

As experiências de mulheres jovens no processo do aborto clandestino – uma abordagem sociológica¹

Young women' experiences in clandestine abortion – a sociological approach

Simone Mendes Carvalho

Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Endereço: Rua Dr. Xavier Sigaud, 290, Urca, CEP 22290-180, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: smendescarvalho@gmail.com

Graciele Oroski Paes

Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275, Cidade Nova, CEP 20211-110, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: gracieleoroski@gmail.com

¹ Recorte da tese de doutorado intitulada “Mulheres jovens e o processo do aborto clandestino – uma abordagem sociológica”. Tese defendida na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Resumo

Este artigo, baseado em pesquisa qualitativa, compatível com o tratamento do tema do abortamento clandestino como fenômeno social complexo, apresenta a experiência de mulheres jovens que recorreram ao aborto clandestino. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com 16 mulheres jovens, de 18 a 29 anos, atendidas em serviço público de saúde da família. Das 44 gravidezes dessas jovens, a metade foi ao aborto. Os resultados mostraram que a ocorrência dos casos de aborto foi maior em gravidezes resultantes de relações instáveis e com parceiros diferentes, em condições de dificuldades financeiras, podendo este ser considerado como o fim da linha de um processo da “desfiliação”, em contextos nos quais o desemprego e a pobreza fragilizam as relações familiares, e essas não conseguem ter sustentabilidade.

Palavras-chave: Aborto; Saúde Reprodutiva; Sexualidade; Juventude.

Abstract

This paper, based on qualitative research, compatible with the analysis of clandestine abortion as a complex social phenomenon, presents the experiences of young women who had such abortions. Semi-structured interviews were carried out with 16 young women between 18 and 29 years of age, patients at a public Family Health Service. Of 44 pregnancies which had occurred, half were ended by abortion. Our results show that the possibility of abortion was greater for pregnancies resulting from unstable relationships with different partners, in contexts of financial difficulties, so that clandestine abortion may be considered to be the end of the line of a process of “desfiliation”, in contexts where unemployment and poverty turn family relationships fragile and unsustainable.

Keywords: Abortion; Reproductive Health; Sexuality; Youth.

Introdução

Este artigo aborda a temática do aborto clandestino com o objetivo geral de analisar a experiência de mulheres jovens que recorreram ao aborto clandestino, incluindo os condicionamentos e as relações sociais dos envolvidos. Visa contribuir para a melhoria dos serviços de saúde reprodutiva na atenção primária, na perspectiva da integralidade e da promoção da saúde.

Atualmente, as decisões reprodutivas acontecem em contextos difíceis, marcadas por condições materiais inadequadas devido ao crescente desemprego e à baixa escolaridade. E, ainda, por relações de afeto instáveis e conflituosas em cenários de violência que afetam, sobretudo, os jovens. Esses resultados retratam a vulnerabilidade social desse grupo.

Estudos referentes ao tema aborto clandestino consideram o cálculo da magnitude do aborto no Brasil um desafio para as pesquisas relacionadas ao tema, devido em razão da dificuldade de acesso a dados fidedignos e ao alto número de mulheres que omitem ter induzido um aborto em questionários com perguntas diretas. Em 2005, estimativas sugeriam que ocorreram 1.054.243 abortos no Brasil (Ipas Brasil, 2007). Dados do Sistema Único de Saúde (SUS) revelam que ocorreram 223.350 internações pós-aborto no país, em 2006. O mais recente painel de indicadores do SUS sobre o tema da saúde da mulher, no que se refere ao seu adoecimento e morte, aponta que em 2006 mais de 2 milhões de mulheres de 10-49 anos de idade foram internadas nos hospitais do SUS. Dessas, 233 mil internações foram em decorrência de aborto e 120 mil, por causas violentas. O abortamento, no mesmo ano, foi a terceira maior causa de internação entre esse segmento populacional, sendo que no ano anterior 1.619 mulheres de 10 a 49 anos de idade morreram por problemas relacionados à gravidez, ao parto, ao puerpério e ao aborto (Brasil, 2007).

