



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

André Guayanaz Lauriano

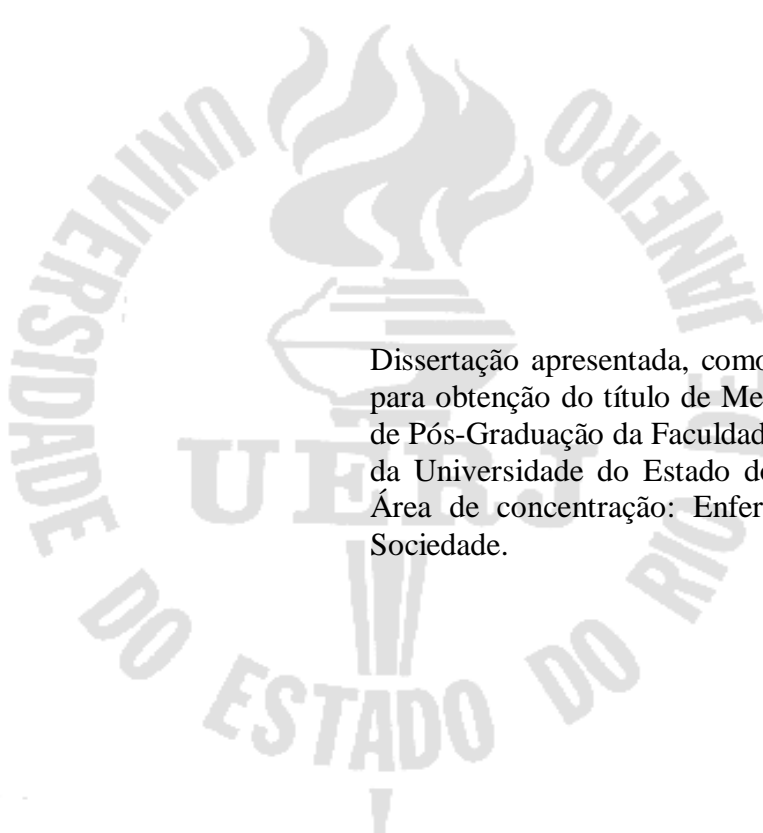
**Relação da violência na gestação e o processo de abortamento: uma  
perspectiva da gestante**

Rio de Janeiro

2009

André Guayanaz Lauriano

**Relação da violência na gestação e o processo de abortamento: uma perspectiva da gestante**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Lucia Helena Garcia Penna

Rio de Janeiro  
2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

L384	<p>Lauriano, André Guayanaz. Relação da violência na gestação e o processo de abortamento : uma perspectiva da gestante / André Guayanaz Lauriano. - 2009. 90 f.</p> <p>Orientadora: Lucia Helena Garcia Penna. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Enfermagem na saúde e higiene da mulher. 2. Violência contra a mulher. 3. Aborto. 4. Mulheres – Saúde e higiene. I. Penna, Lucia Helena Garcia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.253.5</p>
------	---

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

André Guayanaz Lauriano

**Relação da violência na gestação e o processo de abortamento: uma perspectiva da gestante**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 19 de março de 2009.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lucia Helena Garcia Penna (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem da UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Aparecida Vasconcelos Moura  
Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

---

Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens  
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2009

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela Vida.

A minha família, Dolmar Lauriano, Jurema Guayanaz Lauriano, Tais Guayanaz Lauriano, Kelly Guayanaz Lauriano, Sergio Henrique Pereira Santana, Heitor Guayanaz Lauriano, Lavínia Guayanaz Santana, Lucinda Dias Guayanaz, Isabele Guayanaz da Silva e Thamires Guayanaz da Silva, por estarem sempre me apoiando em todos os momentos da minha vida. Obrigado por entenderem a minha ausência neste período de Curso nas reuniões familiares.

A minha mãe Jurema Guayanaz por sempre me incentivar na minha carreira profissional e me apoiar nas dificuldades.

A minha avó Lucinda Marins Guayanaz (in memorian) que me incentivou a iniciar minha carreira profissional na Enfermagem.

A minha orientadora Professora Doutora Lucia Helena Garcia Penna, pela dedicação, ensinamentos e compreensão nesta trajetória. Obrigado por acreditar nas minhas idéias.

Aos professores doutores Maria Aparecida Vasconcelos Moura, Octavio Muniz da Costa Vargens e Adriana Lenho de Figueiredo Pereira, pelas contribuições oferecidas no Exame de Qualificação o que muito me auxiliou para a elaboração deste relatório final.

A minha chefia de enfermagem e amigas Rosângela de Azevedo Oliveira, Márcia Marques Paixão e Janete Terceiro pelo apoio oferecido desde a minha admissão no Curso de Mestrado.

A amiga Diva Thereza dos Santos Pilotto, pela amizade e apoio tanto na vida profissional quanto como colega de turma do Curso de Mestrado. Obrigado pela ajuda nos momentos mais difíceis.

As enfermeiras Maria José Souza Santos e Tânia Regina R. dos Santos pelas trocas de plantão (mesmo que de última hora) que muito me ajudaram no decorrer do curso.

Aos amigos de turma de Mestrado da área da Saúde da Mulher: Alberto Hott, Carla Marins, Diva Pilotto, Joana Iabrudi, Leila Gomes Azevedo, Márcia Fontes Azeredo, Patrícia Barbastafano, Ricardo Mouta e Sandra Caixeiro pelas contribuições oferecidas na elaboração deste trabalho.

A amiga Márcia Fontes de Azeredo pelo apoio nos momentos difíceis da qualificação e elaboração do relatório final.

Aos membros da secretária do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Fabíola, Renan e Marcelo sempre prontos a nos auxiliar. Esta é uma arte de poucos.

Aos amigos Jurema Nunes Melo, Valdiléia Conceição Moura, Zilmar da Silva Figueiredo, Zelinda dos Santos, Acionilia Pereira Abreu pelo apoio e incentivo em não desanimar dos meus objetivos.

As unidades de saúde: Hospital Universitário Antonio Pedro, Hospital Estadual Azevedo Lima e da Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira por abrir as portas das instituições para que eu pudesse desenvolver este estudo.

Aos amigos Vera Lúcia Costa, Fátima Cristina Santos, Josefa Genuíno, Marilza Figueira, Luiz Paulo Araújo, Telclisson Bezerra pelas orações e pelo apoio nos momentos de desânimo.

As mulheres que aceitaram ser depoentes nesta pesquisa, pois sem os seus depoimentos não conseguiria avançar neste projeto acadêmico.

Quem pensa por si mesmo é livre,  
E ser livre é coisa muito séria  
Não se pode fechar os olhos  
Não se pode olhar p'ra trás  
Sem se aprender alguma coisa  
P'ro futuro

*Renato Russo*

## RESUMO

LAURIANO, André Guayanaz. **Relação da violência na gestação e o processo de abortamento**: uma perspectiva da gestante. 2009. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

O estudo tem como objeto as “relações estabelecidas pela mulher entre o processo de abortamento e as situações de violência vivenciadas durante a gestação”. A violência e o aborto caracterizam-se por serem temáticas de grande complexidade, envolvendo questões interdisciplinares de gênero, saúde, saúde reprodutiva, religião, movimentos sociais, ética e direitos humanos. No aprofundamento do objeto de estudo, traçamos os seguintes objetivos: identificar os tipos de situações de violência vivenciados, durante a gravidez, pela mulher em processo de abortamento; descrever a vivência de violência sob a ótica da gestante em processo de abortamento e analisar as relações estabelecidas pela gestante em processo de abortamento e a ocorrência de situações de violência na gestação. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que teve como sujeitos 15 mulheres com o diagnóstico de abortamento, internadas em maternidades públicas da cidade de Niterói/Rio de Janeiro. A coleta de dados foi iniciada com a busca nos prontuários do diagnóstico e, posteriormente, foram realizadas entrevistas com roteiro semi-estruturado, gravadas atendendo à legislação vigente acerca das diretrizes de pesquisas com seres humanos. Na análise dos dados utilizamos a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados demonstraram a visão ampliada da mulher sobre a violência, sendo de gênero e psicológica as mais apontadas. O aborto foi indicado como uma das manifestações de violência contra a mulher, tanto nos processos espontâneos como nos induzidos. Esse fenômeno, assim como o da violência, é permeado por determinantes sociais, éticas, morais e religiosas. Quando espontâneo, pode ser visto como um fracasso da mulher diante de sua capacidade vital de ser mãe – gerando culpa e derrota diante de companheiros e familiares, além da possibilidade de ser vista como pecadora e/ou criminosa, em decorrência do princípio social, religioso e legal do aborto como crime, acarretando o desgaste psicológico. As relações estabelecidas pelas mulheres acerca da violência na gestação e o processo de abortamento versaram basicamente sobre os dilemas vivenciados nas gestações indesejadas; sobre o cotidiano feminino nos espaços públicos e privados, refletidos em conflitos; o excesso da dupla jornada de trabalho; e sobre a violência institucional perpetuada pelos serviços de saúde, principalmente na busca por uma assistência digna e humanizada nas unidades de emergência.

Palavras-chave: Saúde. Mulher. Violência de gênero. Aborto.

## ABSTRACT

The study has as object the “established relationships for the woman between the abortion process and the violence situations lived during the gestation”. The Violence and the Abortion are characterized for they be thematic of great complexity, involving interdisciplinary subjects of gender, health, reproductive health, religion, of the social movements, of the ethics and of the human rights. In the deepen of the study object we drew the following objectives: to identify the types of violence situations during the gestation lived by the woman in abortion process; to describe the violence existence under the pregnant woman's optics in abortion process and to analyze the established relationships for the pregnant woman in abortion process and the occurrence of violence situations in the gestation. It is a qualitative research, that had as subjects 15 women with the abortion diagnosis, interned at public maternities of the city of Niterói/Rio of January. The collection of data was initiate with the search in the handbooks of the diagnosis and, later we accomplished interviews with semi-structured itinerary, which were recorded assisting the effective legislation that dispose concerning the guidelines of researches with human beings. In the analysis of the data we used the technique of Analysis of Content of Bardin. The results demonstrated that women possess a vision enlarged concerning the violence, being the gender violence and psychological the most pointed. The abortion was indicated as being one of the manifestations of the violence against the woman, so much in the spontaneous processes as induced us. That phenomenon, as well as the one of the violence, possesses determinations social, ethical, moral and religious that permeate them. When spontaneous it can be seen as a failure of the woman due to her vital capacity to be mother - generating fault and failure before companions and family, beyond, of the possibility to see as sinner and or criminal, due to the social beginning, religious and legal of the abortion as crime, carting the psychological wear. The established relationships for the women concerning the violence in the gestation and the abortion process turned basically, in the dilemmas lived in the undesired gestations; in the daily feminine of the public and private spaces, contemplated in conflicts; in the couple's work day excess; and in the violence institutional eternalized for the services of health, mainly in the search for a worthy attendance and humanized in the units of emergency.

Keywords: Health. Woman. Gender violence. Abortion.

## SUMÁRIO

	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	11
1	<b>APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA</b> .....	18
1.1	<b>A violência contra a mulher</b> .....	18
1.2	<b>A violência na gestação</b> .....	22
1.3	<b>A mulher e as situações de abortamento</b> .....	24
1.4	<b>Aborto: uma questão feminina</b> .....	27
2	<b>METODOLOGIA</b> .....	30
2.1	<b>Tipo de estudo</b> .....	30
2.2	<b>Cenário</b> .....	31
2.3	<b>As depoentes e a coleta de dados</b> .....	32
2.4	<b>Análise dos dados</b> .....	39
3	<b>ANÁLISE E DISCUSSÕES DOS RESULTADOS</b> .....	41
3.1	<b>Compreendendo a perspectiva da mulher gestante sobre a violência e o processo de abortamento</b> .....	41
3.2	<b>Relação da violência na gestação e o processo de abortamento: perspectiva da mulher</b> .....	54
3.2.1	<u>A gestação indesejada: os dilemas vividos</u> .....	56
3.2.2	<u>O cotidiano feminino nos espaços públicos e privados: conflituosas conquistas e o excesso de trabalho na dupla jornada</u> .....	62
3.2.3	<u>A busca pela assistência no processo de abortamento: vivenciando a violência institucional</u> .....	68
4	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	75
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	78
	<b>APÊNDICE A - Dados coletados em prontuário</b> .....	86
	<b>APÊNDICE B – Roteiro de entrevista</b> .....	87

<b>APÊNDICE C</b> – Termo de consentimento livre e esclarecido .....	88
<b>APÊNDICE D</b> – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa .....	89
<b>ANEXO</b> - Quadro demonstrativo de categorias .....	90

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente estudo tem como objeto as “relações estabelecidas pela mulher entre o processo de abortamento e as situações de violência vivenciadas na gestação”.

A motivação pelo aprofundamento deste trabalho surge no decorrer de minha prática profissional como enfermeiro, em uma maternidade da rede pública de saúde na cidade de Niterói, no Rio de Janeiro. Ao trabalhar diretamente com gestantes, despertaram-me a atenção os anseios e os receios do universo feminino no ciclo gravídico puerperal, comumente verificados no cotidiano do cuidado prestado a essas mulheres.

A mulher durante sua gestação apresenta alguns anseios e receios. As diversas modificações no organismo, as mudanças de seu papel social, no qual deixa de ser filha e passa a ser mãe, as mudanças em seu próprio corpo e as expectativas diante do seu futuro e da criança que está por vir são alguns aspectos que comumente alteram o cotidiano da gestante, de sua família e de seu contexto social mais próximo. Tais situações geralmente são também geradores de conflitos familiares e caracterizam uma fase conturbada, psicológica e social, para a gestante, seu companheiro e sua família.

No universo de nascimentos em que se torna uma maternidade tive a oportunidade de verificar que, além de tais aspectos comumente presentes na vida da gestante, existem muitos outros que permeiam seu contexto e são verbalizados ou mesmo apresentados por seus comportamentos e atitudes. Assim, com a proposta de oferecer às gestantes um cuidado integral, busquei aproximar-me mais da realidade delas durante a internação na maternidade decorrente de algum agravo clínico, obstétrico ou perinatal.

Dentre as diversas experiências junto a essas mulheres grávidas, chamaram-me a atenção as diretamente relacionadas à gestante em processo de abortamento. Percebi que elas pareciam enfrentar uma dualidade na prática do cuidar pela equipe de saúde.

A clientela internada por ocorrência de aborto é tratada muitas vezes com desprezo pelos próprios profissionais de saúde, por ser este considerado crime em nosso país e pelas influências religiosas, sócio e político-culturais. Os profissionais participantes desse contexto social muitas vezes esquecem a particularidade vivida pela cliente e, geralmente, fazem julgamentos precipitados à mulher e ao seu processo de abortamento, pois o assunto ainda é uma temática de controvérsias.

O fato é que a gestante com diagnóstico de abortamento, ao ser admitida na maternidade, era geralmente encaminhada a uma enfermaria isolada das demais grávidas

internadas por riscos clínico-obstétricos. Ficavam, comumente, na enfermaria destinada às intercorrências do ciclo gravídico-puerperal, mais conhecida como “Enfermaria do Aborto”, por estar relacionada destinada aos casos de gestantes com diagnóstico de feto morto retido e/ou de infecção puerperal e aos casos de abortos propriamente ditos (ameaças, abortos retidos, infectados, espontâneos ou induzidos).

