



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social

Lina Vilela Santos

**Aborto, Prostituição e Saúde Pública:
uma questão silenciada**

Brasília (DF), outubro de 2012

Lina Vilela Santos

**Aborto, Prostituição e Saúde Pública:
uma questão silenciada**

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de graduação em serviço social.
Orientadora: Profa. Dra. Debora Diniz

Brasília (DF), outubro de 2012

*Dedico esta monografia aos meus pais, Henrique e Joseline, e aos meus irmãos,
Arthur e Ingrid*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, professora doutora Debora Diniz, não só pela aposta em meu potencial, mas pelo apoio incondicional e pela atenção incomparável — abriu portas e me acompanhou por toda a minha trajetória na graduação como uma impensável mãe acadêmica.

Aos meus pais, Henrique e Joseline, por toda a preocupação, a pressão e o carinho que foram fundamentais para avançar nesta e em todas as etapas da minha vida.

Ao meu irmão e amigo Arthur, por acreditar em mim e no meu potencial.

À Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero e todos que ali trabalham, pelas grandes oportunidades que me foram dadas na área da pesquisa acadêmica, que foram cruciais para o meu crescimento e aprendizagem.

À minha querida colega Alba Tereza, pela atenção e companhia durante o processo de execução desta monografia.

À Miryam Mastrella por ter aceitado a fazer parte da banca avaliadora dessa monografia, por ser uma importante profissional no tema do aborto, por todo cuidado, atenção e entusiasmo com esse trabalho.

À Lívia Barbosa por ter aceitado a fazer parte da banca avaliadora dessa monografia, por ter me inserido no tema do aborto me servindo de exemplo como uma pesquisadora de campo dedicada.

RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo descrever as práticas e os saberes compartilhados por prostitutas para a realização do aborto ilegal. O estudo, de natureza exploratória e qualitativa, baseia-se em dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com seis prostitutas de 18 a 39 anos na cidade de Porto Alegre (RS) que realizaram pelo menos um aborto. Este trabalho aborda as histórias de vida das prostitutas levando em consideração situação conjugal, número de filhos, escolaridade, estrutura familiar, cor e número de gestações e abortos. Descreve as práticas e os discursos sobre o aborto, bem como os métodos utilizados para realizá-lo. Descreve também os percursos seguidos para a realização do aborto, observando-se três etapas desse processo. A primeira é o atraso menstrual, os sintomas, os sinais, as práticas de descer a menstruação e as tomadas de decisão. A segunda etapa são os métodos, os seus custos e o tempo necessário para a realização do aborto. A terceira etapa é a aplicação do Citotec, a finalização do aborto em clínicas ilegais e hospitais e a internação. Identificam-se ainda as redes de proteção das mulheres para realização do aborto ilegal: quem são os indivíduos que as ajudaram — amigas, colegas de trabalho, companheiro, familiares, vizinhos; quais as instituições — igreja, hospitais, ONGs, associações; sites da internet; comerciantes, farmacêuticos, traficantes, parteiras, feirantes. Este estudo é guiado pelo entendimento de que a questão do aborto perpassa o conceito constitucional de direito à saúde por meio de políticas públicas.

Palavras-chave: Aborto. Prostituição. Citotec. Saúde reprodutiva. Direito reprodutivo. Política de saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

CP – Código Penal

DST – Doença Sexualmente Transmissível

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

NEP – Núcleo de Estudo da Prostituição

PNA – Pesquisa Nacional do Aborto

STF – Superior Tribunal Federal

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. PROSTITUIÇÃO	12
2.1 ABORDAGEM JURÍDICA	13
2.2. PROSTITUIÇÃO E DST	14
3. ABORTO.....	16
3.1 ABORTO E LEGISLAÇÃO	16
3.2 ABORTO NO ÂMBITO DA PROSTITUIÇÃO	18
4. METODOLOGIA.....	20
4.1 PARTICIPANTES.....	21
4.2 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	21
4.3 AS ENTREVISTAS.....	22
4.4 RESSARCIMENTO PELA ENTREVISTA	23
4.5 CUIDADOS ÉTICOS.....	23
4.6 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	24
4.7 SEGURANÇA DAS MULHERES PARTICIPANTES.....	25
5. ANÁLISE DE DADOS.....	26
5.1 A DESCOBERTA DA GRAVIDEZ E DECISÃO PELO ABORTO	26
5.2 MÉTODO	27
5.2.1 <i>Aborto caseiro</i>	27
5.2.2 <i>Aborto em clínicas clandestinas</i>	28
5.3 ESCOLHA E ACESSO AO MÉTODO	29
5.4 APOIO	30
5.5 PÓS-ABORTO.....	31
5.5.1 <i>As que vão ao hospital</i>	31
5.5.2 <i>As que ficam em casa</i>	31
5.5.3 <i>Sequelas e Riscos</i>	31
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
7. REFERÊNCIAS.....	35
ANEXO 1.....	39

ANEXO 2.....	45
ANEXO 3.....	46

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como objetivo conhecer o universo das mulheres prostitutas que fizeram aborto e alguns fatores relacionados a essa prática — como fizeram, pelo que passaram, quem as ajudou, quais foram as etapas desse processo. A pesquisa foi também realizada para ilustrar a realidade dessas mulheres perante a ignorância desses acontecimentos. A proposta aqui circunscrita envolve o deslocamento da abordagem do aborto como desvio moral para o aborto como uma questão de saúde pública. Abandona-se a visão heteronômica da vida e parte-se para uma visão autônoma desta, em que as mulheres têm autonomia reprodutiva, não há santidade da vida e o aborto é moralmente neutro.¹ Nesse sentido, entende-se o aborto como uma procura da liberdade individual, que diz respeito à escolha e tomada de decisões sobre a própria vida, o próprio corpo (DINIZ, 1998).

A criminalização do aborto provocado no Brasil, fundamentada na visão de que esse é um desvio moral, tem efeitos negativos. A extensão do problema, a taxa de mortalidade das mulheres e o acesso a métodos contraceptivos são os elementos que, combinados, situam a questão do aborto como um problema de saúde pública e para a saúde pública (VIEIRA, 2010). O status de crime gera, por sua vez, um universo de clandestinidade que prejudica a saúde da mulher. O uso de medicamentos ilegais e o recurso às escondidas a profissionais não qualificados deixa a mulher vulnerável, sem opções e direitos. Assim, além de trazer consequências nefastas para a saúde e para a vida das mulheres, a criminalização do aborto ainda não inibe tal prática, o que demonstra a ineficácia da atual postura política e jurídica adotada.

Um estudo realizado com 4.107 juízes e promotores no Brasil entre 2005 e 2006 mostrou que a maioria desses profissionais, 78%, consideram que as situações em que o aborto não é punido deveriam ser ampliadas ou que o aborto deveria deixar de ser crime em qualquer situação. Apenas 9% dos participantes defendem que o aborto deveria ser proibido ou ter leis mais restritivas. Esse estudo revelou que promotores e juízes consideram a possibilidade e necessidade de uma mudança na legislação no sentido de torná-la mais amena em relação ao aborto no Brasil (DUARTE et al., 2010).

Ainda existem poucos estudos empíricos sobre o aborto no Brasil. Um dos principais motivos para essa lacuna está relacionado às complicações de entrar em um universo moral e ilegal como é o do aborto. Uma dificuldade, que foi também vivenciada nesta pesquisa, é a de

¹ A heteronomia da vida está relacionada com a santidade desta, razão pela qual o aborto teria que ser considerado um crime (DINIZ; ALMEIDA, 1998).

encontrar mulheres que fizeram o aborto, contatá-las e convidá-las a participar de um estudo. Também por esses motivos, a maioria das pesquisas são realizadas com populações específicas — mulheres internadas em hospitais públicos —, o que traz um viés, pois esse tipo de amostra inclui apenas mulheres que tiveram complicações e precisaram ser internadas (MENEZES; AQUINO, 2012).

Outra barreira está no fato de o pesquisador não poder assegurar sigilo e, conseqüentemente, segurança às mulheres que aceitam participar de pesquisas como esta. Apesar de ser feito um acordo entre pesquisadora e participante, não há proteção legal para o sigilo na pesquisa. Uma entrevista com uma mulher que fez aborto é um registro equivalente à confissão de crime, além de conter um potencial transtorno moral caso a entrevista, de conteúdo ilegal, venha a ser divulgada e a entrevistada seja reconhecida (DINIZ, 2007).

Esta pesquisa tem o intuito de somar descrições sobre as trajetórias de vida de mulheres prostitutas que passaram pela experiência do aborto ilegal. Há apenas um estudo brasileiro divulgado em periódicos científicos confiáveis que analisa o fenômeno do aborto entre prostitutas; porém, seus dados restringem-se à cidade de Teresina – Piauí (MADEIRO; RUFINO, 2012).

No Brasil, a temática do aborto vem sendo cada vez mais explorada, debatida e reconhecida como um problema de saúde pública. Este estudo reforça o debate do aborto ao lidar com uma população especialmente importante por ser uma população mais vulnerável a uma gravidez indesejada e, conseqüentemente, a um aborto ilegal.

A mesma negligência do Estado em relação aos milhões de mulheres que fizeram aborto encontra-se em relação às prostitutas. As prioridades de políticas públicas não estão voltadas para essa realidade. Apesar de milhares de pessoas estarem envolvidas no chamado comércio sexual ou negócio do sexo, os seus trâmites ainda funcionam de forma mascarada e a impunidade do agenciamento da prática, assim como a falta de reconhecimento das profissionais, são questões de políticas públicas.

Esta monografia está dividida em quatro partes. O primeiro capítulo consiste numa revisão de literatura sobre a prostituição e as questões de gênero relacionadas. É feito um levantamento histórico de como a prostituição foi e é encarada no Código Penal brasileiro. São também apresentadas questões relacionadas ao cotidiano da prostituição, como DSTs e drogas, assim como a negociação com os clientes em relação ao uso de preservativo.

