

**Decision about abortion:
itineraries, practices and
confidences**

**| A decisão do aborto: itinerários,
práticas e confidências**

ABSTRACT | Introduction:

*Abortion is a persistent practice in Brazil, mainly in regions facing worse socioeconomic conditions and poor access to healthcare. **Objective:** Analyzing employed abortive practices and the social support to forced gestation interruption (with, or without, fetal loss), based on the experiences of women who decided to have an abortion. **Methods:** Qualitative research with 7 women, who were selected out of a cohort composed of 742 women.*

The selected women lived in the region recording the lowest Human Development Index in Espírito Santo State, Brazil.

*Individual interviews were conducted based on a guide-book. Interviews were recorded, transcribed and cut out in order to allow analyzing the thematic content suggested by Lawrence Bardin. **Results:***

*The therapeutic itinerary adopted by the participants in order to make the decision to have an abortion took place in their homes. Most of them used Cytotec®, but some looked for homemade recipes. These women took a silent and stealthy path and confessed to feel guilty about the decision made to stop gestation. **Conclusion:***

These women need to go beyond basic social protection and cultural differences, so that they can be supported by health services that could provide them with spaces for listening, guidance and resolution.

Keywords | Women's Health; Reproductive Health; Abortion; Social Support; Events that Change Life.

RESUMO | Introdução: O aborto provocado é uma prática persistente no Brasil, notadamente nas regiões com piores condições socioeconômicas e precário acesso à saúde. **Objetivo:** Analisar as práticas abortivas empregadas e o apoio social para realizar a interrupção da gestação (com ou sem perda fetal), a partir das experiências de mulheres que decidiram provocar aborto. **Métodos:** A partir de uma amostra de 742 parturientes uma pesquisa com abordagem qualitativa, envolvendo sete mulheres residentes em região com o menor Índice de Desenvolvimento Humano do Estado do Espírito Santo, Brasil. Foram realizadas entrevistas individuais a partir de um roteiro-guia. As entrevistas foram gravadas, transcritas e recortadas para análise de conteúdo temática sugerida por Lawrence Bardin. **Resultados:** O itinerário terapêutico adotado pelos sujeitos para conseguir concretizar a decisão de provocar o aborto ocorre no próprio domicílio e segue uma ordem que, em sua maioria, utiliza o Cytotec®, seguido pela busca de receitas caseiras, em um caminho silencioso e sigiloso e um sentimento de culpa confidenciado por elas diante da decisão de interromper a gestação. **Conclusão:** É necessário que essas mulheres ultrapassem a proteção social básica e as diferenças culturais, a fim de que estejam amparadas por serviços de saúde que sejam espaços de escuta, orientação e resolução.

Palavras-chave | Saúde da mulher; Saúde reprodutiva; Aborto induzido; Apoio social; Acontecimentos que mudam a vida.

¹Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O aborto provocado é uma prática persistente no Brasil, notadamente nas regiões com piores condições socioeconômicas e precário acesso à saúde, além de configurar-se como terceiro grupo de causa de morte materna no país¹. No cenário brasileiro, a prática abortiva, embora criminalizada, é amplamente utilizada e integra-se à vida reprodutiva das mulheres que recorrem a métodos inseguros para concretizá-lo². Uma em cada cinco mulheres residentes na zona urbana e alfabetizadas, aos 40 anos, já realizou aborto, com metade afirmando tê-lo induzido com medicamentos, particularmente o Cytotec® (misoprostol)³.

As práticas e os percursos adotados pelas mulheres a partir da decisão de abortar vêm se modificando nas duas últimas décadas no Brasil. Até os anos de 1980, eram mais facilmente narradas a utilização de sondas, substâncias cáusticas ou objetos perfurantes, o que resultava em uma alta taxa de morbimortalidade relacionada ao aborto inseguro⁴. A partir da década de 1990, vários estudos constataram o uso de medicação, Cytotec® como agente abortivo em mais da metade dos casos⁵. Além disso, em áreas urbanas do Brasil, 48% das mulheres que abortaram fizeram uso de algum tipo de medicamento³.

A inserção do Cytotec® no cenário do aborto inseguro mudou a extensão da morbimortalidade entre as mulheres. A utilização desse medicamento possibilitou maior número de abortos completos e menores índices de hemorragias e infecções, embora ainda seja relevante a ampla incidência de internações hospitalares por aborto incompleto^{6,7}. O impacto da morbimortalidade é maior entre as mulheres mais jovens e mais pobres⁶. Tendo em vista essa mudança de cenário com relação à morbimortalidade do aborto no Brasil e considerando que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) restringiu a oferta de medicamento com o princípio ativo do Cytotec® a hospitais habilitados, não sendo permitida a aquisição livre em farmácias, muitas dificuldades passaram a envolver o seu uso⁸.

Pressupõe-se que, embora na sociedade brasileira, em geral, o discurso oficial seja contrário às práticas abortivas, em contextos sociais específicos ou nas experiências privadas internas dos sujeitos, esse discurso é flexibilizado. As justificativas particulares tendem, senão a desculpar as mulheres, pelo menos a considerá-las menos reféns da moral condenatória, presente nos discursos mais

normativos das igrejas, das mídias e, mais recentemente, dos aparatos repressivos⁹.