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

O estudo “Aborto e Saúde Pública – 20 anos no Brasil” ressalta um crescimento na quantidade de estudos sobre aborto e adolescência como consequência das pesquisas emergentes sobre reprodução e sexualidade nesse grupo. Há uma concentração da prática de aborto induzido entre adolescentes, no segmento de 17 a 19 anos. Do total de abortos induzidos na adolescência, os estudos registram uma concentração entre 72,5% e 78% na faixa etária de 17 a 19 anos (Brasil, 2009).

Atrás dos abortos provocados encontramos a questão das gravidezes não desejadas, frequentemente precoces. A gravidez precoce repercute tanto no plano social quanto no da saúde e no demográfico, sendo encarada de forma diferenciada de acordo com a realidade socioeconômica e cultural nos mais diferentes países e estratos sociais. No Brasil, as diferenças sociais são acentuadas e essa questão é tratada de acordo com a condição das famílias dos jovens envolvidos, apresentando dois extremos: de um lado, jovens com melhores níveis de formação e diálogo intrafamiliar têm mais acesso a contraceptivos e aos serviços de saúde, com chances de exercer sua sexualidade sem riscos de uma gravidez; no outro extremo estão jovens sem informações suficientes, com dificuldade no acesso a contraceptivos e serviços de saúde e sem apoio da família e companheiro, acompanhados da falta de diálogo (Melo, 1996).

Adesse (2006) aponta que, comumente, a análise de gravidez não planejada e/ou indesejada tem sido restrita ao espaço privado feminino e com alcance parcial no campo das políticas públicas. No entanto, a gravidez precoce indesejada e as práticas de aborto inseguro refletem uma realidade resultante das desigualdades sociais, devendo ser analisadas no conjunto estrutural de uma sociedade que atualmente é considerada “de consumo”, em que o Estado de bem-estar social é ameaçado por políticas neoliberais. Na concepção de Soares (2003) o mundo do trabalho é o que mais sofre com os impactos das políticas neoliberais que levaram ao desemprego e à precarização das condições de trabalho, situação em que as maiores vítimas são os jovens que passam do estágio de pequeno trabalho para ocupação provisória.

Um estudo realizado pelo economista Márcio Pochmann – denominado *Situação do jovem no mercado de trabalho no Brasil* – mostra que de cada

100 jovens que ingressaram no mercado de trabalho nos últimos dez anos, 55 ficaram desempregados e apenas 45 encontraram uma ocupação. No período de 1995 a 2005 o desemprego entre a população jovem, entre 15 e 24 anos, cresceu muito mais do que nas demais faixas etárias (Pochmann, 2007).

Os jovens são vulneráveis socialmente porque estão expostos a variações nas condições sociais, tais como pobreza, escolaridade, renda e emprego, que refletem no aumento das desigualdades, afetando-os diretamente. Acabam, portanto, atingidos pelo processo de globalização, o qual gera incertezas e riscos de um futuro cada vez mais imprevisível. Entre aspectos preocupantes relacionados à saúde dos jovens estão a violência, o uso de drogas lícitas e ilícitas, as DST/aids, a gravidez precoce ou “indesejada” e o aborto clandestino.

Portanto, abordar o impacto das desigualdades sociais na saúde sexual e reprodutiva dos jovens torna-se necessário para buscar alternativas na promoção da saúde sexual e reprodutiva dessa população, especificamente o aborto clandestino e a gravidez indesejada.

Metodologia

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

Participaram da pesquisa três unidades de saúde da família do município de Cabo Frio, RJ. Utilizou-se como técnica principal para coleta de dados a entrevista individual semiestruturada. Considerando as especificidades ético-profissionais e jurídicas do abortamento, as entrevistas foram realizadas mediante a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, houve consulta prévia às participantes sobre a autorização de gravação em áudio da entrevista, com a garantia do anonimato e confidencialidade das respostas.

Foram entrevistadas 16 mulheres com idades entre 18 e 29 anos, as quais tinham realizado aborto em algum momento de suas vidas. Elas foram abordadas na ocasião da sua consulta de enfermagem, já agendada na unidade de saúde. Tanto a abordagem para participar do estudo quanto as entrevistas foram realizadas no sentido de manter o sigilo e a proteção das entrevistadas, de forma que ficasse impedida, especialmente, a sua realização diante da presença de acompanhantes, parceiros e/ou outros familiares, usuários e/ou profissionais, devido à especificidade do tema.