Nas abordagens realizadas à gestante em processo de abortamento, seja no momento da admissão ou no decorrer de sua internação, observei nessa clientela alguns sentimentos de ansiedade e de angústia originados por tantas outras preocupações, inclusive por preconceito e discriminação, mesmo de forma velada, dos profissionais da equipe de saúde e dos próprios familiares.

Gomes (2000) em seu estudo apontou que existem discriminações institucionais no atendimento de casos de aborto provocado ou até mesmo espontâneo. A abordagem dos profissionais de saúde, inclusive de enfermeiras, às mulheres que abortavam era geralmente agressiva, gerando nestas sentimentos de medo, insegurança e angústia os quais promoviam nelas a necessidade de agir e de enfrentar as situações, causando durante o período de internação, atitudes e comportamentos não tanto aceitáveis.

Motivado e atento às possíveis realidades preconceituosas, inclusive institucionais e dos familiares, direcionei meu olhar para tais anseios e sentimentos de angústia expressados por essas mulheres. No contato mais direto com elas, verifiquei, mesmo de forma indireta, fatores além dos clínicos e obstétricos que poderiam ter influenciado o processo de abortamento por elas vivenciado e o quanto o contexto familiar e social delas influenciava em seu bem-estar.

Conflitos, brigas e outros tipos de violências com companheiros íntimos, crise no casamento, a não aceitação da gravidez pela família, a pressão psicológica vivenciada por muitas no seio familiar eram queixas cotidianas, assim como a instabilidade financeira eram algumas das justificativas apontadas pelas gestantes como geradoras de ansiedades durante as abordagens no processo de cuidar.

Diante de tanta conturbação social e psicológica, não podemos deixar de pensar que o aborto está relacionado de alguma forma a outros fatores além dos biológicos já citados na literatura, como as morbidades gestacionais (hipertensão arterial, diabetes), incompetência istmocervical, presença de miomas, malformação uterina, doenças endócrinas, fatores ambientais e psicológicos (CHAVES NETTO, 2005).

Tais temáticas encontram-se, atualmente, na agenda das preocupações governamentais e não-governamentais na área da saúde reprodutiva e da mulher, sendo inclusive objeto de

políticas públicas tais como: Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2002a), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (BRASIL, 2002b), Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) e outras, e expressas nos diversos meios de comunicação.

É comum encontrarmos, nos últimos anos, reportagens veiculadas pelos principais jornais e revistas da cidade do Rio de Janeiro: “*O fim do silêncio*<sup>1</sup>”; “*Da violência à reconciliação*<sup>2</sup>”; “*Aborto de alto risco é terceira causa de morte materna no país*<sup>3</sup>”; “*Aborto ilegal mata 70 mil por ano*<sup>4</sup>”. Tais notícias retratam a violência vivenciada por nossa sociedade, vista como um acontecimento cotidiano de uma família e não mais como evento isolado.

Nesse contexto destacamos a violência contra mulher, também considerada violência de gênero, que muitas vezes é velada em vista da diferença de gênero existente em nossa sociedade, por questões históricas e culturais.

De acordo com a Convenção de Belém do Pará<sup>5</sup>, marco histórico na luta das mulheres por uma vida sem discriminação e violência, a violência contra a mulher é definida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”.

A violência contra a mulher pode manifestar-se de diversas formas: física, sexual e psicológica. Ocorre, geralmente, nos ambientes domésticos, em especial nas relações conjugais e familiares, em qualquer fase da vida, inclusive na gestação. Muitas vezes, em função da dependência financeira, instabilidade emocional do companheiro, baixa auto-estima, vergonha e por falta de perspectivas, a mulher submete-se à violência, torna-se refém e não denuncia o companheiro com medo de mais represálias.

Considero como relevante para este estudo todo o desgaste psicológico e emocional de uma mulher ao vivenciar situação de violência de alguém tão próximo, como o próprio companheiro, pessoa em quem ela supostamente deposita maior confiança, visto o

---

<sup>1</sup> GUIRRA, F; EDWARD, J; COUTINHO, L. O fim do silêncio. **Revista Veja**, Rio de Janeiro, 15 mar. 2006. Especial, p. 76-82.

<sup>2</sup> MONTEIRO, G. Da violência à reconciliação. **Jornal Extra**, Rio de Janeiro, 3 jul. 2007. Geral, p. 3.

<sup>3</sup> ÉBOLI, E. Aborto de alto risco é a terceira causa de morte materna no país. **Jornal O Globo**, Rio de Janeiro, 20 mai. 2007. O País, p. 3.

<sup>4</sup> CORREIA, K. Aborto ilegal mata 70 mil por ano. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 31 mai. 2007. País, p. A6.

<sup>5</sup> 10 anos de adoção da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, Convenção Belém do Pará. Brasília: AGENDE, 2005. 36 p.

compartilhamento de alegrias, angústias, e, principalmente, do mesmo teto. Associado a esses fatores muitas vezes surge uma gravidez indesejada, iniciada em um momento conturbado da vida da mulher. Quando desejada, pode apresentar comprometimento (materno ou fetal) no seu evoluir em virtude da violência.

Ao discutir sobre esse tipo de violência, não se pode deixar de associá-la ao fato de, geralmente, ser vivenciada por um grande número de mulheres em idade reprodutiva, ou seja, entre 15 e 45 anos, que pode deixá-las sujeitas e predispostas a uma gestação indesejada ou mesmo a um agravo durante o processo gestacional.

A maternidade é socialmente valorizada como o clímax da feminilidade, porém muitas vezes é considerada como de responsabilidade única da mulher, sendo planejada ou não. Torna-se, portanto, “um problema feminino” e não uma condição do casal, na qual cada um dos lados deveria ter as suas responsabilidades reprodutivas e sociais. A figura masculina fica à margem das questões reprodutivas; algumas vezes pela própria opção do homem em não se inserir nesse contexto, possivelmente devido à construção histórica do seu papel em uma sociedade com características patriarcais; restando à mulher toda a responsabilidade da gestação.

Infelizmente a influência desse contexto sociohistórico sobre a vida da mulher e o *status* de estar grávida (ápice do ciclo vital da vida feminina imposta pela sociedade) não a isentam de vivenciar situações de violência pelo seu companheiro.

Em estudo com mulheres no puerpério, Menezes et al (2003) relatam “a prevalência da violência física antes da gestação em torno de 13% e de 7,4% durante a gestação. Cerca de 44% das vítimas referiram que a violência cessou durante a gravidez; 27%, que esta diminuiu; 18% informaram padrão inalterado; e 10,9% disseram que houve aumento da violência durante a gravidez.”

A gestação para muitas mulheres é considerada um momento de vulnerabilidade pela perda de autonomia financeira e emocional e poderá ser o início ou o agravamento da violência. As alterações físicas, psicológicas e financeiras relacionadas à gravidez podem ser vistas pelo parceiro como uma oportunidade para adotar comportamentos abusivos e de controle sobre a mulher (PAZ, 2006). Diante disso, algumas gestantes podem apresentar agravos à saúde como picos hipertensivos, situações de pré-eclampsia/eclampsia, infecções ou complicações durante a gestação ou mesmo processos de ameaça e/ou interrupção da gravidez.

Ao focalizar as temáticas do aborto e da violência na gestação, não se pode deixar de pensar na possibilidade de a mesma mulher, registrada nos índices de morbimortalidade

materna por aborto, tenha também vivenciado situações de violência na gestação, visto o número crescente de casos de violência nessa fase da vida feminina.

Diniz et al (2004) em estudo realizado em três maternidades públicas de Recife, Salvador e Aracaju relatam o aborto como decorrência da violência. Os abortos espontâneos podem ser provenientes da violência durante a gravidez; e 23% das mulheres que abortaram espontaneamente associaram-no à violência vivenciada.

O aborto no Brasil é considerado crime e somente é permitido por lei de acordo com o Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940) em casos de violência sexual ou de risco de morte materna, porém não é realizado por todo serviço público de saúde. Apesar dos referidos da lei terem sido incorporados desde 1940, apenas na década de 80 foram realizados, oficialmente, os primeiros atendimentos no serviço de saúde brasileiro.

É difícil saber numericamente a quantidade de abortos realizados em nosso país; geralmente só conseguimos ter acesso aos que chegam aos serviços públicos quando é provocado e malsucedido, trazendo às mulheres um perigo eminente de morte, por conta de infecções, materiais mal esterilizados e até mesmo por prática realizada por “curiosas”.

Os índices de aborto no mundo e no Brasil continuam elevados, bem como as infecções e as hemorragias conseqüentes do abortamento. A incidência de abortamento espontâneo é estimada em aproximadamente 10% de todas as gestações e a complicação mais freqüente é a hemorragia, presente em 11,6% dos casos de abortamento (SORRENTINO; LEBRÃO, 1998; NERY et al, 2006).

É importante lembrar que o aborto é um fenômeno permeado de aspectos éticos, legais, religiosos, demográficos, sociais e econômicos, sendo muitas vezes difícil de ser trabalhado pela grande maioria dos profissionais da área da saúde, independente de sua formação profissional. Diante de tantos preconceitos e tabus sociais, o aborto, espontâneo ou provocado, leva o profissional a discriminar, de forma velada ou inconsciente em algumas situações, a mulher, esquecendo os direitos reprodutivo, sexual e humano dela. O simples fato de não se ter uma escuta sensível para os fatores desencadeadores do processo do aborto pode caracterizar um desrespeito à busca por uma saúde integral à mulher.

O processo abortivo é sempre uma experiência traumatizante para a mulher, seja ele espontâneo ou provocado. O aborto produz na mulher tanto perda física como emocional. No espontâneo, além do feto, ela vê os sonhos e as esperanças desaparecerem. Os sentimentos misturam culpa, raiva, desespero e frustração. As mulheres geralmente tornam-se sensíveis após passar por essa experiência relatando até mesmo o medo de engravidar novamente (NERY et al, 2006).

No momento da admissão na maternidade não se consegue, muitas das vezes, informações exatas ou mesmo mais completas sobre toda a situação vivenciada, possivelmente pelo estigma histórico-social, moral e jurídico envolvido. É necessário haver um relacionamento de confiança entre a cliente e o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, para que este consiga mais informações e tenha um compromisso profissional de traçar um planejamento da assistência a ser realizada.

Diante de inquietações sobre as diversas realidades vivenciadas pelas gestantes, das interferências de seu contexto social sobre o processo gestacional e sobre sua condição de mulher e também pela observação de práticas profissionais, consideramos o pressuposto de que existe relação entre a ocorrência do processo de abortamento e a situação de violência vivenciada na gestação. Assim despertei-me para as seguintes **questões norteadoras**:

- Gestantes em processo de abortamento vivenciam alguma situação de violência durante a gestação?
- Quais tipos de violência as gestantes em processo de abortamento mais vivenciam?
- Como a gestante que está em processo de abortamento relaciona este com situações de violência vivenciadas durante a gestação?

Dessa forma busco com este estudo, a partir das protagonistas do processo, ou seja, as gestantes em processo de abortamento e que vivenciam algum tipo de violência na gestação, alcançar os seguintes **objetivos**:

- 1) Identificar os tipos de situações de violência vivenciados, durante a gravidez, pela mulher em processo de abortamento;
- 2) Descrever a vivência de violência sob a ótica da gestante em processo de abortamento;
- 3) Analisar as relações estabelecidas pela gestante em processo de abortamento e a ocorrência de situações de violência na gestação.

Entendemos a importância da realização deste trabalho por apontar dois complexos fenômenos sociais - a violência contra a mulher e o aborto, permeados por discussões éticas, morais, legais e profissionais e por ser um tema com pouco registro em nossa literatura científica, principalmente sob a ótica da mulher que vivencia essas situações e sob as relações entre as temáticas.

Esta pesquisa busca contribuir para maior reflexão sobre a temática violência e saúde reprodutiva, particularmente referente à questão do aborto e, também, para o desenvolvimento da prática social da enfermagem, em especial da enfermagem obstétrica, trazendo novos subsídios na investigação e, conseqüentemente, mudança de conduta sobre o cuidado à mulher que se encontra em processo de abortamento e vivencia a violência na gestação.

Esperamos, com este estudo, despertar o interesse dos profissionais da área de saúde da mulher de modo a ampliar a visão deles sobre a prática de cuidar, fazendo-os visualizar a violência como um fator de risco para vários processos patológicos originários de traumas psicológicos ou sociais; permitindo-lhes, assim, que acolham e escutem as mulheres e prestem a elas uma assistência digna, respeitando a história de vida delas e a possível vivência de violência.

Nesse sentido, o desenvolvimento do presente estudo, inserido no Grupo de Pesquisas sobre Gênero, Poder e Violência na Saúde e Enfermagem, contribuirá com o aprofundamento da temática da violência contra a mulher, particularmente nas relações de cuidado da enfermeira obstétrica e da equipe multiprofissional junto à mulher grávida que vivencia violência durante o período gestacional.

## 1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA

### 1.1 Violência contra a Mulher

O termo violência vem da palavra latina *vis*, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso de superioridade física sobre o corpo (CASIQUE; FUGERATO, 2006). Para Ferreira (1993), a concepção lingüística da palavra violência significa um constrangimento físico, moral, coação, força, qualidade de violento.

Schraiber e D`Oliveira (1999) citam um conceito mais amplo acerca da temática, afirmando ser um termo que denota grande alargamento de nomeações, desde as formas mais cruéis da tortura e do assassinato em massa até aspectos mais sutis, mas considerados opressivos na vida moderna cotidiana, como a burocracia, a má distribuição de renda, certas normas culturais, entre outros.

A veiculação na mídia de atos violentos em nossa sociedade foi se tornando, ao nosso entendimento, cotidiana no decorrer dos anos. A população não mais se escandaliza com tais questões, pois a violência parece estar tão entranhada em nosso dia-a-dia que pensar e agir em função dela deixou de ser um ato circunstancial para se transformar em uma forma de ver e de viver o mundo do homem. Dessa forma, ela passa a se caracterizar como evento o qual abrange a vida individual e da sociedade, trazendo marcas físicas e psicológicas, e leva ao surgimento de riscos para a vida das pessoas, além da omissão e do desrespeito aos direitos humanos (SOUZA; SANTANA, 2007).

A violência está presente nas relações de poder e depende de circunstâncias, locais e realidades. Está associada ainda à influência da época nas diferentes áreas política, social e econômica, podendo ser demonstrada de forma explícita ou velada em nossa sociedade. Além disso, pode ser caracterizada por seus aspectos internos e externos, com abrangência de todas as esferas da vida social e individual e com a participação de todos como vítimas ou autores (SOUZA; SANTANA, 2007).

A violência pode ter seu funcionamento comparado a de um “círculo”, cujos envolvidos estão predispostos a vivenciar danos, dependendo da circunstância na qual estão inseridos, ou seja, ao mesmo tempo em que estamos violentando, podemos ser violentados. Assim cabe ressaltar que tanto os homens quanto as mulheres são atingidos pela violência, porém de forma diferenciada, em razão da especificidade de gênero.