Nesse contexto, aplica-se a noção de itinerário terapêutico, que permite pensar que os sujeitos, diante de doenças, aflições e sofrimentos (ou no caso de uma gravidez indesejada/não planejada) recorrem a uma coleção relativamente ampla de estratégias que aliviem ou eliminem seus infortúnios^{10,11}. A procura de subsídios concretos, como chás, bebidas, bulas, endereços, remédios e, por fim, medicamentos, articula-se o tempo todo às relações sociais que se estabelecem com vizinhas/os, amigas/os e/ou parentes, ou mesmo com profissionais de saúde e outros¹², sendo que os diálogos buscam saídas para resolver o “problema” e são mediados pela dimensão narrativa, em que a mulher relata a sua “história” a um/a outro/a que a escuta, muitas vezes escolhido/a por ter vivido experiências similares⁹.

Os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados terapêuticos não coincidem com esquemas e fluxos pré-determinados. Suas escolhas expressam construções subjetivas individuais e também coletivas acerca do processo de adoecimento e tratamento, construídas sob a influência de diversos atores e contextos. Os estudos e investigações sobre itinerários terapêuticos são relativamente recentes no Brasil e sua potencialidade para a compreensão do comportamento em relação ao cuidado em saúde e ao uso dos serviços é promissora¹¹.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo analisar as práticas abortivas empregadas e o apoio social para realizar a interrupção da gestação (com ou sem perda fetal), a partir das experiências de mulheres que decidiram provocar aborto. Parte-se do pressuposto de que esses elementos contribuem para construir o itinerário terapêutico no contexto da gravidez não planejada/indesejada.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, desmembramento de resultados de uma investigação epidemiológica observacional, sobre qualidade da assistência pré-natal¹³.

O cenário da pesquisa é a Microrregião de São Mateus (MRSM), área com o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado do Espírito Santo (Brasil),

localizada ao norte do Estado e composta por nove municípios: Jaguaré, São Mateus, Boa Esperança, Conceição da Barra, Pinheiros, Ponto Belo, Montanha, Mucurici e Pedro Canário. Juntos, esses municípios abrigam uma população de 254.646 habitantes, predominantemente urbana¹⁴. O Índice de Desenvolvimento Humano (2010) nessa área é predominantemente médio (Boa Esperança, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Conceição da Barra, Ponto Belo, Pedro Canário e Pinheiros)⁸, porém o município de Mucurici possui o quinto menor IDH (0,679), e Pedro Canário tem o terceiro menor índice do ES (0,673)¹⁵.

A população do presente estudo é constituída por mulheres residentes na MRSM, que realizaram seu pré-natal e parto nessa microrregião. Foram identificadas 15 mulheres, provenientes de uma amostra de 742 parturientes de um estudo quantitativo¹³, que revelaram ter tentado interromper a última gestação ou gestação anterior, independentemente de terem alcançado a perda fetal. Dessas quinze, nove foram localizadas, e sete participaram da pesquisa. Duas mulheres foram excluídas do estudo, pois haviam mudado de cidade.

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista individual, a partir de um roteiro-guia com questões relativas à última tentativa de aborto provocado pela mulher. As entrevistas ocorreram no mês de setembro de 2013. Os depoimentos foram gravados, transcritos e analisados. As mulheres foram identificadas pelo nome de deusas da mitologia greco-romana para preservar seu anonimato. São elas: Hera, Minerva, Vesta, Hera, Ceres, Artemis, Perséfone e Afrodite.

Ao entrevistar as pessoas acerca de suas trajetórias após a decisão de abortar e suas experiências com as práticas abortivas, esse relato de “ações passadas” – “relatos de ação”, nessa interação com a pesquisadora, transformaram-se em “resíduos de ação” e saíram do plano do não dito (do “segredo” ou do “sonoro silêncio”) e passaram a expressar uma experiência social das mulheres. No caso de práticas consideradas ilegais, e realizadas sob o manto do “sonoro silêncio”¹⁰, a perspectiva qualitativa, embora mais difícil de ser considerada, parece de maior relevância¹¹.

Na dinâmica do tratamento dos dados foi utilizada a técnica de Bardin¹⁶ para a análise do conteúdo temática dos fragmentos de falas das mulheres convidadas. Após organização do material das entrevistas, foram identificados núcleos de sentidos, tendo sido a análise de

conteúdo realizada em três etapas¹⁶: **pré-análise**, a qual permitiu considerar as intuições e sistematizar as ideias iniciais; **exploração do material**, por meio da codificação, categorização do material e seleção das unidades de registro; e **tratamento dos resultados, inferência e interpretação**, durante a qual emergiram categorias empíricas, que serão agrupadas por questões metodológicas e conceituais em categorias analíticas.