Ressaltamos que a entrada no campo e o início da coleta de dados só foram realizados após a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). O projeto foi aprovado pelo CEP/ENSP nº 88/08. Para início da coleta também foi solicitada autorização à Coordenação do Programa Saúde da Família do município de Cabo Frio, onde foram expostos a relevância do objeto e os objetivos da pesquisa.

As entrevistas foram transcritas e o material discursivo foi categorizado utilizando-se da análise sócio-histórica, que é uma das formas de investigação baseada na hermenêutica de profundidade, a qual se apresenta como um referencial metodológico geral que tem como objeto de análise uma construção simbólica significativa, que exige uma interpretação (Thompson, 2000).

Resultados e discussão

Foram relatados pelas mulheres entrevistadas 44 casos de gravidezes, das quais 22 resultaram em aborto. Algumas tiveram mais de um aborto na trajetória de sua vida reprodutiva e não necessariamente dentro do mesmo relacionamento sexo-afetivo. A idade na ocasião da entrevista do grupo pesquisado era entre 18 a 29 anos e a idade na ocasião dos abortos variou entre 14 a 29 anos, sendo maior na faixa etária entre 18 a 25 anos, considerando jovens adultas.

Analisamos as 44 gravidezes e os 22 casos de aborto induzidos incluindo os condicionamentos e as relações sociais dos envolvidos, e considerando a participação masculina nessa decisão. Desse total de gravidezes, 26 ocorreram antes dos 20 anos de idade, com 12 casos de aborto; 15 ocorreram antes

do 18 anos, com 6 casos de aborto.

No que se refere à situação relacional com o parceiro na ocasião da gravidez, apenas 19 casos ocorreram em contextos em que essas mulheres moravam com o parceiro, tendo ocorrido 6 casos de aborto. Vinte e cinco casos ocorreram em contextos em que essas mulheres não moravam com o parceiro, com 16 casos de aborto. Podemos perceber que o número de abortos é maior nas situações em que as mulheres não moravam com os seus parceiros, traduzidas em relações instáveis como namoro ou “ficar”.

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

Com relação à aceitação da gravidez, em 23 casos houve rejeição por parte do parceiro ou da família dessa mulher, principalmente a mãe. Dessas 23 gravidezes, 11 evoluíram para o aborto. Percebemos que o cenário em que as gravidezes acontecem são heterogêneos e que os abortos têm uma relação direta com aspectos das vivências dessas mulheres, seja com o parceiro ou com a família, assim como a questão do emprego, renda e situação conjugal.

(Des)informação sobre o aborto

O aborto clandestino não acontece como uma prática isolada, rara e desconhecida, conforme sugerem os índices de abortos e as estimativas de mortalidade materna por essa causa, no país. No entanto, é uma prática criminalizada no Brasil e as pessoas que a praticam acabam sendo estigmatizadas. Assim, na ocasião do primeiro aborto, na maioria dos casos, essas mulheres não foram informadas corretamente sobre como realizá-lo e as possíveis consequências.

Em 20 casos de abortos ocorridos, as mulheres já conheciam alguém que tinha recorrido ao aborto em algum momento de suas vidas. Portanto, essa prática não era algo distante ou desconhecido dessas mulheres, e esse conhecimento era proveniente de amigas e família, inclusive a própria mãe:

Conhecia muita...hoje em dia isso é o que mais acontece, chega a ser comum... minha mãe mesmo já fez isso, só que há muitos anos atrás. Não sei como ela fez, sei que ela abortou. E você chega no seu portão, conversa com várias meninas, o que mais tem é isso [...] (E1 - dois abortos).

Apesar disso, em resposta à questão *Você já sabia como fazer? O que você sabia sobre isto?* também em 20 casos as mulheres relataram que não sabiam como fazer e que tinham pouquíssima ou nenhuma informação sobre como fazer e o que acontecia na ocasião do aborto:

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

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

Não sabia nada, tanto que eu fui nessa curiosa por indicação dos outros e no segundo eu tomei o Citotec e o feto não saiu, sendo que depois tive que ir numa clínica (E15 - dois abortos).