Casique e Furegato (2006) discorrem que a definição de gênero implica dois níveis, sendo o primeiro o gênero como elemento construtivo das relações sociais, baseado nas diferenças perceptíveis entre os dois sexos, e o segundo, uma forma básica de representar relações de poder cujas ações dominantes são apresentadas como normais e inquestionáveis.

No que diz respeito à questão de gênero, Almeida e Diniz (2004) relatam que relações desiguais entre homens e mulheres ocorrem nas sociedades, e pólos opostos de poder e subordinação, fortes e fracos, confrontam-se de maneira desmedida.

Refletir sobre gênero implica analisar alguns fatores intrinsecamente interligados, como o corpo em suas constituições sexuais anatômicas e metabólicas; a cabeça, levando em consideração desejos, ideais, auto-representações sexuais e identidades; e as opções sexuais associadas ao nível sociocultural que nos levará a entender como as sociedades estruturam as relações sexuais e de gênero (FALEIROS, 2007).

O homem assume historicamente uma postura patriarcal no seio familiar, permeando as discussões e direcionando as principais decisões. O sexo masculino detém um caráter de dominação, tanto na família quanto na sociedade, enquanto a mulher é criada em uma postura de cuidadora da casa, do marido e dos filhos, tendendo a aceitar tudo que lhe é imposto. Nesse cenário de poder as relações violentas são aprendidas e reproduzidas.

A violência de gênero estrutura-se social, cultural, econômica e politicamente, a partir da concepção de que os seres humanos estão subdivididos em machos e fêmeas, correspondendo a cada sexo lugares, papéis, status e poderes desiguais na vida privada e na pública, na família, no trabalho e na política (FALEIROS, 2007).

Desse modo, podemos observar a presença da violência de gênero em diversas culturas e países, pois a sociedade continua a reproduzir uma visão masculinizada, na qual o homem detém o poder e impõe as diretrizes a serem seguidas e a mulher mantém uma postura de submissão.

A maior parte da violência cometida contra os homens ocorre nas ruas, nos espaços públicos, e, em geral, é praticada por outro homem. A mulher é mais agredida dentro de casa, no espaço privado, e o agressor é ou foi uma pessoa íntima: namorado, marido, companheiro ou amante (BRASIL, 2001).

As mulheres são atingidas pela violência no mundo inteiro, independente de fatores como idade, classe social, raça, etnia e orientação sexual. Qualquer que seja o tipo, física, sexual, psicológica ou patrimonial, a violência está vinculada ao poder e à desigualdade das relações de gênero, nas quais impera o domínio dos homens, e está ligada também à ideologia dominante que lhe dá sustentação.

Esta postura de “poder *versus* submissão” nas situações de violência de gênero é entendida como normal pela sociedade e traz consigo as manifestações mais comuns da violência: física, psicológica e sexual.

Day et al (2003) descrevem em seu estudo que a violência física ocorre quando alguém causa ou tenta causar dano por meio de força física ou por algum tipo de arma ou instrumento que possa causar lesões internas, externas ou ambas, enquanto a violência psicológica inclui toda ação ou omissão que causa ou visa causar danos à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Já a violência sexual é toda ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga uma outra à realização de práticas sexuais, utilizando força física, influência psicológica ou uso de armas ou drogas.

A violência física ocorre quando uma mulher se encontra em uma situação de perigo físico e/ou está controlada por ameaças com uso de força física. Recebe tapas, empurrões, puxões de cabelo e chutes, que a deixam marcada com hematomas por todo o corpo. Esse tipo de lesão geralmente é o mais fácil de ser identificado, decorrente das marcas observadas no corpo da mulher.

Ocorre, geralmente, quando uma pessoa, ao se encontrar em relação de poder frente à outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Este tipo de violência caracteriza-se por qualquer ação única ou repetida, não acidental (ou intencional), perpetuada por um agente agressor adulto ou mais velho, que provoque dano físico à criança ou ao adolescente, no nosso caso, à mulher. Esse dano, causado pelo ato abusivo, pode variar de lesão leve a conseqüências extremas como a morte (DESLANDES, 1994). Muitas vezes a mulher sofre ameaça de agressão até mesmo com arma de fogo. Pode ocorrer antes ou depois do abuso físico ou acompanhá-lo. Por outro lado, nem sempre quando há violência psicológica ou emocional haverá abuso físico.

A violência pode ser classificada como intrafamiliar, doméstica e de gênero, podendo ser manifestada de forma física, sexual ou psicológica, a partir do cenário o qual a mulher a vivencia.

A violência intrafamiliar é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e/ou psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família, podendo ser cometida dentro ou fora do domicílio por algum membro da família, mesmo que essas pessoas não possuam laços de consangüinidade, mas mantenham alguma relação de poder sobre a outra. Pode causar mortes, incapacitação e

infinitas complicações sobre o incremento da violência, bem como outras de ordem emocional, cultural e social (BRASIL, 2001).

A violência doméstica difere-se da intrafamiliar devido ao local de sua ocorrência ser o domicílio. Geralmente os agressores são pessoas íntimas (companheiro, marido, namorado), mas pode também envolver filhos, pais, sogros e outros parentes ou pessoas que convivem na mesma casa. Segundo Menezes et al (2003), o termo violência doméstica tem sido utilizado para se referir a todas as formas de violência praticada no ambiente familiar, porém reflete, geralmente, a violência contra a mulher perpetuada por seu parceiro íntimo.

As violências domiciliares e intrafamiliar estão intimamente ligadas pela relação de gênero existente entre a mulher e seu companheiro. A violência de gênero leva em consideração o caráter social dos traços atribuídos aos sexos, sendo geralmente exercido pelos homens contra as mulheres. Dessa forma, as afeta pelo simples fato de serem do sexo feminino, assim a violência é perpetuada pelos homens, onde estes geralmente mantêm o controle e o domínio sobre as mulheres (CASIQUE; FUREGATO, 2006).

Ainda sobre essa temática, Marinheiro; Vieira e Souza (2006) relatam que a violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo “é um fenômeno complexo que vem sendo encarado como problema de saúde pública, não somente devido às suas complicações, mas também ao fato de o serviço de saúde ser um dos locais mais procurados nessa situação”.

Casique (2004) relata que no Chile 60% das mulheres que moram com seus parceiros vivenciam algum tipo de violência doméstica, e mais de 10%, agressão grave, sendo que uma em cada três famílias vive em situação de violência doméstica. No Peru, 70% dos delitos denunciados à polícia estão relacionados aos casos de mulheres espancadas por seus maridos; enquanto no México 70% das mulheres afirmaram sofrer violência por parte de seu parceiro.

Refere ainda que no ano de 2001, entre 20 e 60% das mulheres da maioria dos países do mundo haviam sido maltratadas por seus companheiros sentimentais. Na América Latina, registrou-se que 30 a 40% das mulheres têm sofrido algum tipo de violência intrafamiliar. No Brasil, Schraiber et al (2005) relatam que em São Paulo 27,3% das mulheres entre 15 e 49 anos sofrem relatam violência física, cometida por parceiros íntimos ou por ex-parceiros, pelo menos uma vez na vida.

Já a violência sexual é muitas das vezes o tipo mais difícil de ser diagnosticado; primeiro pelo fato de a mulher culturalmente ser criada para viver em função do serviço doméstico, além de ter de manter relações com seu companheiro quando este desejar; segundo por que a sociedade não vê verifica esse ato como violento; terceiro devido à mulher ser vista muitas vezes como o agente causador desse processo, tendo como cenário a sua sensualidade;

e, por último, por contribuição do profissional de saúde que não atende às necessidades dessa mulher quando ela procura por atendimento nem averigua o fato que realmente a levou a procurar o serviço.

## **1.2 Violência na Gestação**

A gestação pode ser interpretada como um momento de alegria, esperança e renovação na vida do casal, no qual surgem grandes expectativas em relação ao novo ser; porém, quando a gravidez não é planejada, dependendo da estabilidade conjugal, pode desestruturar a relação, e acreditamos ser um dos fatores que desencadeia conflitos entre os casais e na família.

Utilizando o pensamento da psicologia na concepção do novo ser, tanto a mãe quanto o pai já criam expectativa e fantasias ligadas à concepção e ao desenvolvimento da criança, tais como a escolha de nomes, com a preferência de sexo, com as expectativas sobre futuras características físicas, perspectivas de profissão e evolução social (RAPPAPORT, 1981).

A mesma autora discorre que se do ponto de vista biológico a gravidez começa com a concepção, do ponto de vista psicológico há uma história do pai e da mãe, dentro da qual já estão reservados padrões de relacionamento a serem estabelecidos com a vinda da criança. Ainda sobre esse assunto relata que qualquer gravidez, mesmo quando bem aceita e planejada, oriunda de pais saudáveis, sempre trará consigo alguns temores. As ansiedades aqui serão minimizadas, mas surgirão, e qualquer surto de ansiedade sempre incrementará fantasias ligadas à rejeição da gravidez.

Diante de tais fatos, as mulheres tornam-se mais susceptíveis à violência, desenvolvendo quadro de estresse, e muitas vezes não se inserem em um programa de pré-natal para acompanhamento da gestação.

Estima-se que a violência sexual acometa 12 milhões de pessoas a cada ano em todo o mundo. Nos EUA e no Canadá, cerca de 25% das mulheres experimentou algum tipo de contato sexual não consentido. O agressor é, freqüentemente, próximo e conhecido da mulher. No Brasil essas taxas chegam a 38% (BRASIL, 2005b).

Ao contrário do esperado, a violência contra a mulher não diminui necessariamente durante a gravidez. De fato, cerca de 13% das mulheres relata aumento da freqüência ou severidade da violência durante esse período. A prevalência de violência física e sexual

durante a gravidez oscila entre 1% e 20%, com índices igualmente altos nos primeiros seis meses após o parto, atingindo 25% das mulheres (BRASIL, 2005b).

Alguns estudos comprovam que o maior número de casos de violência se concentra no período reprodutivo. Essa fase constitui o processo de formação de casal e da família, sendo um período de risco muito importante para o bem-estar integral individual, familiar ou profissional, e essa população requer atenção por parte das equipes de saúde (CASIQUE, 2004).

Os locais de agressão no corpo da gestante preferidos pelo agressor durante a gestação são seios, abdômen e genitália, enquanto, em situações fora da gravidez, a maior parte dos casos de violência familiar é dirigida à cabeça da vítima. O agressor justifica o ato violento com o argumento de a gestação representar uma carga econômica e por que ele recebe menos atenção e a mulher estar mais vulnerável e com menor capacidade de defender-se (PEÑA; EGAN, 2005).

A probabilidade da violência durante a gestação se incrementa condicionado a alta vulnerabilidade física, psicológica e social da mulher, e as alterações físicas, psicológicas e financeiras relacionadas à gravidez podem ser vistas pelo parceiro como uma possibilidade de adoção de comportamentos abusivos e de controle sobre a mulher (SAUNDERS, 2000). A violência contra a mulher por parceiros íntimos caracteriza-se por um padrão de conduta coercitiva o qual engloba as dimensões física, psicológica e sexual, variando as prevalências entre elas, bem como suas formas de expressão (PAZ, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), indicadores comprovam que grávidas vítimas de violência sexual não realizam o pré-natal ou postergam seu início. Apresentam maior risco relativo de infecções vaginais e cervicais, de ganho de peso insuficiente, de trabalho de parto prematuro, de baixo peso da criança ao nascer e de infecção do trato urinário. Além disso, a grávida maltratada desenvolve quadro de estresse emocional constante associado à baixa estima, ao isolamento, ao suicídio e ao uso excessivo ou abusivo de cigarro, álcool ou drogas.

Os danos à saúde causados pela violência doméstica praticada em gestantes têm conseqüências diretamente relacionadas ao trabalho de parto prematuro e a perdas fetais, ao abortamento e à natimortalidade, a dores pélvicas, à cefaléia, à depressão, ao retardo em iniciar o pré-natal, a todas as coisas que podem levar ou se somarem para o desfecho de um óbito materno (CHEDID, 2007; COKER, 2000; GAZMARARIAN, 2000).

Em estudo realizado por Zaldivar et al (1998) na cidade de Durango no México, verifica-se que o aborto pode ser decorrente da violência vivenciada pela mulher em sua

residência, tendo como principal agressor o próprio companheiro. Em um total de 384 mulheres casadas, 13% relataram ter sido vítimas de golpes dados pelo companheiro durante a gestação; delas, 44% apresentaram ameaça de aborto, 12% abortaram e, em 2%, ocorreu morte fetal.

Na violência contra a mulher, podemos citar como manifestações mais frequentes as de origem física e sexual associadas à psicológica e/ou emocional, que trazem danos tanto para a mulher como para o feto e podem ter o aborto como uma das conseqüências (BRASIL, 2006).

Na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em estudo realizado em unidade básica de saúde, as mulheres com história de aborto relataram ter vivenciado a violência física em maior freqüência (KROUBAUER; MENEGUEL, 2005). Nos Estados Unidos, as mulheres vítimas de violência sexual apresentam um risco de desencadear o aborto espontâneo duas vezes maior quando comparadas àquelas que não vivenciavam tal fato. A cada ano mais de 32.000 gestações acontecem como conseqüência da violência sexual, sendo a maioria em adolescentes; entretanto, 50% resultam em aborto e 5,9%, no abandono do recém-nascido. (GRACIA-MORENO, 2000; HEISE, 1994).

É importante ressaltar que as agressões geralmente têm início nos namoros, porém a mulher acredita em mudança no decorrer do relacionamento. Na realidade, a situação tende a piorar, principalmente após a gestação, pois, no imaginário masculino, o marido terá de dividir espaço com o novo ser.

A violência física é iniciada geralmente na primeira gestação, podendo o abuso físico afetar de maneira particular as mulheres grávidas e o feto e pode causar aborto. As mulheres com histórico de violência doméstica em gestações anteriores possuem riscos maiores de complicações na gestação como a ameaça de aborto (PEÑA; EGAN, 2005).

### **1.3 A mulher e as situações de abortamento**

O aborto é considerado um grave problema de saúde pública em nosso país em decorrência do número de morbimortalidade a ele associado. Ele é amplamente praticado por meios inadequados, os quais podem causar danos e provocar a morte da mulher.

A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (Brasil, 2005a) cita as diversas causas de abortamento, porém estas permanecem indeterminadas na maioria das

vezes. Relata também a interrupção de muitas gestações por fatores pessoais da mulher, e o abortamento é apresentado como uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil.

Em 2003, uma pesquisa realizada em todas as capitais de nosso país e no Distrito Federal permitiu a identificação de fator de correção de 1.4 a ser aplicado à razão de mortes maternas por aborto, evidenciando valor corrigido de 74 óbitos/100.000 nascidos vivos no país, diferentemente do ocorrido em países desenvolvidos, onde essas taxas de morte, especificamente por aborto, são reduzidas. Entre 1995 e 2000, estatísticas de vários países europeus mostraram taxas inferiores a 10 óbitos/100.000 nascidos vivos, com o abortamento sendo realizado em condições seguras, não se constituindo mais importante causa de óbito (ALEXANDER et al, 2003; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2003).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2003), no ano de 2002, as causas obstétricas diretas (mortes em decorrência de problemas desenvolvidos durante a gestação, o parto e o puerpério) representam o maior contingente de óbitos, cerca de 70% do total, destacando os transtornos maternos hipertensivos e os abortamentos. Neste quadro os casos de abortamento são responsáveis por 11,5% das mortes.