Os elementos encontrados nas falas das participantes do estudo que foram analisadas neste artigo retratam os meios abortivos utilizados, os atores envolvidos, o apoio social recebido para a efetivação do aborto, confidências dos sujeitos, mensagens das mulheres estudadas, aquisição e conseqüências de usar o Cytotec®. A partir da análise das falas das mulheres que decidiram abortar, na Microrregião de São Mateus-ES, emergiram três categorias analíticas: a **primeira categoria** discute a diversidade de práticas abortivas utilizadas; a **segunda categoria** trata da situação vivenciada pela mulher no ato de provocar a interrupção da gestação e os principais atores envolvidos, exprimindo para quem, em segredo, as mulheres escolheram compartilhar o ato provocado (com ou sem perda fetal); e a **terceira categoria** desenvolve-se colocando o teor das mensagens das mulheres sobre quais conselhos dariam a outras mulheres antes e após do surgimento da gravidez indesejada/não planejada.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, com parecer número 317.407, de 26 de junho de 2013. As entrevistas foram realizadas nos domicílios das mulheres convidadas, mediante a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas participantes. Não houve recusas nas abordagens.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

As sete mulheres entrevistadas estavam na faixa etária entre 19 e 33 anos. Estudos mostram que a faixa etária encontrada na maioria dos estudos é de 20 a 29 anos^{17,18}, idade próxima à encontrada neste estudo.

Além disso, possuíam ensino fundamental incompleto, pertenciam a classes populares, autodeclaradas pardas ou negras, moravam, em sua maioria, na zona urbana, quatro moravam com companheiro e filho (os) e três moravam

com os pais e filho (os), semelhante ao verificado no estudo de Pereira e colaboradores⁹. Todas as gravidezes que sofreram tentativa de interrupção não foram planejadas, sendo que três eram primigestas e, para as outras, o número de filhos variou entre um e cinco. Cinco mulheres não possuíam vínculo empregatício, uma trabalhava, e outra era autônoma. Do total de sete mulheres que decidiram interromper a gravidez, três conseguiram abortar, e cinco levaram a gravidez a termo, sendo que uma delas tentou interromper duas gravidezes.

As classes populares e autodeclaradas negras ou pardas que declararam ter tentado interromper a gestação por falta de condições financeiras, por medo da reação dos pais ou por medo de o parceiro não assumir o bebê. Elas conheciam o Cytotec® (seis), já fizeram o uso dele (três) e também utilizaram outras práticas abortivas como a utilização de sonda (uma), de chás (buta e bucha paulista) (uma) e garrafada (uma). A maioria relatou ter recebido apoio social a partir da decisão de interromper a gestação, seja pelo parceiro, por amigos ou por familiares.

As técnicas empregadas pelas mulheres que decidiram praticar o ato abortivo dizem respeito às práticas abortivas utilizadas, tais como o uso de medicamentos, de ervas, receitas caseiras, chás, inserção de sondas e clínicas. Importa salientar que o medicamento citado pelas participantes foi o Cytotec®.

Entre os meios abortivos citados, o Cytotec® foi o mais mencionado (seis entre sete entrevistadas), seja pelo simples conhecimento da sua existência, seja pelo seu uso efetivo. A exemplo do que foi registrado em outros estudos^{6,19,20,21}, o Cytotec® confirmou-se como o método mais referido para a indução do aborto, independentemente da idade das mulheres.

Tomei o remédio [Cytotec] [...] (Artemis).

O Cytotec... Dois pela boca e dois injetado [...] na vagina (Afrodite).

Os fragmentos das falas corroboram a prescrição popular, cujas mudanças regionais não parecem modificar a simbologia das substâncias envolvidas. Fusco e colaboradores²⁰ observaram, na periferia da cidade de São Paulo, o uso predominante do Cytotec®, além de chás diversos, sondas e outros objetos²². Nunes e colaboradores²² notaram, entre grupos populares urbanos no estado do Piauí, além do uso dos chás e do Cytotec®,

o recurso de garrafadas (misturas de ervas abortivas), que incluem, além da ingestão oral, a introdução de líquidos na vagina (em nosso universo de pesquisa, essa introdução restringe-se ao uso do Cytotec®). No presente estudo, é igualmente marcante a utilização de chás, receitas caseiras e de medicamentos não especificados, os quais também foram citados em outros estudos^{23,24}.

[...] eu tomei muita coisa, tomei bucha paulista, cachaça com sal, até sonda ne mim eu enfiei [...] (Vesta).

[...] tomei Coca-Cola, com aquele remédio de evitar, evitar a gravidez [...] três daquele (Ceres).

[...] mato lá que o povo me ensinava lá. Uns remédio margoso, uma tal de buta, é remédio caseiro, mas tudo mato, tudo ruim e forte (Perséfone).*

Os meios utilizados para tentativa de interrupção da gravidez no presente estudo variaram conforme a realidade mundial que concentra, em países da África, Ásia, América Latina e Caribe, quase a totalidade de abortos inseguros e óbitos maternos por ocasião de leis restritivas para a prática do aborto. Tal fato está de acordo com o observado em estudos realizados em Teresina (Piauí)²³, em Salvador (Bahia)²⁴, em Serra (Espírito Santo)²⁵ e no Gabão (país da África Central)²³.