Pela atividade sexual diária com a negociação de preservativos, as prostitutas estão em contínua vulnerabilidade, podendo mais comumente se encontrar em uma situação de gravidez indesejada e, conseqüentemente, de aborto ilegal. O segundo capítulo diz respeito à

prática do aborto. É feita uma revisão de literatura levando em consideração aspectos do aborto como questão de saúde pública e a presença do tema na legislação brasileira.

O terceiro capítulo refere-se à apresentação da metodologia. Nesse capítulo, discorre-se sobre os procedimentos metodológicos escolhidos para a coleta de dados e sobre os cuidados envolvidos para que fosse possível realizar uma pesquisa a respeito da prática do aborto ilegal, em que as entrevistas poderiam ser usadas como confissão de um crime. Foram feitas entrevistas semiestruturadas com seis mulheres entre 18 e 39 anos na cidade de Porto Alegre que trabalham como prostitutas e que fizeram pelo menos um aborto ilegal.

Os dados analisados foram coletados por um projeto de pesquisa maior do qual participei, coordenado por Debora Diniz e Marcelo Medeiros, denominado Pesquisa Nacional do Aborto em sua fase qualitativa. A PNA-Qualitativa teve como objetivo conhecer o itinerário percorrido pelas mulheres, no Brasil urbano, para a realização do aborto com foco nos métodos utilizados para a realização desse procedimento, bem como nas redes sociais e nos cuidados exigidos nesse processo.

O quarto capítulo consiste na análise dos dados obtidos. É delineada uma cronologia das etapas mais recorrentes nas entrevistas. Essas etapas vão desde a descoberta da gravidez, com a decisão pelo aborto, a escolha e a procura dos métodos, até o procedimento e suas complicações, como internações e sequelas. São também analisados aspectos relacionados a maternidade, escolaridade, raça e religião.

2 PROSTITUIÇÃO

As questões de gênero, que se mostram latentes na temática da prostituição, constituem um verdadeiro desafio no debate feminista. Os estudos sobre o tema estão embasados em distintas posições feministas a respeito não só da prostituição como da própria sexualidade. Alguns entendem a prostituição como um elemento que objetifica as mulheres, sendo assim uma barreira na conquista e no reconhecimento delas como portadoras de direitos civis. O sexo aqui é visto como uma forma de opressão e exploração das mulheres. A relação das mulheres prostitutas com o sexo está ligada ao abuso, isto é, à ideia de que elas são vítimas de violência, tidas como objetos sexuais passivos sem escolha ou poder (PISCITELLI, 2005).

Outros, como Kamala Kempadoo, Jo Doezema ou Martha Nussbaum, sustentam pensamentos opostos, entendendo a sexualidade como um possível campo para a libertação das mulheres, uma forma de autonomia sobre o próprio corpo. O sexo aqui é visto como fonte de prazer e poder, uma questão de liberdade de escolha sobre si. A prostituição diz respeito à autonomia sexual das mulheres, uma possível reviravolta no controle patriarcal que reina sobre elas. Nessa perspectiva, o sexo é um campo de luta, um espaço de resistência e subversão cultural (PISCITELLI, 2005).

A prostituição como antes conhecida mudou, expandiu-se e diversificou-se como um verdadeiro mercado — o mercado do sexo. Não há apenas prostituição na rua ou em bordéis às escondidas. Há serviços de acompanhantes que desfilam em festas e jantares de negócio, e há também serviços variados pela internet, com sites e vídeos pornôis, com sexo virtual, com linhas telefônicas eróticas on-line. Os espaços igualmente se diversificam: além dos antigos motéis, as “prostitutas de luxo” frequentam bons hotéis nas cidades brasileiras, atendem em casas de massagem e saunas clandestinas, frequentam bares e cinemas destinados ao comércio do sexo (AGUSTÍN, 2005).

No fim do século XIX, a prostituição acabou sendo criminalizada por ser considerada um ato imoral prejudicial à preservação do lar, da família, da vida social. As prostitutas foram então enquadradas pelo crime de atentado ao pudor e acusadas de chocar ou escandalizar a sociedade. Foram tidas como ameaça aos bons costumes, exibindo pornografia e emitindo palavras obscenas, com funções equiparadas à “vagabundagem”. Também foram perseguidas pela medicina, que as tinha como anti-higiênicas e transmissoras de doenças como a sífilis e, depois, a aids (MAZZIEIRO, 1998).

Criminólogos se dividiam ao analisar a prostituição como movimento social. Alguns defendiam que ela era necessária para a manutenção de uma prática sexual extravagante e criativa, pois as pessoas viviam nos casamentos práticas sexuais tradicionais, limitadas e respeitadas. Outros consideravam a prostituição como fator hereditário, no caso das mulheres, e outros ainda a viam como uma patologia (MAZZIEIRO, 1998).

2.1 Abordagem jurídica

No Código Penal brasileiro, a prostituição não aparece como crime. A legislação apenas criminaliza atividades como lenocínio no que diz respeito a induzir ou tirar proveito da prostituição alheia, como a atuação dos chamados cafetões ou a manutenção de espaços de prostituição, como casas ou bordéis.² Porém, a não criminalização vem acompanhada da falta de direitos, assistência e políticas. Há organizações que atuam em prol dos direitos de prostitutas e buscam apoio da sociedade a fim de conquistar o reconhecimento dos direitos e da condição de cidadãs dessas mulheres (RODRIGUES, 2009).

Apesar de a prática independente da prostituição não ser ilegal no Brasil, o atentado ao pudor ou o escândalo público ainda são usados como subterfúgios para enquadrar legalmente prostitutas (GUIMARÃES; MERCHÁN-HAMANN, 2005). Um estudo realizado com prostitutas, cafetinas, clientes, policiais, advogados e delegados em Belo Horizonte relatou que a prisão era um evento rotineiro na vida das prostitutas. As cafetinas, apesar de exercerem atividade ilegal de acordo com o Código Penal, eram protegidas por policiais em troca de informação sobre criminosos que comumente procuravam bordéis para se esconder (FREITAS, 1985).

Ainda sobre o estudo de Freitas, havia dois tipos de prostitutas: as que trabalhavam em bordéis e as que trabalhavam na rua. Segundo o autor, as que atuavam em bordéis eram vistas pelos policiais como trabalhadoras em um ambiente dito saudável, e as que ficavam nas ruas eram mais perseguidas, tidas como mais perigosas, ladras e baderneiras. As prostitutas que trabalhavam nas ruas se mostravam mais vulneráveis a serem enganadas, roubadas e agredidas; isso demandava mais trabalho dos policiais, que se revelavam intolerantes a elas.

No fim do século XX, começaram a surgir organizações compostas por prostitutas que lutam pelos seus direitos trabalhistas e encaram a prostituição como uma profissão como

² Nos artigos 227 a 231, no capítulo V (Crimes contra a Dignidade Sexual) do Código Penal brasileiro, estão elencados os crimes relacionados à prostituição: mediação para servir a lascívia de outrem; favorecimento da prostituição; casa de prostituição; rufianismo; e tráfico de mulheres.

qualquer outra. A partir daí, as políticas públicas sobre o tema se tornaram flexíveis a essa visão, e surgiram termos como “profissionais do sexo” ou “comércio do sexo”. O tema ganhou abrangência e força em debates (RODRIGUES, 2009). As prostitutas, comumente relacionadas com a marginalidade, hoje passam por uma crescente politização e lutam por direitos e deveres em condições dignas para o exercício da profissão (GUIMARÃES; MERCHÁN-HAMANN, 2005).

Em meados dos anos 2000, a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), coordenada pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), polemizou debates com profissionais conhecedores do tema, técnicos e representantes de instituições em prol dos direitos das prostitutas a fim de se debruçar e entender novas tendências apresentadas na prostituição no Brasil (BRASIL, 2002). Instituições como a Associação de Mulheres Profissionais do Sexo da Bahia, o Núcleo de Estudos da Prostituição de Porto Alegre, a Davida – Prostituição, Direitos Civis, Saúde, a Igualdade – Associação de Travestis e Transexuais do Rio Grande do Sul e o Grupo de Prostitutas do Estado do Pará foram ouvidas e participaram ativamente desse processo (RODRIGUES, 2009).

A CBO reconhece como sinônimos, por meio do título 5198-05 – Profissional do sexo, “Garota de programa, Garoto de programa, Meretriz, Messalina, Michê, Mulher da vida, Prostituta, Trabalhador do sexo”. Essas pessoas são descritas como trabalhadores que: “Buscam programas sexuais; atendem e acompanham clientes; participam em ações educativas no campo da sexualidade. As atividades são exercidas seguindo normas e procedimentos que minimizam a vulnerabilidades da profissão” (BRASIL, 2002).

2.2 Prostituição e DSTs

As DSTs, conhecidas como “doenças dos indecentes” até o século XVI, quando, por causa de Vênus, deusa do amor, receberam o nome de “doenças venéreas”, atingem grande parte da população sexualmente ativa. Um dos motivos seria a multiplicidade de parceiros ou até mesmo a facilidade de locomoção nos grandes centros (NADAL; MANZIONE, 2003). Em razão do contato com maior número de parceiros sexuais, as prostitutas se mostram mais vulneráveis a adquirir DSTs.

Em razão da negligência no uso de preservativos, são comumente rotulados de “grupos de risco” a DSTs: prostitutas, homens homossexuais ou bissexuais, usuários de drogas intravenosas e adolescentes residentes em grandes metrópoles. Porém, esse termo

acaba por discriminar o grupo, tendo em vista que o contágio não está ligado à orientação sexual ou à profissão, e sim a um comportamento inadequado (NADAL; MANZIONE, 2003).

No fim do século XX, surgiu a epidemia da HIV/aids e com ela a maior repressão policial contra a prostituição com o intuito de combater a transmissão da doença. Com o crescimento da HIV/aids, as prostitutas entraram em foco na área da saúde, reforçando a discriminação e o preconceito. O foco na prostituição como um problema de saúde deixou de lado a violência policial e masculina sofrida por essas mulheres, esfriando o debate sobre segurança, dignidade e direito das prostitutas (RODRIGUES, 2009).