Recursos utilizados para a prática do aborto

Os 22 casos de aborto foram realizados em condições inseguras pela ingestão de comprimidos de Citotec (9 casos), chás abortivos (3), “curiosas” (3) e clínicas clandestinas (7) com prática duvidosa.

O misoprostol é uma medicação, comercialmente conhecida como Citotec, utilizada para o tratamento de úlceras gástricas. Porém, por se tratar de um análogo da prostaglandina, estimula o útero causando contrações. Segundo o *Manual de norma técnica para a atenção humanizada ao abortamento*, do Ministério da Saúde (Brasil, 2005), a utilização do misoprostol é classificado para o abortamento farmacológico. A dose depende da idade gestacional, variando no primeiro e segundo trimestre de gravidez. Dentre os efeitos colaterais e as complicações estão a diarreia e o sangramento genital excessivo, tratado com esvaziamento uterino, preferencialmente por meio de aspiração manual ou elétrica. O uso do Citotec geralmente causa o abortamento completo, que consiste na expulsão do material ovular no caso da gestação ser menor do que oito semanas (Brasil, 2005). Por-

tanto, quando utilizado clandestinamente e sem acompanhamento de um profissional da saúde, a mulher corre riscos de hemorragia grave.

Em 9 casos as mulheres utilizaram, na ocasião do aborto, a medicação denominada misoprostol/Citotec:

Eu comprei o remédio, o Citotec, [...] A pessoa que me vendeu é que me explicou como eu usaria. [...] aí teve uma hora que estava sangrando muito, aí eu pedi para me levar ao banheiro, ela me levou. [...] A criança saiu, entendeu? (E1 - dois abortos).

As mulheres que adotaram esse recurso para abortar não tinham informações corretas sobre sua utilização, que foram obtidas informalmente no ato da compra ou por amigas que já haviam utilizado.

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

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

Outro recurso utilizado pelas entrevistadas são as clínicas clandestinas onde são realizadas abortos e funcionam, na maioria das vezes, sem profissionais qualificados e com técnicas duvidosas quanto à assepsia e manuseio dos materiais. Sete casos de aborto ocorreram em clínicas clandestinas:

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

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

Ele (parceiro) me levou para clínica contra a vontade dele. Aí eu fiz. Era uma clínica clandestina em São Gonçalo. Cheguei lá fui pra uma sala e não vi mais nada (E9).

A realização do aborto por “curiosas” ou as chamadas clínicas de “fundo de quintal” também foi um dos recursos utilizado pelas entrevistadas em três casos de aborto, cujos riscos são relatados a seguir:

No primeiro aborto eu fui em uma curiosa e chegando lá ela me colocou um remédio local, botou um tampão. Aí mandou que eu viesse para casa e tirasse no dia seguinte, às seis da tarde [...] comecei a perder sangue aí [...] eu fui para o banheiro, mas eu perdia tanto sangue [...] começou as minhas pernas ficarem dormentes, minha gengiva ficaram dormentes, minhas mãos. Aí foi quando eu fui parar no hospital e aí eles tiraram a ferro. Aí eu fiquei lá, mas foi muito sofrimento, muita dor, que eu não aconselho a ninguém fazer (E15 - dois abortos).

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

[...] O segundo tinha mais tempo, acho que 1 mês e 45 dias, quando eu fiz o exame. Aí eu fui para São Gonçalo, lá tem uma mulher que faz isso e fiz lá com ela. Não chega a ser uma clínica, você chega lá e ela faz. Foi uma amiga que me indicou e que já tinha feito lá (E10 - dois abortos).

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

Todos esses abortos ocorreram em cenários inseguros, nos quais a mulher tinha pouca ou nenhuma informação sobre o que ia acontecer e sobre os riscos que correria ao realizar o aborto. Essas mulheres ficaram expostas a um perigo iminente de complicações graves e até a ocorrência de morte. Percebemos que a maioria desses procedimentos são feitos no próprio domicílio da mulher ou na casa de parentes, amigas ou parceiro, o que aumenta o risco de complicação e agrava ainda mais o seu estado de saúde.