Observa-se, ainda, que a falta de informação acerca da sexualidade e da saúde reprodutiva faz com que muitas mulheres provoquem abortos inseguros. Tal situação foi relatada nos depoimentos que retrataram gravidezes envolvidas no contexto abortivo, sendo secundárias, especialmente, as gestações não planejadas/indesejadas. Ou seja, ocorreram, nas palavras delas, "sem querer":

Foi um acidente mesmo. Acidente [...] o médico falava que eu não ia engravidar. Ele falava que meu útero era infantil [...] (Minerva).

[...] primeira relação eu engravidei de um neném [...] e foi até relaxo meu e só (Perséfone).

Nessa perspectiva, ratifica-se o achado de que a história contraceptiva da mulher que aborta tem relação direta com a própria história abortiva, conforme um estudo realizado em Nova Delhi, Índia. Neste estudo, percebeu-se que 5% das respondentes que não fizeram uso de método contraceptivo, realizaram o aborto pelo menos uma vez precocemente (na primeira relação sexual), utilizado, nestes

casos, como método de contracepção. Em um quarto dos casos, em que os preservativos foram usados como método de contracepção, a mulher relatou que nunca fez um aborto precocemente, talvez esse seja o maior sucesso desse método se usado corretamente. Destaca-se que 80% das respondentes que adotaram métodos naturais tiveram um aborto precocemente, esse conhecimento entre os métodos com altas taxas de falhas²⁶.

Também ficou evidente, no presente estudo, que, apesar de o acesso aos serviços públicos de saúde não ter sido abordado na entrevista, foram percebidas barreiras de acesso a eles no campo de pesquisa. Entende-se que o serviço de saúde é capaz de proporcionar às mulheres o uso adequado da contracepção. No entanto, os serviços de saúde mostraram-se longínquos das moradias visitadas (em extensão de terra), sendo preciso, muitas vezes, atravessar estradas com barco, devido a alagamentos, “estradas de chão” esburacadas, e assentamentos sem acesso a transporte público. Contudo, a presença de instituições de ensino nos territórios visitados deve ser pontuada, já que podem ser porta de entrada imediata e facilitada para o conhecimento de jovens sobre saúde reprodutiva nesses territórios mais remotos, inclusive por meio de parceria com profissionais de saúde que atuam no mesmo território.

Outra consideração importante foi a forma precária de vida em que muitas mulheres se encontravam, em sua maioria, vivendo sob condições insalubres com restrições decorrentes de suas condições sociais e pouco ou nenhum acesso à informação. Percebe-se que, mesmo com a existência de investimentos por parte do Ministério da Saúde do Brasil na saúde da mulher, poucas mudanças têm ocorrido no contexto social da saúde feminina²⁷.

Reconhece-se, por meio das observações do campo de pesquisa e do quadro teórico proposto por Ayres²⁸, que a mulher em idade fértil que decide provocar o aborto encontra-se em posição de vulnerabilidade, seja no plano individual, por suas características sociodemográficas, especialmente por serem pobres, morarem em regiões longínquas e pelo pouco acesso a informações seguras sobre saúde sexual e reprodutiva, ou no plano programático, devido à pouca eficiência de ações, programas e políticas voltadas para o planejamento familiar existentes na área geográfica do presente estudo. Logo, conforme Correia e colaboradores³¹, é patente a ocorrência do aborto como uma saída para a gravidez não planejada.

A descrição da vulnerabilidade vivida pelas mulheres do presente trabalho compôs a somatória da privação econômica, da falta de oportunidade de emprego, das barreiras de acesso à educação formal e às informações, bem como das normas e das práticas culturais típicas da sociedade em que convivem. Sobretudo, concordando com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, o baixo *status* econômico e social das mulheres limita seu poder de negociar o uso do preservativo, de discutir com os parceiros a fidelidade e de abandonar relações de risco. Essa falta de empoderamento aumenta sua vulnerabilidade ao fenômeno do aborto provocado e, em última análise, torna-se uma ameaça à sua vida²⁹.

Logo, o problema do aborto provocado não é somente uma questão de saúde pública devido às complicações físicas e mortes decorrentes. De acordo com os achados da pesquisa, fica evidente que o aborto também é um problema de justiça social, como apontado por Monteiro e colaboradores³⁰. A prática do aborto inseguro, especialmente, confirma as diferenças socioeconômicas, culturais e regionais diante de mesma ilegalidade do aborto. As mulheres com condições financeiras favoráveis, geralmente residentes em grandes centros urbanos, têm acesso a métodos e clínicas de aborto higiênicas e que prestam cuidados. Já as mulheres de classes populares (carentes), que representam a grande maioria da população feminina brasileira, recorrem a métodos mais perigosos, e com pouca precaução, resultando altos índices de prejuízos à saúde³⁰.