Estudos sobre a aids e outras doenças sexualmente transmissíveis mostram que essas doenças estão cada vez mais presentes nas mulheres e em especial entre as prostitutas, pois o sexo faz parte do cotidiano, da vida, da profissão dessas mulheres. As prostitutas estão mais vulneráveis a contraírem DSTs e a fazerem um aborto, pois trabalham diariamente com o sexo, com clientes diversos a cujo histórico sexual não têm acesso, e precisam negociar o uso de preservativos (MOURA, 2010).

Com a difusão do preservativo masculino é comum a compreensão de que preservativos são recursos apenas masculinos, de responsabilidade dos homens e recomendados a eles. Para as prostitutas, a negociação do uso do preservativo muitas vezes é inexistente quando o cliente não quer. As prostitutas dependem de seus clientes para o uso de preservativos, já que são eles que os utilizam; caso uma prostituta recuse o sexo sem preservativo, poderá sofrer constrangimentos e violência, além de perder o cliente e, conseqüentemente, dinheiro (MADUREIRA, 2011).

Um estudo realizado na China mostrou a relação entre o uso de álcool e de preservativo no universo da prostituição. A pesquisa, realizada em 2004, mostrou que a ingestão de álcool pelas prostitutas está associada com a relação sexual sem proteção e, conseqüentemente, com riscos a DSTs. As prostitutas que relatavam beber antes das relações sexuais usavam preservativos com menor frequência e apresentavam DSTs com maior frequência que as prostitutas que diziam não beber antes das relações (WANG et al., 2010).

Da mesma forma que o não uso de preservativo (seja pela impossibilidade de negociação com o cliente, seja pelo uso de drogas) aumenta o risco de transmissão de DSTs, também pode ser um dos agravantes para que essas mulheres se descubram em uma gravidez indesejada, em que um dos clientes poderia ser o pai, uma situação que pode levar a um aborto.

3 ABORTO

A temática do aborto, apesar de ser cada vez mais evidenciada, ainda é encarada amplamente na sociedade brasileira como um tabu,³ uma realidade carregada de preconceitos e julgamentos diversos. Há um constante conflito entre pessoas que defendem o aborto como uma forma de autonomia das mulheres de decidirem sobre o próprio corpo e pessoas que vão contra essa ideia baseadas em doutrinas religiosas ou patriarcais, ou ainda que consideram a possibilidade do aborto como uma abertura à libertinagem e à irresponsabilidade. Essas últimas são pessoas que não admitem existir capacidade, nas outras, de escolherem e decidirem por elas mesmas (PRADO, 1991).

A manutenção da temática do aborto como um assunto abafado em conversas familiares e escolares, nos serviços de saúde, no Judiciário e no Executivo, sendo difamado na mídia por comunidades religiosas sem que haja um debate aprofundado, apenas afasta o tema das políticas públicas de saúde. Além disso, corrobora para a contínua responsabilização unicamente da mulher pela realidade reprodutiva, empurrando-as para a falta de assistência, a marginalização e os graves riscos à saúde (FLEISCHER, 2010).

3.1 Aborto e legislação

A prática do aborto é datada como milenar, existindo em diferentes épocas e espaços. Construções a respeito dessa temática fazem parte de realidades sociais e religiosas que sempre divergiram. No Brasil, em 1830 o aborto era tido como crime contra a segurança das pessoas e das vidas no Código do Império. Em 1890, no Código da República da época foi prevista uma redução de pena para as mulheres que praticassem o autoaborto (PRADO, 1991).

No início dos anos 1980, com a redemocratização no Brasil e com a pressão do movimento feminista, o aborto entrou no debate para a criação de políticas públicas abrangentes; porém, houve pouco avanço. As normas legais tidas como parâmetro para o tema atualmente foram elaboradas na década de 1940, ainda no Estado Novo (ROCHA, 2005).

Além disso, até a década de 1990, a abordagem predominante no Congresso ia na direção de uma recusa à prática do aborto provocado, embora, a partir desse período, tenha havido um crescente movimento parlamentar favorável à permissão da prática. De qualquer maneira, a discussão esteve sempre centrada na natureza ética da questão: a condição de a

³ Assunto ou comportamento inaceitável ou proibido em uma sociedade, tendo, por isso, sua discussão evitada.

mulher estar ou não sujeita a controles políticos ou sociais a respeito da decisão sobre o aborto. A Igreja Católica Apostólica Romana e o movimento feminista têm posições opostas quanto a essa questão (ROCHA, 2005).

A dimensão do problema sugere novas abordagens no campo das políticas públicas e/ou legislações. Os custos causados por um aborto ilegal se refletem na sociedade e no Estado. A maneira como essa questão se revela pode cultivar alternativas que auxiliem no combate a uma realidade que atinge boa parcela da população brasileira. Hoje, uma em cada cinco mulheres no Brasil fez um aborto até os seus 40 anos (DINIZ; MEDEIROS, 2011).

Nos casos de gravidez que resulte de estupro ou implique risco de vida para a mulher, a interrupção voluntária da gestação é permitida por lei no Brasil. Em 1942, o artigo 128 do Código Penal estabeleceu essas duas condições para a legalidade do aborto induzido. As restrições legais impostas à prática do aborto levam à insegurança dessa prática. As condições às quais se submetem as mulheres ao se arriscarem em qualquer procedimento abortivo estão embutidas nesse cenário social e político restritivo.

São ilegais o aborto provocado pela mulher grávida ou com seu consentimento, segundo o artigo 124 do Código Penal, com pena de detenção de um a três anos, e o aborto provocado por terceiro sem consentimento da mulher grávida, de acordo com o artigo 125, com pena de reclusão de três a dez anos. O aborto provocado com o consentimento da mulher grávida, previsto no artigo 126, possui pena de reclusão de um a quatro anos. A pena não é aplicada se a mulher grávida for menos de quatorze anos, alienada ou débil mental ou se o consentimento for obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

O chamado aborto necessário, quando não há outro meio de salvar a vida da mulher grávida, e o aborto no caso de gravidez resultante de estupro são garantidos legalmente desde a década de 1940 pelo Decreto-lei n° 2.848. Em 2012, mais uma exceção ao aborto foi aprovada no Brasil: o caso de feto com anencefalia.⁴ Porém, principalmente mulheres que engravidaram vítimas de estupro e que engravidaram de um feto anencéfalo encontram dificuldades para a realização do aborto até mesmo em serviços de aborto legal em razão das barreiras burocráticas impostas.

Em relação a anencefalia a Associações de Ginecologia e Obstetrícia se posicionou a favor da interrupção da gravidez, sendo a realização do ato médico condicionado à autorização judicial. Desde 1992 foram autorizados judicialmente mais de três mil casos de interrupção da gravidez em caso de anencefalia (PENNA, 2005). Em 2004, foi concedida uma

⁴ Anomalia cerebral incompatível com a vida. A anencefalia pode ser detectada em até três meses de gestação.

liminar pelo Supremo Tribunal Federal que autorizava a interrupção da gravidez nesses casos. Em março de 2012 depois de dois dias de debate no STF, os ministros decidiram por oito votos a dois que o aborto em caso de anencefalia não seria mais considerado crime no Brasil.

A ideia da autonomia individual para decisões acerca do aborto provocado contraria uma disposição de critério heteronômico assumido no Congresso Nacional e em outras esferas. Essa controvérsia se faz presente há algum tempo no Congresso Nacional, inclusive no período da Assembleia Constituinte. A divergência se converteu em negligência quanto ao assunto: a Constituição Federal não menciona o aborto. A vertente cristã tradicional assumiu uma postura em defesa da vida desde a concepção, mas a noção dos direitos da mulher — os direitos reprodutivos, os direitos de planejamento familiar, os direitos humanos — encontrou maior representatividade no movimento feminista.

Existe uma culpabilização individual da mulher nos casos de gravidez indesejada ou aborto, deixando de lado todas as dificuldades, particularidades econômicas e contextos sociais. Porém, diversas justificativas são dadas para a tomada de decisão das mulheres pelo aborto, uma escolha que não está restrita a escolaridade, a faixa etária, a baixa renda, a estado civil ou a religião (DINIZ; MEDEIROS, 2011).

Em relação à assistência, as mulheres que chegam ao hospital são atendidas de forma impessoal, são julgadas e negligenciadas. Não recebem explicações claras acerca dos procedimentos pelos quais irão passar, tampouco um acolhimento humanizado a fim de esclarecer dúvidas e suprir demandas. Elas esperam sem prioridade e privacidade para fazer uma curetagem, procedimento cirúrgico de raspagem uterina realizado após o aborto. A curetagem uterina tem sido o principal procedimento obstétrico realizado nos hospitais públicos. Os profissionais de saúde devem ser responsáveis por questões e pesquisas relacionados à bioética para que possam tomar decisões coerentes com a realidade do paciente, respeitando-o e sendo transparentes (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

3.2 Aborto no âmbito da prostituição

Para as prostitutas, uma gravidez indesejada pode significar uma dificuldade ou até mesmo impossibilidade de continuar trabalhando por um longo período de tempo. O pai, caso seja um cliente, terá menos chance de ser identificado ou contatado. As prostitutas trabalham diariamente com o sexo e o uso de preservativos muitas vezes é negociado com os clientes, fazendo com que a gravidez seja uma realidade e o aborto seja uma prática mais comum entre

prostitutas do que entre outras mulheres. As prostitutas são mais vulneráveis a contrair aids e também a engravidar involuntariamente. Um dos motivos é a falta de acesso à rede de atendimento social e a exclusão e marginalização em que a categoria se encontra (OLTRAMARI; CAMARGO, 2004).

Alguns estudos mostram que prostitutas fazem mais aborto que outras mulheres. Uma pesquisa realizada em Bogotá, na Colômbia, envolvendo 514 prostitutas mostrou que 264 (53%) delas passaram por uma experiência de aborto e 89 (17%) disseram não fazer uso de métodos contraceptivos (BAUTISTA et al., 2008). Outra pesquisa, realizada na China com 293 prostitutas que trabalham em Hong Kong, revelou que 55,6% delas passaram por uma experiência de aborto provocado, sendo 52,0% dos casos realizados em clínicas registradas (LAU et al., 2007).

