite a análise dos deslizes, das metáforas, do não dito, dentro de um contexto.

Cumpridas tais etapas, as autoras construíram um quadro, no qual as *formações discursivas* situaram as respostas inerentes às compreensões do processo da interrupção voluntária da gestação em Portugal na visão das participantes e, os *núcleos significantes* evidenciaram os elementos centrais nas respostas. Diferente da Análise do Conteúdo, tais elementos não foram

definidos pelo número de vezes em que apareceram, mas, pela relevância que assumiram nos discursos.



**Figura 1.** Núcleos de sentido oriundos das formações discursivas (Quadro construído pelas pesquisadoras).

A AD compreende que as formações discursivas sustentam construções ideológicas de determinadas épocas. Os discursos contemplam as opacidades e, os momentos históricos definem quais ideias podem ser socialmente enunciadas e quais devem ser caladas<sup>4</sup>. Diante disso, não existe a possibilidade de apresentar os núcleos significantes encontrados sem refletir as mudanças pelas quais a sociedade portuguesa passou nas duas últimas décadas (concernentes ao processo da interrupção da gestação).

#### *Rememorar para significar: passos pregressos*

A luta pelo direito ao aborto foi desde cedo uma reivindicação do movimento feminista, emergindo, na Europa, sobretudo com a segunda vaga do feminismo que chamou a atenção

para as diferentes opressões que as mulheres sofriam na esfera doméstica, ficando célebre o slogan “o pessoal é político”.

A segunda onda é caracterizada pelo começo dos questionamentos voltados ao gênero, opressão do sexo feminino e a reflexões acerca do sistema patriarcal [...] O aborto também passa a ser uma pauta do movimento nesse período, assim como a pauta da discussão sobre o direito de ser mãe a partir da vontade da mulher<sup>5</sup>.

A efervescência dos movimentos feministas provocou reflexões sobre a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e, conseqüentemente, uma mudança nas restrições ligadas à interrupção voluntária da gestação em vários países europeus. Estas alterações foram, como sabemos, lentas em Portugal. Para tal contribui, entre outros fatores, a tardia emergência dos movimentos sociais em Portugal - não sendo o movimento feminista exceção – decorrente da ditadura que se vivia, e o forte peso da Igreja Católica na sociedade portuguesa. Não estranha, pois, que o direito ao aborto não fosse contemplado no conjunto de direitos adquiridos pelas mulheres em Portugal com a Constituição de 1976.

Em 1967 a criação da Associação para o Planeamento da Família (APF) fortaleceu o diálogo sobre os métodos contraceptivos e o planejamento familiar. A APF foi vista inicialmente com olhares de desconfiança por parte da Igreja Católica e do Governo, mas, aos poucos ganhou um lugar social importante. Em 1979 lançou uma campanha sobre o desejo à maternidade e, assim, gerou reflexões sobre a despenalização do aborto<sup>6</sup>.

Em 1984 o Artigo 140º da Lei nº 6/84 classificou como não puníveis os abortos realizados até a 12ª semana, nos casos de violação da mulher, até a 16ª semana em situações de malformação fetal e também até a 12ª semana se, a gestação constituísse riscos para a saúde física ou psíquica para a mulher.

Todavia, os movimentos políticos e sociais que ainda assim defendiam o direito da interrupção como uma escolha, não foram poucos e, esse processo envolveu dois marcos fundamentais: o

referendo de 28 de junho de 1998 e o referendo de 11 de fevereiro de 2007. O primeiro não conseguiu romper com o discurso construído pela Igreja Católica. Tampouco se fez compreendido entre os cidadãos quanto ao real significado da alteração da lei e suas aplicações, o que resultou em um alto índice de abstenções e uma pequena diferença entre os votos favoráveis e contrários, sendo os eleitores do último em maior número<sup>6</sup>.

A necessidade de estabelecer uma comunicação com a população sobre a regulamentação da IVG fez com que associações portuguesas convidassem a organização não governamental holandesa Women on Waves (WOW) para uma campanha junto à sociedade portuguesa, o que marcou um momento icônico no caminho da despenalização em Portugal. Cabe dizer que o WOW trabalha com a promoção da saúde sexual e reprodutiva, sendo autorizado pelo Ministério da Saúde da Holanda a realizar a IVG em águas internacionais, quando há atraso de até 16 dias no ciclo ou ainda, na clínica móvel, até as 12 semanas de gestação. A proposta elencada consistiria em levar as portuguesas com atrasos de até 16 dias, que quisessem realizar uma IVG, para o barco Borndiep, de forma que o procedimento ocorresse fora do território marítimo português<sup>7</sup>. Em 2003 a líder do WOW chegava a Portugal e, também nesse ano, frente aos impasses ainda existentes quanto à questão do aborto, um grupo de cidadãos e cidadãs decidiu colher assinaturas com o intuito de que um novo referendo fosse realizado.

A 28 de Janeiro de 2004 o movimento peticionário entregou na Assembleia da República 121.151 assinaturas que reclamavam a convocação de um novo referendo. Porém, por maioria parlamentar, a proposta peticionária foi rejeitada a 3 de Março de 2004<sup>6</sup>.

A rejeição da proposta não significou um ponto final para os movimentos. Dando continuidade aos acontecimentos, em 2004 foi noticiado que o Borndiep chegaria a Figueira da Foz, o que causou resposta impeditiva do Governo Português, sob a alegação de que: A ONG holandesa WOW pretendia entrar no território português para distribuir e publicitar produtos farmacêuticos não autorizados em Portugal, publicitar e promover a prática dos actos ilícitos

em Portugal e desenvolver uma atividade numa infraestrutura médica sem licença ou inspeção por parte das autoridades portuguesas competentes, o que poderia, no seu entender, colocar em causa a saúde pública [...] esta campanha atentava contra a soberania do Estado<sup>7</sup>.

Dessa forma: os entraves à entrada do barco em águas portuguesas não foram em vão, já que ampliaram a discussão entre a população, por meio dos protestos com faixas “eu já abortei”, pelas entrevistas da líder do WOW em veículos de comunicação importantes, pelas pesquisas de opinião junto à população e, principalmente pelo movimento “Médicos pela Escolha”, que iniciou o desenho do plebiscito de 2007<sup>7</sup>.

E, os anos subsequentes reuniram uma maioria partidária favorável a um novo referendo, que repercutiu na aprovação Parlamentar para a votação de 11 de Fevereiro de 2007. A Lei 16/2007 partiu da concordância de 2,2 milhões de portugueses (59,2% dos votos) face à questão: *Concorda com a despenalização da interrupção voluntária da gravidez, se realizada, por opção da mulher, nas primeiras dez semanas, em estabelecimento de saúde legalmente autorizado?*<sup>8</sup>

Em suma, a Lei 16/2007 de 17 de abril que trata da exclusão da ilicitude nos casos da interrupção voluntária da gestação com alterações no Código Penal, passou a estabelecer principalmente a possibilidade da interrupção por escolha da mulher, dentro das 10 primeiras semanas de gestação. As circunstâncias que tornam a interrupção não punível devem ser atestadas por um médico diferente daquele que realizará a interrupção.

A referida Lei também situou alguns percursos necessários para que as mulheres tenham a interrupção garantida pelo Estado, de forma que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) venha a se organizar para tal. O trajeto necessário não foi especificado, embora, alguns trechos evidenciem a necessidade das mulheres formalizarem por escrito o consentimento e passarem pelo período de reflexão, que inclui acompanhamento de profissionais da psicologia e da assistência social. Além disso, os estabelecimentos oficiais ou oficialmente reconhecidos para

a interrupção da gestação devem, obrigatoriamente, garantir o encaminhamento das mulheres para uma consulta de planejamento familiar. A garantia do sigilo profissional e o direito à objeção da consciência também foram incorporados à Lei<sup>9</sup>.

*De lá para cá: uma análise discursiva da IVG após 13 anos*

Desde que a Lei entrou em vigor, muito se tem feito no contexto social, acadêmico e no âmbito da saúde. Apesar das buscas em bases bibliográficas não demonstrarem um número extenso de publicações, as próprias universidades têm se aberto mais para que essa temática seja discutida em grupos de estudos e eventos que reúnam alunos/ as, docentes, investigadores / as, profissionais da área, movimentos sociais e demais interessados / as.

No intuito de explorar uma parte dessa realidade, foram levantadas duas grandes questões: Como as cidadãs portuguesas compreendem esse processo nos dias atuais? E, como os serviços de saúde têm se (re)organizado, de forma que continuem a garantir as interrupções?

O quadro 1 demonstra no retângulo à esquerda os núcleos de sentido referidos pelas cidadãs, nessa primeira etapa e o retângulo à direita (quadro 1.) contempla os núcleos de sentido situados na segunda etapa.

Os núcleos comuns às duas etapas foram colocados na parte inferior da figura, ligados aos dois retângulos.

Na primeira etapa, 03 respondentes disseram ter acompanhado de perto todo o processo de legalização da interrupção voluntária da gestação em Portugal, 03 ouviram a respeito mas, não estiveram a par e 02 não acompanharam. As mulheres mais novas revelaram que eram crianças quando ocorreu o referendo de 2007. Já entre as profissionais, foram unânimes os relatos não só do acompanhamento como também da participação efetiva.

As respondentes da primeira etapa dividiram-se quanto ao conhecimento de alguma mulher que já tenha passado pela IVG após a alteração da Lei. Uma opinião comum entre essas

respondentes foi referente à aproximação dos serviços de saúde no intuito de dialogar sobre o tema. Foi evidenciado que os profissionais estão abertos a esse tipo de conversa quando solicitadas informações por parte das utentes. Portanto, o diálogo existe, assim como o acesso às informações, contudo, ele ocorre com aquelas que buscam os serviços. Não foram mencionadas campanhas ou algum tipo de publicidade que vise levar de forma ativa a informação sobre a IVG para um maior número possível de cidadãos. O primeiro núcleo que partiu dessas constatações veio como uma sugestão, com base na necessidade de trocas e divulgações nas escolas e no SNS. Segundo as entrevistadas, essa necessidade não parte da falta de informações e sim do desejo por uma maior aproximação com a população, de forma que os jovens possam ter mais orientações nas escolas e o SNS sugira ativamente ações de promoção, palestras e oficinas contínuas, com diferentes grupos, o que na visão de duas respondentes deveria incluir não só as mulheres mas, também os homens.

A carência quanto a esse tipo de aproximação pode se tornar um problema, conforme refletido no segundo núcleo: incertezas sobre o acesso. Duarte e Barradas<sup>10</sup> situaram que passados meses desde a exclusão da ilicitude até a 10ª semana, muitas mulheres ainda não sabiam como recorrer à interrupção, o que acreditavam ser transitório, inclusive pelos índices de 2008 apontarem uma maior busca das mulheres pelos procedimentos.

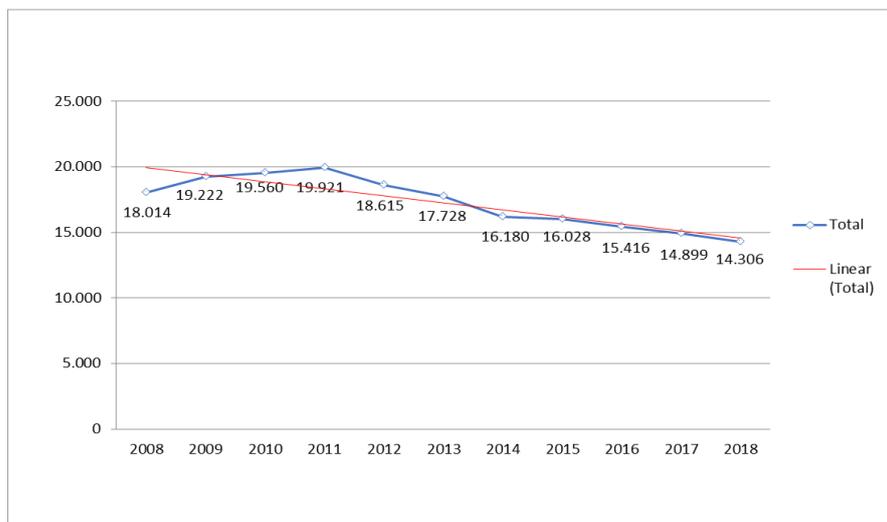
Na presente investigação, apenas 02 mulheres souberam detalhar com exatidão o percurso que as cidadãs devem seguir, caso desejem interromper a gestação. Dentre as demais, uma disse que a entrada ocorre pelos Hospitais, 03 não souberam responder e 02 afirmaram apenas que é pelo serviço de saúde. Constata-se que apesar do material estar disponível na internet, nem sempre essa alternativa atinge a todas por igual. É esperado um contato maior entre os serviços e as usuárias.