Vale ressaltar que a realização da interrupção da gestação em clínica clandestina não foi encontrada no presente estudo. Acredita-se que isso ocorreu devido à diferença socioeconômica entre as entrevistadas, visto que esse procedimento – o aborto clandestino – é oneroso e, também, por ocasião da distância entre prestadores desses serviços clandestinos e o local de moradia das participantes. Souza e colaboradores³¹ demonstraram que quem tem maior poder aquisitivo utiliza clínicas especializadas e tem acesso a uma assistência qualificada, enquanto quem não tem condições financeiras busca pessoas não habilitadas e métodos abortivos rudimentares, que podem levar a graves complicações e à morte.

Assim, o uso do Cytotec®, de ervas, de receitas caseiras e a inserção de sondas aconteceram na tentativa de interromper a gravidez e correspondem à realidade encontrada no Brasil e em diversos países em desenvolvimento, ratificando o aborto provocado as condições socioeconômicas

desfavoráveis e a falta de informações seguras acerca da saúde sexual e reprodutiva.

Em complemento à categoria anterior, os elementos dessa categoria analítica retratam a situação do abortamento provocado e os principais atores envolvidos na conjuntura de provocar a interrupção da gestação. Nas localidades em que vivem, essas mulheres percorrem um caminho silencioso e sigiloso, apoiadas por parceiros, amigos, familiares e vendedores de medicamentos abortivos e ervas²⁴.

As falas evidenciam a necessidade de pessoas próximas à mulher ajudarem na sua decisão de não levar a termo a gravidez, seja comprando o medicamento, ofertando receitas caseiras ou fornecendo sondas para a concretização do ato. Concordando com Chauí³², as mulheres não são deixadas sozinhas, porque parceiros, amigos e familiares são os primeiros a propor o aborto, sem maiores indagações, tal como evidenciado nas falas das entrevistadas:

Foi ele (parceiro) que comprou o remédio [...] (Artemis).

Foi tudo meu padrasto que eu falei agora [...] pra eu tomar o remédio [...] (Hera).

eu tinha um ex-cunhado, que ele conseguiu um remédio [...] o Cytotec [...] ele trouxe para mim, eu tomei, injetei dois e tomei dois. (Afrodite).

[...] porque uma colega minha trabalha na farmácia me deu [...] e trouxe (a sonda) [...] (Vesta).

Tal fato está em concordância com estudo feito em Maceió, Alagoas, com adolescentes de 12 a 19 anos do sexo feminino, que, em sua maioria, afirmaram ter recebido apoio para praticar o aborto³³. Situação semelhante também foi revelada em estudo de Nader e colaboradores²⁵, realizado em uma maternidade pública de Serra, ES, com uma amostra de 83 mulheres, no qual 21 (25,3%) mulheres admitiram ter provocado aborto. Ao serem perguntadas sobre quem indicou o método para o abortamento, 71,4% (n=15) dessas mulheres citaram amigos ou conhecidos, 14,3% (n=3) mencionaram familiares, 9,5% (n=2) disseram que foi o pai do concepto e 4,8% (n=1) afirmaram que recorreram a ele por conta própria.

Em face de poucos estudos no cenário da comercialização ilegal do Cytotec® no Brasil, destaca-se o trabalho feito por Diniz e Madeiro³⁴, que mostrou, por meio de seis inquéritos policiais e quatro processos judiciais, que o itinerário

dos personagens envolvidos é dominado por homens, seja como vendedores ou fornecedores. O vendedor é geralmente alguém da comunidade, que comercializa o Cytotec® na própria farmácia ou nas proximidades, e pouco se conhece sobre os motivos que os levam a vender ilegalmente o medicamento³⁴. Entre as pessoas envolvidas na aquisição do Cytotec® no presente estudo, verificaram-se pessoas bem próximas à mulher, como o parceiro, o padrasto, amigos e vendedores.

Embora não seja o objetivo do estudo verificar a ocorrência de complicações físicas nem o estado de saúde da mulher após o abortamento, as entrevistadas relataram episódios de complicações de curto, médio e longo prazo. Duas mulheres relataram a ocorrência de hemorragia, seguida de expulsão fetal, no domicílio, e, apesar disso, essas mulheres não foram para serviços hospitalares para realização da curetagem:

[...] Só que o aborto não aconteceu na hora que eu tomei, o aborto aconteceu de noite. É [...] sangrei e abortei em casa mesmo. Quando eu vi que tinha um bolo dentro da minha barriga, abaixei e fiz força e saiu o feto (Afrodite).

Tomei o remédio, senti dores, parto (aborto) normal [...] (Artemis: relatado após o término da entrevista gravada).

Conforme o estudo de Correia e colaboradores³³, o fato das mulheres não procurarem o serviço hospitalar para realização da curetagem e demais procedimentos aumenta os subregistros e consequências negativas para a saúde da mulher.

Os relatos das entrevistadas mostram que, mesmo com a tipificação do aborto como delito², isso não desestimula a mulher e sua comunidade de se ajudarem no processo do itinerário rumo ao aborto. Por conseguinte, no ambiente social, as mulheres, ante a situação da escolha abortiva, são sustentadas pelo auxílio material, cultural e profissional, respectivamente, de familiares ou responsáveis, conhecidos, amigos ou vendedores de medicamentos abortivos e ervas. Portanto, esses dispositivos ilegais estão disponíveis nas comunidades, rurais e urbanas em que as mulheres moram, conforme também foi relatado em estudo visto em município da região metropolitana do Espírito Santo²⁵.