Além disso, sabemos que uma grande maioria das mortes maternas poderia ser evitada se as mulheres tivessem acesso aos métodos contraceptivos e à contracepção de emergência; diminuindo-se, assim, a gravidez indesejada e a prática do abortamento, que, proibido em nosso país, normalmente é realizado de forma clandestina e em condições de risco, principalmente para as mulheres de baixa condição socioeconômica.

Como a maior proporção de complicações pós aborto é verificada entre as mulheres mais pobres por elas recorrerem aos hospitais públicos para tratamento das complicações, as fontes oficiais de informação sobre práticas abortivas clandestinas referem-se praticamente apenas a esse grupo (OSIS et al, 1996). Muitas vezes torna-se um grupo duplamente marginalizado, por ser pobre e pela clandestinidade da prática, sendo ignorado o fato real que as levaram ao aborto.

Em um documentário sobre o aborto em Moçambique, as palavras de uma profissional médica parecem ser da nossa realidade.

(...) O aborto é visto como contribuindo com 9% das causas de morte materna intra-hospitalar (...) estes dados devem ser vistos como a ponta de um iceberg, pois muitas mulheres falecem fora do hospital, enquanto que para outras a morte decorre de complicações resultantes do aborto e não são registradas como tal, devido ao estigma social e aos aspectos legais prevalentes atualmente no país (DGEDGE et al, 2005).

No Brasil, a prática do aborto se traduz em uma inequívoca expressão das desigualdades sociais, pois, embora compartilhem a mesma situação ante à ilegalidade da

intervenção, as mulheres percorrem distintas trajetórias, ou seja, uma minoria delas pode arcar com os custos de um abortamento rápido, seguro e sem riscos.

As mulheres com melhores condições financeiras recorrem a clínicas “clandestinas” particulares, que oferecem suporte terapêutico a essa clientela. Em contrapartida, temos a classe social menos favorecida - a maior parcela da população feminina - que recorre às clínicas sem suporte, ao uso de receitas caseiras de chás ou a medicamentos prescritos por leigos e até mesmo às curiosas, sem as mínimas condições de higiene e assepsia. Essas várias estratégias inseguras frequentemente se complicam e acarretam mortes maternas por abortamento (BRASIL, 2005a).

Estimativas apontam um total de 1.054.243 de abortos realizados no Brasil no ano de 2005 (IPAS, 2007). Apesar das proibições legais e religiosas, o aborto continua existindo, causando de 10 a 15% dos óbitos maternos no país.

A morte materna é um dos mais sensíveis indicadores das condições de vida de uma população e reflete, principalmente, a desarticulação, a desorganização e a qualidade inadequada da assistência à saúde prestada à mulher durante o ciclo gravídico puerperal, pois a assistência pronta, oportuna e adequada pode evitar a maioria destas mortes (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS HUMANOS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2001).

Quando falamos de seqüelas pós-aborto, em estudo feito com adolescentes em pós-curetagem, no período de janeiro de 1995 a dezembro de 1997, em uma instituição pública de Feira de Santana, na Bahia, o aborto infectado representou um percentual de 57,5%; reiterando as complicações oriundas do abortamento (SOUZA et al, 2001).

Em maio de 2007, com o enfoque político e religioso em nosso país, notícias sobre o aborto foram veiculadas nos principais jornais da cidade do Rio de Janeiro. Dentre algumas, os jornalistas levantaram a questão do aborto ilegal movimentar um lucrativo “mercado negro” no Brasil, envolvendo clínicas clandestinas e venda de medicamentos abortivos (até mesmo via internet). Essa realidade é vista nas estatísticas dos hospitais públicos onde, no ano de 2006, ocorreram 230.523 internações motivadas por curetagens oriundas de complicações de abortos inseguros ou espontâneos, com o custo de cerca de 33 milhões de reais de acordo com o Ministério da Saúde (OTAVIO; AGEERGE, 2007).

Ainda sobre esse assunto, Muniz (2007) cita que em dois hospitais do município de Niterói (um universitário e o outro estadual), os quais recebem pacientes advindos de Niterói e de São Gonçalo, ambos municípios do estado do Rio de Janeiro, a quantidade de curetagens realizada nas mulheres decorrente de aborto incompleto representa 20% dos atendimentos em um desses hospitais.

Considerando que a mortalidade representa apenas a ponta do *iceberg*, os dados referentes à hospitalização por abortamento confirmam a magnitude desse problema. A curetagem pós-abortamento representa o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde, superada apenas pelos partos normais (BRASIL, 2005a).

#### **1.4 Aborto: uma questão da população feminina**

Ao pensarmos em abortamento, podemos defini-lo como a interrupção de uma dada situação que está em seu curso normal. Quando falamos em saúde da mulher, o abortamento é definido como a interrupção da gravidez até a 20<sup>a</sup>-22<sup>a</sup> semana (140 a 154 dias) e com o produto da concepção pesando menos de 500g, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a).

Como já mencionamos, a temática do aborto é permeada por questões éticas, religiosas e morais defendidas por diversos segmentos sociais e relacionadas às que dizem respeito às questões da saúde reprodutiva e sexual da mulher. Cada segmento, cujas ideologias são diferentes, defende uma vertente. O movimento feminista se refere ao aborto como um direito da mulher. A igreja por sua vez relaciona a questão do aborto como parte do direito à vida. Os dois lados possuem distintas visões de mundo, de relações de gênero, de sexualidade e de reprodução (ROCHA, 2006).

Em algumas situações, o aborto é visto como uma decisão egoísta da mulher desafiando uma sociedade cujos códigos legais e morais procuram fazê-la conservar a gestação de qualquer forma. Desse modo, a mulher aparece como uma criminosa, que, isoladamente, decidiu cometer um delito (ZUGAIB, 1990).

De acordo com a Ipas Brasil<sup>6</sup>, os direitos humanos “são um arcabouço ético e jurídico que reflete o consenso mundial sobre valores e princípios universalmente válidos após a Segunda Guerra Mundial”.

Essa mesma instituição relata que tais direitos demoraram aproximadamente 20 anos para serem adquiridos. O processo iniciou-se em 1968, na Primeira Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, realizada em Teerã, onde foi estabelecido o direito reprodutivo e

---

<sup>6</sup> Organização não-governamental dedicada à melhoria da qualidade de vida das mulheres pelo enfoque na saúde reprodutiva, visando a reduzir o número de mortes e os danos físicos associados ao abortamento.

sexual como parte dos direitos humanos e trouxe para homens e mulheres o direito de planejar o tamanho da família, o número e o intervalo do nascimento dos filhos.

Em 1994, a Internacional Conference on Population and Development Programme of Action – ICPD (1994) estabeleceu que a saúde reprodutiva é um estado geral de bem-estar físico, mental e social e não mera ausência de enfermidades ou doenças, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo bem como suas funções e processos.

Em 1995, no documento final da Quarta Conferência Internacional da Mulher, realizada em Beijing, os governos foram acionados a considerarem a possibilidade de revisão das leis as quais prevêm medidas punitivas contra mulheres que tenham realizado abortos ilegais. Nessas últimas conferências citadas, o aborto realizado em condições inseguras foi tratado como um problema de saúde pública, reafirmando o compromisso dos estados de garantir políticas de qualidade na atenção à saúde sexual e reprodutiva conforme os parâmetros de direitos humanos:

(...) Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso à qualidade nos serviços para tratamento de complicações derivadas do aborto. Aconselhamento pós-aborto, serviços de educação e planejamento familiar deveriam ser oferecidos imediatamente, o que também contribuiria para a prevenção de outros abortos (ICPD, 1994).

A essa mulher estão previstos os direitos à vida, à liberdade, à saúde, à privacidade, a não ser vítima de tortura e de outros tratamentos cruéis, desumanos e degradantes, a uma vida livre de violência e a não ser discriminada. Todos esses direitos em atenção à mulher sobre a atenção pós-aborto tentam proporcionar a ela um atendimento mais humanizado e livre de negligência, acabando aos poucos com as situações de violência institucional e com a violação dos direitos humanos.

A violência institucional ocorre principalmente devido à reprodução pelos profissionais e instituições de saúde dos preconceitos sociais das muitas culturas que apontam e valorizam a gravidez e a maternidade como o ápice da função vital da mulher. E o aborto pode equivocadamente sugerir uma recusa ou repulsa do papel da mulher imputado socialmente.

Vivenciamos na prática assistencial gerenciada pelo modelo biomédico um descaso do profissional no atendimento à gestante em processo de aborto, desde sua admissão na emergência obstétrica até, muitas vezes, o momento da alta hospitalar. Infelizmente só conseguimos observar o aborto (espontâneo ou provocado) levando basicamente em consideração seus aspectos clínico-obstétricos e, na maioria das vezes, a discriminação e a culpa, sem levar em consideração todo aspecto sociocultural vivenciado pela mulher.

A conduta nos atendimentos de aborto incompleto é estritamente normativa e punitiva, caracterizando a trajetória desumana das mulheres nos serviços de saúde (AGUIRRE; URBINA, 1997). A necessidade de atenção oportuna é imperiosa, dada a dificuldade das mulheres em reconhecer sinais de possíveis complicações, aliada ao fato de o medo e a vergonha serem fatores que podem retardar a busca de cuidado (BRASIL, 2005a).

Diante disso, muitas mulheres não procuram uma assistência especializada nos serviços de saúde após o aborto. A clientela atendida nos hospitais é composta por mulheres com algum tipo de problema ou complicação relacionada ao aborto. Podemos ressaltar que, em situações de abortamento, as mulheres nem sempre procuram uma assistência hospitalar, especialmente se a gestação não for desejada. A procura por atendimento em unidade de saúde geralmente acontece quando há hemorragia intensa ou infecção e possibilidade de óbito materno.

## 2 METODOLOGIA

### 2.1 TIPO DE ESTUDO

No sentido de aprofundar a relação estabelecida pela gestante em processo de abortamento e a violência vivenciada durante a gestação optamos por uma pesquisa qualitativa, a qual busca entender um fenômeno específico em profundidade, tendo como fonte primária os discursos dos sujeitos, ou seja, as gestantes em processo de abortamento.

A pesquisa caracteriza-se por ser **descritiva**. Conforme relatam Polit, Beck e Hungler (2004), além de observar e descrever o fenômeno, esse tipo de pesquisa investiga a sua natureza e os fatores com os quais ela se relaciona, tendo como objetivo revelar os diversos modos pelos quais um fenômeno se apresenta, assim como os processos não manifestados, mas ocultos ou subentendidos.

A análise qualitativa é uma atividade intensiva que exige criatividade, sensibilidade conceitual e trabalho árduo. A finalidade da análise de dados é organizar, fornecer estrutura e extrair significado das informações da pesquisa, além de oferecer uma melhor compreensão dos valores culturais e das representações de um determinado grupo sobre temas específicos, por meio de trabalho com um universo de crenças, motivos, significados, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004; MINAYO, 2000).

A necessidade de trabalhar com uma abordagem de natureza qualitativa surgiu da complexidade e da subjetividade presente na temática da pesquisa. Essa modalidade de investigação preocupa-se com questões que não podem ser relativizadas por variáveis. Há uma especial atenção à qualidade, aos elementos significativos para o investigador, que irá buscar valores subjetivos camuflados nos atos da humanidade, tentando compreender as ações e as reações do mundo humano, suas crenças, atitudes e posturas.

De acordo com Chizzotti (2001), o método qualitativo parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interligação entre o sujeito e o objeto, um vínculo inseparável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa. O sujeito observador é parte do processo de conhecimento e é capaz de interpretar os

fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado novo neutro, está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações.

## 2.2 CENÁRIO

Os cenários deste estudo foram as maternidades localizadas no município de Niterói/Rio de Janeiro. Essa cidade localiza-se na faixa oriental da Baía de Guanabara. Possui limites com o município de São Gonçalo ao norte, Maricá a leste, Oceano Atlântico ao sul e com a Baía de Guanabara a oeste. A distância entre Niterói e a cidade do Rio de Janeiro é de aproximadamente 14 quilômetros pela ponte Presidente Costa e Silva. Apresenta uma população absoluta de aproximadamente 474.000 habitantes<sup>7</sup>.

Elegemos as maternidades localizadas no município de Niterói/RJ, haja vista a maioria dos estudos realizados em maternidades ocorrer nas principais capitais; no nosso caso, no Rio de Janeiro. Optamos, portanto, utilizar como cenário o município no litoral cujas maternidades apresentam suporte profissional e tecnológico para atender moradores das cidades e dos municípios vizinhos.

Esse município possui três maternidades públicas, sendo uma de autarquia federal, vinculada ao Ministério da Educação (Hospital Universitário Antônio Pedro – HUAP/UFF), uma estadual (Hospital Estadual Azevedo Lima - HEAL) e outra municipal (Hospital Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira), que foram escolhidas como cenário desta pesquisa.

- ✓ **Hospital Universitário Antônio Pedro** - único hospital universitário da região, vinculado à Universidade Federal Fluminense, localizado no Centro do município. Realiza atendimento a toda área metropolitana, abrangendo Niterói, São Gonçalo, Itaboraí e Magé. Atualmente os atendimentos são prioritariamente direcionados a mulheres com gestação de risco.
- ✓ **Hospital Estadual Azevedo Lima** - instituição estadual situada no bairro do Fonseca, em Niterói. Oferece atendimentos às gestantes de Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Tanguá, Rio Bonito, Silva Jardim e Maricá. A maternidade está situada no terceiro andar desse hospital geral.

---

<sup>7</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Apresenta estimativas da população para 1º de julho de 2008. Disponível em: < [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/POP2008\\_DOU.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/POP2008_DOU.pdf) >. Acesso em: 20 out. 2008.

- ✓ **Hospital Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira** - instituição municipal situada em Charitas, que atende à demanda espontânea e referenciada de média complexidade em obstetrícia.

Cabe ressaltar que o Hospital Universitário Antônio Pedro e o Estadual Azevedo Lima possuem um programa de atendimento e apoio às mulheres vítimas de violência doméstica durante a gestação<sup>8</sup>, temática por nós abordada.

Visitamos as unidades e apresentamos às chefias o projeto de pesquisa. Após uma entrevista com os responsáveis para expor os objetivos do estudo, os campos foram liberados como cenários de pesquisa. O presente projeto de pesquisa obteve sua aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro sob o número 0146.0.258.000-07.

### **2.3 AS DEPOENTES E A COLETA DE DADOS**

Após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa, demos continuidade à etapa seguinte: selecionar as depoentes nos campos. Para isso, entramos em acordo com as chefias para definirmos os dias e horários que seriam realizadas as entrevistas. Ficou estabelecido, por duas das unidades, que estas seriam feitas de segunda a sexta-feira, somente no período da tarde, horário do término das visitas médicas. O pré-estabelecimento desse cronograma e horário pelas chefias das unidades limitou o número de entrevistadas, não fazendo parte da pesquisa as mulheres internadas de sexta-feira à noite até o domingo.