Um segundo problema apresentado por 03 participantes (CE, SF e MC), que consistiu em outro núcleo de sentido disse respeito aos julgamentos. Para elas, a relação entre as utentes e

os profissionais, ainda contempla opiniões particulares por parte dos últimos. Enquanto MC reconheceu que apesar disso a vontade da mulher prevalece, CE e SF problematizaram a dimensão negativa dos juízos de valores, para aquelas que já se encontram em uma situação difícil. Nas palavras de CE: *“Colocam em causa a decisão das mulheres e as fazem sentir mal diante disso... são julgadas, é pesado. [...] O processo falha em termos de acolhimento.”*

Esse julgamento pode ser explicado através de uma análise social. O estigma do “aborto” esteve diretamente associado à criminalização e à discussão sobre o início da vida e dignidade humana, legitimados pelas instituições jurídicas, científicas e religiosas. A estigmatização envolve o desvio das regras ou normas instituídas por determinados grupos, em dados períodos<sup>11</sup>, o que vai ao encontro da afirmação de Gregolin<sup>4</sup> quando se refere à mudança dos discursos segundo a sua historicidade. Ainda que as transformações ocorram, torna-se difícil dissipar o estigma, por ele comportar uma formação discursiva complexa. Diante disso torna-se possível compreender a visão das respondentes sobre um conservadorismo ainda existente na sociedade portuguesa, que reduz gradativamente no encontro com as informações concretas e verossímeis sobre os benefícios da descriminalização, a exemplo dos dados da Direção Geral da Saúde (DGS).

De acordo com os Relatórios dos Registos das Interrupções da Gravidez<sup>12</sup>, após a alteração da Lei houve uma diminuição gradual na busca pela IVG, tanto nos serviços públicos de saúde quanto nos privados.



**Figura 2.** Total de Interrupções Voluntárias da Gestação, realizadas anualmente após a descriminalização.

A figura 2. expressa o total de interrupções por ano (realizadas a pedido das mulheres, até a 10ª semana da gestação), com base nos números disponibilizados pela DGS.

Cabe dizer que os Relatórios mais recentes são de 2018. De acordo com Faúndes e Shah<sup>13</sup> e Fiol et al.<sup>14</sup> as flutuações ascendentes foram uma tendência nos primeiros anos após a descriminalização na França, Itália e Uruguai. Passado esse período inicial houve um decréscimo. Uma redução na frequência de gestações indesejadas que levam ao aborto é geralmente o resultado de melhores informações e acesso a anticoncepcionais eficazes<sup>13</sup>.

O reforço no planejamento familiar e a abertura ao diálogo sobre métodos contraceptivos foram dois núcleos de sentido compartilhados entre as participantes ouvidas no primeiro e no segundo momento da pesquisa. Sobre a primeira etapa, a participante MC lembrou que um dos discursos levantados pelos grupos “pró-vida” é que uma vez legal, as mulheres apelariam para os “abortos” como contraceptivos e, na contrariedade dessa visão, disse não conhecer nenhuma mulher próxima que tenha realizado a IVG, o que sugere que não houve uma banalização do procedimento. Outra participante (DS) afirmou que uma das mudanças vistas diz respeito à ampliação do diálogo dentro dos lares portugueses, ou seja, os pais têm orientado mais abertamente os jovens quanto à prevenção. Uma opinião semelhante se deu no momento posterior, quando mãe e filha aceitaram participar da entrevista. A mãe (PA) disse se sentir

confortável para falar sobre o tema com a jovem. A filha (DA) demonstrou concordância e revelou estar bem instruída diante dessas trocas.

Ambas concordaram que o assunto cabe à sociedade e, o estreitamento do diálogo fornece segurança às gerações mais jovens, inclusive para que possam responder a outras situações, como é o caso da violência doméstica. Essa opinião foi reforçada pelas profissionais MA, AP e TB e pode ser somada ao núcleo liberdade e segurança para as mulheres por haver uma inter-relação, já que a abertura a um novo nível de diálogo preserva as mulheres nas relações com os seus corpos, o que envolve o poder decisório diante do método contraceptivo e da escolha de ter ou não filhos, assim como a decisão do melhor momento para tal. Para as respondentes AP e TB, as mulheres saíram não só dos bancos dos réus, como também das estatísticas de mortes e complicações por abortos mal sucedidos. SF observou que a mudança na perspectiva da saúde fez com que conhecidos da área médica se sentissem mais à vontade para buscarem capacitações dentro das próprias universidades.

As entrevistadas nas duas categorias também concordaram que as decisões das mulheres são soberanas e, caso prevaleçam após o período da reflexão, cabe ao SNS conduzir o procedimento da melhor forma. Se todas as entrevistadas reafirmaram a compreensão de que a escolha é das mulheres e, desta forma houve a produção de um núcleo de sentido, as profissionais TR e AP relataram que paradoxalmente, a objeção de consciência afronta tais escolhas. Se nas primeiras entrevistas as cidadãs comentaram sobre os julgamentos por parte de alguns profissionais, com a objeção esses julgamentos reapareceram, agora na segunda etapa. Ainda que não seja algo verbalizado, a recusa pode expressar na maioria das vezes a falta de preparo para o procedimento ou um juízo de valores internalizado sobre uma situação pontual ou situações genéricas. A objeção é um direito do profissional ou das equipes, contudo, dependendo do momento em que ocorre as respostas do Sistema de Saúde necessitam ser rápidas para evitar outro conflito, que é o limite de semanas gestacionais para a realização da

intervenção. Para AP, as mulheres mais isoladas e/ou que não possuem uma rede de apoio, são as mais vulneráveis diante de médicos objetores porque estas barreiras podem implicar na perda dos prazos legais para a interrupção. Ainda segundo AP, os objetores deveriam proceder por lei com o reencaminhamento dessas utentes para serviços que assegurassem a intervenção, entretanto, nem todos têm cumprido com isso. TR garantiu que na maioria dos casos a IVG é gratuita e ocorre em conformidade com a Lei, contudo, exemplificou as exceções por meio dos casos de incumprimento ocorridos em Évora, no ano de 2019, quando os objetores ao negarem a IVG, forçaram as interessadas a buscar serviços de longa distância, alguns situados na fronteira do país.

O desenrolar do núcleo de sentido “objeções” levou a outro núcleo: a necessidade de ampliação das semanas de gestação para a IVG. Considerando que nem todas as mulheres descobrem a gestação até a 10<sup>a</sup> semana e, ainda para as que descobrem em um período próximo há o risco de perderem esse prazo, a interrupção voluntária pode ocorrer na clandestinidade e, representar riscos sérios para a saúde. O aumento nas semanas gestacionais para a realização da IVG garantiria mais segurança a um número maior de mulheres e uma necessidade menor de recorrer às alternativas ilegais.

Este foi inclusive um dos problemas abordados durante a Pandemia do Covid-19. Com as mudanças nos serviços de saúde sexual e reprodutiva, foram verificados atrasos na realização dos exames e agendamentos ou suspensão das consultas. Fronteiras foram fechadas e, o confinamento propiciou um aumento de abusos sexuais por parceiros íntimos. Para minimizar esses conflitos, alguns países implementaram novos modelos de trabalho, como foi o caso da telemedicina no Reino Unido e da utilização da medicina ginecológica-obstétrica baseada em evidências, em alguns estados dos EUA; na Escócia, na Finlândia e na França houve um alargamento do prazo gestacional permitido para a IVG, como uma resposta eficaz face às medidas restritivas<sup>15</sup>.

*Do Global ao Nacional: a IVG em tempos de COVID-19*

Análises inerentes às publicações sobre o acesso à saúde sexual e reprodutiva em um contexto global, durante a Pandemia do Covid-19 tem demonstrado que todos os serviços foram impactados, em maior ou menor grau. Quanto mais desenvolvidos os países, maiores foram as capacidades de resposta frente a tal<sup>16</sup>.

A crise na saúde também deflagrou conflitos já existentes entre grupos políticos e sociais, como foi o caso das instituições mais conservadoras nos EUA, na Itália e nos países do Leste Europeu, que propuseram restrições à IVG<sup>15</sup>.

Na investigação, as mudanças nos serviços durante a Pandemia constituíram um último núcleo de sentido, que emergiu dos discursos elaborados a partir da questão: *Houve a preocupação com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das cidadãs portuguesas durante a Pandemia do Coronavírus? Como o vosso serviço se organizou para tal?*

Como resposta à questão, uma das participantes (AP) preferiu não opinar por não ter proximidade com os serviços de saúde, MA descreveu que essa preocupação ocorreu em partes e preferiu não entrar em detalhes. TB afirmou que os serviços de planeamento familiar ficaram comprometidos, todavia, as equipas mantiveram as consultas conforme o habitual. Houve suspensão do período de reflexão para as utentes que o desejaram, com o objetivo de minimizar as idas aos serviços e os deslocamentos.

Para TR não houve preocupação e os coletivos de mulheres, dos quais faz parte, cumpriram com o papel de denunciar as situações que se opuseram aos direitos das mulheres, a exemplo dos serviços de saúde, que reduziram o funcionamento.

Em março de 2020, quando a Pandemia avançava no país, a Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC) ressaltou a essencialidade dos serviços e publicou um comunicado com orientações para o acesso à Saúde Sexual e Reprodutiva na fase do Covid-19<sup>17</sup>.

A SPDC orientou os profissionais a organizarem estratégias que dessem conta de manter os serviços de contracepção e orientação, com a priorização de linhas de atendimento ou e-mail, que permitissem o esclarecimento de dúvidas sobre as renovações das receitas e os métodos contraceptivos. A manutenção das consultas deveria ser direcionada aos grupos vulneráveis o que incluiu mulheres com problemas no uso dos anticoncepcionais e as iniciantes. A promoção do aconselhamento no último trimestre da gestação e o fornecimento de contraceptivos no pós-parto também entraram nas orientações.

Foi sugerido o aconselhamento do farmacêutico para a contracepção de emergência e a disponibilização da medicação sem a necessidade da receita médica. Os relatos da participante TB, aplicadas no seu serviço seguiram as diretrizes para o acesso ao aborto, que incluíam a continuidade das consultas no SNS e nos Serviços Privados conveniados pelo Estado, a priorização do uso de medicamentos nas interrupções e a possibilidade da não realização do período de reflexão. O canal telefônico foi indicado para o esclarecimento de dúvidas, apoio nas intercorrências e consulta de revisão.

Além disso, com o reconhecimento da possibilidade do aumento de violência doméstica, os profissionais deveriam se manter alerta para casos em que fosse necessário acionarem uma rede de proteção às vítimas.