Interessante retomar que, quando indagadas sobre algum tipo de apoio para praticar o aborto, a maioria das mulheres afirmou tê-lo recebido. E, na alusão à apresentação

de algum tipo de complicação, a maioria relatou que não apresentou complicação física e não precisou de internação em serviços de saúde (não gravado, foi relato após o término da gravação), achado semelhante em outro estudo feito em Maceió (Alagoas)³³ e coincidente com o advento do Cytotec®, em que ocorreu uma diminuição das complicações pós-aborto.

Neste estudo, as mulheres que decidiram pelo abortamento tiveram apoio de pessoas próximas que fazem parte de sua rede comunitária, contribuindo para a manutenção do contexto sigiloso de não aceitação da gravidez inesperada.

A maior parte da sociedade enfrenta a decisão pela interrupção da gravidez como uma decisão autocêntrica que desafia a moralidade e a legalidade, não obstante o aborto levar ao sofrimento físico e psíquico, estando associado ao sentimento de culpa. Sendo assim, as molas propulsoras que levam as mulheres a abortarem são as reverberações de seus valores e das normas sociais da cultura em que vivem. Destacam-se como causas as condições financeiras e a instabilidade nupcial, que revelam a ausência de estrutura familiar e o abandono da mulher, que, em alguns casos, mãe solteira, não se sente preparada psicologicamente, e muitas vezes financeiramente, para assumir um filho e vê a interrupção da gravidez como a melhor decisão a ser tomada²⁷.

Essa última categoria assenta-se em mensagens das mulheres sobre quais conselhos dariam a outras mulheres após do surgimento da gravidez indesejada/não planejada. Ao serem inqueridas acerca de quais mensagens poderiam deixar para outras mulheres, foram percebidas falas permeadas por uma retórica socialmente mais aceita e transmitidas de forma a defender a sua cultura e formação cristã, à medida que defendem a criminalização do aborto, a saber:

Não sou boa nisso não hein [...] (risos) [...] não [...] abortar uma criança é um crime muito grave, você não paga na terra, mas no céu paga tudo (Minerva).

Acho que a gente tem tanto meio de evitar a gravidez que não tem necessidade de você engravidar pra depois fazer isso, que eles não pediram pra vir no mundo, se você tirar a vida de um feto, cê tira a vida de qualquer um, que é um ser humano (Vesta).

As meninas que querem abortar mereciam ser presas, porque tirando uma vida, porque criança não tem culpa não, disso não. Não tem culpa

não. As que não querem, prevenir pra não engravidar. [...] eu não tinha entendimento disso ainda (Hera).

[...] porque, tirar a vida de uma pessoa, num é bom. Igual isso aí que aconteceu comigo, eu tirei a vida dele, mas Deus me deu outro (Ceres).

Que o bichinho num merece, meio de evitar tem né? [...] (Perséfone).

Essa estratégia retórica utilizada pelos sujeitos, participantes do presente trabalho, buscou nomear as características humanas que qualificam a construção do papel de gênero, por meio da enumeração do desenvolvimento das características da espécie humana, numa organização eloquente que visou enfatizar a valorização da vida como valor intrínseco, ou seja, a vida do feto como sagrada e intocável pelo fato de pertencer à espécie humana. Não foi objetivo deste estudo mostrar qual é o lado certo do dilema do aborto provocado, mas é imperioso mostrar que, como assegura Foucault³⁵, o dispositivo da sexualidade está bem arraigado na contemporaneidade e funciona de acordo com técnicas móveis, polimorfos e conjunturais de poder, pois engendra uma extensão permanente de domínios e de formas de controle. Nesse aspecto, por meio de tecnologias de poder e de saber inventada pela própria burguesia, fazer valer o alto preço político do seu próprio corpo por meio de uma afirmação de si e um agenciamento político da vida empenhado em atribuir uma sexualidade e construir para si um corpo “de classe” com uma saúde, uma higiene, uma raça.

Em contraposição, discute-se que, apesar dessas tecnologias para adestrar os modos de viver, na raiz de todo dispositivo está um desejo humano de felicidade, e a captura e a subjetivação desse desejo, numa esfera separada, particular e de poucos, é que constituem a potência do dispositivo³⁶. O dispositivo legal e religioso da criminalização do aborto impede, portanto, que as mulheres façam uma escolha, sendo constrangidas a continuar a gravidez indesejada. É imprescindível que, estando em um Estado laico, a legislação não pode ser determinada por diretrizes religiosas, uma vez que necessita garantir a liberdade de credo. Os cristãos têm direito de justificar e advogar por seus dogmas, todavia não de impô-los a toda a população por meio dos aparelhos legais de Estado³⁷.