Situação relacional com o parceiro

Chumpitaz (2003), em seu estudo realizado com mulheres que tinham antecedentes de aborto(s) induzido(s), revelou que o principal interlocutor, na maioria das vezes, é o parceiro, e que mesmo quando o homem omite sua opinião sobre a decisão de abortar, insistindo que esta é responsabilidade da mulher, ele participa de alguma forma da decisão.

Elucidando o contexto das relações em que ocorreram as gravidezes e os abortos, mais uma vez destacamos as relações instáveis que essas mulheres mantinham com seus parceiros. Seis delas tiveram gravidezes subsequentes do mesmo parceiro, mas a maioria dos casos de gravidezes que resultaram em aborto (19) foi com parceiros diferentes. Houve situações em que essas mulheres estavam morando com seus parceiros; outras em que ocorreram na ocasião em que estavam casadas, separadas e em relações em que se configuravam como instáveis, traduzidas aqui como namoro de curto período (meses) e o “ficar”, que acontecia com saídas eventuais com esses parceiros.

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

Eu tinha me separado, mas ficava com ele às vezes e acabei engravidando (E6 - um aborto).

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

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

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

Foi uma gravidez do ‘porre’: saí, bebi, aí encontrei essa pessoa que eu já havia saído. Aí calhou da gente ter uma relação nesse dia, aí engravidei. (E8 - um aborto).

Essas relações instáveis mostram a insegurança relacional que essas mulheres viveram no momento em que souberam da gravidez, acontecimento que

ocorreu em geral sem uma relação estruturada, colocada por elas como insustentáveis para se ter um filho, iniciando um processo de angústia e medo por não ter o apoio do parceiro ou por já terem filhos num cenário sem uma base familiar.

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

Enfocar o aborto como processo de “desfiliação” mostra que essas mulheres jovens que vivenciaram o aborto clandestino fazem parte de uma rede vulnerável, entrelaçada por várias situações, dentre elas: a dificuldade financeira, a gravidez precoce, a instabilidade na relação com o parceiro e a dificuldade na tomada das decisões reprodutivas.

Complicações pós-aborto

O aborto realizado em condições inseguras tem maior probabilidade de ter complicações, sendo essa a causa da maioria das mortes de mulheres que realizam o procedimento de forma clandestina. Dos 22 casos de aborto, 12 tiveram algum tipo de complicação, dos quais 9 ocorreram no primeiro aborto e 3 nos subsequentes. A mais citada foi a hemorragia (o8), assim como cólica, desmaio, febre e dores:

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

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

Eu quase morri mesmo; perdi muito sangue e fui na ambulância sangrando. E a criança já morta, apesar de toda formadinha, ela tava bem vermelha, quase roxa. Ele enrolou a criança e fomos para o hospital [...], eles fizeram curetagem e colheram o exame de sangue, que eles descobriram que eu já estava com anemia. Então, como eu perdi muito sangue e eu fiquei muito fraca e muito tonta, eu tava com anemia. Acho que o que causou o desmaio foi essa anemia, anemia muito forte. Acho que na gravidez já dá, eu não tava fazendo pré-natal, não tava fazendo nada, até porque eu não sabia que tava grávida (E6 - utilizou citotec, 1º aborto).

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

Ah, eu passei muito mal, pensei que eu fosse morrer. Ela colocou um plástico lá na cama dela. Eu fiquei lá a noite toda, ela abriu com ‘bico de pato’ e colocou uma borrachinha, um negócio de sonda, e amarrou, eu dormi com aquilo. Só que no outro dia de manhã eu perdi muito sangue e não tava conseguindo levantar. Aí eu fiquei gritando lá para alguém me ajudar ir ao banheiro [...] saiu uns pedaços de sangue, umas placas, junto com a borrachinha. Fiquei uma semana perdendo sangue (E10 - 2º aborto).

Sentimentos após a realização do aborto

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

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

Em 13 casos as mulheres tiveram sentimentos de alívio, tranquilidade e indiferença, pois conseguiram o seu objetivo que era o aborto:

Me senti normal. Tranquila. Tudo bem (E11 - três abortos).

No segundo eu me senti aliviada, porque deu tudo certo (E15 - dois abortos).