#### *Uma análise do dito pelo não dito*

Se os núcleos de sentido foram fundamentais na construção desse artigo, outros aspectos não menos importantes também mereceram atenção. Com base em uma investigação sobre saúde mental e religião, Figueiredo<sup>18</sup> analisou que um discurso enunciado provém da realidade discursiva na qual se está assujeitado. Cada fala, gesto ou silêncio não representa puramente o que está dado. É necessário observá-los dentro do território em que se constituem, permeados pela ordem subjetiva e pela realidade social.

Ainda que houvesse a possibilidade do enviesamento das respostas, a escolha por uma Marcha de Mulheres no primeiro momento foi no sentido de reconhecer quais discursos poderiam ser reproduzidos naquele grupo, dado que entre as feministas, a fala mais liberal e a maior proximidade com o tema são presentes. Quando convidadas a participarem da entrevista, apenas duas mulheres não aceitaram, uma por não ser portuguesa e a outra por não se sentir preparada para tratar da temática naquele momento. As respondentes se mostraram abertas às perguntas e, diferente de uma parte da pesquisa maior, que ocorreu com mulheres brasileiras, as portuguesas fizeram questão de utilizar os seus próprios nomes. Mais uma vez houve a compreensão de que cada discurso se prende à sua realidade e vem carregado de subjetividade, o que envolve também as emoções e expectativas, que decorrem na compreensão do que é falado e para quem é falado<sup>4-18</sup>. Nesse caso evidenciou-se que o lugar da criminalização é também o terreno do medo (do julgamento e da denúncia) e, o lugar da descriminalização é sentido como um território de conquistas e liberdade, não obstante havia um compartilhamento do orgulho de exporem uma realidade que tem mostrado resultados concretos e quantitativos: é reconhecido entre todas que a mortalidade diminuiu, os dados sobre complicações físicas provocadas por um aborto inseguro são ínfimos e a busca pela clandestinidade ocorre com uma intensidade menor, se comparado às décadas passadas. O não dito, que é a expressão central do orgulho frente a essa realidade exprime o lugar que as mulheres portuguesas tem conseguido ocupar; lugar este que não se consolida somente na maternidade, no lar ou no casamento.

O não dito também pode ser interpretado como um silêncio. Na AD o silêncio tem um status importante e constitui-se como “fundador”. Diferente do vazio, o silêncio é um *continuum*, ele produz um espaço para recuo e elabora uma significação. O silêncio local é categorizado como uma censura e o silêncio constitutivo é o dito pelo não dito, conforme mencionado

anteriormente<sup>19</sup>. Outros momentos da entrevista englobaram o silêncio. Um deles ocorreu diante da questão: *como se dá o processo da IVG atualmente?*

Essa pergunta foi direcionada às participantes da primeira etapa e, o silêncio foi percebido em um primeiro momento. As respostas demonstraram um desconhecimento e, duas participantes (CE e MC) justificaram que não sabem responder porque nunca precisaram realizar o procedimento. A interpretação do dito e do não dito fundou o núcleo de sentido “incertezas sobre o acesso”.

O silêncio local esteve bastante presente na segunda etapa. Entre os meses de fevereiro e março, as pesquisadoras realizaram o primeiro contato com alguns profissionais de saúde, que se mostraram dispostos e motivados a participarem das entrevistas, que ocorreriam pessoalmente. Com os primeiros casos de contágio em Portugal, ainda em março, uma das pesquisadoras foi até uma Maternidade e observou a agitação no serviço, a equipe dedicada ao trabalho mantinha as consultas e, uma das profissionais, explicitava a preocupação com o andamento dos serviços, ao mesmo tempo em que relatava a importância da definição de estratégias para que o serviço não fosse interrompido devido à sua essencialidade.

Em meados de março, a necessidade de confinamento era certa e, os diálogos com os profissionais foram interrompidos e retomados entre julho / agosto. As restrições impossibilitaram a ida aos serviços e, quando a pesquisadora contactou novamente os profissionais (por e-mail), para avisar sobre a necessidade de realizar as entrevistas online, não recebeu respostas. Optou-se então pela ampliação do diálogo com outras possíveis participantes, agora ativistas, inseridas na causa antes da descriminalização. Cabe dizer que muitas análises podem ser feitas a partir do movimento de desmotivação dos profissionais. Uma delas diz respeito ao esgotamento mental dos profissionais de saúde que se mantiveram atuantes durante a Pandemia.

Se o confinamento em si já implica no silêncio fundador da população e das autoridades de saúde mediante o desconhecido, o silêncio também foi um recurso utilizado pelos profissionais, que precisaram sair das zonas de conforto e propor mudanças para que seus serviços se mantivessem ativos.

Outra hipótese levantada nesse lugar do silêncio diz respeito à proximidade das eleições presidenciais portuguesas. A menos de 05 meses das votações, as redes sociais e as ruas se transformavam em espaços de embate entre diferentes opiniões. Grupos da extrema direita situavam ideias diferentes das que foram alcançadas. Em setembro, na discussão da Convenção de um dos partidos, que lançou o seu candidato à presidência, uma moção apresentada gerou revoltas. A mesma previa a retirada dos ovários daquelas que viessem a abortar no SNS, em condições que não envolvessem má-formação do feto, violência sexual ou risco de vida para a mãe. Ainda que o seu autor tenha sido afastado e o partido tenha repudiado publicamente essa proposta, a ideia expressa uma opinião que ainda existe em menor grau na sociedade portuguesa. Pode-se dizer que a conquista do direito à IVG em Portugal não foi política, mas, se circunscreveu nessas instituições. No período da ditadura, as ações eram pró-natalidade e ocorria uma proibição tácita das discussões sobre planejamento familiar e contraceção, já que imperava a ideologia conservadora do regime salazariano e da igreja católica. Ao fim do regime, as feministas alertavam sobre a necessidade do planejamento familiar, que se consagrou na Constituição de 76, cabendo ao Estado a definição das estruturas para tal. Já os debates mais amplos sobre a interrupção voluntária da gestação ainda enfrentariam um longo percurso.

Os principais momentos de debate público e político da luta pela despenalização do aborto foram: a apresentação de um Projecto de Lei, pelo pcp, em 1982; a discussão e aprovação de um Projecto de Lei do ps, em 1984; as propostas de 1997, e o referendo de 1998; o referendo de 2007 e a proposta que o antecedeu<sup>20</sup>.

Os partidos de esquerda foram os que mais lutaram pelo planejamento familiar e pelo direito à interrupção da gestação, mas, até o ano 2000 retrocediam nos discursos e por vezes assumiam posições mais moralistas, pelo medo de confrontar determinados setores da sociedade<sup>20</sup>. A própria igualdade preconizada entre homens e mulheres estava presente nas leis e distante da realidade, fato marcado pelo retorno das mulheres às posições do lar, entre as décadas de 80 e 90<sup>10</sup>.

Somente após o ano de 2000 as vozes sociais unificadas tiveram maior visibilidade para que as mudanças esprimissem a concretude. As mídias mostravam casos recorrentes de mulheres denunciadas por recorrerem à clandestinidade e o episódio de truculência ligado ao *Borndiep* (barco da *Women on Waves* destinado a fornecer informações, contraceptivos e serviços de aborto legal) causou indignação e fomentou debates com a participação dos blocos de esquerda<sup>7</sup>.

Poucos anos depois, os Partidos: Comunista Português (PCP), Bloco de Esquerda (BE), Partido Ecologista “Os Verdes” e Partido Socialista (PS), foram responsáveis pela representação majoritária do “sim” (quanto às mudanças da lei), na Assembleia da República<sup>20</sup>.

Se a conquista partiu da democracia, contou com os partidos de esquerda e consolidou posições mais liberais, o silêncio daqueles que trabalham junto aos órgãos do Estado é previsível em momentos que podem questionar a permanência das instituições no poder.

Em suma, a compreensão desse não dito revela mais um silêncio entre tantos outros, que se estabeleceram não só na ditadura, como também em momentos democráticos. As mudanças promovidas pelas alterações na Lei não foram rápidas, pode-se dizer que a construção emerge das práticas e ocorre diariamente, portanto, o silêncio com toda a sua carga de historicidade continua a ser visto tanto na censura como em um movimento maior, que se estabelece como um elemento propulsor à ação, ou seja, constitui um *continuum*<sup>19</sup> essencial à ressignificação.

## Conclusão

Apesar dos diálogos sobre a descriminalização terem sido reforçados após a Revolução de 25 de Abril de 1974, a mentalidade da sociedade portuguesa continuou a vivenciar no âmbito público os valores e crenças tradicionalmente articulados pela religião e pelos grupos conservadores.

Se hoje há uma maior abertura para a realização da IVG, essa garantia é fruto de um processo, que contou com os movimentos feministas no decorrer de décadas e envolveu mais tardiamente os partidos políticos de esquerda.

Ao longo das entrevistas, as pesquisadoras perceberam que genericamente, as participantes conseguiram dar boas respostas diante do que lhes era questionado. Ainda que as entrevistadas da primeira etapa tivessem dúvidas com relação ao trajeto a ser tomado para a realização da IVG e, as entrevistadas da segunda etapa tenham demonstrado receios na participação, nenhuma questão permaneceu sem respostas. Houve um reconhecimento unânime nos avanços obtidos a partir da descriminalização, que incluem a realização dos procedimentos de forma segura e a minimização dos comprometimentos físicos derivados de um processo inseguro, maior respeito diante da escolha reportada pelas mulheres, mais acesso às informações (não só nos serviços de saúde, mas, entre as famílias portuguesas) e um reforço no planejamento familiar. As participantes forneceram dados concretos e informações relevantes para a pesquisa e, demonstraram satisfação com os avanços alcançados.

Se Portugal foi até certo ponto “pressionado” a dar respostas diante de outros países do bloco europeu que já haviam incluído a IVG na pauta dos direitos das mulheres, a descriminalização gerou respostas rápidas. De 2012 em diante, os números têm demonstrado

uma queda na busca pela interrupção (por escolha das mulheres até a 10ª semana), que o evidencia por apresentar uma das menores taxas da União Europeia.

Ao passo que os avanços são notáveis em alguns pontos, outros apresentam fragilidades e merecem atenção, como é o caso da demanda por um sistema mais próximo das mulheres portuguesas e de outros grupos e, de um diálogo mais aberto com as escolas e universidades, para que as ações de contraceção e planeamento familiar possam ser trabalhadas junto aos estudantes. Nos serviços de saúde, as capacitações contínuas e a aquisição de conhecimentos pautados na prática científica também são importantes instrumentos para a redução das objeções.

O último Relatório sobre a IVG, divulgado pela DGS em 2018 expôs uma diminuição da interrupção entre mulheres portuguesas e um aumento relativo entre as imigrantes (principalmente as brasileiras). Independente da condição em que a imigrante se encontre, talvez possa ser interessante uma oferta de ações mais incisivas de orientação para a contraceção e promoção da responsabilidade sexual e reprodutiva. Esse aspecto vem como uma preocupação porque as estrangeiras que podem utilizar o SNS conseguem induzir o aborto de forma segura e assistida, contudo, pouco se sabe a respeito das que o induzem na informalidade, por não terem acesso ao Sistema Nacional de Saúde. O achado é novo e, chama a atenção frente à dupla possibilidade dessas mulheres passarem por um procedimento inseguro, seja pela criminalização no país de origem ou pelo status ilegal em Portugal, que induz a busca pelo procedimento na ilegalidade.

Por fim, outra questão a ser incluída nas novas perspectivas, agora em um contexto global, diz respeito ao preparo dos serviços para as situações que possam envolver crises na saúde, como ocorreu com a Covid-19.

Concluiu-se então que um grande caminho já foi percorrido, todavia, o tema nunca se dará por encerrado. Novas perspectivas, postas em um cenário mais amplo exigem respostas

rápidas. Esse trabalho foi constituído com o objetivo de apresentar as percepções atuais sobre a IVG. Apesar do número de participantes ser pequeno, os seus discursos refletem parte de uma realidade compartilhada. Espera-se que ele sirva de subsídios para outros autores, que venham a explorar principalmente os contextos atuais.