É necessário, sob o olhar bioético, que dilemas das situações persistentes como o aborto provocado permitam a reflexão legal do Estado democrático brasileiro, de forma a transformar a situação de vulnerabilidade vivenciada

empiricamente pelas mulheres que são vítimas de um modelo social profundamente excludente, e intervir para construção de posturas emancipatórias que “propiciem a justiça, a igualdade, a solidariedade, a liberdade, e, fundamentalmente, que façam da equidade o caminho possível para a felicidade no presente e garanta a segurança para as gerações futuras”³⁸⁴⁰.

Pelo exposto, não obstante o itinerário vivenciado pelas mulheres que decidiram abortar, desenvolve-se, após a realização do ato abortivo, sentimento de culpa agregado à valorização da vida do feto, bem como o preconceito sexista frente à instabilidade financeira e matrimonial.

CONCLUSÃO |

O itinerário terapêutico adotado pelos sujeitos para conseguir concretizar a decisão de provocar o aborto ocorre no próprio domicílio e segue uma ordem que, em sua maioria, utiliza o Cytotec®, seguido pela busca de receitas caseiras e chás da comunidade e de familiares e pela aquisição de sondas, por meio do profissional do estabelecimento comercial (farmácia) do município.

Os resultados mostram que as mulheres dessa região se encontram vulneráveis, assim como ocorre em tantas outras regiões brasileiras e em outros países. As vulnerabilidades relacionam-se aos aspectos étnico-raciais, à condição socioeconômica desfavorecida e, principalmente, ao precário acesso aos serviços de saúde.

Há, portanto, relevantes aspectos bioéticos a serem discutidos no que envolve a acessibilidade de determinados grupos sociais ao SUS, fato que evidencia a necessidade de realização de mais pesquisas que permitam suscitar nos aparelhos administrativos e serviços um aperfeiçoamento de uma visão crítica do fenômeno complexo do aborto.

Dessa maneira, é imprescindível que os programas de planejamento familiar ou de saúde reprodutiva sejam estruturados em espaços de escuta e orientação. Urge o fomento de mais pesquisas para a melhoria de dados, com o intuito de realizar a aproximação da oferta de novas possibilidades para entender os contrastes, as necessidades reprodutivas da mulher e os distintos e peculiares caminhos da interrupção voluntária da gestação, com o objetivo de

melhorar a assistência prestada à mulher no serviço público de saúde.

Vale acrescentar que refletir sobre os caminhos percorridos pelas mulheres que vivenciaram a situação de abortamento proporciona a oportunidade singular para revigorar a crença da necessidade de se ampliar o olhar para a mulher que recebe as ações em saúde materno-infantil. Compreende-se que elementos socioeconômicos e culturais podem produzir modos distintos de percorrer cada etapa da vida. Por esse motivo, acredita-se que analisar esses fatores, bem como a subjetividade e as experiências de cada mulher, é fundamental para apreender as suas necessidades e, também, para conferir qualidade na atenção fornecida a esse sujeito feminino.

REFERÊNCIAS |

1. Barros ALRM, Marques AMS, São José CN, Valadão MB, Pio NO, Alves ALL. Mortalidade materna no Brasil [Internet] [acesso em 22 jan 2018]. Disponível em: URL: <<http://www.emgo2017.com.br/wp-content/uploads/2015/12/MORTALIDADE-MATERNA-NO-BRASIL.pdf>>.
2. Adesse L, Monteiro MFG, Levin J. Panorama do aborto no Brasil: grave problema de saúde pública e de justiça social. *Radis*. 2008; (66):10-5.
3. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl. 1.):959-66.
4. Hardy E, Alves G. Complicações pós-aborto provocado: fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 1992; 8(2):454-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 27 dez 2013]. Disponível em: URL: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf>.
6. Fonseca W, Misago C, Correia LL, Parente JAM, Oliveira FC. Determinantes de aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidades da região Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1996; 30(4):13-18.