No Quênia também foi feito um estudo exploratório, com uma amostra de 475 prostitutas, e o resultado mostrou que 86% delas passaram por pelo menos um aborto (ELMORE-MEEGAN et al., 2004). Recentemente no Brasil foi feita uma pesquisa com 310 prostitutas de 18 a 39 anos, em 5 zonas territoriais de Teresina-Piauí. A pesquisa mostrou que a prática do aborto induzido foi relatada por 163 (52,6%) mulheres. O misoprostol foi empregado isoladamente em 68,1% dos casos. Houve relato de internação hospitalar pós-aborto por 47,8% das mulheres (MADEIRO; RUFINO, 2012).

Os resultados apresentados mostram uma porcentagem maior do que a encontrada na Pesquisa Nacional de Aborto (PNA). A PNA, em sua fase quantitativa, realizada em 2010, consistiu em um estudo domiciliar com técnica de urna em todo o Brasil urbano e mostrou que 1 em cada 5 mulheres aos 40 anos já realizou pelo menos um aborto. Ou seja, 15% das mulheres residentes no Brasil urbano alegam já ter feito pelo menos um aborto até os 39 anos, o que mostra que essa prática faz parte da trajetória reprodutiva da mulher (DINIZ; MEDEIROS, 2011).

4 METODOLOGIA

Este trabalho fez parte de um projeto de pesquisa denominado Pesquisa Nacional do Aborto em sua fase qualitativa. A PNA-Qualitativa buscou conhecer o itinerário percorrido pelas mulheres para a realização do aborto com foco nos métodos utilizados bem como nas redes sociais, nos riscos e nos cuidados exigidos nesse processo. Os dados da PNA-Qualitativa foram coletados entre agosto de 2010 e fevereiro de 2011. Foram entrevistadas 122 mulheres entre 18 e 39 anos, residentes nas cidades de Belém, Brasília, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador. A partir dos dados coletados pela PNA-Qualitativa, foram separadas seis entrevistas realizadas com prostitutas para serem analisadas nesta pesquisa. Portanto, este é um estudo exploratório, que entrevistou seis mulheres prostitutas entre 18 e 39 anos residentes da cidade de Porto Alegre que fizeram pelo menos um aborto ilegal. A amostra foi não probabilística.

A pesquisa de campo foi realizada com a ajuda de *gate keepers*, pessoas-chaves que abriram portas de entrada no campo, tendo fundamental importância principalmente na fase inicial de contato. Para entrar em contato com as mulheres, foi essencial a intermediação de movimentos sociais e lideranças com inserção no campo, além de instituições não governamentais e associações comunitárias, que se mostraram interessadas e prestativas. Foi também utilizada a busca através da técnica de bola de neve, em que, após cada entrevista, a entrevistada era questionada sobre outras mulheres que ela conhecia e que também tinham passado por um aborto ilegal. Essas mulheres poderiam ser amigas, familiares, vizinhas, conhecidas (CRESWELL, 2010).

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas divididas em cinco blocos temáticos: o primeiro dizia respeito à história de vida; o segundo abordava práticas e discursos; o terceiro recuperava os percursos; o quarto tratava das redes de proteção; e o último fazia uma finalização com perguntas mais pontuais sobre fatores como cor e religião, sugestões e falas consideradas importantes e não abordadas ao longo da entrevista.⁵

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília. Por se tratar de um tema como aborto ilegal e sujeito a julgamento moral, é reforçada a necessidade dos procedimentos de confidencialidade e proteção dos dados.

⁵ O roteiro das entrevistas semiestruturadas se encontra no Anexo 1.

Apesar de haver poucos estudos que relacionem a temática do aborto com a da prostituição, foi feita uma revisão bibliográfica nacional e internacional sobre as duas temáticas durante a elaboração e execução do projeto.

4.1 Participantes

Foram entrevistadas seis mulheres residentes em Porto Alegre (RS) que se autodefiniam como prostitutas, isto é, garotas de programa que tinham como trabalho a venda do corpo para o comércio do sexo. A escolha da cidade se deu pelo apoio oferecido pelo NEP – Núcleo de Estudo da Prostituição, localizado na cidade de Porto Alegre.⁶ O recorte etário se deu a partir de 18 anos para que fossem entrevistadas apenas mulheres que tivessem atingido a maioridade penal, evitando questões relacionadas ao consentimento; a idade máxima das participantes era de 39 anos, para evitar falhas de memória relacionadas ao aborto.

4.2 Instrumentos de pesquisa

A pesquisa, de caráter exploratório, foi guiada através de um roteiro semiestruturado e de registros em diário de campo. O roteiro de perguntas semiestruturadas, que respondia às necessidades e objetivos da pesquisa, abordou as cinco etapas de investigação anteriormente mencionadas, que são de extrema importância para o conhecimento da trajetória da mulher e do aborto realizado por ela.

As perguntas do roteiro se distanciam de categorias de cunho moral ou afetivo, que seriam categorias de risco levando em consideração temas sensíveis como o do aborto. A pesquisa não teve como objetivo investigar, recuperar ou conhecer sentimentos e valores das mulheres sobre o aborto, e sim a descrição de como esse procedimento é realizado. O roteiro semiestruturado ajuda a recuperar informações factuais e indexadas que são de extrema importância para o conhecimento das práticas e saberes presentes no aborto ilegal. Com o objetivo de entender a realidade das mulheres e suas histórias de aborto, o roteiro foi minuciosamente elaborado para que fosse possível obter registros fidedignos.

O diário de campo, por questões de segurança, não foi utilizado como principal instrumento de pesquisa, servindo apenas para anotações rápidas e curtas durante ou logo após a entrevista. Não há registros que permitam qualquer tipo de identificação das mulheres

⁶ O NEP, organizado desde 1989, é uma associação de prostitutas que conta com o apoio do Ministério da Saúde e da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Atuam com o objetivo de apoiar as prostitutas na área da prevenção e saúde e direitos humanos. O NEP foi o principal gate keeper dessa pesquisa.

entrevistadas, tais como nomes, endereços ou telefones. Os dados referentes aos contatos das mulheres foram registrados em agenda eletrônica, com técnicas mnemônicas. Após cada entrevista, dados pessoais foram descartados definitivamente, garantindo o sigilo e a confidencialidade da mulher e de sua história. Ninguém além da equipe de pesquisa teve acesso às entrevistas realizadas.

4.3 Entrevistas

As entrevistas foram gravadas para que dados não fossem perdidos entre as falas e para que pudessem depois ser transcritas integralmente e analisadas. Assim, a entrevistadora pôde dar atenção às entrevistadas e demonstrar interesse e envolvimento em suas histórias. Com o registro de voz, não há preocupação em escrever enquanto se ouve ou pergunta algo, o que poderia dispersar e dar a impressão de frieza e insensibilidade. Depois de gravada, a entrevista era transcrita integralmente pela entrevistadora e a gravação era destruída. Apenas a entrevistadora e a coordenadora da pesquisa tiveram acesso às informações transcritas.

O local ideal para a entrevista era um espaço reservado que garantisse sigilo e privacidade, onde a mulher se sentisse segura. Além disso, o local deveria ser silencioso para que o áudio não perdesse qualidade. Esse local sempre esteve sujeito a mudança, pois foi estabelecido caso a caso de acordo com a preferência de cada mulher. Foram evitados espaços públicos que poderiam ter câmeras de segurança ou passantes, bem como a residência das mulheres que alegavam estar com familiares ou vizinhos por perto. Foi dada preferência a locais sugeridos pelos *gate keepers* – salas reservadas em locais seguros, como instituições de apoio, o que acarretou o deslocamento das mulheres para a entrevista.

Os horários também foram flexíveis. Foram estipulados de acordo com a disponibilidade de cada mulher, tendo a pesquisadora se adequado a eles. Algumas dessas mulheres trabalhavam no período noturno e a descansavam pela manhã, sendo mais provável sua disponibilidade no período da tarde; porém, não havia horários pré-estabelecidos ou sugeridos pela pesquisadora.

O tempo da entrevista variou entre 30 e 90 minutos, podendo ser um pouco maior ou menor de acordo com a dinâmica da mulher ou o número de abortos realizados. Evitou-se ao máximo que fatores externos influenciassem a duração ou a qualidade da entrevista. As entrevistas não foram feitas com espectadores ou ouvintes; participavam do diálogo apenas a pesquisadora e a mulher entrevistada.

4.4 Ressarcimento pela entrevista

Como citado anteriormente, foi dada preferência a locais sugeridos pelos *gate keepers*, o que fez com que a maioria das mulheres se deslocasse até o local da entrevista. Assim, havia a possibilidade de custos para a participação das mulheres na pesquisa, como o transporte e a alimentação. Para que às mulheres não fosse acarretado nenhum prejuízo financeiro ao participar da pesquisa, foi oferecido um ressarcimento no valor de R\$ 30,00 a fim de cobrir eventuais despesas relacionadas à pesquisa. Esse valor foi definido com base em uma estimativa de custos: por exemplo, o deslocamento, que poderia ser de táxi, para que fosse poupado tempo, ou por meio de carro próprio ou transporte público.

Os *gate keepers* foram informados do valor estipulado e esclarecidos em relação ao ressarcimento. Foi lido para as participantes ao final de cada entrevista um termo sobre o ressarcimento para que ficasse esclarecido que não se tratava de um pagamento pela participação, e sim de um auxílio na cobertura de eventuais gastos relacionados com a pesquisa.⁷ Caso considerasse necessário, a mulher aceitava o ressarcimento, que era entregue em espécie dentro de um envelope sem identificação alguma imediatamente após a entrevista. Não havia recibo ou qualquer registro por questões de segurança. A explicação da pesquisadora e a resposta da entrevistada em relação ao ressarcimento oferecido ao final da entrevista foram gravadas.