### ***Referências.***

1. SNS – Serviço Nacional de Saúde. Interrupções de gravidez diminuiram [Online]. 2020 Jan 2. [acessado 2020 Out 14]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/01/02/interrupcoes-de-gravidez-diminuiram/>.
2. Orlandi EP. Interpretação: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. Petrópolis: Vozes; 1996. p. 23-35.
3. Orlandi EP. Análise de discurso – princípios e procedimentos. Campinas - SP: Pontes; 2009.
4. Gregolin, MR. Análise do discurso e mídia: a (re)produção de identidades. Comunicação, mídia e consumo, 2007; 11 (4): 11-25.
5. Marques, MC; Xavier, KRL. Gênese do movimento feminista e sua trajetória no Brasil. In VI seminário CETROS. Crise e Mundo do Trabalho no Brasil, Desafios para a classe trabalhadora; 2018; Fortaleza: UECE. p. 1-14.
6. Peniche, A. Elas somos nós. O direito ao aborto como reivindicação democrática e cidadã. Porto: Afrontamento; 2007.
7. Duarte, M. Entre o radicalismo e a contenção: O papel do direito na campanha Women on Waves em Portugal. Oficina do CES, nº 279; 2009.
8. Gamanho, TAF. “Gravidez indesejada – interrupção voluntária da gravidez nas mulheres adultas e adolescentes das consultas da maternidade dr. Alfredo da costa – aspectos sociais, que influência?” [Dissertação de Mestrado]. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal; 2011.

9. Portugal. Legislação nº 16/2007 da Assembleia da República. Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. *Diário da República: I série*, nº 75; 2007.
10. Duarte, M; Barradas, C. Entre a legalidade e a ilegalidade: representações em torno do direito ao aborto em Portugal. *e-cadernos CES [Online]*, 04 | 2009. [acessado 2020 Out 15]. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/eces.222>
11. Becker, HS. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro; 2008.
12. Direção-Geral da Saúde - DGS. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Publicações sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez. Relatórios referentes aos dados de 2007 a 2017. [Online]. [acessado 2020 Out 08]. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/interruptao-da-gravidez.aspx>
13. Faúndes, A., & Shah, IH. Evidence supporting broader access to safe legal abortion. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. [serial on the Internet]. 131 Suppl 1, S56–S59; 2013 [cited 2020 Out 09]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.018>.
14. Fiol, V., Rieppi, L., Aguirre, R., Nozar, M., Gorgoroso, M., Coppola, F., & Briozzo, L. The role of medical abortion in the implementation of the law on voluntary termination of pregnancy in Uruguay. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 134(S1), S12–S15. 2016. [cited 2020 Out 09]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.006>.
15. Bateson, DJ., Lohr, PA., Norman, WV., Moreau, C., Gemzell-Danielsson, K., Blumenthal, PD., Hoggart, L., Li, HR., Aiken, A., & Black, KI. The impact of COVID-19 on contraception and abortion care policy and practice: experiences from selected countries. *BMJ*

sexual & reproductive health, 46(4), 241–243; 2020. [cited 2020 Nov 10]. Available from:

<https://doi.org/10.1136/bmjsh-2020-200709>.

16. Barretto, RS. Repercussões do aborto induzido na subjetividade das mulheres e na sociedade [Tese de Doutorado]. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP – Fiocruz. Brasil; 2021.

17. SPDC. Sociedade Portuguesa da Contraceção. Comunicado SPDC: O acesso à Saúde Sexual e Reprodutiva em fase de pandemia COVID-19. [Online]. 2020 Mar 21. [acessado 2020 Nov 05]. Disponível em: <https://www.spdc.pt/index.php/11-noticias/200-comunicado-da-spdc-sobre-o-acesso-a-saude-reprodutiva-tempos-de-covid-19>

18. Figueiredo, AEB. Religiões Pentecostais e Saúde Mental no Brasil. Rio de Janeiro,ufrj; 2006.

19. Orlandi, EP. As formas do silêncio. Campinas, Ed. Unicamp; 1992.

20. Monteiro, R. A descriminalização do aborto em Portugal: Estado, movimentos de mulheres e partidos políticos. *Análise Social*, (204), 586-605; 2012. [acessado 2020 Nov 04].

Disponível em:

[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S000325732012000300004&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000325732012000300004&lng=pt&tlng=pt).

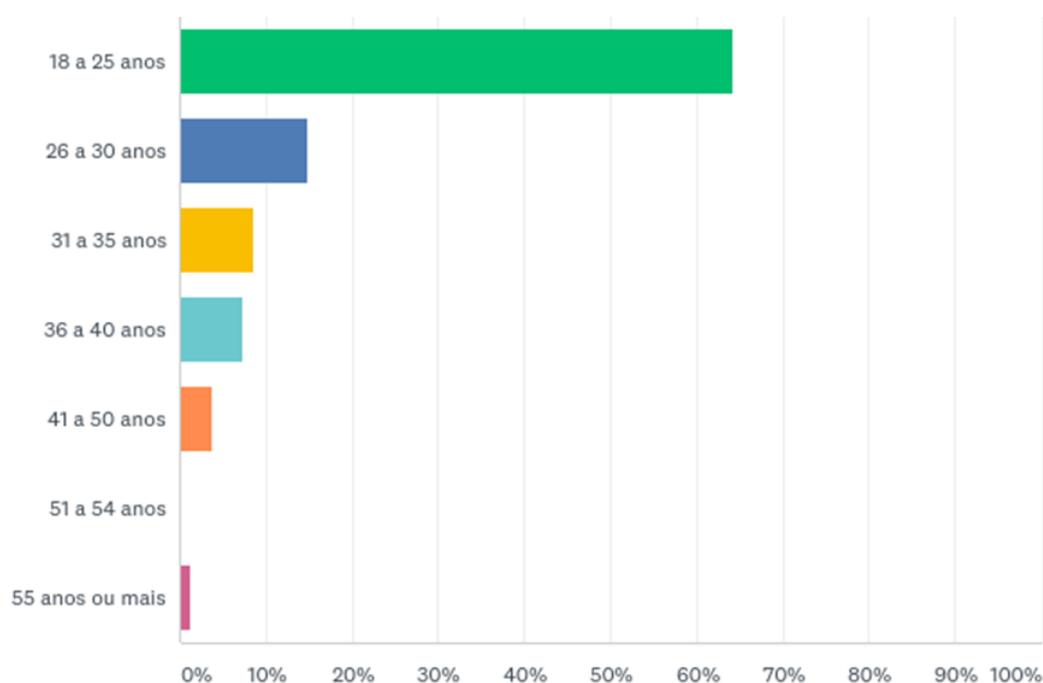
## 7.2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A ETAPA DA PESQUISA REALIZADA NO BRASIL

O link do Survey foi postado nos grupos e páginas do Facebook entre junho e julho de 2019. O Survey ficou aberto por três meses (junho, julho e agosto de 2019). Uma vez que o recurso é pago e o número de respondentes decresceu, resolvemos encerrá-lo no final de agosto.

O questionário contemplou 17 perguntas, das quais 15 eram estruturadas (múltipla escolha) e 2 eram abertas (discursivas). 81 mulheres responderam o questionário, contudo, tivemos 22 omissões nas discursivas. Os resultados demonstrados nos artigos foram trabalhados de forma diferenciada, ou seja, para algumas análises foi necessário incluir as respostas semiestruturadas, isto é, os questionários na íntegra e, para outras, as respostas estruturadas cumpriram com os objetivos propostos. Os dados abaixo apresentam o perfil geral das 81 participantes:

### ***Faixa etária:***

Gráfico 3 – Survey – Pergunta de nº 1 sobre a faixa etária das participantes.



### ***Estado civil***

ANSWER CHOICES	RESPONSES	
Solteira	62.96%	51
Casada	8.64%	7
Divorciada	4.94%	4
Viúva	0.00%	0
Em união estável	23.46%	19
TOTAL		81

Tabela 1 – Compilada pelo Survey: total de respondentes e estado civil.

*Nível de escolaridade*

ANSWER CHOICES	RESPONSES	
Ensino fundamental	4.94%	4
Ensino médio	50.62%	41
Ensino superior	27.16%	22
Pós graduação	17.28%	14
<b>TOTAL</b>		<b>81</b>

Tabela 2 – Compilada pelo Survey: escolaridade das participantes.

*Auto declaração racial*

Gráfico 4 – Survey – Pergunta de nº 4 sobre qual grupo étnico/racial as participantes se identificam.

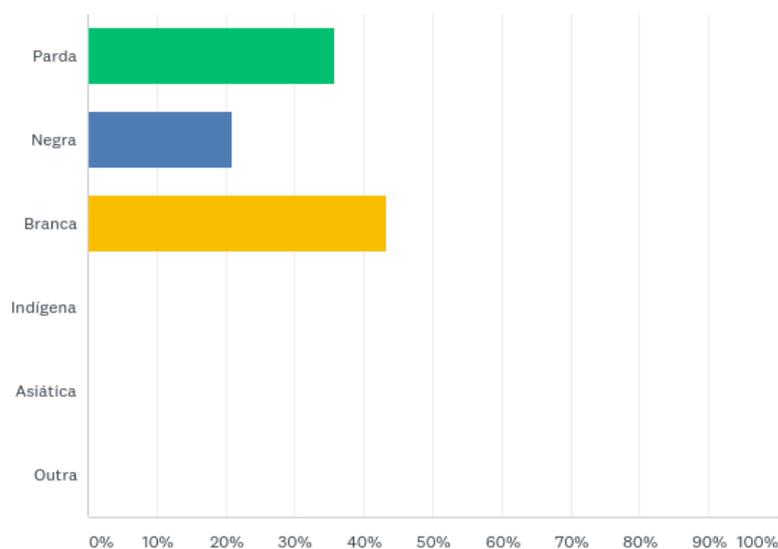
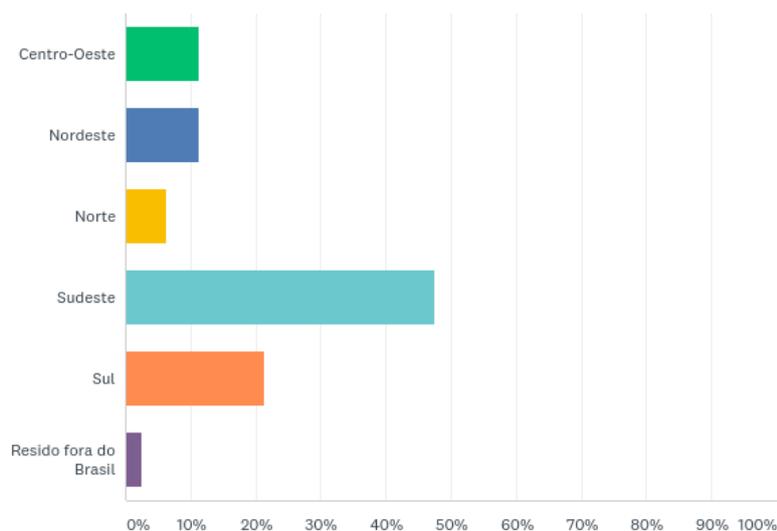
*Regiões em que residiam à época da pesquisa*

Gráfico 5 – Survey – Pergunta de nº 7 sobre as regiões em que as respondentes residem.



### ***Religião***

Quando questionadas sobre qual religião se identificavam, 14 mulheres não souberam responder, 34 se definiram sem religião, 1 disse pertencer ao judaísmo, 1 budista, 13 são praticantes do catolicismo, 8 se definiram evangélicas, 4 se definiram pagãs ou neo pagãs, 4 se disseram espíritas, 1 mencionou a prática da umbanda e por fim, 01 mencionou ter religião mas, não quis especificar qual.