7. Fonseca W, Misago C, Freitas P, Santos E, Fernandes L, Correia L. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 1998; 14(2):279-86.
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Portaria n°. 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial [Internet]. Diário Oficial da União; 1998 [acesso em 27 jan 2014]. Disponível em: URL: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html>.
9. Pereira SM, Tornquist CS. Relatos sobre o Cytotec: um olhar de gênero sobre os discursos de homens e mulheres. In: 11. Encontro Nacional de História Oral [Internet]. 2012 jul 10-13; Rio de Janeiro, Brasil [acesso em 01 fev 2014]. Disponível em: URL: <http://www.encontro2012.historiaoral.org.br/resources/anais/3/1340408527_ARQUIVO_RelatosobreCytotec-SilvanaPereiraesuziTornquist.pdf>.
10. Miguel DS, Tornquist CS, Motta FM. “Não me sinto culpada”: práticas contraceptivas e aborto em grupos populares urbanos. In: Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades e Deslocamentos [Internet]. 2010 ago 23-26. Florianópolis, Brasil [acesso em 01 fev 2014]. Disponível em: URL: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278294454_ARQUIVO_TextoFG9-DeniseSoaresMiguel-CarmenSusanaTornsquist-FlaviadeMattos-Motta.pdf>.
11. Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [acesso em 01 fev 2014]; 16(11):4433-42. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>>.
12. Langdon EJ. Representações de doenças e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia colombiana. In: Santos RV, Coimbra Junior CEA, organizadores. Saúde e povos indígenas [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996 [acesso em 01 fev 2014]. Disponível em: URL: <<http://books.scielo.org/id/wqffx/06>>.
13. Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36(2):56-64.
14. Brasil. Espírito Santo. Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR-2011) [Internet]. Vitória: SESA; 2011 [acesso em 26 dez 2013]. Disponível em: URL: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentralização/PDR_PlanoDiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf>.
15. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [Internet]. Ranking IDHM dos Municípios 2010 [acesso em 26 dez 2013]. Disponível em: URL: <<http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking>>.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
17. Silva DFO, Bedone AJ, Faúndes A, Fernandes AMS, Moura VGAL. Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações (consequência do uso de misoprostol?). *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2010; 10(4):441-7.
18. Ramos KS, Ferreira ALCG, Souza AI. Mulheres hospitalizadas por abortamento em uma Maternidade Escola na cidade do Recife, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(3):605-10.
19. Souza AI, Cecatti JG, Ferreira LOC, Santos LC. Hospitalização por abortamento no Centro de Atenção à Mulher (CAM) – IMP – Recife. *J Bras Ginecol*. 1996; 106(9):615-24.
20. Nunes MD, Madeiro A, Diniz D. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(8):2311-8.
21. Costa SH. Aborto provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. Questões de saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 163-86.
22. Fusco CLB, Andreoni S, Souza e Silva R. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza (Favela Inajar de Souza, São Paulo). *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(1):78-88.
23. Hess RF. Women's stories of abortion in Southern Gabon, Africa. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2007 [acesso em

- 10 dez 2013]; 18(41):41-8. Disponível em: URL: <<http://tcn.sagepub.com/content/18/1/41>>.
24. Souza ZCSN, Diniz NMF, Couto TM, Gesteira SMA. Trajetória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(6):732-6.
25. Nader PRA, Blandino VRP, Maciel ELN. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do município da Serra/ES. *Rev Bras Epidemiol.* 2007; 10(4):615-24.
26. Rabindranathan S. Womens's decision to undergo abortion: a study based on Delhi clinics. *Indian J Gender Studies* [Internet]. 2003 [acesso em 10 dez 2013] 10(3):457-73. Disponível em: URL: <<http://ijg.sagepub.com/content/10/3/457>>.
27. Nascimento FM, Bezerra RLA, Dantas MFS, Nery IS. Perfil da mortalidade materna em maternidade pública de Teresina-PI no período de 1996 a 2000: uma contribuição da enfermagem. *Esc Anna Nery.* 2007; 11(3):472-8.
28. Ayres JRCM. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST, AIDS entre crianças e adolescentes [Internet] [acesso em 23 jan 2014]. Disponível em: URL: <http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_29_p015-024_c.pdf>.
29. UNAIDS. Report on the Global HIV/AIDS. Genova: UNAIDS; 2002.
30. Adesse L, Monteiro MFG, Levin J. Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social. *Radis* [Internet]. 2008 [acesso em 26 dez 2013]; (66):10-5. Disponível em: URL: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/20257>>.
31. Souza VLC, Corrêa MSM, Souza SL, Beserra MA. O aborto entre adolescentes. *Rev Latino-Am Enferm.* 2001; 9(2):42-7.
32. Chauí M. Mãe, mulher ou pessoa: discutindo o aborto. São Paulo: Lua Nova; 1984.
33. Correia DS, Monteiro VGN, Egito EST, Maia EMC. Aborto provocado na adolescência: quem o praticou na cidade de Maceió, Alagoas, Brasil. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009; 30(2):167-74.
34. Diniz D, Madeiro A. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. *Rev Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17(7):1795-804.
35. Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2001.
36. Agamben G. O que é contemporâneo? E outros ensaios. Chapecó: Argos; 2009.
37. Ribeiro FRG, Spink MJP. Estratégias retóricas na controvérsia moral sobre a legalização do aborto: o caso da anencefalia no Brasil. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2012 [acesso em 01 fev 2014]; 16(40):35-49. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0712.pdf>>.
38. Durán MLU. Cidadania, complexidade e participação. In: Garrafa V, Pessine L, organizador. *Bioética: poder e injustiça.* 2. ed. São Paulo: Loyola; 2004. p. 100.
37. Center for Reproductive Rights [Internet]. The world's abortion laws [acesso em 22 jan 2018]. Disponível em: URL: <<http://worldabortionlaws.com/questions.html>>.
38. Pereira VN, Oliveira FA, Gomes NP, Couto TM, Paixão GPN. Aborto induzido: vivências das mulheres baianas. *Saúde Soc.* 2012; 21(4):1056-62.

Correspondência para/ Reprint request to:

Carolina Dutra Degli Esposti

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,

Universidade Federal do Espírito Santo,

Av. Marechal Campos, 1468,

Maruípe, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29043-900

Tel.: (27) 3335-7287

E-mail: carolinaespsti@gmail.com

Recebido em: 13/02/2019

Aceito em: 16/08/2019