4.5 Cuidados éticos

O aborto no Brasil é uma prática ilegal, sendo autorizado apenas nos casos em que não há outro meio de salvar a vida da mulher grávida ou em que a gravidez é resultante de estupro. O aborto deve ser precedido de consentimento da mulher grávida ou de seu representante legal.⁸ A ilegalidade do aborto é posta como um desafio, entre outras questões, para a questão ética. Além disso, não há garantias legais de sigilo dos dados de pesquisas acadêmicas no Brasil. A pesquisadora, que por sua vez também não é protegida, oferece às mulheres confiabilidade dando sua palavra e as entrevistadas dão à pesquisadora um voto de confiança.

Uma mulher, após ter realizado um aborto, pode sofrer um indiciamento penal de até oito anos. Por isso, participar de uma entrevista é um risco real para as mulheres que se

⁷ A explicação dada às participantes sobre o ressarcimento está disponível no Anexo 2.

⁸ Código Penal Brasileiro. Art. 128.

propõem a falar sobre um crime e, assim, a criar possíveis provas contra si mesma. Há sérias implicações éticas quando se trabalha no universo da ilegalidade, tendo sido imprescindível que o projeto fosse submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília.

As entrevistas foram realizadas com procedimentos de proteção e confidencialidade. Os dados foram registrados em formato digital e guardados por profissionais especializados, não havendo nas gravações dados que pudessem identificar ou localizar a participante. Foi recomendado às mulheres o uso de nomes fictícios e, no questionário, não havia perguntas relacionadas a endereços, nomes de outras pessoas ou qualquer informação que permitisse a identificação do áudio com a entrevistada.

4.6 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Existe um protocolo de proteção ética em pesquisa chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que esclarece a pesquisa, seus objetivos, os resultados esperados, a forma como serão divulgados os dados e o que será feito para a proteção das participantes.⁹ O termo funciona como um contrato da pesquisadora, que tem poder sobre a pesquisa, e a mulher que está sendo pesquisada, a qual tem as informações.

O TCLE começou a ser usado em testes médicos, em pesquisas que apresentavam riscos à saúde. Hoje, é utilizado também pelas ciências humanas, que produzem majoritariamente pesquisas qualitativas que não geram riscos desse teor à saúde das participantes, mas podem causar desconfortos emocionais (CONCONE; CERVENY, 2008).

O TCLE, ao ser apresentado e assinado pelos participantes antes da realização da pesquisa, gera algumas divergências por desconsiderar particularidades de pesquisas qualitativas. Por exemplo, em algumas pesquisas na área de psicologia, é necessário que os participantes desconheçam o real objetivo da pesquisa para que não gerem atitudes e respostas enviesadas (TEIXEIRA; NUNES, 2007).

No caso desta pesquisa, havia uma particularidade que tinha que ser levada em consideração: o sigilo em relação os dados das entrevistas era fundamental. Seria arriscado se as mulheres fossem solicitadas a assinar o TCLE, pois teríamos a confissão de um crime armazenada em formato digital e assinaturas com identificação das mulheres no termo. Por isso, o TCLE nesta pesquisa foi concedido apenas de forma oral, antes do início da entrevista, e gravado, não sendo possível a identificação da entrevistada. O TCLE foi lido para a

⁹ O TCLE desta pesquisa está disponível no Anexo 3.

participante, que foi consultada se aceitava participar da pesquisa. A mulher poderia aceitar ou não fazer a entrevista e sua resposta foi gravada. Foi dito também que esta poderia desistir de participar da pesquisa a qualquer momento caso desejasse e que seria apagado o que foi dito.

A pesquisa foi voluntária: apenas as mulheres que quisessem e que estavam dentro do perfil puderam participar da pesquisa. O contato inicial com as mulheres foi feito pelos *gate keepers*, evitando que a mulher se sentisse constrangida ou pressionada a participar da pesquisa. A primeira resposta em relação à vontade de participar da pesquisa foi dada a um terceiro e não à entrevistadora.

4.7 Segurança das mulheres participantes

As entrevistas foram realizadas por uma equipe de pesquisa que passou por um treinamento e participou do pré-teste da Pesquisa Nacional do Aborto. As entrevistas foram gravadas integralmente, inclusive o TCLE no início da entrevista e o ressarcimento, ao final. As gravações em meio digital foram imediatamente, em local seguro, encriptadas e enviadas por meio de comunicação eletrônica também encriptada para um site. As entrevistas foram transcritas pela pesquisadora e o áudio foi destruído, não sendo possível recuperá-lo.

Apesar de não ter tido nenhuma intercorrência, as pesquisadoras foram treinadas para a possibilidade de apagar imediatamente a entrevista do gravador, apertando apenas um botão, não sendo possível ter acesso àquela gravação posteriormente. As profissionais passaram por teste de capacitação e possuíam experiência para fazer esse tipo de entrevista com risco.

5 ANÁLISE DE DADOS

Entre as seis prostitutas entrevistadas, foram contabilizados treze abortos — quatro delas abortaram apenas uma vez e duas delas abortaram três ou mais vezes. Todos os abortos foram realizados na cidade de Porto Alegre (RS) por mulheres que tinham entre 18 e 28 anos na época do aborto. Metade das mulheres declararam ter cursado apenas o ensino fundamental e a outra metade o ensino médio na época em que a entrevista foi realizada. Das três mulheres que estudaram apenas o ensino fundamental, duas se consideraram negras e todas as outras se consideraram brancas. Em relação a religião as mulheres se declararam praticantes, seja antes ou depois do aborto, de diversas religiões como católica, espírita, evangélica e da umbanda.

A ilegalidade perpassa a realidade das prostitutas não somente na época em que fizeram o aborto, mas nas vidas cotidianas. As prostitutas estabelecem “senhas” para a comunicação com suas colegas de trabalho e seus clientes, e trabalham cotidianamente na conquista de espaço e na negociação do preço do programa, do tempo e do uso de preservativos. As conquistas de direitos trabalhistas se misturam com conquistas de direitos humanos mínimos.

5.1 A descoberta da gravidez e a decisão pelo aborto

As mulheres começam a desconfiar da possível gravidez principalmente quando há atraso menstrual. Há alguns outros sintomas, como inchaço nos seios, náuseas, enjoos e tonturas. Na maioria dos casos, foram realizados testes para se certificar da gravidez: “Parei de menstruar, tive enjojo, daí sabia que eu tava grávida... Os peitos doíam, aquela coisa toda de gravidez... Em seguidinha, em seguidinha eu fui fazer o exame pra ter a certeza, porque eu já sabia que tava” (Mulher negra de 28 anos com ensino fundamental).

Quatro das seis mulheres que abortaram já eram mães quando fizeram o seu primeiro aborto, fato que as ajudou a identificar a gravidez. Elas conheciam os sintomas da gravidez, reconheceram as mudanças no corpo: “Eu fui fazer o exame e como eu já tinha dois bebês, dois filhos, né, aí eu já sabia que eu tava grávida” (Mulher branca de 28 anos com ensino médio).

Todas as mulheres utilizaram, antes de pelo menos um aborto, o teste do Beta HCG — Human Chorionic Gonadotropin — para a confirmação da gravidez. O Beta HCG, comumente tratado por elas como “o teste de sangue” ou “o beta”, mede o hormônio HCG — Gonadotrofina Coriônica Humana —, exclusivo na gravidez. Esse exame é tido entre as

mulheres entrevistadas como um teste mais confiável que o teste de farmácia. Foram contabilizados também três ecografias e dois testes de farmácia.

O processo de decisão pelo aborto não é demorado. A maioria das mulheres decidem sozinhas, outras decidem conversando com amigas, com tias, com médicas, com a mãe ou com o companheiro. Não houve casos em que a mulher foi obrigada a fazer o aborto por terceiros, mas houve alguns casos de a mulher se sentir pressionada pelo contexto em que vivia: “Ah, quando soube que tava grávida eu peguei e fui fazer o aborto, eu não queria, eu já tinha dois e não tinha condições de criar mais um, e fui lá e fiz mesmo” (Mulher branca de 28 anos com ensino médio).

5.2 Método

Foram encontrados quatro principais métodos para execução do aborto. Nos abortos caseiros está o Citotec, o método mais comum, e chás. Os abortos em clínicas clandestinas foi o segundo método mais procurado, sejam elas clínicas bem equipadas, com profissionais qualificados para o serviço, sejam clínicas caseiras com profissionais despreparados e sem estrutura, em que a mulher que executa o procedimento utiliza a sonda ou outro método agressivo com alto grau de infecciosidade. Foi ainda identificado um caso de uma mulher que ingeriu remédio de vermes para cachorros na tentativa de realizar um aborto.

5.2.1 Aborto caseiro

Das seis mulheres entrevistadas, quatro fizeram uso do Citotec em um dos abortos que fizeram. O misoprostol, conhecido comercialmente como Citotec, foi introduzido no Brasil em 1986 para o tratamento de úlceras gastroduodenais. O medicamento tem efeitos estimulantes sobre a musculatura uterina e, por isso, também é empregado na indução do parto e do aborto (DINIZ; CASTRO, 2011).

O tema ganhou relevo e gerou controvérsias quando as vendas do medicamento começaram a crescer em altíssimas proporções por sua utilização como abortivo. De um lado, estava sua importância terapêutica na indução de partos e abortos retidos; de outro, seu uso estava baseado em seu efeito colateral — contrações uterinas — e havia um apelo moral contra o aumento do número de abortos. Em julho de 1991, a comercialização do misoprostol sofreu regulamentação no sentido de restringir seu uso como método abortivo. Mesmo assim,

continua sendo uma das maneiras mais utilizadas de indução do aborto ilegal (BARBOSA; ARILHA, 1993).

O Citotec em geral é usado ingerindo-se dois comprimidos e aplicando-se dois intravaginalmente. Os comprimidos podem ser injetados inteiros com aplicadores de creme vaginal ou com o dedo pelas próprias mulheres. Antes de ingeri-los e injetá-los, as mulheres relatam a necessidade de estar em jejum para realizar o procedimento. Ficam em jejum, deitadas com as pernas para cima. Há relatos de mulheres que usaram o Citotec à noite e esperaram o seu efeito. Peculiaridades como essas podem se dever à necessidade de serem discretas, para não chamar a atenção dos vizinhos e, conseqüentemente, gerar denúncias ou comentários de julgamento moral.