### ***Filhos e abortos anteriores***

As participantes responderam duas questões posteriores, a primeira era se tinham filhos e, a segunda se já tinham realizado outros abortos. Sobre a maternidade, duas mulheres se abstiveram da resposta, 55 disseram não ter filhos e 24 participantes são mães. Sobre os abortos anteriores, uma mulher se absteve de responder e, apenas 08 relataram ter feito outros abortos. 90% descreveram o episódio de indução do aborto como único em suas vidas, até o momento.

### ***Busca pelos serviços de saúde após o aborto***

27 mulheres disseram ter procurado algum serviço de saúde após o aborto, 53 não buscaram nenhum serviço e uma se absteve. 70% Recorreram a um serviço público e 30% a um serviço da rede privada. 15 disseram ter sido bem atendidas no serviço de saúde procurado contra 12 que responderam o oposto

### ***Sofrimento físico e emocional provenientes do aborto***

08 mulheres afirmaram que vivenciaram algum sofrimento físico no aborto ou no período posterior. Ao serem questionadas se o aborto causou algum sofrimento, ocorreram 13 abstenções e das 68 respondentes, 32 disseram que “sim”. Contudo, em uma questão

posterior, que contou com 78 respondentes, 56 afirmaram que não vivenciam mais nenhum sofrimento emocional decorrente do aborto; 22 ainda sofrem de alguma forma.

### ***Criminalização x impedimento e criminalização x sofrimento***

A penúltima questão estruturada objetivou conhecer se, segundo a opinião das participantes, a criminalização é capaz de impedir a realização do aborto. Das 78 respostas, 42 acreditam que a criminalização não impede que as mulheres abortem.

Na última questão estruturada, as mulheres deveriam responder sim ou não para a seguinte questão: *Na sua opinião, a criminalização é capaz de gerar mais complicações mentais e emocionais para as mulheres que recorrem ao aborto?*

As 78 respostas evidenciaram uma grande parcela de concordância, ou seja, 90% das mulheres entrevistadas acreditam que a criminalização agrava os sofrimentos físicos ou emocionais na interrupção da gestação.

As questões semiestruturadas convocaram as mulheres a falarem sobre as suas experiências ligadas ao aborto e, sobre as suas percepções emocionais desse processo. Houve um grande número de abstenções (22), o que já é um resultado, por expressar a dificuldade do tema em um cenário regido pelo caráter punitivo. Os artigos 02 e 03 trabalharam o caráter mais subjetivo da pesquisa.

## **7.3 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A ETAPA DA PESQUISA REALIZADA EM PORTUGAL**

O resultado do plebiscito de 2007 gerou alterações visíveis nas taxas de IVG. Em 2015, a média de abortos por opção das mulheres em países da União Europeia era de 203 para 1.000 nascidos vivos. Portugal sobressaiu com 192/1.000. Em 2018 já havia alcançado um decréscimo, sendo 171,6/1.000 (SNS, 2020). Observou-se que um dos problemas ainda envolve a mentalidade social, dado que os próprios profissionais ao se declararem objetores, forçam as pacientes a buscarem o procedimento em serviços que muitas vezes são distantes das suas regiões. Outra questão crítica diz respeito à necessidade de ampliar as semanas gestacionais, fato que se agravou durante a Pandemia do Covid-19. Um ponto a ser aprimorado é o diálogo que os serviços de saúde podem estabelecer com a população, incluindo os homens e os grupos em maior vulnerabilidade, como é o caso dos imigrantes e refugiados. Esse diálogo facilitaria também as informações sobre como acessar os serviços, caso haja necessidade, o que pareceu confuso na visão das mulheres. As questões positivas evidenciadas dizem respeito à liberdade que as mulheres possuem em relação às suas

escolhas, maior ênfase no planejamento familiar e na abertura ao diálogo, que agora é mais frequente entre as diferentes gerações.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto a conclusão da tese era traçada, em 11 de dezembro de 2020 a Argentina (país vizinho do Brasil) acompanhava a votação da descriminalização do aborto, até a 14ª semana de gestação, que obteve a maioria dos votos favoráveis na Câmara dos Deputados. Outro país da América do Sul se aproxima da legalização, e o Brasil continua tomado pela onda conservadora. Conservadorismo e progressismo são duas faces de uma moeda que diz muito a respeito do contexto abortivo. Portugal tal como foi situado na tese, por anos conviveu com o conservadorismo da igreja, repercutindo na política e no desenho da família nuclear “tradicional”. A política conservadora lançava o sustentáculo de que “era necessário incentivar – ou manter – os nascimentos de portugueses puros, representantes da pátria”. No entanto, os movimentos sociais, principalmente os feministas, consolidavam “para além das fronteiras” as lutas contra esse tipo de ideologia, capaz de homogeneizar o lugar das mulheres ao lar e ao desempenho de uma maternidade compulsória. Foram necessárias décadas para que a população desse conta de que os abortos ocorriam e, estavam mais próximos dos seus lares do que se pensava. A conscientização ocorreu ao longo de décadas e, dessa forma, a mentalidade social continua sendo modificada.

Os embates entre o judiciário, os representantes sociais e dos direitos humanos, políticos, profissionais da saúde, cientistas e religiosos não são exclusivos de Portugal, eles estão em outros países, inclusive no Brasil. Contudo, em Portugal houve uma vitória dos grupos feministas e sociais, que lutavam há décadas pela inserção da pauta no âmbito dos direitos e da saúde pública, ao passo que no Brasil, muitos desses grupos continuam fragmentados na luta por pautas individuais e, aqueles que unem forças, acabam sufocados por outros setores. Vale lembrar que o próprio movimento (internacional) Católicas pelo Direito de Decidir está respondendo judicialmente e, corre o risco de perder a palavra “Católicas”. Todavia, as disputas não impedem que os abortos sejam realizados ou deixem de existir e, em termos de saúde pública, esses abortos repercutem nos gastos com as internações e procedimentos. A parcela de mulheres que não chega aos serviços de saúde pelo medo da denúncia acaba sofrendo graves sequelas, que vão além dos comprometimentos físicos, embora estes sejam mais citados nos trabalhos científicos.

Para além dos comprometimentos físicos, os emocionais tiveram um lugar preponderante na pesquisa. Foi observado que a própria escolha gera uma carga de sofrimentos emocionais para as mulheres, o que é agravado com a criminalização. A criminalização reverbera como um peso a mais, dado que o julgamento do outro interfere

diretamente no julgamento que a mulher faz de si e pode agravar ainda mais o sofrimento psíquico, promovendo dificuldades em sair dele.

Após todos o percurso marcado entre o cenário e a análise das situações observadas nos dois países, a presente pesquisa permitiu desmistificar algumas questões inerentes ao aborto: I. Aborto como método contraceptivo - O aborto ao ser descriminalizado não se torna repetitivo e, inclusive os sistemas de saúde de países onde foi descriminalizado, investiram mais no planejamento familiar; II. Engravidar quem quer - Para além da comprovação de que nenhum contraceptivo é 100% eficaz, alguns países (e o Brasil se insere nisso) conservam a cultura de que a prevenção cabe às mulheres, sendo assim, muitos parceiros se negam a utilizar os métodos e, se houver alguma falha, há maior suscetibilidade; III. Todas as mulheres sofrerão com o aborto. Os relatos demonstraram que é comum vivenciar algum sofrimento com a decisão, contudo, o alívio foi descrito como a sensação principal após a realização do procedimento; IV. Os comprometimentos físicos foram mais comuns que os mentais em mulheres que abortaram. Negativo. A amostra dessa pesquisa demonstrou que os mentais foram mais evidentes, no entanto, a atenção à saúde mental de mulheres que abortam tem ganhado maior relevância recentemente. Até então, há uma parcela maior de estudos sobre os comprometimentos físicos; V. Todas as mulheres que vivenciam comprometimentos mentais sofrerão com a ansiedade e os sintomas depressivos. Negativo. Não há como dizer que todas as mulheres irão sofrer, assim como não há como afirmar que todas sentirão culpa ou viverão sintomas de ansiedade ou depressão. As vivências durante e após o aborto são singulares, a criminalização agrava essas vivências, mas, a apresentação ou permanência dos sintomas / sentimentos / emoções depende de vários fatores, como por exemplo a possibilidade de contar com uma rede de apoio; VI. A descriminalização aumenta os gastos dos sistemas de saúde. É importante notar que em países onde o aborto foi descriminalizado, houve um aumento inicial das taxas, no entanto, a maioria tem demonstrado um decréscimo a médio e longo prazo, o que evidencia mais atenção ao planejamento familiar e menos buscas pelo procedimento ou por internações resultantes de intercorrências. Além disso, nos países onde o aborto é criminalizado, os gastos com internações e procedimentos provenientes de abortos mal sucedidos onera os cofres públicos. VII. Mulheres que optam pelo aborto não deveriam ser mães – A pesquisa nos mostra que as mulheres que já eram mães por escolha ou foram após o aborto, tiveram uma maternidade mais responsável e descreveram o amor que sentem por aqueles filhos. Logo, é mais fácil ver a negação da maternidade quando essa é forçada, o que irá repercutir em toda a formação da criança não desejada, do que dos filhos que vieram da vontade materna antes ou após o

aborto; VIII. O aborto é igual para todas. Incorreto. As mulheres que mais sofrem com os abortos inseguros ou menos seguros são as que vivenciam o reflexo das desigualdades sociais. No Brasil, tal como apresentado nas referências, essas mulheres são as negras, pardas ou indígenas, com menor escolaridade, residentes das regiões Norte e Nordeste. Portanto, a temática necessita ser discutida sob a ótica interseccional.

Para além do exposto, a pesquisa apresenta alguns limites, dado que foi conduzida entre grupos específicos, ou seja, junto às mulheres mais abertas à temática, o que pode produzir um enviesamento das respostas. Além disso, por ocorrer de forma online, não conseguiu atingir as mulheres brasileiras mais carenciadas, que são enfatizadas nas pesquisas maiores. Mas, o total de 81 mulheres, provenientes de poucos grupos, que aceitaram falar sobre si em uma temática criminalizada no Brasil, já nos diz muito sobre o quanto o tema é de fato um mobilizador do discurso e, demonstra que esse assunto está perto de todas nós. Durante a escrita da tese muitos acontecimentos potencializaram e confrontaram a pesquisa, como trocas políticas, a audiência da ADPF442 e a Pandemia do Covid-19. Esta última trouxe entraves no campo, por dificultar a ida aos serviços de saúde portugueses e impedir o contato com os profissionais neles atuantes. No cenário mundial, serviços de atenção sexual e reprodutiva sofreram paralisações e, ocorreram embates sobre a essencialidade do aborto. No Brasil, Hospitais que realizam o aborto legal interromperam inicialmente os procedimentos e, notícias de menores abusadas por familiares mostraram o quanto foi difícil conseguirem a interrupção da gestação nesse mesmo período.

Mais uma vez a temática foi posta em um campo de tensões e evidenciou que nas crises globais, os países que mais sofrem com a limitação dos direitos são os de baixa e média economia. Logo, essa pesquisa trouxe reflexões novas e, mesmo com as limitações encontradas é esperado que sejam úteis ao desenvolvimento de novos trabalhos em um campo que tem muito a ser discutido e explorado, já que a Pandemia evidenciou essa discussão no âmbito das desigualdades sociais e em saúde.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, I. Veja onde se faz mais abortos no Brasil, de acordo com o IBGE. Huffpost Brasil, 2015. Disponível em: <<http://www.brasilpost.com.br/2015/08/21/estados-aborto-no-brasil- n 8022824.html>> Consulta realizada em: 15/09/2016.