Desse modo, a coleta dos dados foi desenvolvida nos meses de março e abril de 2008 junto às mulheres grávidas internadas em uma das maternidades públicas da cidade de Niterói, que aceitaram participar desta pesquisa. Utilizamos como critérios de inclusão o diagnóstico clínico obstétrico de abortamento (em suas diversas formas) por ocasião de sua internação e a idade igual ou superior a 18 anos.

Ao buscarmos um parâmetro sobre o número de mulheres em processo de abortamento nas unidades, surpreendemo-nos com o fato de não haver registro das internações por aborto,

---

<sup>8</sup> Secretaria de Saúde e Defesa Civil. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Apresenta dados sobre os serviços de saúde oferecidos pelo Governo do Estado à população. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/imprensa/notabr03.shtml>>. Acesso em: 01 nov. 2007.

existindo somente o número de registro de wintercuretagens<sup>9</sup>. Tal procedimento é realizado na maioria nos casos de abortamento e também por ocasião de mola hidatiforme<sup>10</sup> e placenta retida. O quantitativo de wintercuretagens contabiliza as mulheres de todas as faixas etárias; por conseguinte, as menores de 18 anos, um dos critérios de exclusão desta pesquisa. No período da coleta de dados encontramos a realização em média de 40 procedimentos de wintercuretagens por mês, somando o quantitativo das três unidades.

Diante da ausência da informação sobre as internações na unidade do diagnóstico, sentimos a necessidade de desenvolver a coleta de dados em duas etapas. Na primeira, investigamos nos prontuários das mulheres internadas aquelas que possuíam como diagnóstico de internação o processo de abortamento, excluindo casos como mola hidatiforme e curetagem por placenta retida. Ainda nessa etapa de consulta aos prontuários foram levantados dados referentes à idade, à situação conjugal e a dados obstétricos (gestações, paridades e abortos) dessas gestantes, objetivando analisar o perfil das entrevistadas e selecionando-as quanto à idade (APÊNDICE A).

Em um segundo momento, foram entrevistadas mulheres com diagnóstico de abortamento, independente da confirmação da vivência de violência na gestação. Anteriormente a cada abordagem, buscamos averiguar o diagnóstico clínico obstétrico de abortamento nos prontuários e, posteriormente, convidamos essas mulheres a participar da entrevista.

No momento da entrevista foi feita uma abordagem individual, com apresentação dos objetivos da pesquisa e do convite para participar da mesma. Cada mulher assinou um Termo de Consentimento Esclarecido (APÊNDICE C), preconizado pela Resolução 196/96, que norteia pesquisas realizadas em seres humanos (CNS 196/96). Nesse momento também foi informado que não haveria divulgação do nome, garantindo-lhes o anonimato das informações obtidas.

A entrevista foi realizada com roteiro de perguntas semi-estruturado (APÊNDICE B), partindo de questionamentos básicos sobre o foco do estudo, ampliando o campo de questões no qual o sujeito evolui seu pensamento espontaneamente.

Com o intuito de adequarmos o instrumento de coletas e a abordagem junto às mulheres, realizamos seis “entrevistas-piloto”, não sendo as mesmas consideradas na análise

---

<sup>9</sup> Procedimento cirúrgico realizado após os abortamentos para a retirada de restos ovulares. Tal procedimento é realizado sob anestesia; por meio de raspagem da cavidade uterina com instrumental adequado, extrai-se o material desprendido.

<sup>10</sup> A doença trofoblástica gestacional ou mola hidatiforme engloba um grupo heterogêneo de lesões caracterizadas por proliferação anormal do trofoblasto.

final dos dados. A adequação do instrumento (roteiro da entrevista) foi realizada principalmente em função da temática da violência. Isso se deu ao observamos que, ao serem abordadas sobre o tema, as mulheres não se percebiam vítimas da violência, principalmente quando relacionada ao aborto. No decorrer das entrevistas, ao começarmos a utilizar termos correlatos como “conflito” e “situações desagradáveis”, além do tema “violência”, os pensamentos das depoentes começaram a fluir com melhor facilidade.

O pré-teste dos roteiros consiste na realização de entrevistas com os informantes previstos no desenho do projeto, levando geralmente à modificação da lista de temas e da forma de abordar o assunto. Torna-se frequentemente necessário dar explicações mais claras aos entrevistados sobre os tópicos que na elaboração inicial provoque dúvidas, sendo recomendável acrescentar questões que se mostrem relevantes do ponto de vista dos atores, surgidas nessas interações (SOUZA et al, 2005).

Após adequação do roteiro, principalmente quanto à abordagem inicial às gestantes sobre a temática (vivência da violência na gestação e o abortamento), retornamos aos campos e realizamos um total de 15 entrevistas. Esse quantitativo de entrevistas foi estabelecido pela recorrência dos depoimentos das gestantes, caracterizando o fenômeno de saturação. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

A idéia inicial era entrevistar as mulheres em um local tranqüilo, com privacidade, na própria instituição nas quais estivessem internadas, a fim de evitar o constrangimento, principalmente nas questões específicas sobre violência e abortamento, e facilitar o desenvolvimento da entrevista. Esse recurso não conseguiu ser bem aplicado, pois nem todas as unidades dispunham de um local privativo para as entrevistas, sendo estas realizadas em local improvisado pelo pesquisador, muitas das vezes na própria enfermaria ou até mesmo na sala de pré-parto onde as mulheres aguardavam para serem submetidas à wintercuretagem.

Ressaltamos que nesse momento as mulheres estavam sendo submetidas a terapias medicamentosas (no caso com infusão de ocitocina) que causam desconforto e dores tipo cólicas de média a forte intensidade, dependendo do limiar de dor de cada indivíduo. Algumas vezes foi necessário aguardar a administração de analgésicos para melhor controle da dor e, assim, continuar a entrevista. A idéia inicial era realizar as entrevistas após o procedimento e término do efeito anestésico, momento em que a mulher já estaria restabelecida e sem dor; porém tal critério foi sendo modificado no decorrer das entrevistas.

O roteiro semi-estruturado da entrevista constituiu-se de questionamentos básicos sobre violência, ampliando o campo de questões para a ocorrência da mesma durante a gestação e sua relação com o processo de abortamento, ou seja, a entrevista foi estruturada a fim de permitir a evolução espontânea do pensamento do sujeito.

De acordo com Minayo et al (2005), a entrevista semi-estruturada “[...] combina perguntas abertas e fechadas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”.

As entrevistas foram gravadas em aparelho MP3 e transcritas posteriormente na íntegra. Os depoimentos serão guardados por cinco anos; após esse prazo, serão apagados e incinerados, seguindo as questões éticas da presente pesquisa.

Cabe destacar que, para melhor compreensão e análise dos depoimentos, consideramos relevante descrever as características sociais das 15 mulheres entrevistadas em nosso estudo:

<b>Identificação</b>	<b>Idade (anos)</b>	<b>Cor</b>	<b>Situação conjugal</b>	<b>Dados obstétricos<sup>11</sup></b>	<b>Idade gestacional<sup>12</sup></b>	<b>Escolaridade/Profissão</b>
Ent. 1	40	Parda	Casada	Gesta II	11 semanas	Ensino Médio/professora
Ent. 2	29	Parda	Solteira	Gesta IV/ Aborto I	8 semanas	Ensino Médio/doméstica
Ent. 3	32	Parda	Casada	Gesta III	8 semanas	Ensino Médio/do lar
Ent. 4	28	Branca	Solteira	Gesta I	8 semanas	Ensino Médio/caixa
Ent. 5	20	Parda	Solteira	Gesta III / Aborto I	12 semanas	Ensino Fundamental/manicure
Ent. 6	32	Preta	Solteira	Gesta XIII /Aborto X	12 semanas	Ensino Médio/balconista
Ent.7	20	Parda	Solteira	Gesta I	9 semanas	Ensino Médio/ <i>baby sitter</i>
Ent. 8	28	Parda	Solteira	Gesta I	19 semanas	Ensino Médio/professora
Ent. 9	31	Preta	Casada	Gesta IV	8 semanas	Ensino Fundamental/ doméstica
Ent. 10	38	Parda	Casada	Gesta VI	16 semanas	Ensino Fundamental/acompanhante
Ent.11	20	Branca	Casada	Gesta III /Aborto I	12 semanas	Ensino Fundamental /vendedora
Ent. 12	38	Parda	Casada	Gesta IV /Aborto II	13 semanas	Ensino Médio/do lar
Ent. 13	23	Preta	Casada	Gesta II	7 semanas	Ensino Fundamental /do lar
Ent. 14	23	Parda	Solteira	Gesta II	18 semanas	Ensino Fundamental / diarista
Ent.15	23	Parda	Casada	Gesta III	7 semanas	Ensino Médio/do lar

Quadro: Características sociais das depoentes

<sup>11</sup> Nesta apresentação computamos a gestação atual e os abortos anteriores, mas não incluímos o processo de aborto atual em função de termos mulheres com diagnósticos de ameaça de abortamento.

<sup>12</sup> Referindo-se à idade gestacional no momento da internação.

Verificamos que as mulheres entrevistadas apresentavam-se na faixa etária dos 20-25 anos (40%), 26-30anos, 31-35 anos e 36-40 anos (20% cada faixa etária), caracterizando uma maior prevalência de mulheres no início da vida adulta e no considerado período reprodutivo ideal e fora do risco obstétrico.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b) aponta como fatores de risco as características individuais e as condições sociodemográficas desfavoráveis, dentre elas a idade materna menor que 17 anos e superior a 35. Desse modo, a maioria das mulheres entrevistadas está inserida na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde para a gestação.

Constatamos ao analisar as características obstétricas dessas mulheres que as mesmas referiram apresentar em média três gestações, sendo a do momento da entrevista esta a primeira gestação de apenas três das mulheres. No que diz respeito à taxa de fecundidade, a partir da década de 1960, de acordo com os Censos demográficos de 1960 a 2000, decresceu de 6,2 para 2,3, sendo este o índice na região Sudeste (BRASIL, 2005c).

Tal fato faz-nos refletir sobre a multiparidade na vida das mulheres, caracterizando ainda o papel social a ser desempenhado pela maioria delas, principalmente das classes menos favorecidas. Vale ressaltar que o papel de mãe ainda é visto como um dos atributos da mulher, que foi criada e educada para casar, ter filhos e, após o casamento, cuidar da casa e do marido.

Fugindo a essa regra a mulher poderá estar sujeita à reprovação da sociedade e muitas vezes à da própria família. Cabe ressaltar que ao falarmos sobre fecundidade podemos nos reportar aos direitos reprodutivos, os quais abrangem direitos humanos como direito básico dos indivíduos decidirem, livre e responsavelmente, sobre o número e o espaçamento dos filhos e disporem de informação, educação e meios necessários para manterem essa decisão.

Todo cidadão tem o direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo a saúde sexual e saúde reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no que diz respeito à relação sexual e à reprodução, incluindo direito à integralidade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas conseqüências (BRASIL, 2007).

Constatamos no grupo nas mulheres entrevistadas que a ocorrência do processo de abortamento acontecia pela primeira vez na maioria das entrevistadas (10 mulheres) e pela segunda vez em três pessoas das entrevistadas. Verificamos também que em duas das entrevistadas o processo de aborto consistia em uma experiência mais recorrente; sendo

verificado que em uma das mulheres o processo de aborto acontecia pela terceira vez, e em outra, pela décima primeira.

Entre 1999 e 2002, selecionando apenas as mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos, houve 985.709 internações por aborto no Brasil e observa-se a seguinte distribuição por faixa etária: 1,2% em meninas de 10 a 14 anos; 20% entre 15 e 19 anos; 52,1% entre 20 e 29 anos; 22,1% de 30 a 39 anos; e 4,6% acima de 40 anos (SAÚDE, 2005). Na cidade de Niterói - Rio de Janeiro, nos meses de março e abril do ano de 2007, houve 113 internações por gravidezes que terminaram em aborto<sup>13</sup>.

É difícil obter dados fidedignos acerca do aborto no Brasil por este ser considerado crime e ser realizado em largo espectro na clandestinidade. Esses números são apenas contabilizados na rede pública pelas internações e realizações de procedimentos cirúrgicos (wintercuretagem) e em alguns casos de abortamento inseguro quando apresentam complicações tardias. De acordo com o Ministério da Saúde (2005a), as mulheres em processo de abortamento que procuram os serviços de saúde devem ser acolhidas, atendidas e tratadas com dignidade, haja vista a atenção tardia ao abortamento trazer complicações de ameaça à vida, à saúde física e mental das mulheres.

O abortamento espontâneo ocorre em aproximadamente 10% das gestações, envolvendo sentimentos de perda, culpa pela impossibilidade de levar a gestação a termo, além de trazer complicações para o sistema reprodutivo, requerendo atenção técnica adequada, segura e humanizada (BRASIL, 2005a; SAÚDE, 2005).

A maioria das mulheres (10) afirmou estar vivenciando pela primeira vez o processo de abortamento; situação nova na vida feminina, no seu processo reprodutivo na hospitalização. O aborto pode ser resultado de necessidades não satisfeitas de um processo reprodutivo, envolvendo falta de informação sobre anticoncepção e dificuldade de acesso aos métodos, além de falhas em sua utilização e falta de acompanhamento nos ambulatórios da rede básica de saúde. Pode ser motivado também por relações conflituosas com o parceiro (BRASIL, 2005a).

Esse motivo foi apresentado por parte de nossos sujeitos, visto que sete designavam-se solteiras (46,7%), apresentando relacionamento instável com o companheiro e muitas vezes dependente economicamente de familiares. Importante relatar que o dado apresentado foi constatado na consulta aos prontuários, entretanto, ao serem entrevistadas, as mulheres não

---

<sup>13</sup> DATASUS. Provê os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle do Sistema Único de Saúde. Através da manutenção de bases de dados nacionais, apoio e consultoria na implantação de sistemas e coordenação das atividades de informática inerentes ao funcionamento integrado dos mesmos. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 06 jul. 2008.

valorizavam em seus discursos a união estável com companheiro. Das 15 entrevistadas, apenas três referiram estar casadas.

Quanto às atividades exercidas por essas mulheres, os discursos demonstraram que todas possuem responsabilidades domésticas. Além das atividades nos lares, nove mulheres também possuíam uma atividade pública, trabalhando fora de suas residências; e seis mulheres não possuíam uma profissão, destacando somente as atividades domésticas realizadas, caracterizando uma vida caseira e não pública.

Ao discutirmos as características das atividades públicas, constatamos que as mulheres exercem funções diretamente relacionadas às questões de gênero. Elas, ao exercerem mais sua função social doméstica, acabam investindo menos nos estudos e conseqüentemente alcançam níveis de escolaridade mais baixos - fundamental e médio, o que dificulta o acesso delas na obtenção de empregos com mais estabilidade. As atividades remuneradas por elas exercidas exigem mais esforço físico e tempo. Este dividido entre os espaços público e privado, pois, além de necessitarem manter seus empregos, ainda devem assumir os trabalhos domésticos ao chegarem a suas residências, levando-as a manter uma dupla jornada de trabalho.