Percebe-se que os depoimentos que relatam sen-

timentos de tristeza, arrependimento e desespero estão relacionados ao fato de “tirar a vida” de uma criança, fato esse que é julgado e criminalizado pela sociedade. Já as que relatam alívio, indiferença e tranquilidade remetem-se ao fato do objetivo ter sido alcançado e de estarem “livres” de uma gravidez não desejada. A expressão de alívio, na maioria dos casos de aborto, mostra que essas mulheres não sentem apenas arrependimento e culpa nesse processo, mas ressalta que a maioria recorre ao aborto como uma maneira de exercer o direito sobre o seu corpo e eliminar uma gravidez indesejada.

Na concepção de Pedrosa e Garcia (2000) o significado do aborto para essas mulheres representa um dilema “entre moralidade prescrita e qualidade de vida a oferecer” (p. 55). Ou seja, essas mulheres ficam entre fazer o que é moralmente aceito pela sociedade e levar adiante uma gravidez não desejada ou abortar devido à impossibilidade de ter um filho nas condições materiais e psicológicas existentes para o enfrentamento de uma maternidade.

Acesso e atenção recebida nos serviços de saúde

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

Procurei uma ginecologista. Aí ele passou um remédio para cessar a hemorragia; fiquei uma semana direto sangrando tive que ir ao hospital (E8 - um aborto).

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

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

Em apenas dois casos a atenção recebida foi classificada pelas entrevistadas como sendo boa e adequada; porém, na opinião delas os profissionais “fingiram” não saber que se tratava de um aborto provocado ou apenas preferiam não comentar o assunto:

A princípio eu não sei se eles sabiam que tinha sido um aborto provocado, pois em momento algum eles comentaram isso [...] eu não sei, só sei que eu fiquei com muito medo porque quem ia preso era meu namorado, porque foi ele que me acompanhou. Eles até perguntaram “[...]assim tomou alguma medicação [...]?” Aí eu falei que não, né? Que eu tava sentindo muita cólica e que aconteceu que eu fui para o banheiro e aconteceu aquilo (E6 - um aborto).

Em 12 casos as mulheres não procuraram o serviço de saúde por medo e insegurança em relação ao atendimento, receio de serem criminalizadas e também por não terem nenhuma complicação.

Não e o medo, o medo de denunciarem e eu ser presa, sei lá... (E2 - um aborto).

Podemos relacionar esses relatos com um estudo brasileiro que enfocou a visão de 13 mulheres internadas em pós-abortamento sobre o cuidado de enfermagem, no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, a maioria primigestas jovens, de baixa instrução e solteiras (Mariutti, 2004). Esse estudo mostrou que as mulheres em situação de aborto querem ser compreendidas nesse contexto, já que julgamentos morais e situações de reprovação não resolvem o problema. Concluiu que é necessário os profissionais acolherem essas mulheres de forma que elas se sintam protegidas e seguras para que superem esse difícil momento em suas vidas.

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

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

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

Sim, mas não é fácil. As reuniões são em horários que pra mim não dá para vir, por causa do trabalho. Mas sempre que dava, eu ia (E15 - dois abortos).

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

Aí procurei e eles nem me indicaram anticoncepcional nenhum; só me indicaram o preservativo (E13 - um aborto).

Dados da pesquisa Gravidez na Adolescência (GRAVAD) ressaltam as mudanças e permanências na utilização de contracepção após o nascimento do primeiro filho na adolescência: 37,6% dos homens e 45,6% das mulheres passaram a usar algum método e, respectivamente, 19,7% e 21,5% mantiveram-se em relações sexuais desprotegidas. O estudo chama atenção para o número mais expressivo de jovens que engravidaram novamente, à razão de um em cada quatro adolescentes (Aquino e col., 2003).

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

Considerações finais

Nesta pesquisa trabalhamos com categorias relacionadas ao aborto na juventude, incluindo trabalho, família e atenção à saúde, reconhecendo a importância da interação metodológica da pesquisa com o complexo objeto saúde-doença-atenção, indicando as diversas possibilidades de análise que aí se vislumbram, a partir dos relatos e experiências vivenciadas por essas mulheres no processo do aborto clandestino.