ALBUQUERQUE, A.; EVANS, D. RIGHTTO. Health in Brazil: a study of the treaty-reporting system. **Sur International Journal on Human Rights**, v. 9, n. 17, p. 114-139, Dec 2012.

ALMEIDA, T. M. C. D.; BANDEIRA, L. M. O aborto e o uso do corpo feminino na política: a campanha presidencial brasileira em 2010 e seus desdobramentos atuais. **Cadernos Pagu**, n. 41, p. 371-403, 2013.

BABBIE, E. Métodos de Pesquisas de Survey. Tradução Guilherme Cezarino. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999, 519 p.

BANKOLE, A., SINGH, S., HAAS, Y. Características de mulheres que obtêm aborto induzido: uma revisão a nível mundial. *Perspectivas Internacionais de Planejamento Familiar*, New York, n. Especial, p. 10-19, 2001.

BARDINTER, E. Um Amor Conquistado: o mito do amor materno. (W. Dutra, Trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1985 (trabalho original publicado em 1980).

BARROSO, L. R.; BENVINDO, J. Z.; OSORIO, A. Developments in Brazilian constitutional law: The year 2016 in review. **Icon-International Journal of Constitutional Law**, v. 15, n. 2, p. 495-505, Apr 2017.

BIROLI, F. Autonomy, Preferences, and Resources Assimetry. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 31, n. 90, p. 39-56, 2016.

BOND, L. Quatro em cada dez lares são comandados por mulheres em São Paulo. *Renda em famílias chefiadas por elas chega a ser 27% menor*. Agência Brasil. Rio de Janeiro. Divulgada em 04/03/2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-03/quatro-em-cada-dez-lares-sao-comandados-por-mulheres-em-sao-paulo>

BRASIL, Decreto-Lei nº. 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Presidência da República, Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)>. Acesso em: 17 / 09/2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília, 2005. 36p. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos –Caderno 4).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica. 2. ed. atual. e ampl. Brasília:MS, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Políticas atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília: MS, 2009.

CACIQUE, D. B.; PASSINI, R.; OSIS, M. Opinions, knowledge, and attitudes of health professionals on induced abortion: a review of Brazilian studies (2001-2011). **Saude E Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 916-936, Jul-Sep 2013.

CAMURCA, M. A. The issue of secularism in Brazil: mosaic of configurations and sand of controversies. **Horizonte-Revista De Estudos De Teologia E Ciencias Da Religiao**, v. 15, n. 47, p. 855-886, Jul-Sep 2017.

CERQUEIRA-SANTOS, E. et al. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 1, p. 72-85, 2010.

CORREA, M.; MASTRELLA, M. Abortion and misoprostol: health practices and scientific controversy. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1777-1784, Jul 2012.  
CORRÊA, S. CORREA, S. Brazil: One of the abortion front lines. **Reproductive Health Matters**, v. 18, n. 36, p. 111-117, 2010

\_\_\_\_\_. EMERGING POWERS: CAN IT BE THAT SEXUALITY AND HUMAN RIGHTS IS A 'LATERAL ISSUE'? **Sur International Journal on Human Rights**, v. 11, n. 20, p. 166-179, Jun-Dec 2014

DA COSTA, A. L. MODERN-DAY INQUISITION: A REPORT ON CRIMINAL PERSECUTION, EXPOSURE OF INTIMACY AND VIOLATION OF RIGHTS IN BRAZIL. **Sur International Journal on Human Rights**, v. 10, n. 19, p. 174-191, Dec 2013.

DARZÉ, O. I. S. P.; AZEVÊDO, B. K. G. Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 36, n. 1, p. 5-9, 2014.

DAUDÉN, L.; BRANT, M. A. C. THE CATEGORY WOMAN IS NO LONGER OF USE FOR THE FEMINIST CAUSE. **Sur International Journal on Human Rights**, v. 13, n. 24, p. 215-224, Dec 2016.

DE FARIA, E. C. et al. [Adolescent abortions experience and care needs]. **Rev Gaucha Enferm**, v. 33, n. 3, p. 20-6, Sep 2012.

DE MELO, E. A.; SANCHES, M. A. The Evangelium Vitae and the human embryo dignity. *Revista Pistis & Praxis-Teologia E Pastoral*, v. 7, n. 3, p. 575-596, Sep-Dec 2015.

DE ZORDO, S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1745-1754, 2012.

DINIZ, D. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. **Cad Saude Publica**, v. 29, n. 9, p. 1704-1706, 2013.

DINIZ, D.; CASTRO, R. O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 1, p. 94-102, 2011/02 2011. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2011000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2011000100010)

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p.959-66, jun. 2010.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017.

DINIZ, S. Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 20, n. 39, p. 125-132, May 2012.

DOMINGOS, S. R. F. et al. The experience of women with abortion during adolescence as demanded by their mothers. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 899-905, 2013.

DOS SANTOS, D. L. A.; DE BRITO, R. S. Women's feelings on the occurrence of induced abortion. **Revista Enfermagem**, v. 24, n. 5, 2016.

DUARTE, G. A. et al. Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. **Rev Saude Publica**, v. 44, n. 3, 2010/06 2010.

FAÚNDES, A.; MIRANDA, L. "Ethics surrounding the provision of abortion care". **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 43, p. 50-57, 2017.

FAÚNDES, A.; DUARTE, G. A.; OSIS, M. J. D. Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 123, n. SUPPL.3, p. S57-S59, 2013.

FERNANDES, K. G. et al. Knowledge of medical abortion among Brazilian medical students. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 118, n. SUPPL. 1, p. S10-S14, 2012.

FERREIRA, G. C. Redes Sociais de Informação: uma história e um estudo de caso. **Perspect. ciênc. inf.**, Belo Horizonte , v. 16, n. 3, p. 208-231, Sept. 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-99362011000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-99362011000300013&lng=en&nrm=iso)>. access on 09 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-99362011000300013>.

FONSECA, W. et al. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 30, n. 1, p. 13-18, 1996.

FONTES, M. L. A. O enquadramento do aborto na mídia impressa brasileira nas eleições 2010: a exclusão da saúde pública do debate. *Cien Saude Colet*, v. 17, n. 7, p. 1805-12, 2012/08 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232012000700019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232012000700019)>

GANATRA, B. et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390 (10110), 2372–2381, 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext)

GIOVANELLA, L., et al. *Orgs. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. 2ª ed.

GOMES, E. C.; MENEZES, R. A. Diferentes perspectivas sobre aborto y gestión de la muerte en Brasil: posiciones religiosas y del discurso médico. *Sex., salud soc. (Rio J.)*, n. 20, p. 28-48, 2015.

GRANJEIRA, J. Governo afirma à ONU que aborto clandestino no país é problema de saúde pública. *O Globo*. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/governo-afirma-onu-que-aborto-clandestino-no-pais-problema-de-saude-publica-15550664>>. Acessado em: 18/09/2016.

HEILBORN, M. L. et al . Aproximações sócio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos: sexualidade e AIDS*, Porto Alegre, ano 8, n.17, p.13-45, Jun. 2002.

\_\_\_\_\_. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro - Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 17, n. 7, p. 1699-1708, July 2012 .

HELENO, M. G. V. Adaptive efficacy of women with history of induced and spontaneous abortion in a human reproduction ambulatory. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 62, n. 3, p. 33-41, 2010.

JÚNIOR, L. A. M. V. Discussions around unlawfulness abortion: The struggle for female reproductive autonomy to legal sphere of draft laws. *Tempo e Argumento*, v. 6, n. 11, p. 423-430, 2014.

LA TAILLE, Y de. O sentimento de vergonha e suas relações com a moralidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 13-25, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100003> Acessado em 26 Jun. 2020.

LEAL, O. F. "Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!": revisitando dados etnográficos sobre a disseminação de práticas abortivas em populações de baixa-renda no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1689-1697, 2012.

LEMOS, A.; RUSSO, J. A. Profissionais de saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 49, p. 301-312, 2014.

LORENZETTI, A; SILVA, CA. da. A possibilidade de aborto de feto anencéfalo no anteprojeto do novo código penal. Revista Eletrônica de Iniciação Científica. Itajaí, Centro de Ciências Sociais e Jurídicas da UNIVALI. v. 4, n.1, p. 209-223, 2013.

LUCCHETTI, G. et al. Medical students and controversial ethical issues: Results from the multicenter study SBAME. **BMC Medical Ethics**, v. 15, n. 1, 2014.

LUNA, N. The abortion controversy and the press in the 2010 election campaign. **Caderno CRH**, v. 27, n. 71, p. 367-391, 2014.

\_\_\_\_\_. O direito à vida no contexto do aborto e da pesquisa com células-tronco embrionárias: disputas de agentes e valores religiosos em um estado laico. **Religião & Sociedade**, v. 33, n. 1, p. 71-97, 2013.

\_\_\_\_\_. Aborto no Congresso Nacional: o enfrentamento de atores religiosos e feministas em um Estado laico. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 14, p. 83-109, 2014

\_\_\_\_\_. The Abortion Controversy and the 3rd National Human Rights Program. **DADOS : Revista de Ciências Sociais**, v. 57, n. 1, p. 237-n/a, 2014.

\_\_\_\_\_. Aborto e corporalidade: Sofrimento e violência nas disputas morais através de imagens. **Horizontes Antropológicos**, v. 20, n. 42, p. 293-325, 2014.

MACHADO, M. D. D. C. Aborto e ativismo religioso nas eleições de 2010. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 7, p. 25-54, 2012.

MACHADO, L. Brazilian feminisms in their relations with the state: Contexts and uncertainties. **Cadernos Pagu**, v. 2016.

\_\_\_\_\_. O aborto como direito e o aborto como crime: o retrocesso neoconservador. **Cadernos Pagu**, n. 50, 2017.

MADEIRO, A. et al. Objeção de Consciência e Aborto Legal: Atitudes de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 1, p. 86-92, 2016.

MADEIRO, A. P.; RUFINO, A. C. Maltreatment and discrimination in induced abortion care: Perception of women in Teresina, State of Piauí, Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2771-2780, 2017.

MARCONI, M de A.; LAKATOS, EM. Fundamentos de metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARCOS, C. M. O desejo de ter um filho e a mulher hoje. Trivium - **Estudos Interdisciplinares**, 9(2), 246-256, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.18379/2176-4891.2017v2p.246> Acessado em 25 Jun. 2020.

MARIANO, R.; BIROLI, F. O debate sobre aborto na Câmara dos Deputados (1991-2014): posições e vozes das mulheres parlamentares. **Cadernos Pagu**, n. 50, 2017.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência de informação. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, 2001.

MENEZES, G.M.S.; AQUINO, E.M L. Mortalidade Materna na Bahia, 1998: Relatório de Pesquisa. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2001.

\_\_\_\_\_. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s193-s204, 2009.

MENEZES, G.M.S. Aborto e juventude: um estudo em três capitais brasileiras [Tese de Doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2006.

MIKAEL-SILVA, T.; MARTINS, A. M. The legalization of abortion in the discourse of the newspaper Folha de São Paulo (2011-2014). **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 1009-1025, 2016.

MIGUEL, L. F. Aborto e democracia. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 3, p. 657-672, 2012.

MIGUEL, L. F.; BIROLI, F.; MARIANO, R. O direito ao aborto no debate legislativo brasileiro: a ofensiva conservadora na Câmara dos Deputados. **Opinião Pública**, v. 23, n. 1, p. 230-260, Apr 2017.

MINAYO, MCS; DESLANDES, SF; NETO, OC; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ:Vozes, 2003.

MITCHELL, E. M. H. et al. Brazilian adolescents' knowledge and beliefs about abortion methods: a school-based internet inquiry. **Bmc Womens Health**, v. 14, Feb 2014.

MITRE, M.; REIS, B. P. W. Science and politics in the regulation of human embryonic stem-cell research in Brazil. **Social Science Information Sur Les Sciences Sociales**, v. 54, n. 1, p. 3-22, Mar 2015.