Ao analisar a cor da pele das entrevistadas, verificamos que 10 (66,7%) designavam-se pardas; três (20%), pretas; duas (13,3%), brancas. Tais dados estão compatíveis com o estudo de Lucena (2000), que, ao entrevistar 154 mulheres internadas por aborto em uma maternidade pública do Recife, obteve como resultados 82,47% de mulheres pardas, 9,09% pretas e 8,44% brancas; e Pérez (2006), ao entrevistar 147 mulheres internadas em Salvador por abortamento, observou 54,5% das mulheres pretas, 36% pardas e 9,5% brancas. Esses dados traduzem que a maioria da clientela atendida nas unidades públicas de saúde é de mulheres pardas e negras, as quais geralmente possuem condições econômicas menos favorecidas que as mulheres brancas.

Em relação à idade gestacional por ocasião da internação, verificamos que seis mulheres encontravam-se com idade gestacional variando até a 8ª semana, cinco mulheres entre a 9ª e a 13ª semana e três mulheres entre a 14ª e 19ª semana.

## 2.4 ANÁLISE DE DADOS

Em decorrência de estar trabalhando com um objeto de pesquisa o qual envolve subjetividade em virtude de sua complexidade, entendemos que a análise de conteúdo permitirá alcançar as entrelinhas dos discursos das depoentes. A técnica da análise de conteúdo consiste em um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis, em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados (BARDIN, 2004).

A técnica se aplica à análise de textos escritos ou de qualquer comunicação (oral, visual, gestual) reduzida a um texto ou documento e tem como objetivo compreender, criticamente, o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas (CHIZZOTTI, 2001).

Logo após a transcrição das entrevistas, foram realizadas leituras freqüentes e aprofundadas dos depoimentos de modo a analisá-los tanto quanto ao conteúdo expresso como o presente nas entrelinhas (sublimado). Para tal, os dados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 2004), sendo definidos como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) os quais permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens; e serão refletidos à luz dos referenciais conceituais sobre a temática (gênero, aborto e violência).

Em função de fazermos parte do cenário de investigação, buscamos ter uma maior atenção nas diversas fases da pesquisa, mas, principalmente, na fase de análise dos dados. As diferentes fases da análise de conteúdo (BARDIN, 2004) giram em torno de pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais, tratando-se do momento da organização propriamente dita (BARDIN, 2004), favorecendo, assim, um esquema para as etapas seguintes da análise. Foram realizadas leituras sucessivas para viabilizar a organização do conteúdo.

A regra de exaustividade contempla recursos trabalhados, no nosso caso, as entrevistas. Por sua vez, a regra de representatividade está relacionada à freqüência e ao

tamanho da amostra, bem como à identificação de conteúdos recorrentes sobre determinados temas.

O passo seguinte é a da homogeneidade, isto é, o agrupamento dos dados, seguindo o critério de escolha para a construção das categorias. Por fim, a última etapa é a de pertinência, cujos textos retidos devem ser adequados ao objeto e aos objetivos da pesquisa.

Bardin (2004) comenta que a análise temática é: “[...] contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada”. O autor refere que a frequência da aparição dessas unidades pode significar alguma coisa para o objetivo da análise escolhida. Utilizamos, portanto, a frase como unidade de registro (UR).

Inicialmente buscamos montar o quadro de unidades de registro (UR). Após algumas estratégias de organização, escolhemos a de corte e colagem. Em uma planilha ampliada, utilizando folhas de papel pardo, cortamos, colamos e agrupamos as unidades de registro afins, permitindo-nos uma visão geral das unidades.

Depois desse processo, os dados foram repassados para uma planilha (quadro demonstrativo – ANEXO) em um documento Word do computador. Agrupamos as unidades de codificação, avaliando o seu percentual, e reagrupamos as que demonstravam um sentido, formando um tema para cada grupo. A partir do desmembramento dos temas, tornou-se possível a construção das categorias. É essencial lembrarmos que correlacionamos todos os passos da construção dessas categorias aos objetivos do estudo.

Neste estudo trabalhamos com duas categorias que emergiram dos discursos na análise: “**Compreendendo a perspectiva da mulher gestante sobre violência e o processo do abortamento**”, na qual apresentamos a compreensão da mulher sobre as temáticas da violência e do aborto, e a “**Relação da violência na gestação e o processo de abortamento: perspectiva da mulher**”, que nos permitiu discutir os anseios e os receios das mulheres frente às gestações não planejadas e não aceitas pelo companheiro e pela própria mulher, a dupla jornada de trabalho e a caracterização da violência institucional pela busca de uma assistência humanizada.

### 3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

#### 3.1 Compreendendo a perspectiva da mulher gestante sobre a violência e o processo do abortamento

Esta categoria retrata a compreensão das gestantes internadas em processo de abortamento, tanto sobre a questão relativa à violência contra a mulher como sobre o aborto.

Constatamos nos relatos que as mulheres falavam sobre o significado de violência a partir de ocorrências vividas, seja em suas relações estreitas ou mesmo em seu meio social.

Dentre as 15 entrevistadas, verificamos que dez gestantes (21 UR) identificaram e apontaram a violência contra a mulher como agressões físicas, verbais, psicológicas e sexuais. Destacaram as violências praticadas no ambiente intrafamiliar, principalmente pelo companheiro (gênero), demonstrando uma atualização acerca das principais formas de violência que acometem as mulheres e uma ampliação da visão do significado da violência, não só como agressões físicas, mas como violação dos direitos femininos. As gestantes demonstraram em suas falas perceber a violência intrafamiliar praticada principalmente por parceiros íntimos.

Brigas, violência na família, briga de marido e mulher. (entrevistada 4)

Mas não é nem pelo fato dele agredi-la fisicamente. Verbalmente também. Eu penso assim. Falou, gritou... falou de uma forma que me magoou, para mim está me agredindo de alguma forma. (entrevistada 5)

Tem várias formas de violência. Quando a pessoa tem um marido assim que bebe, que fuma, que quando chega em casa pega a mulher tá grávida e espanca... trata mal, aí para mim violência é isto... contra a mulher. (entrevistada 3)

Viver em situação de violência doméstica faz parte do cotidiano de uma parcela significativa de mulheres e geralmente é expressa por conflitos constantes com o companheiro, incluindo agressões físicas e verbais. No estudo de Tavares (2000), dentre as 164 mulheres estudadas em um Centro de Referência da Saúde da Mulher do Hospital Pérola Byington, no Estado de São Paulo, 80% delas relataram ter sofrido algum tipo de violência física, incluindo desde tapa no rosto até fraturas, além do medo constante sobre o que poderia acontecer em seu cotidiano.

Paz (2006) relata que a prevalência global de violência por parceiro íntimo se mantém constante antes e durante a gravidez, havendo alteração apenas na frequência de tipos. Antes da gestação, as violências psicológica exclusiva e psicológica acompanhada da física são as mais frequentes. Durante a gravidez, a violência psicológica exclusiva prevalece.

Nunes-Rivas et al (2003) relatam que em Costa Rica, dentre 118 mulheres em puerpério imediato, 29,7% das entrevistadas sofreram algum tipo de violência na gestação, sendo que 86,9 % afirmaram ter sofrido violência psicológica; 60,9%, violência física; e 52,2%, violência sexual. No Rio de Janeiro, Moraes e Reichenheim (2002) estimaram, após entrevista com 526 mulheres em três maternidades públicas durante as primeiras 48 horas de pós-parto, uma prevalência de 61,7% de violência psicológica e 18,2% de violência física cometidas por parceiro na gestação.

A relação de poder perpetuada por gerações em nossa cultura traduz à mulher uma postura de submissão em relação ao homem nas fases do seu ciclo de vida (principalmente na fase adulta), seja no âmbito doméstico (privado) ou no trabalho (público). Verificamos, entretanto, nas falas das gestantes ao dar significado à violência uma reflexão crítica sobre as questões referentes à posição sociocultural da mulher no ambiente doméstico e também no público.

Eu morava com ele, eu não trabalhava porque ele não deixava. Eu era totalmente dependente dele né. (entrevistada 10)

Até no trabalho mesmo tem violência contra a mulher. No serviço até brinco... um bando de homens e a gente que passa pano e tal... então é uma violência contra a mulher. (entrevistada 6)

As relações de gênero expressam relações de poder entre os sexos. Nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, as mulheres vêm obtendo êxito na conquista de certos direitos sociais, progredindo em direção à igualdade de gênero. No entanto, a desigualdade ainda não foi totalmente ultrapassada, sendo um reflexo da tradição patriarcal da sociedade brasileira, expressada pela violência de gênero, a qual constitui um fenômeno social alarmante que engloba diversos fatores (SOUZA; ADESSE, 2005).

Para Pitanguy (2003), a violência de gênero é a desvalorização cultural do feminino, presente desde a preferência por um feto do sexo masculino até uma desvalorização sutil que acompanha a mulher ao longo da vida, socializando-a para a vivência de relações de gênero assimétricas. A naturalização da desigualdade é o instrumento principal para sua aceitação e sua incorporação em leis, práticas ou comportamentos que se estendem em diversos campos, inclusive no da saúde.

“A estrutura de gêneros delimita também o poder entre os sexos. Mesmo quando a norma legal é de igualdade, encontramos, na vida cotidiana, a desigualdade e a iniquidade na distribuição do poder e da riqueza entre homens e mulheres” (BRASIL, 2001, p.14).

Essa desigualdade pode ocasionar agressão física, tais como estapear, socar, chutar e surrar; abuso psicológico, como, por exemplo, intimidações, constante desvalorização e humilhação; relações sexuais forçadas e outras formas de coação sexual; além de vários comportamentos controladores, como isolar a pessoa de sua família e amigos, monitorar seus movimentos e restringir seu acesso às informações ou à assistência.

As gestantes entrevistadas apontaram também como violência o papel que necessitam manter tanto no ambiente doméstico como no público, ou seja, além de trabalharem fora de casa para ajudar na renda familiar, ao chegarem, têm de continuar o trabalho, mantendo uma dupla jornada, cuidando dos afazeres domésticos, conjugais e dos filhos.

Eu trabalho fora [...] e ainda cuido de quatro filhos em casa. (entrevistada 10)

Meu horário de trabalho é muito ruim não dá tempo nem de respirar. (entrevistada 6)

As mulheres executam atividades características de sua função feminina imposta pelos padrões sociais; isto é, possuem um parceiro, cuidam dos filhos e da administração de sua residência e, ainda, por necessitarem manter uma visibilidade social e o orçamento familiar, também têm vínculo empregatício.

Oliveira (2001) relata que socialmente a renda feminina geralmente não é valorizada. Independente da parcela orçamentária, sempre é vista como um complemento, cabendo ao homem a manutenção dos lares. Por outro lado, em nosso estudo, uma parcela das mulheres é solteira e responsável pela manutenção e sustento dos filhos; e as casadas trabalham fora de suas residências para ajudar o companheiro no orçamento.

É comum também verificar que a maioria dos trabalhos públicos exercidos por mulheres, principalmente as da classe menos favorecida, é menos valorizada socialmente, ou seja, no serviço remunerado, mesmo trabalhando com homens em uma mesma função, a mulher termina por executar as tarefas ditas femininas, tais como limpeza e organização do ambiente, reproduzindo desse modo no espaço público os afazeres pré-determinados para o espaço privado.

A existência da dependência financeira e emocional do parceiro torna-se fator de conflito inter-relacional mais forte entre o casal ou a família quando a gestação acontece, na maioria das vezes não planejada e não desejada. O contexto socioeconômico vivenciado pelo

casal, associado ao surgimento da gravidez e a todas as transformações que ela acarreta na conjuntura familiar, no papel dessa mulher, do homem e dos familiares, pode favorecer o surgimento de momentos de agressividade, ameaças e culpa à mulher pelas possíveis dificuldades vivenciadas nessa nova situação.

Dentre os diversos tipos de violência contra a mulher mencionados pelas depoentes, a violência física foi a mais falada (10 entrevistadas, 16 UR). Segundo o Ministério da Saúde, acontece quando uma pessoa, que está em relação de poder à outra, causa ou tenta causar a esta dano não acidental, por meio do uso de força física ou de algum tipo de arma, o qual pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. É caracterizada por tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, queimaduras, cortes, estrangulamentos, lesões por armas e objetos e por atitudes como ser tirada de casa à força, ser amarrada, arrastada, ter a roupa arrancada, ser abandonar em locais desconhecidos, além de omissão de cuidados e proteção contra agravos evitáveis, como situações de perigo, gravidez, alimentação, higiene, entre outros (BRASIL, 2001).

A valorização da violência física está interligada à visibilidade dessa manifestação que é muito comum nos atos violentos na sociedade. Agressão e espancamentos geram hematomas que não são apagados facilmente, permitindo julgo de valores pelos pares, objeto de ações sociais, impondo ônus humanos e econômicos aos países.

Eu acho que violência contra a mulher é quando o marido é ruim, né?! E a mulher está grávida... e ele começa a bater e chutar. Aí é muito ruim ter um marido assim.. aí é uma violência. (entrevistada 3)

A agressão física é apontada como a que mais acomete as mulheres dentro de sua residência, sendo o companheiro o agressor e a mulher, a sua vítima. Ocorre em todos os países, independente do grupo social, econômico, religioso ou cultural.

Penna (2005) cita o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002), que em 48 pesquisas realizadas com populações do mundo todo, de 10% a 69% das mulheres relataram ter sofrido agressão física por um parceiro íntimo em alguma ocasião de suas vidas.

As gestantes entrevistadas também identificaram a violência contra a mulher como uma desigualdade social entre os papéis femininos e masculinos, principalmente relacionada ao poder no ambiente doméstico.

A violência contra a mulher é quando a mulher é maltratada dentro de casa pelo marido. (entrevistada 12)

Marido brigando, estes homens que bebem, batem na mulher, exploração doméstica. (entrevistada 6).

O ambiente doméstico consiste no cenário de representações de fortes relações de gênero. A mulher é vista a partir de sua função cuidadora, tendo a sensibilidade como uma de suas virtudes, e o homem, como provedor do sustento do lar e másculo. Nesse contexto, a violência contra a mulher tem uma maior visibilidade, enquanto o homem apresenta o papel de dominador e aproveita sua força física para agredir a mulher por meio de maus tratos, humilhações, ameaças, tapas e empurrões.

A cultura ocidental ainda fomenta a reprodução e a naturalização de comportamentos assimétricos com os quais o homem se relaciona de forma a se sentir superior à mulher, utilizando sua força de macho para impor a subordinação da fêmea (OLIVEIRA, 2007). A autora ainda nos chama a atenção para a postura abusiva do homem caracterizada por ele bater na mulher e ter autoridade sobre ela. Ele quer ser superior e utiliza sua força física, maior que a da mulher, para ter vantagem sobre ela.

A violência doméstica pode estar associada a uma relação de poder, na qual a mulher está submissa ao homem e muitas vezes não consegue ser ouvida e ter suas opiniões expressas e aceitas, podendo acarretar agressões vivenciadas dentro de sua residência.