Com relação aos serviços de saúde, as informações e orientações sobre os métodos contraceptivos, segundo as entrevistadas, são pouco difundidas e com falhas quanto ao trabalho de prevenção e promoção da saúde junto aos jovens. Esse quadro mostra a necessidade de ações estratégicas que melhorem as condições para as práticas sexuais e reprodutivas de adolescentes e jovens, incluindo o atendimento das mulheres em situação de pós-aborto.

As relações instáveis, principalmente quando

essas mulheres engravidaram em uma saída eventual e as constantes trocas de parceiros refletem as novas formas de se relacionar desses jovens. Atualmente há uma “liberalização sexual” no sentido de uma “sexualização” cada vez mais precoce, na qual os jovens têm relações sexuais cada vez mais cedo, mas em condições que dificultam evitar ou assumir as gravidezes que ocorrem.

Castel (1994) considera que a pobreza tradicional sobrevive e a “desfiliação”, hoje, é alimentada por uma conjuntura nova, marcada pelas crescentes desigualdades sociais e dificuldades de sobrevivência por meio do trabalho, que redundam em novos arranjos familiares. A fragilização da estrutura familiar circunscreve uma zona de vulnerabilidade relacional, sobretudo para as famílias menos favorecidas economicamente.

O aborto, nesses casos, pode ser visto como fenômeno indicador do processo social da “desfiliação”, acontecendo como consequência de toda essa nova conjuntura de fragilização dos vínculos de trabalho e das relações familiares, não pela vontade ou descaso dessas mulheres com a vida humana, mas por elas serem inseridas nesse processo amplo de “desfiliação” em que as condições sociais da reprodução humana são inadequadas, resultando em um encadeamento de determinantes negativos, principalmente no que se refere aos jovens.

Concluimos que a determinação social da saúde não é uma relação simples e direta de fatores de causa e efeito, mas um complexo de mediações que necessita ser estudado e relacionado com as diversas iniquidades sociais. Nesse sentido, podemos considerar que há uma dinâmica complexa entre os determinantes econômicos e sociais na composição das famílias, em que a articulação entre a reprodução humana e as estruturas familiares está intrinsecamente relacionada a uma conjuntura social.

Referências

ADESSE, L. Assistência à mulher em abortamento: a necessária revisão de práticas de má conduta, preconceito e abuso. In: DESLANDES, S. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 371-387.

- AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. S377-S388, 2003. Suplemento 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção humanizada ao abortamento*. Brasília, DF, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. *Painel de indicadores do SUS, n. 2: temática saúde da mulher*, v.1. Brasília, DF, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos*. Brasília, DF, 2009.
- CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúde e loucura*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 21-48.
- CHUMPITAZ, V. A. C. *Percepções femininas sobre a participação do parceiro nas decisões reprodutivas e no aborto induzido*. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- IPAS BRASIL. *Dados e reflexões sobre a condição de ilegalidade do aborto: no âmbito da saúde e da justiça*. Rio de Janeiro, 2007.
- MARIUTTI, M. G. *O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento*. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- MELO, A. V. Gravidez na adolescência: uma nova tendência para a transição da fecundidade no Brasil. In: ENCONTRO DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10., 1996, Caxambu. *Anais...* Rio de Janeiro: ABEP, 1996, p. 1439-1454.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- PEDROSA, I. L.; GARCIA, T. R. “Não vou esquecer nunca!”: a experiência feminina com o abortamento induzido. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 50-58, 2000.
- POCHMANN, M. *A Situação dos jovens no mercado de trabalho no Brasil: um balanço dos últimos 10 anos*. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.emater.mg.gov.br/doc/intranet/upload/TRANSFORMAR_LEITURA/situa%C3%A7%C3%A3o_do_jovem_no_mercado_de_trabalho.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2007.
- REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Adolescentes: saúde sexual saúde reprodutiva*. Belo Horizonte: DOMUS Assessoria em Comunicação, 2004. Disponível em: <http://www.ecos.org.br/cedoc_dossies.asp>. Acesso em: 16 jun. 2007.
- SOARES, L. T. *O desastre social: os porquês da desordem mundial*. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- THOMPSON, J. B. *Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

Recebido em: 23/09/2012

Aprovado em: 14/06/2013