Nascer no Brasil – Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1. Rio de Janeiro, 2014.

MOURA, DFG. Maternidade e poder. **Rev.Mal-Estar Subj**, Fortaleza, v. 13, n. 1-2, p. 387-404, jun. 2013. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151861482013000100015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482013000100015&lng=pt&nrm=iso). acessos em 12 jun. 2020.

NONNENMACHER, D. et al. Abortion: a review of women's perception in relation to their partner's reactions in two Brazilians cities. **Revista Da Associacao Medica Brasileira**, v. 60, n. 4, p. 327-334, Jul-Aug 2014.

NUNES, Maria das Dores Sousa; MADEIRO, Alberto; DINIZ, Debora. Mortes maternas por aborto entre adolescentes no Piauí, Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1132-1144, Oct. 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019000401132&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000401132&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 23 Nov. 2020. Epub Mar 09, 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912312>.

NUNES, S. A. Afinal, o que querem as mulheres? Maternidade e mal-estar. **Psicologia Clínica**, 23(2), 101-115, 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652011000200007&lng=pt&tling=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652011000200007&lng=pt&tling=pt). Acessado em 28 Jun. 2020.

ORLANDI, E. Análise de Discurso e Interpretação. In: Discurso e Texto: formulação e circulação de sentidos. Campinas, SP: Pontes, 2001.

\_\_\_\_\_. As Formas do Silêncio. Ed. Unicamp, Campinas. 1993.

PÊCHEUX, M. O Discurso: estrutura ou acontecimento. SP: Pontes, 1887. (Introdução, p.15 a 28).

PEREIRA, V. D. N. et al. Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas. **Saúde Soc**, v. 21, n. 4, p. 1056-1062, 2012.

PITILIN, E. B. et al. Nursing care in situations of induced /caused abortion: An integrative literature review. **Enfermeria Global**, v. 15, n. 3, p. 439-479, 2016.

PORTO, R. M.; SOUSA, C. H. D. "Percorrendo caminhos da angústia": itinerários abortivos em uma capital nordestina. **Estudos Feministas**, v. 25, n. 2, p. 593, 2017.

RAMOS, J. D. S. Toma que o aborto é teu: a politização do aborto em jornais e na web durante a campanha presidencial de 2010. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 7, p. 55-82, 2012.

RENNÓ, L.; AMES, B. PT no purgatório: ambivalência eleitoral no primeiro turno das eleições presidenciais de 2010. **Opinião Pública**, v. 20, n. 1, p. 1-25, Apr 2014.

RUIBAL, A. M. Feminismo frente a fundamentalismos religiosos: mobilização e contra mobilização em torno dos direitos reprodutivos na América Latina. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 14, p. 111-138, 2014-08 2014.

SANTOS, A. P. V. D. et al. Factors Associated with Abortion in Women of Reproductive Age. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 38, n. 6, p. 273-9, 2016.

SANTOS, V. C. et al. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 21, n. 3, p. 494-508, 2013.

SELL, S. E. et al. [Reasons and meanings attributed by women who experienced induced abortion: an integrative review]. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 3, p. 502-8, Jun 2015.

SOUZA et al. Epidemiologia do abortamento na adolescência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v. 21, n. 3, p. 161-165, 1999.

UBEROI, D.; GALLI, B. In Pursuit of a Balance: the Regulation of Conscience and Access to Sexual Reproductive Health Care. **Human Rights Review**, v. 18, n. 3, p. 283-304, Sep 2017.

VILAÇA, M. J. Síndrome Pós Aborto. Alameda digital. Actualidade, idéias e cultura. Ano I - Nº. 4, Dezembro de 2006. Disponível em: [http://www.alamedadigital.com.pt/n4/sindrome\\_pos\\_aborto.php](http://www.alamedadigital.com.pt/n4/sindrome_pos_aborto.php). Acesso em: 15 de Janeiro de 2013.

VILLELA, W. V.; MONTEIRO, S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. **Epidemiol. serv. saúde**, v. 24, n. 3, p. 531-540, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva: World Health Organization, 2003

\_\_\_\_\_. The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Geneva: World Health Organization, 1992.

ZORDO, S. D. The biomedicalisation of illegal abortion: the double life of misoprostol in Brazil. **Hist Cienc Saude Manguinhos**, v. 23, n. 1, p. 19-36, 2016.

## ANEXO I

<b>Dados das publicações.</b>			
Título	Idioma	Ano	Autores
Health in Brazil: A study of the treaty - reporting system	Ing	2012	ALBUQUERQUE, A.; EVANS, D. RIGHTTO .
O aborto e o uso do corpo feminino na política: a campanha presidencial brasileira em 2010 e seus desdobramentos atuais.	Pt	2013	ALMEIDA, T. M. C. D.; BANDEIRA, L. M.
A Developments in Brazilian constitutional law: The year 2016 in review.	Ing	2017	BARROSO, L. R.; BENVINDO, J. Z.; OSORIO, A.
The issue of secularism in Brazil: mosaic of configurations and sand of controversies.	Pt	2017	CAMURCA, M. A.
Religion and the women speech on abortion	Pt	2010	DA SILVA, D. V. R.; DI FLORA, M. C.
The Evangelium Vitae and the human embryo dignity	Pt	2015	DE MELO, E. A.; SANCHES, M. A
O direito à vida no contexto do aborto e da pesquisa com células-tronco embrionárias: disputas de agentes e valores religiosos em um estado laico.	Pt	2013	LUNA, N.
O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres.	Pt	2011	DINIZ, D.; CASTRO, R.
O enquadramento do aborto na mídia impressa brasileira nas eleições 2010: a exclusão da saúde pública do debate.	Pt	2012	FONTES, M. L. A.
The abortion controversy and the press in the 2010 election campaign	Pt	2014	LUNA, N.
Aborto e ativismo religioso nas eleições de 2010.	Pt	2012	MACHADO, M. D. D. C.
Feminismo frente a fundamentalismos religiosos: mobilização e contra mobilização em torno dos direitos reprodutivos na América Latina.	Pt	2014	RUIBAL, A. M.
Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia.	Pt	2012	DE ZORDO, S
Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto.	Pt	2014	DARZÉ, O. I. S. P.; AZEVÊDO, B. K. G.
Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde.	Ing	2013	DINIZ, D.
Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna.	Pt	2010	DINIZ, D.; MEDEIROS, M
Pesquisa Nacional de Aborto	Pt	2016	DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A.
The experience of women with abortion during adolescence as demanded by their mothers.	Pt	2013	DOMINGOS, S. R. F. et al.
Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção.	Pt	2010	CERQUEIRA-SANTOS, E. et al
[Adolescent abortions experience and care needs].	Pt	2012	DE FARIA, E. C. et al.
One of the abortion front lines.	Ing	2010	CORRÊA, S.
EMERGING POWERS: CAN IT BE THAT SEXUALITY AND HUMAN RIGHTS IS A 'LATERAL ISSUE'?	Ing	2014	CORRÊA, S.

THE CATEGORY WOMAN IS NO LONGER OF USE FOR THE FEMINIST CAUSE.	Ing	2016	DAUDÉN, L.; BRANT, M. A. C.
Discussions around unlawfulness abortion: The struggle for female reproductive autonomy to legal sphere of draft laws.	Pt	2014	JÚNIOR, L. A. M. V.
“Ethics surrounding the provision of abortion care”.	Ing	2017	FAÚNDES, A.; MIRANDA, L.
Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations.	Ing	2013	FAÚNDES, A.; DUARTE, G. A.; OSIS, M. J. D.
Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil.	Ing	2012	DINIZ, S.
Knowledge of medical abortion among Brazilian medical students.	Ing	2012	FERNANDES, K. G.
Opinions, knowledge, and attitudes of health professionals on induced abortion: a review of Brazilian studies (2001-2011).	Ing	2013	CACIQUE, D. B.; PASSINI, R.; OSIS, M.
Adaptive efficacy of women with history of induced and spontaneous abortion in a human reproduction ambulatory.	Pt	2010	HELENO, M. G. V.
Objeção de Consciência e Aborto Legal: Atitudes de Estudantes de Medicina.	Pt	2016	MADEIRO, A. et al.
Aborto e corporalidade: Sofrimento e violência nas disputas morais através de imagens.	Pt	2014	LUNA, N.
Medical students and controversial ethical issues: Results from the multicenter study SBAME.	Ing	2014	LUCCHETTI, G. et al.
Profissionais de saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde.	Pt	2014	LEMONS, A.; RUSSO, J. A.
Diferentes perspectivas sobre aborto y gestión de la muerte en Brasil: posiciones religiosas y del discurso médico.	Esp	2015	GOMES, E. C.; MENEZES, R. A.
Maltreatment and discrimination in induced abortion care: Perception of women in Teresina, State of Piauí, Brazil.	Pt	2017	MADEIRO, A. P.; RUFINO, A. C.
Science and politics in the regulation of human embryonic stem-cell research in Brazil.	Ing	2015	MITRE, M.; REIS, B. P. W.
Nursing care in situations of induced /caused abortion: An integrative literature review.	Ing	2016	PITILIN, E. B. et al.
Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública.	Pt	2013	SANTOS, V. C. et al.
Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres.	Pt	2015	VILLELA, W. V.; MONTEIRO, S.
Women’s feelings on the occurrence of induced abortion	Ing	2016	DOS SANTOS, D. L. A.; DE BRITO, R. S.
Autonomy, preferences, and resources asymmetry.	Pt	2016	BIROLI, F.
Abortion and misoprostol: health practices and scientific controversy.	Pt	2012	CORREA, M.; MASTRELLA, M.
O aborto como direito e o aborto como crime: o retrocesso neoconservador.	Pt	2017	MACHADO, L. Z.
Modern-day inquisition: a report on criminal persecution, exposure of intimacy and violation of rights in Brazil.	Ing	2013	DA COSTA, A. L.
Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros.	Pt	2010	DUARTE, G. A. et al.

Brazilian feminisms in their relations with the state: Contexts and uncertainties.	Ing	2016	MACHADO, L. Z.
Aborto no Congresso Nacional: o enfrentamento de atores religiosos e feministas em um Estado laico.	Pt	2014	LUNA, N.
The Abortion Controversy and the 3rd National Human Rights Program.	Pt	2014	LUNA, N.
Aborto e democracia.	Pt	2012	MIGUEL, L. F.
O direito ao aborto no debate legislativo brasileiro: a ofensiva conservadora na Câmara dos Deputados	Pt	2017	MIGUEL, L. F.; BIROLI, F.; MARIANO, R. O
The legalization of abortion in the discourse of the newspaper Folha de São Paulo (2011-2014).	Ing	2016	MIKAEL-SILVA, T.; MARTINS, A. M.
Brazilian adolescents' knowledge and beliefs about abortion methods: a school-based internet inquiry.	Ing	2014	MITCHELL, E. M. H. et al.
O debate sobre aborto na Câmara dos Deputados (1991-2014): posições e vozes das mulheres parlamentares.	Pt	2017	MARIANO, R.; BIROLI, F.
Toma que o aborto é teu: a politização do aborto em jornais e na web durante a campanha presidencial de 2010.	Pt	2012	RAMOS, J. D. S.
PT no purgatório: ambivalência eleitoral no primeiro turno das eleições presidenciais de 2010.	Pt	2014	RENNÓ, L.; AMES, B.
Abortion: a review of women's perception in relation to their partner's reactions in two Brazilians cities.	Ing	2014	NONNENMACHER, D. et al.
Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas.	Pt	2012	PEREIRA, V. D. N. et al.
Factors Associated with Abortion in Women of Reproductive Age.	Ing	2016	SANTOS, A. P. V. D. et al.
[Reasons and meanings attributed by women who experienced induced abortion: an integrative review].	Ing	2015	SELL, S. E. et al.
In Pursuit of a Balance: the Regulation of Conscience and Access to Sexual Reproductive Health Care.	Ing	2017	UBEROI, D.; GALLI, B.
The biomedicalisation of illegal abortion: the double life of misoprostol in Brazil.	Ing	2016	ZORDO, S. D.
“Percorrendo caminhos da angústia”: itinerários abortivos em uma capital nordestina.	Pt	2017	PORTO, R. M.; SOUSA, C. H. D.