A violência tem sido definida por ações ou omissões que infligem dor e sofrimento físico e psíquico, além de ser uma linguagem. É uma forma de comunicação que acaba se instalando entre certos grupos que naturaliza e pelo desconhecimento de uma outra gramática enfatiza a não capacidade de ouvir, de respeitar, de compartilhar, de aceitar as diferenças e de expressar positivamente os sentimentos (OLIVEIRA, 2007).

Em relacionamento sadio, situações, decisões e soluções devem ser sempre compartilhadas entre o casal. Assim, ambas as partes cedem em alguns momentos, encontrando-se um ponto de interseção. Como muitas vezes isso não ocorre em uma relação, as manifestações de violência se sobressaem em momentos de discordância entre o casal, sendo a manifestação física a mais visível, associada à agressão verbal. Esta manifestação leva à mulher ao comprometimento emocional, principalmente por meio de insultos e inferiorização.

A violência verbal ocorre geralmente no ambiente privado, na ausência de testemunhas, podendo por vezes acontecer na presença dos filhos do casal. Essa manifestação de violência do modo como é conduzida pode levar à baixa da auto-estima, a ameaças e a intimidações, aumentando as lacunas existentes nos relacionamentos.

Nessa situação a mulher tende a se silenciar, tentando manter a sua proteção enquanto mulher e grávida e a do seu filho.

As pessoas pensam que violência é só agredindo, eu já acredito que violência contra a mulher pode ser de várias formas verbalmente, fisicamente. (entrevistada 5)

Então agressão verbal e agressão física são coisas que contam muito. (entrevistada 8)

É homem que espanca mulher, tanto com agressão física como com palavras né. (entrevistada 13)

As mulheres vivenciam a violência verbal quando seus parceiros possuem o intuito de abalar o valor moral e a aparência física delas, gerando-lhes angústias, inseguranças e dificuldade de transformar em diálogo os próprios sentimentos (TAVARES, 2000).

É fato que a maioria dos tipos de violência encontra-se interligada, ou seja, ao ocorrer uma violência física, a verbal encontra-se associada a ela, assim como a psicológica. As atitudes violentas geram na pessoa que a vivencia o estabelecimento de tensões e estresse, violência psicológica ou emocional, a qual é percebida no caso de agressões, ameaças físicas, coerção, maus tratos e dominações.

Entendemos ser possível magoar profundamente alguém, em particular as mulheres, por meio de insultos a ela direcionados cotidianamente. Contrária à violência física, a psicológica não deixa marcas visíveis no corpo, porém insultos e agressões verbais são mais difíceis de serem apagados do subconsciente, necessitando de um tempo maior para serem esquecidos, mas, como essa vivência é cotidiana, o mesmo é lembrado a partir do momento em da reincidência da violência.

Tem palavras que machucam mais do que um soco. (entrevistada 14)

Para o Ministério da Saúde (2001), a violência psicológica é toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Essa manifestação inclui insultos constantes, humilhação, desvalorização, chantagem, isolamento de amigos e familiares, ridiculização, rechaço, manipulação afetiva, exploração, negligência (atos de omissão a cuidados e proteção contra agravos evitáveis, como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros), ameaças, privação arbitrária da liberdade (impedimento de trabalhar, estudar, cuidar da aparência pessoal, gerenciar o próprio dinheiro, brincar, dentre outros), confinamento doméstico, críticas pelo desempenho sexual, omissão de carinho, falta de atenção e supervisão.

A ameaça é uma das piores manifestações desse tipo de violência por levar a vítima a apresentar-se em constante apreensão e insegurança; com receio de sair de casa, de poder trabalhar, enfim, de manter suas atividades diárias.

Porque ameaça você não sabe se vai ficar viva, se pode sair, se você vai poder chegar em casa.  
(entrevistada5)

A rotina de vida das mulheres em situações de violência psicológica geralmente é traçada de acordo com o agressor. A falta de perspectiva, a vida em escravidão por estar confinada na própria residência e a perseguição do agressor em todos os locais tornam a mulher refém, levando-a a viver em uma “prisão sem grades”. Além disso, a mulher refere o medo eminente de morte caso não ceda às ameaças do companheiro.

Enquanto a agressão física acarreta marcas visíveis, limitações e dores ao corpo, acreditamos que a agressão com palavras e com quebra de utensílios dentro de casa deixa a mulher apreensiva a cada momento de sua vida, gerando-lhe instabilidade, apreensões e medo. A destruição de objetos domésticos tem seu valor como sinal de ameaça, pois além de estar relacionada à quebra de peças de valor sentimental pode representar o sinal de possível ameaça à vida da mulher.

E fora isto, ele bebia, e chegava em casa ele ficava muito agressivo. Ele me agredia muito com palavras assim sabe, quebrava as coisas dentro de casa, verbalmente ele me agredia muito, fisicamente não. (entrevistada 10)

As mulheres acrescentam o alcoolismo como fator de contribuição para a ocorrência da violência doméstica, pois o álcool pode levar o ser humano a aflorar desejos mais escondidos e a querer realizá-los de modo agressivo, utilizando a bebida como álibi. Alguns estudos relatam que o álcool é a substância mais ligada às mudanças de comportamento provocadas por efeitos psicofarmacológicos, podendo desencadear a violência, principalmente a doméstica, por ser o impulsionador de agressões (OLIVEIRA, 2007; DESLANDES, 2003).

De acordo com as autoras, não existe uma relação definida entre o consumo de álcool e a violência, porém os agressores o utilizam como justificativa de tais ações contra suas vítimas. Acreditamos que o medo e a angústia nessa relação aumentam gradativamente, levando a mulher a vivenciar a violência psicológica no seu dia-a-dia, mas muitas vezes a dependência financeira ou afetiva e a presença dos filhos fazem-na aceitar conviver com esse estilo de vida.

Existem vários motivos pelo quais as mulheres não rompem um relacionamento: o medo de sofrer ameaças do companheiro; a vergonha e o medo de procurar ajuda; a esperança de mudança do comportamento do marido; o isolamento de uma rede de apoio; e o despreparo de nossa sociedade para lidar com esse tipo de violência. Muitos obstáculos impedem,

concretamente, o rompimento da relação, entre eles o fato de as mulheres dependerem economicamente de seus parceiros violentos (BRASIL, 2005c).

A violência doméstica contra a mulher envolve atos repetitivos, que vão se agravando em frequência e intensidade, como coerção, cerceamento, humilhação, desqualificação, ameaças e agressões físicas e sexuais variadas. Além do medo permanente, pode resultar em danos físicos e psicológicos duradouros (BRASIL, 2005c). Rejeitar, isolar, aterrorizar, corromper, criar expectativas irreais ou extremas são forma de apresentar esse tipo de violência (MINAYO, 2001).

É comum em nossa sociedade patriarcal a mulher submeter-se a diversas demandas do parceiro, como manter relações sexuais sem o desejar, aceitar o estabelecimento de exigências sociais e sexuais por parte deste, caracterizando, assim, a violação dos direitos reprodutivos.

Entendo que violência contra a mulher é assim... marido em casa, até quando o marido quer ter relação e a mulher não quer, coisa que graças a Deus eu não soffro. (entrevistada 6)

Entendo que [violência contra a mulher]... tanto ao estupro, como a agressão corporal. (entrevistada 15)

Berger (2003) relata que as mulheres, após manterem relação sexual forçada ou não desejada com o parceiro (independente de conhecê-los ou não), têm nojo de si mesmas ou da relação sexual e se sentem “sujas”. A coerção sexual marital, ou estupro conjugal, encontra-se banalizada, naturalizada dentro do sexo conjugal, e conta com respaldo social do sexo como dever conjugal.

A violência sexual na maioria das relações conjugais não é percebida ou valorizada, pois, historicamente, por influência da nossa sociedade, o papel da mulher é ser mãe, reprodutora, múltipara, e cabe ao homem ser o procriador. A mulher deve estar sempre disposta a manter relações com seu companheiro, independente de sua vontade; o homem tem o “direito” de saciar seus instintos e desejos; e a mulher, o “dever” de estar sempre pronta e disposta a satisfazê-lo.

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), violência sexual é toda ação que uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica obriga outra ao ato sexual contra a sua vontade. Pode ocorrer em situações como sexo forçado no casamento, incluindo carícias não desejadas; penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos de forma forçada; exposição obrigatória a material pornográfico; exibicionismo e masturbação forçados; uso de linguagem erotizada, em situação inadequada; impedimento ao uso de qualquer método contraceptivo ou negação por parte do(a) parceiro(a) em utilizar

preservativo; e ser forçado(a) a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas, além do casal.

Ao refletirmos sobre esse tipo de violência, vale destacar suas conseqüências: gestações indesejadas, doenças sexualmente transmissíveis, agravos à gestação, incluindo o aborto, prematuridade e hipertensão, além do comprometimento da saúde mental, o que podemos considerar também uma violação aos direitos reprodutivos e sexuais.

Saúde reprodutiva implica capacidade de desfrutar uma vida sexual satisfatória e sem riscos, de procriar, bem como liberdade para escolher entre fazê-la ou não, no período e na freqüência desejada (GALVÃO, 1999).

A incapacidade de negociar o exercício da sexualidade, a falta de autonomia para tomar decisões, bem como a ausência de diálogo nas relações conjugais fazem as mulheres se submeterem a relações sociais e sexuais de submissão (MARIUTI, 2004).

Quando falamos de violência, cabe destacar a saúde e a doença mental como categorias indispensáveis, pois as manifestações da violência exercem influência significativa no sofrimento psíquico e no adoecimento mental. Estudos comprovam que situações estressantes desencadeiam elevada carga de hormônios no sangue e alteram o funcionamento dos órgãos, permitindo-nos afirmar o quanto viver sob tensão é prejudicial à saúde (OLIVEIRA 2007).

Em estudo realizado por Berger (2003) com 12 mulheres no Rio de Janeiro, constatou-se que gestantes que vivenciavam violências físicas e psicológicas desencadearam abortamentos, morte de feto e parto prematuro. Como não pensar que o processo de abortamento pode ser uma conseqüência da vivência de sucessivas repetições de violência?

Acreditamos que as vivências de violência sejam uma rotina na vida das mulheres entrevistadas, pois elas traduzem em seus depoimentos alguns conceitos de violência e, em vários momentos, nos relatam suas experiências (sejam presentes ou passadas). Tais situações podem contribuir para o desencadeamento de um cotidiano estressante, circundado de inseguranças e medo da vida e da manutenção da gestação. São relatos de violência física, sexual e, principalmente, psicológica vivenciada pelas mulheres no decorrer da gestação, que pode contribuir para o desencadeamento do processo de abortamento.

Para algumas gestantes entrevistadas (cinco entrevistadas e 11 UR), o processo de abortamento é apresentado como uma das manifestações da violência contra a mulher.

[o aborto] É uma violência né contra mim [a mulher] e contra ele [a criança]. Ele já tinha nome e tudo. (Entrevistada 1)

Violência contra a mulher é o aborto (pausa). O aborto é uma violência contra a mulher. O aborto não espontâneo, mas até o espontâneo é uma violência. (entrevistada 6)

O aborto é ilegal em nosso país, além de ser permeado por questões éticas, jurídicas e religiosas, fazendo o tema trazer controvérsias nas diversas áreas em que é debatido. Socialmente a gestação é natural e Divina e seu curso não deve ser interrompido, independente do contexto socioeconômico vivenciado pela gestante. A vertente aceita é de que a mulher nasce para procriar e ser mãe, de preferência de inúmeros filhos; ao entrar em um processo de abortamento, a mulher apresenta-se impotente diante de toda a programação social pré-existente para o seu papel feminino.

Nery et al (2006) relatam que o aborto é um grave problema de saúde pública e se traduz em diversas repercussões para a saúde da mulher e sua qualidade de vida, sendo a temática inserida em questões ético-legais, religiosas, psico-emocionais, socioeconômicas, culturais, políticas e de gênero.

Quando as gravidezes não foram planejadas, quando há falta de apoio da família e/ou do companheiro e dificuldades financeiras, muitos são os fatores negativos intervenientes sobre a gestação. A mulher que aborta induzido ou espontaneamente tem sobre si a influência de um contexto sociocultural, religioso e moral, e na maioria das vezes passa a conviver com a sensação de ter sido violenta, criminosa ou não ter atendido aos padrões sociais e da “natureza feminina”.

Nos casos do aborto espontâneo, o foco da violência recai sobre o desejo ou aceitação da gestação. A mulher terá de trabalhar em seu aspecto psicológico a perda da condição de ser mãe, além de em algumas vezes sentir-se culpada pela família ou pelo companheiro da perda (“fracasso”) da gestação.

Na ocorrência de aborto espontâneo, algumas mulheres apresentam-se tristes e preocupadas, com profundo sentimento de perda do filho esperado, manifestando desejo por uma nova e imediata gravidez (NERY; TYRREL, 2002)

Quando eu comecei a perder [a entrar no processo de abortamento], eu falei: mesmo ele tendo uma grave doença, eu quero assim mesmo, do jeito que vier, eu quero, sabe? (entrevistada 6)

Vários sentimentos marcam a trajetória de vida das mulheres em situação abortiva espontânea, com destaque para tristeza, alívio, preocupação, desejo de ter o filho vivo, contrariedade, medo, culpa e falta de apoio emocional. A gestação é considerada período de sonhos, realizações e desejo de concretizar a função materna e o aborto retira abruptamente todas essas expectativas, deixando no lugar solidão, culpa e fracasso (NERY et al, 2006).

Então se eu tivesse conseguido segurar [a gestação], talvez eu tivesse vencido. (entrevistada 10)

A culpa e o fracasso estão interligados quando pensamos na capacidade da procriação feminina. O desejo em manter a gestação, gerar e parir uma criança, trazendo alegria a si mesma e ao parceiro e a familiares leva a mulher a se culpar quando ocorre o processo de abortamento, e a sentir-se responsável por não conseguir manter a sua gravidez.

Nos abortamentos induzidos é possível observar o desgaste psicológico na decisão em abortar, a violência no próprio corpo em invadir a intimidade feminina de diversas formas objetivando a interrupção da gestação, entregar este corpo muitas das vezes em mãos de amigas ou curiosas, levando a um abortamento inseguro.

As mulheres que decidem interromper voluntariamente uma gestação indesejada demandam compreensão e apoio. Elas relatam sentimentos de culpa, arrependimento, medo e solidão, além de angústias e dores no útero já não mais habitado (PEDROSA; GARCIA, 2000).

A vivência em uma sociedade patriarcal impõe à mulher a responsabilidade sobre a gestação, sendo esta a protagonista na decisão de manter ou interromper a gravidez, mesmo que sofra de forma “velada” a influência do parceiro para iniciar o processo de abortamento.