Pela ilegalidade do remédio, são vendidos Citotecs falsos. Não há nenhuma garantia de que o remédio comprado é mesmo o Citotec, não há garantia das substâncias contidas no remédio nem das suas quantidades. Há relatos de mulheres que receberam o remédio dentro de uma caixa, em uma cartela, ou dentro de um saco. As mulheres não recebem bula nem nenhum tipo de certificação. Estão vulneráveis à falta de garantia, e por falta de opção acabam ingerindo o remédio a que tiveram acesso.

Os chás são feitos em casa. As mulheres relataram que os chás têm uma espessura grossa e são extremamente amargos. Elas ficavam de jejum antes de tomar o chá, que era ingerido morno e de uma vez.

5.2.2 Aborto em clínicas clandestinas

Nos relatos há dois tipos de clínicas, as clínicas consultório e as clínicas fundo de quintal. Nas clínicas consultório geralmente são realizados procedimentos legais além do aborto ilegal. Algumas mulheres vão com intuito de abortar e várias outras frequentam a clínica para acompanhamento ginecológico sem saber que ali também é feito aborto. Esse tipo de clínica é mais estruturado, com profissionais descritos como aparentemente competentes. As mulheres que escolheram fazer o aborto nesse tipo de clínica dizem que a escolha foi devida à segurança do procedimento utilizado. Nesse tipo de clínica, normalmente a mulher é anestesiada para a realização do aborto, recebe um bom tratamento e o custo é elevado.

O contato com a clínica consultório era feito por telefone. A mulher ligava, falava que queria fazer um aborto, marcava um horário e levava os exames no dia da consulta para provar a gravidez e o tempo gestacional. Ao chegar, a mulher se dirigia à recepcionista e esperava ser chamada em salas de espera com outras mulheres. O contato da mulher com o

médico era mínimo. O procedimento era explicado rapidamente e eram receitados remédios. Nesse tipo de clínica, havia médicos, recepcionistas, auxiliares e segurança: “Não, nem falei nada com o médico, eu só entrei e fiz o procedimento, né, que tinha que ser feito, tinha que ser feito, né. Ele disse: ‘ah, eu vou dar anestesia geral, tu vai dormir, depois quando tu acordar vai estar tudo bem’” (Mulher branca de 28 anos com ensino médio).

O outro tipo de clínica são as que não aparentam ser uma clínica, mas uma casa comum em um bairro residencial, as clínicas fundo de quintal. Nesse tipo de clínica, os relatos são de funcionários despreparados e grosseiros. As aborteiras que realizam o procedimento são enfermeiras, técnicas de enfermagem ou apenas mulheres com alguma experiência. As mulheres descreveram o procedimento, com sonda ou outro recurso, como bastante traumático e anti-higiênico. Nas clínicas fundo de quintal, como não há um aparato de consultório, não há também recepcionista e o contato com a mulher que realiza o aborto é maior. A mulher traz de casa uma bacia para escorrer o sangue e uma toalha.

Nos dois tipos de clínica, é comum pedirem exames como o Beta HCG e uma ecografia não só para provar a gravidez, como também para se certificarem do tempo gestacional. O preço cobrado pelas clínicas aumenta de acordo com o tempo gestacional — quanto mais avançada está a gestação, mais alto é o valor cobrado: “Também o HCG e a ecografia, pra ver o tempo que tá. Quanto mais tempo tu tá, mais dinheiro tu vai pagar” (Mulher de 28 anos).

5.3 Escolha e acesso ao método

Os métodos são escolhidos de acordo com as condições financeiras da mulher e com as informações a que ela tem acesso. No caso das prostitutas, colegas de trabalho ajudam com as informações de métodos, preços e canais tanto para a compra do Citotec como para clínicas. As mulheres se sentem pressionadas à medida que o tempo gestacional avança, fazendo com que a escolha do método seja ainda mais apressada:

Comecei com coisas absurdas, tomei aquele tal de Citotec, que não adiantou nada, não deu nem dor de barriga, aí uma mulher que trabalhava no restaurante, né, me indicou uma mulher lá em Canoas, que ela fazia aborto, que ela tinha uma clínica tipo clandestina, assim, sabe, aí eu fui lá conhecer. O método dela era a tal de sonda, aquilo é horrível, é horrível aquilo ali, mas como eu já tava a ponto de qualquer coisa eu não tava me importando, o que eu queria era tirar, eu não queria (Mulher negra de 28 anos com ensino médio).

O custo para fazer um aborto ilegal é alto. Para aplicar uma sonda, há relatos de 130 reais. As clínicas são as mais caras e só aceitam o pagamento em dinheiro. Nos relatos, as

mulheres disseram ter pagado de 600 a 1.500 reais. O preço do Citotec variou entre 100 e 400 reais por quatro comprimidos. Para algumas dessas mulheres, esses eram valores que elas não tinham como pagar: “Eu não tinha dinheiro pra comprar até então o Citotec, eu vendi o celular que eu tinha pra comprar ele” (Mulher branca de 20 anos com ensino médio) “Sempre [fez aborto] com remédio, nunca com outra coisa. Já me falaram em sonda, em clínica, mas eu nunca tive grana pra clínica e sonda eu nunca fui corajosa pra isso” (mulher branca de 29 anos com ensino médio).

O acesso às clínicas se dá através de amigas, mães de amigas, amigas de amigas, ou conhecidas que já passaram por aborto em determinada clínica, ou que conhecem alguém que tenha passado. As clínicas mudam de lugar, de nome e de fachada com o passar do tempo a fim de sobreviver na ilegalidade.

Para a compra do Citotec, as mulheres procuram outras mulheres que já fizeram aborto com o remédio. Essas mulheres podem ser vizinhas, amigas, familiares, colegas de trabalho, ou mesmo pessoas sem um vínculo forte. O Citotec é encontrado em pequenas farmácias, na internet e com traficantes de outras drogas. Algumas vezes, o próprio fornecedor do medicamento ensina a mulher a realizar o procedimento, informa os sintomas e as reações esperadas, sugere antibióticos e anti-inflamatórios e as instrui sobre quando devem ir ao hospital.

Os chás são feitos de ervas abortivas que podem ser retiradas do próprio quintal ou compradas em feiras de produtos naturais. As ervas utilizadas para a produção de chás abortivos não são ilegais, fazendo com que o produto, além de ser mais barato, seja de fácil acesso. Talvez seja esse um dos motivos pelo qual as mulheres optam muitas vezes pelo chá antes de tentar outro método.

5.4 Apoio

O apoio para fazer o aborto vem em maioria de mulheres, sejam elas amigas, tias, cunhadas, mães, vizinhas, médicas, sobrinhas, colegas ou conhecidas. Essas mulheres se unem e se arriscam ao buscar informações para a outra. Explicam onde encontrar o medicamento, como usá-lo, qual o telefone da clínica, como se faz o chá, e dão recomendações diversas. Algumas vezes chegam a comprar o medicamento, a aplicá-lo, a marcar a clínica, a acompanhar a outra na clínica ou a fazer o chá. Esse é um segredo de mulheres, que vai passando de uma para a outra, como uma grande rede social.

A principal função dos companheiros no aborto foi financeira: eles compraram ou deram o dinheiro para que a mulher comprasse o medicamento. Alguns alegaram que não queriam que a mulher fizesse o aborto, e outros, em especial clientes, alegaram que não eram os responsáveis pela gravidez, negando a paternidade. Devido ao fato de o grupo de mulheres estudado ser de prostitutas, há algumas peculiaridades em relação aos companheiros que não foram as mesmas encontradas em entrevistas com outras mulheres. Há relatos, por exemplo, de mulheres que desconheciam a paternidade da gravidez, e foi encontrado apenas um caso em que o companheiro deu apoio à mulher.

5.5 Pós-aborto

Após o aborto, há algumas mulheres que precisaram ir a hospitais por complicações diversas, para realização de curetagem e outros procedimentos ou até mesmo para uma internação. Outras permaneceram em casa por conta própria. Houve relatos de mulheres que tomaram antibióticos e anti-inflamatórios, indicados por funcionários das clínicas clandestinas ou pelos fornecedores do Citotec, seja ele vendido em farmácia ou não.

5.5.1 As que vão ao hospital

Nos abortos caseiros em que não acontece a completa expulsão dos restos fetais, pode tornar-se necessário receber um acompanhamento médico. Normalmente esse acompanhamento é realizado em hospitais públicos e as mulheres são atendidas pelo Sistema Único de Saúde. Há relatos de mulheres que ficaram sangrando em casa, com dores fortes e febre, mas não foram para o hospital por medo. Algumas foram maltratadas física e psicologicamente pela equipe médica que as atendeu.

5.5.2 As que ficam em casa

Após o aborto, há relatos de mulheres que tomam raizadas, garrafadas, com o intuito de fazer uma limpeza no organismo. As raizadas e garrafadas são produzidas em casa e consistem em uma mistura de ervas cicatrizantes, também usadas no período de resguardo por mulheres que deram à luz, para a mesma finalidade.

Mulheres que fizeram o aborto em clínicas consultório não precisaram ir ao hospital para internação ou para a realização exames. Elas tomaram o remédio receitado pelos médicos

e repousaram por alguns dias, mas afirmavam que se sentiam bem, e para algumas o repouso não foi necessário.

5.5.3 Sequelas e riscos

As principais queixas em relação a sequelas são de mulheres que fizeram o aborto caseiro ou em clínicas fundo de quintal com Citotec, chá ou sonda. Elas reclamam de fortes cólicas menstruais depois que passaram pela experiência do aborto.