## ANEXO II

### **Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (online) – Survey (Brasil).**

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que tem como objetivo conhecer as trajetórias de mulheres que realizaram pelo menos um aborto ao longo das suas vidas. A pesquisa foca nas questões ligadas aos sentimentos e percepções da mulher sobre a sua experiência de aborto. Essa pesquisa é fundamental para o desenvolvimento da tese de doutorado, intitulada “Repercussões do aborto induzido na subjetividade das mulheres e na sociedade”.

Ela está sendo conduzida pela profissional Raquel Silva Barretto na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arôuca – ENSP / Fiocruz, sob a orientação da pesquisadora Ana Elisa Bastos Figueiredo

Você está garantindo a sua participação de forma livre e voluntária.

Informamos que a sua participação não gera nenhum tipo de remuneração, nem vínculos de qualquer ordem com a instituição e com as pesquisadoras.

O sigilo da pesquisa será preservado e a sua participação ocorre de forma anônima. Em nenhum momento você será identificada e suas informações são restritas, pertencendo somente às pesquisadoras envolvidas. As informações serão arquivadas em computador com senha e somente eu Raquel Silva Barretto e a pesquisadora Ana Elisa Bastos Figueiredo terão acesso.

Alguns riscos estão condicionados a esse tipo de pesquisa, como: a possibilidade das informações não chegarem ao destinatário ou serem hackeadas. Para tal, o formulário está sendo produzido de forma que fique claro às entrevistadas o momento em que devem clicar para encerrar a pesquisa e enviar os seus dados. Para evitar qualquer situação que envolva o roubo de informações, o formulário será inserido em uma plataforma confiável, que segue os preceitos de segurança. Para evitar extravios ou acessos indevidos ao material recebido, será criado um e-mail de uso exclusivo para o contato entre pesquisadora / participante e para o recebimento dos surveys.

O tempo médio para o preenchimento do formulário é de 15 minutos.

Ao responderem o formulário do survey, as entrevistadas não deixarão os seus dados, nem informações capazes de identifica-las. Todas as informações referentes aos dados e respostas das participantes serão conduzidas a um HD externo, que conterà senhas para o acesso.

Você deverá apagar ou excluir qualquer dado sigiloso ou de natureza particular, que tenha enviado para a pesquisadora através do e-mail ou mensagens nos grupos do Facebook.

Algumas perguntas podem ter impactos para as entrevistadas e, diante de qualquer desconforto, as participantes podem optar por interromper a entrevista. Caso uma das entrevistadas relate às pesquisadoras qualquer sofrimento psicológico demasiado, diante da pesquisa, sugere-se a busca por atendimento psicológico, que pode ser encontrado com valores acessíveis em Serviços de

Psicologia Aplicada (SPA), presentes em universidades que ofertam o curso de psicologia e ou em ONGs e Instituições que ofereçam esse tipo de serviço, principalmente para as mulheres. Outra sugestão é tentar o encaminhamento pelo SUS, por meio da clínica da família. Em caso de dificuldades, as pesquisadoras poderão referenciar locais de acolhimento, com base no município de domicílio da entrevistada.

Como o tema em questão (aborto clandestino) é criminalizado no Brasil, você não deverá identificar o período em que realizou o seu último aborto. Além disso, todos os dados que possam identificá-la serão alterados.

Como benefícios, podemos apontar o fato da pesquisa suprir lacunas na área em questão, principalmente no que diz respeito às questões emocionais das mulheres que realizaram um aborto. Presumimos que essa discussão ao sair de uma lógica comum, que envolve a política, a religião, a judicialização ou a moralidade, contribuirá para os campos das ciências sociais, psicológicas, para a saúde pública e coletiva.

Além disso, reconhecemos a importância de dar voz para as protagonistas desse tema. Nos deparamos com a carência de publicações que narrem a história real das mulheres, que citem os seus discursos, que acolham as suas emoções e opiniões, diante de um tema tão sensível. Por meio das diversas trajetórias, buscamos aproximar a ciência das histórias de vida, que fazem parte dos nossos trajetos e cotidianos.

ACEITE:

Ao final da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ao clicar no botão para prosseguir, você concorda automaticamente com todos os termos aqui estabelecidos.

Por fim, ressaltamos que a sua participação pode ser retirada até o momento da publicação da tese, sem que haja qualquer penalização. Para tal, você deverá entrar em contato com as pesquisadoras Raquel Silva Barretto e Ana Elisa Bastos Figueiredo pelo e-mail: [pesquisa.aborto2019@gmail.com](mailto:pesquisa.aborto2019@gmail.com)

ou ainda pelo número: (21) 2290-0387 – CLAVES / Fiocruz.

Qualquer dúvida também poderá ser sanada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da presente instituição, por meio dos seguintes contatos:

Tel: (21) 2598-2863

E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo, Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210

### ANEXO III

#### **Termo de Consentimento Informado – Etapa presencial (Portugal)**

Você está participando da pesquisa **Repercussões do aborto induzido na subjetividade das mulheres e na sociedade**, desenvolvida por Raquel Silva Barretto, doutoranda de Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ/BRASIL), sob orientação da Professora Dra. Ana Elisa Bastos Figueiredo. Em Portugal, essa pesquisa ocorre de forma independente e a pesquisadora conta com a supervisão da Professora Dra. Madalena Duarte, da Universidade de Coimbra (Universidade de Coimbra / CES / Portugal).

A etapa portuguesa visa conhecer trajetórias e narrativas no campo do aborto e objetiva-se analisar como as mulheres portuguesas têm observado a aprovação da legislação referente ao aborto, na perspectiva da saúde, dos direitos das mulheres e dos movimentos sociais.

A sua participação ocorre de forma livre, voluntária, gratuita e não gera nenhum vínculo com as pesquisadoras ou instituições participantes.

O sigilo das suas informações será preservado por meio da alteração de nomes e demais dados que possam identificá-la. Apenas as investigadoras acima mencionadas terão contato com os questionários originais e áudios oriundos de gravações.

Você responderá a um questionário e o tempo médio de respostas ao questionário é de 10 minutos. Você poderá optar por não responder à alguma questão ou desistir da entrevista, caso sintasse desconfortável. A sua participação poderá ser retirada até a publicação da tese e, para isso deverá enviar um e-mail para: [pesquisa.aborto2019@gmail.com](mailto:pesquisa.aborto2019@gmail.com)

Reconhecemos o quanto é importante dar voz às mulheres, portanto, a construção dessa tese é fruto da participação coletiva. A tese completa constará no banco de teses da Fiocruz, no 1º semestre de 2021 e poderá ser consultada online, por meio do nome da pesquisadora e/ou título. Após as publicações, podemos compartilhar o material por e-mail.

**PÁGINA 1 DE 2**

Qualquer dúvida também poderá ser sanada pelo e-mail acima referido ou por outro:  
raquel.barretto@uc.pt

DECLARO que entendi as questões éticas e ACEITO participar. Aceito ainda que a entrevista seja gravada.

Porto, 08 de março de 2020.

---

Pesquisador

---

Participante

**PÁGINA 2 DE 2**

Rúbrica do pesquisador \_\_\_\_\_

Rúbrica do participante \_\_\_\_\_

## ANEXO IV

### **Termo de Consentimento Informado – Survey (Portugal)**

Caro (a) participante, contamos com a vossa ajuda no preenchimento do questionário, vinculado à uma investigação maior denominada "Corpo e Subjetividade: Produções de Sentido no Aborto Induzido". A pesquisa maior é conduzida pelas investigadoras Raquel Silva Barretto (doutoranda) e Dra. Ana Elisa Bastos Figueiredo (investigadora e docente), na Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP / Fiocruz - Brasil. Na primeira etapa as investigadoras entrevistaram 81 mulheres, com o objetivo de conhecer as narrativas de brasileiras que induziram ao menos um aborto. Nessa etapa posterior, o objetivo consiste em analisar a compreensão dos profissionais envolvidos no tema, em Portugal. Com ênfase nos serviços de saúde. A vossa participação ocorrerá de forma livre e voluntária. Informamos que a participação não gera nenhum tipo de remuneração, nem vínculos de qualquer ordem com a instituição responsável. O sigilo será preservado e o (a) participante poderá optar pela troca do seu nome e/ou pela mudança de quaisquer dados que possam identificá-lo (a). O (A) participante poderá desistir ou solicitar a exclusão das suas respostas. Qualquer dúvida pode ser sanada através do e-mail: [pesquisa.saude2019@gmail.com](mailto:pesquisa.saude2019@gmail.com).

Ao final da leitura deste termo, ao prosseguir, fica estabelecida a concordância na participação e a autorização das respostas para fins acadêmicos.

O participante deve clicar em “estou ciente e aceito prosseguir” para dar continuidade.

**ANEXO V****Questões do Survey (Brasil)**

1) Idade

(Preenchimento automático)

2) Estado civil

3) Você se considera:

a) Parda

b) Negra

c) Branca

d) Indígena

e) Asiática

f) Outra

4) É praticante de alguma religião?

a) Sim

b) Não

5) Qual?

(Preenchimento automático)

6) Tem filhos?

a) Sim

b) Não

7) Estado em que reside:

a) Sul

b) Centro – Oeste

c) Nordeste

d) Norte

e) Sudeste

f) Moro em outro país

8) Considerando o seu último aborto, você já fez outros abortos além dele?

a) Sim

b) Não

9) Você procurou algum serviço de saúde em decorrência do aborto?

a) Sim

b) Não

10) Você aceitaria ser contactada por e-mail, pela pesquisadora para contar mais sobre a sua experiência (de forma anônima) Por meio do Skype?

a) Sim

b) Não

11) Caso aceite ser contactada deixe o seu e-mail abaixo:

(Preenchimento manual)

**Agradecemos a sua participação!**

## ANEXO VI

### Questões da entrevista presencial em Portugal

#### PERFIL

Nome:

Idade:

Como gostaria de ser identificada na pesquisa (por qual nome)?

#### PERGUNTAS ESPECÍFICAS

1. Você acompanhou o processo de descriminalização do aborto em Portugal?
2. Você acha que o setor de saúde em Portugal estabelece um diálogo com as mulheres?
3. De acordo com o seu conhecimento, como se deu o processo da interrupção voluntária da gestação em Portugal?
4. Como as mulheres tem acesso à interrupção da gestação em Portugal?
5. Na sua opinião, quais foram as mudanças que ocorreram após a legalização em Portugal?
6. Gostaria de acrescentar alguma informação?

## ANEXO VII

### Questões do Survey – Portugal

1. Por qual nome gostaria de ser identificado / a na pesquisa?
2. Qual é a vossa ocupação?
3. Há quanto tempo trabalha com o tema?
4. Como ocorreu a mudança nos serviços de saúde após a descriminalização em Portugal?
5. Houve alguma mudança na atenção às mulheres após a descriminalização do aborto em Portugal? Em caso positivo, qual ou quais mudanças?
6. Como foi a vossa participação nesse processo?
7. Na vossa opinião, a interrupção da gestação tal como é posta em prática atualmente nos serviços de saúde portugueses, supre a necessidade de todas as mulheres? Por qual razão?
8. Houve a preocupação com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das cidadãs portuguesas durante a Pandemia do Coronavírus? Como o vosso serviço se organizou para tal?
9. Gostaria de acrescentar mais alguma informação?