Há relatos de mulheres que passaram por risco de vida ou complicações sérias. Algumas dessas complicações se devem à demora em procurar ajuda. As mulheres ficam receosas de irem para o hospital por serem descobertas e denunciadas, mas principalmente por terem escutado de outras pessoas relatos de maus-tratos por parte da equipe médica em caso de aborto: “Tinha medo que eles me maltratassem. Que a gente sempre escuta, né, que geralmente quando tu vai pro hospital que tu provocou um aborto eles te maltratam muito, e eu tinha medo disso, que eles me maltratassem” (Mulher branca de 20 anos com ensino fundamental). “Fui direto pra UTI, direto pra UTI porque eu tava morrendo, tava com infecção generalizada já dentro de mim” (Mulher negra de 28 anos com ensino médio).

Nesta pesquisa, há um relato de uma mulher de 20 anos que, por não procurar ajuda médica imediata devido ao medo de sofrer maus-tratos pela equipe médica, perdeu um ovário após aborto induzido com Citotec: “Eu perdi o ovário também, eu não tenho um ovário, que ele estourou tudo por dentro e aí eu tive que fazer uma cesariana, tipo uma cesariana, uma cirurgia às pressas pra tirar o ovário, limpar tudo por dentro. Fiquei 3 dias no hospital internada”.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O universo da ilegalidade do aborto deixa as mulheres vulneráveis, sem garantias. Não se pode rezingar de remédio falso, superdosagem, falta de anestesia, condições básicas de saúde. As mulheres dependem de traficantes, vendedores ilegais de medicamentos, parteiras, médicos clandestinos. Não há como ter certeza de que o procedimento irá funcionar, nem de que a pessoa que diz ser médica o é realmente ou tem alguma experiência ou capacidade. As mulheres acabam tendo que confiar na única alternativa existente para elas naquele momento.

O recorte de classe mostra as injustiças sociais cometidas na realidade do aborto ilegal. Há diferença de métodos a depender da escolaridade e localidade da mulher. Clínicas clandestinas com alguma qualidade são restritas a mulheres com maior escolaridade. Para as mulheres com menor escolaridade, o Citotec e os chás são mais usados. Essas mulheres também não podem pagar por exames e atendimento em hospitais privados, estando sujeitas a mais tempo de espera e sofrimento. O recorte de raça mostra que as negras que participaram deste estudo eram mães na época em que fizeram o primeiro aborto e, diferente de algumas mulheres brancas, não possuíam dinheiro suficiente para pagar por um aborto em melhores condições.

As histórias mostram as condições precárias e inseguras a que essas mulheres são submetidas. A ilegalidade não as impede de realizar o aborto. Em vez disso, transforma uma prática que poderia ser segura em um procedimento arriscado, caro e sem confiabilidade, fazendo com que as mulheres passem por condições subumanas, podendo ter sequelas ou até morrer. Há quem ganhe com essa ilegalidade. São grandes e pequenos produtores e traficantes de remédios ilegais e profissionais de clínicas clandestinas, que se aproveitam da vulnerabilidade e do desespero dessas mulheres para formarem um negócio.

Assim como na questão do aborto, as prostitutas não têm como alegar ou provar que os seus programas não funcionaram como previsto, que algum cliente não cumpriu determinado acordo, que ela não foi paga devidamente ou que foi enganada em relação ao uso de preservativo, por exemplo. Elas estão à mercê dos seus empregadores, delas mesmas e da polícia, que nem sempre é uma aliada.

A maneira como vem sendo encarada tanto a prostituição como o aborto no Brasil prejudica as mulheres. A sociedade, apesar de conviver com a prostituição e com o aborto, se nega a encarar o problema, que é não só de saúde pública como de justiça social. O Estado não dá os subsídios adequados e fecha os olhos para necessidades econômicas, psicológicas e

sociais relacionadas ao aborto, um tema que é tido como tabu e que, apesar de proibido, é muito presente na vida cotidiana da população brasileira.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUSTÍN, Laura. Trabajar en la indústria del sexo, y otros tópicos migratórios. 3. ed. – Hirugarren Prentsa S.L, 2004. 200 p.

BARBOSA, Regina Maria e ARILHA, Margareth. Experiência Brasileira com o Cytotec. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, vol.1, n.2, p.408-17, 1993.

BAUTISTA, Christian et al. Prevalence of lifetime abortion and methods of contraception among female sex workers in Bogota, Colombia. **Contraception**, v. 77, n. 3, p. 209-213, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18279693>>. Acesso em: 7 maio 2012.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. CBO – Classificação Brasileira de Ocupações. Relatório da Família. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/busca/descricao.asp?codigo=5198>>. Acesso em: 4 maio 2012.

CONCONE, Maria Helena Villas Bôas; CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira. A pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2012.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução Magda Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DINIZ, Debora. Aborto e saúde pública no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 nov. 2011.

DINIZ, Debora; ALMEIDA, Marcos de. Bioética e aborto. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel (Org.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 125-137.

DINIZ, Debora; CASTRO, Rosana. O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, jan. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 jul. 2012.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 nov. 2011.

DUARTE, Graciana Alves et al. Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2012.

ELMORE-MEEGAN, Michael; CONROY, Ranán; AGALA, Bernard. Sex workers in Kenya, numbers of clients and associated risks: on exploratory survey. **Reproductive Health Matters**, v. 12, n. 23, p. 50-57, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15242210>>. Acesso em: 7 maio 2012.

FLEISCHER Soraya; SCHUCH Patrice. (Org.). Ética e regulamentação na pesquisa antropológica. Brasília: LetrasLivres e Editora Universidade de Brasília, 2010.

FREITAS, Renan S. **Bordel, bordéis: negociando identidades**. Petrópolis: Vozes, 1985.

GUIMARÃES, Katia; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 3, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2005000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 maio 2012.

LAU, Tak Fai Joseph et al. Prevalence of induced abortion and associated factors among Chinese female sex workers in Hong Kong. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 33, n. 1, p. 19-29, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17162485>>. Acesso em: 7 maio 2012.

MADEIRO, Alberto Pereira; RUFINO, Andréa Cronemberger. Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina - Piauí. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, jul. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2012.

MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello; TRENTINI, Mercedes. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600015&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000600015>.

MAZZIEIRO, João Batista. Sexualidade criminalizada: prostituição, lenocínio e outros delitos – São Paulo 1870/1920. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 18, n. 35, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01881998000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2011.

MENEZES, Greice; AQUINO, Estela M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2012.

MOURA, Ana Débora Assis et al. O comportamento de prostitutas em tempos de aids e outras doenças sexualmente transmissíveis: como estão se prevenindo?. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2011.

NADAL, Sidney; MANZIONE, Carmen. Identificação dos grupos de risco para as doenças sexualmente transmitidas. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 23, n. 2, p. 128-129, 2003. Disponível em: <http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:NANp460iN1kJ:scholar.google.com/+grupo+de+risco+DSTs&hl=pt-BR&as_sdt=0>. Acesso em: 28 maio 2012.

OLTRAMARI, Leandro Castro; CAMARGO, Brigido Vizeu. Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a AIDS. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 2, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 maio 2012.

PENNA, Maria Lúcia Fernandes. Anencefalia e morte cerebral (neurológica). **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, Junho 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 outubro 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312005000100006>.

PISCITELLI, Adriana. Apresentação: gênero no mercado do sexo. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 25, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332005000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2011.

PRADO, Danda. **O que é aborto**. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991. (Coleção Primeiros Passos, 126).

REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. **Bioética para profissionais da saúde**. 22. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. 160 p. (Coleção Temas em Saúde).

ROCHA, Maria Isabel Baltar da. Planejamento familiar e Aborto: Discussões Políticas e Decisões no Parlamento. *Novas Legalidades e Democratização da vida social: Família, Sexualidade e Aborto*. Rio de Janeiro, Garamond, pp. 135-219. 2005.

RODRIGUES, Marlene Teixeira. A prostituição no Brasil contemporâneo: um trabalho como outro qualquer? **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 12, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802009000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2011.

TEIXEIRA, Rita Petrarca; NUNES, Maria Lucia Tiellet. A utilização do consentimento informado em psicoterapia: o que pensam psicoterapeutas psicanalíticos. **Aletheia**, Canoas, n. 26, dez. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942007000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2012.

WANG, Bo et al. Alcohol use, unprotected sex, and sexually transmitted infections among female sex workers in China. **US National Library of Medicine National Institutes of Health**, Mississippi, v. 37, n. 10, p. 629-636, 2010. Disponível em: <<http://www.thebody.com/content/art59908.html>>. Acesso em: 1 set. 2012.

ANEXO 1 — Roteiro de Entrevista

- Ligar o gravador e apresentar a pesquisa à mulher.

Exemplo: Eu sou Lina Vilela, pesquisadora da Universidade de Brasília, e estou aqui para uma conversa. O tema da pesquisa é o aborto, mas quero que fique tranquila, pois há várias medidas de sigilo e segurança para nossa conversa. Ninguém, além da equipe de pesquisa, lerá a entrevista, e a gravação será destruída logo após minha transcrição. Eu preciso gravar para não me perder durante nossa conversa. Eu queria saber se podemos conversar.

- Informar que ela pode interromper a pesquisa a qualquer momento.
- Ela deve responder sim e isso já está sendo gravado, inclusive seu texto de TCLE oral.
- Caso a mulher lhe pergunte: qual sua opinião sobre aborto?

Acredito que a decisão pelo aborto é uma questão íntima de cada mulher. Isso significa que não há uma resposta certa ou errada para todas as mulheres. Algumas vão achar que o melhor é não seguir uma gestação em determinado momento de sua vida, outras vão pensar diferente. Nenhuma tem a verdade final. Pessoalmente, eu acredito que o aborto é uma escolha de cada mulher. Nenhuma mulher pode ser obrigada a fazer um aborto, nenhuma mulher pode ser obrigada a se manter grávida contra sua vontade. Nesta pesquisa nós não temos nenhuma resposta sobre como as mulheres devem decidir. É uma pesquisa científica, nós queremos ouvir a sua história e não julgá-la. Muito menos queremos contestar suas crenças sobre o aborto. Nós acreditamos que a sua escolha é a melhor para você e queremos sempre poder apoiá-la. Nenhuma mulher que fez aborto merece ser julgada, presa ou punida por isso. Essa é nossa posição.

Neste momento, é importante checar se a mulher tem clareza do objetivo da pesquisa, a partir da mediação de quem a indicou para ser entrevistada. Essa checagem é decisiva para o caráter diretivo ou não da primeira pergunta do bloco de práticas.

Histórias de vida

Este bloco recuperará um perfil atual da mulher. São coletados dados relativos à idade, educação e conjugalidade para cada aborto. É o único bloco no tempo presente na pesquisa. No entanto, os mesmos dados deverão ser coletados sobre cada aborto.

1. Qual é a sua idade?

2. Você estudou?

Esse item deve também ser registrado no diário de campo por avaliação da pesquisadora.

3. Poderia me contar um pouco do seu dia?

Esse item deve explorar escola, trabalho, família.

4. Com quem você mora?

Esse item deve ser checado por uma genealogia familiar, além do áudio. Essa pergunta substitui perguntas diretas, mas pode não ser necessária.

5. Você tem filhos? Quantos?

Esse item deve checar a idade dos filhos e eles se são de companheiros diferentes. É nessa memória que entrarão as histórias de aborto.

6. Atualmente, você se relaciona com alguém? É namorado, marido, parceiro, companheiro?

É preciso prestar atenção na resposta dela. Se estiver se relacionando com uma mulher, não podemos errar ao nos referir a essa relação no decorrer da entrevista.

7. Quando você começou a trabalhar como prostituta (chegar o termo utilizado por ela)? Poderia me contar um pouco dessa história?

Práticas

Para mudar de bloco, rerepresentar a pesquisa: está é uma pesquisa da Universidade de Brasília sobre aborto, mas quero que fique tranquila, pois há várias medidas de sigilo e segurança para nossa conversa.

- Este bloco irá recuperar as práticas de aborto utilizadas pela mulher. Para cada aborto, é preciso recuperar as práticas utilizadas.

1. Você já fez algum aborto? Checar de que tipo de relacionamento (pessoal ou do trabalho).

2. Quantos anos você tinha?

Se for mais de um aborto, recuperar as idades com detalhe, bem como a situação de filhos e a conjugalidade.

3. Você estava com alguém na época? Checar se era namorado, noivo, marido, caso eventual.

4. Poderia contar como foi?

Roteiro da história, o roteiro de um filme – desde como ela soube, a quem contou, como decidiu, quanto tempo esperou.

5. E o que você fez?

A depender do método, as perguntas irão variar: como usou o remédio, como descobriu a clínica, como conseguiu o remédio, o dinheiro, etc. Explorar com detalhes as práticas, pois isso levará à fronteira dos percursos.

6. Que escolaridade você tinha na época?

Percursos

Se necessário, rerepresentar a pesquisa novamente.

Este bloco precisa ter o como, quando, onde, tempos, quanto custou sobre o percurso do aborto.

1. Você poderia me contar como fez para abortar?

Muita cautela, pois ela pode não falar “aborto”, mas “tirar”, ou seja, a pergunta pode ser: poderia me contar como fez para conseguir o medicamento? Para ir à clínica? Para tirar? Usar sempre o vocabulário dela.

2. Como ficou sabendo da clínica? Como ficou sabendo do citotec?

3. Como foi o dia em que pegou o citotec? Como foi o dia em que foi à clínica?

Poderia me contar como foi esse dia?

Imagine um filme. Busque os detalhes.

4. Quem vendia o medicamento? Quanto pagou pelo medicamento? Como estava embalado o medicamento? Quem explicou a você sobre como usá-lo? Quem o vendia? Quem atendia na clínica? Quem estava na sala de espera? Você viu outras mulheres?

Explore a cena da compra ou da clínica, lembre-se sempre de que precisa de uma narração como em um filme, isso é um roteiro.

5. Quanto tempo demorou entre saber que sua menstruação estava atrasada e decidir tomar o medicamento (ir à clínica, tomar o chá)?

Se ela já tinha ficado grávida antes, como identificou os sinais. Se era a primeira gravidez, como fez a passagem entre atraso menstrual e gravidez.

6. Monte o fluxo do percurso, seguindo as fases e indicando cada item: nome do chá, doses do medicamento, método da clínica e tempos para cada fase.

Redes de proteção

Novamente, se necessário, reapresente a pesquisa.

Este bloco precisa recuperar as pessoas e instituições que a auxiliariam ou socorreram.

1. Você conversou com alguém sobre a sua decisão?
2. Seu companheiro/namorado/marido/collega de trabalho ajudou? Como?
3. Alguém de sua família ou alguma amida ajudou? Quem? Como?
4. Alguém de sua família já tinha feito aborto? Quem? Volte à genealogia familiar.
5. Você foi para o hospital?
6. Em que momento decidiu ir para o hospital?
7. Como foi?
8. Contou para o médico que era aborto?
9. Você contou para alguém essa história? Para quem? (Apenas se a entrevista tiver sido monossilábica, se ainda faltarem muitas questões a serem respondidas).
10. Já ajudou alguma mulher em situação parecida a sua?
11. Checar se houve alguma denúncia ou presença da polícia.

Finalização

1. Qual é a sua cor?
2. Você tem religião? Qual? Na época da história, você tinha religião?
3. Há algo que deseja acrescentar que eu não perguntei?
4. Há alguma sugestão?

Agradecer a participação. Solicitar outras participantes para entrevista. Checar se há alguma pergunta a ser feita ou se ela quer fazer algum comentário final. Entregar o envelope com ressarcimento pelos gastos. Enunciar o termo de esclarecimento sobre o ressarcimento. Deixar claro que não é pagamento. Não há recibo.

Lista mnemônica

Esta lista serve de checklist ao final da entrevista, mas pode ser utilizada também ao longo dela. Facilita a identificação de algo que falta ser perguntado. A entrevistada não deve perceber que você faz essa checagem.

Histórias de Vida

1. Idade
2. Escolaridade
3. Rotina diária
4. Mora com...
5. Filhos
6. Relaciona-se com alguém?

Práticas

1. Aborto? Sim/não
2. Idade na época
3. Relacionamento na época
4. Roteiro do aborto (como foi esse dia. Tentar obter narrativa como num filme)
5. Método

Percursos (descrição detalhada dos itens abaixo)

1. Como abortou?
2. Quando?
3. Onde?
4. Quanto custou/ pagou?
5. Quem pagou?
6. Quanto tempo levou para tomar a decisão?
7. Quais foram as fases do aborto?
8. Ficou internada?

Redes de proteção

1. Conversou sobre a decisão com...
2. Quem apoiou/ajudou?
3. A família apoiou?
4. Há outros casos na família?
5. Foi para o hospital? Decidiu quando?

6. Recepção/atendimento no hospital
7. Contou para o médico?
8. Contou para alguém?
9. Ajudou alguma mulher nessa situação?
10. Denúncia? Polícia?

Finalização

1. Cor
2. Religião (hoje e na época do ocorrido)

ANEXO 2 — Explicação sobre Ressarcimento pela Participação na Pesquisa

Ao final da entrevista, a pesquisadora explica o ressarcimento de até R\$ 30,00. Esse trecho é gravado.

No Brasil, é proibido pagar as pessoas para participarem de uma pesquisa. O que é autorizado é cobrir os gastos que as pessoas têm para participar de um estudo. Por exemplo, pagar o ônibus (como talvez tenha sido o seu caso para vir até aqui) ou os gastos com um lanche. Esta pesquisa me autoriza a lhe conceder R\$ 30,00 de ressarcimento por seus gastos. Ressarcimento não é pagamento. Esse dinheiro é para cobrir os gastos que você possa ter tido para estar aqui. Você não é obrigada a aceitar. Há mulheres que aceitam, outras que não aceitam. Algumas acham que não gastaram nada para vir, então não aceitam. Outras acham que gastaram dinheiro para estar aqui, e aceitam. Essa é uma decisão pessoal sua. Eu não preciso de explicação sobre ela. Basta me dizer se aceita o ressarcimento ou não.

Você entendeu que esses R\$ 30,00 não são pagamento pela entrevista?

Você aceita o ressarcimento?

Não há recibo por esse ressarcimento por eu não ficar com nenhum registro de seu nome nesta pesquisa.

ANEXO 3 — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Oral

Aborto, Prostituição e Saúde Pública: uma questão silenciada

Esse trecho é lido pela pesquisadora para a mulher. Pausas para a explicação são feitas quando necessário:

Eu sou Lina Vilela, pesquisadora da Universidade de Brasília. Eu queria saber se você quer participar da pesquisa Aborto, Prostituição e Saúde Pública: uma Questão Silenciada. Eu quero entender com esta pesquisa como e em que condições uma mulher comum aborta e, caso você participe, haverá uma entrevista com perguntas sobre essa questão. Irei entrevistar 39 mulheres em três cidades diferentes. Todas são prostitutas. Essa entrevista/conversa será gravada para que eu consiga prestar atenção na conversa, e não me perder tomando notas. Além do quê, é um registro mais fiel do que você irá me dizer. A entrevista é um pouco longa, por isso precisamos planejar cerca de uma hora. Ela é uma conversa entre nós duas, não há respostas certas ou erradas. Apenas a sua história. Ninguém terá acesso à entrevista, apenas eu mesma. A gravação será destruída depois da transcrição.

É muito importante que você saiba que tudo o que for conversado é confidencial (segredo entre nós duas) e em nenhum momento haverá sua identificação (seu nome não ficará gravado e nem aparecerá em nenhum momento do estudo, assim como nada será anotado no seu prontuário, preservando sua identidade). Além disso, você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou mudar de ideia durante a conversa e não mais ficar aqui comigo. Quando eu terminar o estudo, irei publicar minhas conclusões, mas em nenhum momento seu nome ou qualquer outro dado que permita saber quem você é será divulgado. Eu irei mandar uma cópia do estudo para _____ (nome da *gate keeper*).

Tem alguma dúvida sobre o que expliquei?

Você aceita participar da pesquisa?

Posso gravar?