[Ele falou:] “Tá aqui o dinheiro, você que sabe o que você vai fazer... você que sabe o que vai ser melhor para nós dois [...] Assim ele deixou a batata na minha mão. Eu que tinha que resolver. (entrevistada 2)

Inúmeros motivos podem levar a mulher a um processo de abortamento induzido - gestações não planejadas, falta de apoio familiar ou do parceiro, dificuldades financeiras, solicitação do próprio parceiro ou familiar -, levando-a a vivenciar diversas situações de modo solitário e individualizado, pois, na maioria das vezes, a responsabilidade e a culpa recaem sobre ela, não se julgando a falta responsabilidade e a participação masculina nas decisões.

A dominação financeira, o poder masculino e a responsabilização feminina diante da manutenção da gestação são expressas nos depoimentos das mulheres. Apesar da contribuição do homem para a ocorrência da gestação, a mulher é responsável por decidir sobre o aborto, sendo pressionada a manter as melhores condições para a convivência do casal.

Estudos relatam que os homens nem sempre estão junto às suas companheiras por omissão ou por achar que a experiência de abortamento assim como o parto é coisa de mulher. Desse modo, a responsabilidade pelo controle da reprodução humana é cobrada socialmente às mulheres (GALASTRO; FONSECA, 2007; RODRIGUES; HOGA, 2005).

A instabilidade da relação da mulher com seu parceiro ou a falta de apoio emocional e econômico por parte do companheiro ao tomar conhecimento da gravidez tem sido mencionada pelas mulheres como um dos principais motivos para a prática do aborto.

As diferenças de gênero, no que se refere ao significado do processo do aborto, devem ser consideradas. Sabemos que há distinção no imaginário de cada um, mesmo que assumam sua participação no processo reprodutivo. Para o homem, o aborto pode representar maior responsabilidade ao ter de assumir um filho; para a mulher, pode significar autonomia do próprio corpo e pode evitar possíveis dificuldades inerentes à gravidez como impossibilita-la de concretizar projetos de vida (ARRILHA, 1999; COSTA, 1999; GALASTRO; FONSECA, 2007).

Ao reportarmos aos projetos de vida, a necessidade em manter-se inserida no mercado de trabalho, sem estabilidade na maioria das vezes, leva a mulher a refletir sobre a positividade do processo de abortamento (mesmo inconscientemente).

Como eu ia trabalhar também (se eu continuasse grávida)? (Entrevistada 1)

A indagação apresentada por essa mulher refere-se à dificuldade em manter a produtividade no trabalho em função da gestação. Alguns fatores influenciam no rendimento profissional, tais como o período considerado economicamente ativo (possuir idade inferior a 40 anos), a manutenção de dupla jornada de modo a atender às necessidades de seu trabalho remunerado (público) e às de sua residência junto ao parceiro e aos filhos (privado) e a inserção sem vínculo empregatício no mercado de trabalho.

Oliveira (2001) relata em seu estudo a existência de um percentual significativo de trabalhadoras demitidas por estarem grávidas. Embora a demissão atinja profissionais que tenham carteira assinada, isso geralmente acontece quando a mulher não possui vínculo empregatício formal.

Desse modo, o processo de abortamento para um número significativo de mulheres é a solução necessária para a continuidade de suas expectativas e perspectivas de vida, tanto no desenvolvimento de sua atividade profissional, como também na manutenção de seu relacionamento.

Nery e Tyrrel (2002) relatam que algumas mulheres mostram-se indiferentes e até aliviadas da situação ameaçadora que vivenciavam no processo de abortamento. Verificamos, entretanto, que algumas entrevistadas (02 mulheres, 02 UR) apontaram o aborto como crime,

possivelmente influenciadas pela condição de ilegalidade, ou seja, pelos aspectos jurídicos, éticos e religiosos os quais circundam a temática do aborto em nosso país.

[...] É o que eu penso em relação ao aborto, entendeu? Acho um absurdo, um crime. (entrevistada 10)

[...] Eu disse que isso eu não aceitava fazer, eu era contra o aborto. (entrevistada 2)

Os relatos acima trazem a compreensão das mulheres sobre a criminalidade do aborto: conceitos morais e éticos adquiridos no decorrer de sua vida, valorização da vida e da maternidade.

Até hoje não existe consenso na filosofia, na ciência e na religião sobre o momento exato do início da vida humana. Algumas teorias destacam a fecundação, a nidação ou o início da atividade cerebral, mas todas são passíveis de questionamentos (TESSARO, 2006).

Existem muitas linhas de pensamento divergentes sobre o aborto. Juridicamente não é considerado crime em casos de gravidez por estupro ou em casos de risco para a vida materna. No conceito ético, o aborto é amplamente discutido, revelando o quanto as combinações argumentativas e teóricas são possíveis, visto a bioética ser um espaço de diversidade e de confronto saudável de argumentos, existindo a sensibilidade para a dúvida, o espírito tolerante para a diversidade e o desejo insaciável de a humanidade ser o mais plural possível (DINIZ, 2004). O aspecto religioso nos reporta ao aborto como a quebra da função feminina da vida terrena: “ser mulher e procriar”.

As mulheres entrevistadas referem a interrupção da gestação à vontade Divina, relacionando-a ao bem (manutenção da gestação) e ao mal (o aborto).

A figura Divina retrata a dualidade entre ofertar e retirar a vida humana. Nos depoimentos, as mulheres (04 entrevistadas e 06 UR) por vezes não encontraram argumentos para justificar o processo de abortamento perante elas mesmas e a sociedade, e referem o aborto à vontade de Deus.

Pode ser a vontade de Deus eu não ter este neném, mas... (entrevistada 6)

Não era a hora (da gravidez), Deus não quis. (entrevistada 8)

Não sei o que aconteceu foi da vontade de Deus, né. (entrevistada 11)

A vontade de Deus em interromper a trajetória da vida humana é citada em primeiro plano pelas mulheres, quando aparentemente não existem argumentos ou justificativas para o processo de abortamento.

A vivência em uma sociedade religiosa traduz o aborto como um pecado mortal perante Deus. A vida é dada por Ele, a morte só é aceita por causas naturais e ninguém tem o direito de interferir nesse processo. O aborto é sempre visto como um pecado mortal perante a lei divina e um crime diante da lei humana (LEOCÁDIO, 2006; PÉREZ, 2006).

### **3.2 Relação da violência na gestação e o processo de abortamento: perspectiva da mulher**

Nesta categoria discutiremos as relações existentes entre a ocorrência de violência na gestação e o processo de abortamento, a partir da perspectiva da própria mulher. Na análise das relações estabelecidas entre a violência e o aborto, consideramos todos os aspectos apontados pela gestante que interferiram no decorrer de sua gestação, sejam estes emocionais, biológicos, psicológicos ou sociais. Em nosso estudo, não nos debruçamos sobre o fato de o processo de abortamento ter ocorrido de modo espontâneo ou induzido, pois entendemos que estes aspectos poderiam interferir, de alguma forma, em ambos os casos.

Nesse sentido, verificamos que, dentre as 15 (quinze) participantes como depoentes do estudo, 13 (treze) estabeleceram relações entre a violência e o processo de abortamento. Esse resultado muito nos impressionou, pois é notório o quanto é difícil a mulher verbalizar a vivência de violência. Entendemos que a violência na gestação caracteriza-se por algo não aceito socialmente e culturalmente, mas que vem acontecendo e trazendo possivelmente sérios prejuízos à saúde da mulher e do feto (PAZ, 2006).

É sabido o quanto as vivências de violência contra a mulher e o aborto são temáticas delicadas, tanto para as mulheres como para os profissionais de saúde que as atendem. Consideramos que a mulher, ao expressar sobre essa relação, encontra-se no limite dos conflitos existentes e das repercussões sobre sua saúde física e mental por vivenciar violências e o próprio processo de aborto.

As dificuldades para o público feminino estão permeadas pelos contextos histórico, social e cultural que determinam o papel da mulher em nossa sociedade, na qual são geralmente consideradas frágeis, dóceis e submissas diante do poder masculino.

Em relação à abordagem da clientela pelos profissionais de saúde, as dificuldades estão calcadas no pouco conhecimento ou ainda na desvalorização temática da violência no contexto da saúde - mitos e crenças de que a violência doméstica é um problema social, não

sendo problema de saúde pública; dificuldade de saber como proceder após a mulher revelar as vivências de violência; e até mesmo os medos de represálias do agressor (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2002).

Em relação à temática do aborto, Gomes (2000) nos relata o preconceito por parte dos profissionais de enfermagem e médicos logo na admissão das mulheres em processo de abortamento e também no decorrer da internação delas. Todos esses aspectos acabam repercutindo sobre as capacitações dos profissionais de saúde, os quais ainda possuem uma formação mais direcionada aos aspectos biológicos. Tais fatos podem ser constatados ao não observarmos, na maioria das vezes, a valorização do contexto social que permeia as situações de violência e/ou aborto, durante as anamneses, em particular as obstétricas.

Medina (2007) e Penna (2005) apontam-nos, entretanto, ser possível ao profissional, quando sensibilizado e capacitado (formado), identificar a violência na gestante durante a consulta de pré-natal, principalmente a partir da avaliação das expressões emocionais, físicas e verbais apresentadas pela mulher e por seus acompanhantes, valorizando-as como sugestivas de violência.

Na perspectiva da importância do contexto social, verificamos que as mulheres entrevistadas, ao fazerem relação do aborto com a violência, apontaram como principais violências vividas as presentes nas relações interpessoais e sociais com o companheiro, no trabalho doméstico e também no público (dupla jornada), nas dificuldades financeiras ou até mesmo nos atendimentos dos serviços de saúde nas unidades de emergência.

Além disso, relataram diversos sentimentos vivenciados no início da gestação decorrentes da violência, tais como frustração, aborrecimento, tristeza, depressão, raiva nervosismo, medo, solidão e desespero, os quais estavam diretamente relacionados ao ambiente familiar, ao trabalho e à própria assistência no serviço de saúde.

As relações entre a violência contra a mulher e o processo de abortamento descritas a partir das vivências das mulheres serão apresentadas a seguir, considerando os dilemas vividos pelas gestações indesejadas; o cotidiano feminino nos espaços públicos e privados, refletindo conflitos diante do excesso da dupla jornada de trabalho; e a violência institucional nos serviços de saúde, diante da busca da mulher por uma assistência digna e humanizada nas unidades de emergência.

### 3.2.1 A gestação indesejada: os dilemas vividos

Um dos importantes aspectos apontados pela mulher, caracterizado por violação dos direitos reprodutivos e sexuais, está diretamente relacionado ao planejamento e ao desejo da gestação.

A gravidez constitui um período de cerca de 40 semanas e caracteriza-se como uma importante e marcante experiência na vida da mulher, do companheiro e da família em geral, acarretando transformações emocionais, físicas e sociais. Ao questionarmos as mulheres entrevistadas sobre o planejamento e o desejo de ficar grávida, verificamos que a maioria (11 entrevistadas, 41 UR) não planejou a gestação. Por consequência, o não planejamento trouxe consigo a não aceitação ou a aceitação parcial da gravidez, tanto pela mulher como pelo companheiro e/ou familiares.

Até então no início a gente ficou meio assim né com a gravidez, eu não estava querendo ter mais um filho. (Entrevistada 1)

Não queria ter filho nenhum agora. (entrevistada 14)

Eu não tava mesmo querendo, nem passava em mente, pelo amor de Deus. (entrevistada 15)

Os relatos demonstram um sentimento de surpresa diante de uma gestação não planejada, o que determina uma relação de angústia da própria gestante com o desenvolvimento do processo gestacional, e, possivelmente, o início desencadeador, mesmo velado, das vivências da violência na gestação.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (2004), metade das gestações é indesejada - uma a cada nove mulheres recorre ao abortamento para interrompê-las. Estima-se que na América Latina e no Caribe ocorram anualmente 18 milhões de gestações, sendo que 52% destas não foram planejadas, com 23% terminando em abortamento (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1999). Para o Brasil, calcula-se que 31% das gestações terminam em abortamento.

As mulheres grávidas de filhos não desejados, além de vivenciarem com maior intensidade conflitos com o companheiro e consigo própria, podem propagar esta vivência às crianças que estão gerando, por meio de sentimentos de rejeição, desprezo, agressões físicas, entre outros, podendo prejudicá-las em seu desenvolvimento psíquico e social.

Fernandes (2007), ao refletir sobre as gestações não desejadas, sem o vínculo concreto entre mãe e filho, afirma que a rejeição sofrida pela criança desde a sua concepção pode

desencadear problemas físicos e psicológicos os quais podem aparecer a curto, médio ou a longo prazo.

Tais conflitos advindos da gestação não desejada podem levar mulheres, mesmo multíparas, a não se perceberem gestantes e a relatarem o desconhecimento do próprio corpo.

Eu fiquei sem menstruar, foram dois meses de atraso, fui fazer exame de urina e de sangue. Aí constatou que eu estava grávida. (entrevistada 7)

Aí eu cheguei lá [no posto de saúde], ela perguntou os sintomas que eu estava sentindo, aí ela falou você está grávida. (entrevistada 3)

Os depoimentos das mulheres demonstraram o desconhecimento da gravidez ou a negação sobre o próprio corpo durante o início de uma gestação não planejada. Consideramos ser um tanto estranho à mulher não perceber as modificações do organismo, entretanto o desejo em não engravidar é intenso e pode anular o entendimento em relação às modificações ocorridas no corpo. Geralmente a negação da gravidez tem como seu principal motivo a dificuldade de aceitação da mesma pelo companheiro.

A insatisfação é demonstrada pelo companheiro no momento da revelação da notícia da gestação.

Meu esposo ficou muito triste [com a notícia da gravidez]. (entrevistada 3)

A gestação é geralmente condicionada à figura feminina. Em numa sociedade com histórico enraizado nos padrões patriarcais, a gravidez ainda é vista como um descuido da mulher, portanto, ela é culpada por se deixar engravidar e cabe-lhe a responsabilidade de manter o uso contínuo de métodos contraceptivos. A pílula é geralmente o contraceptivo mais utilizado, pois independe da participação do parceiro.

Aí nisto misturou a pílula do dia seguinte com o microvilar que eu tomo. [...] Eu tava evitando, tudo direitinho, aí veio, deixei né, fazer o quê? (entrevistada 15)

Aí eu mesmo fiquei evitando [engravidar] [...] eu tomava anticoncepcional, aí teve um mês que eu parei de tomar porque eu não tinha como comprar, aí eu engravidei. (entrevistada 3)

Carvalho, Pirotta e Schor (2001) relatam a existência de alguns motivos pelos quais muitos homens resistem à participação em métodos de contracepção ou até mesmo que suas companheiras usem contraceptivos, tais como a associação da virilidade à fertilidade; o receio de o uso da contracepção predispor suas mulheres à infidelidade; motivos religiosos; medo de

enfraquecimento de sua autoridade de chefe de família; além de medo de possíveis efeitos colaterais dos métodos contraceptivos.

O comportamento ainda preso à mentalidade de que o homem pode tudo e a mulher, nada gera conflitos conjugais, recaindo sobre a mulher a responsabilidade pela gestação não planejada.

Eu pensei: tô ferrada... meu marido vai me dar uma surra... (risos). Enfim ele não tava querendo. (entrevistada 1)

Mesmo em uma relação estável, a gestação ainda é considerada na maioria das vezes um descuido da mulher; o homem se isenta de qualquer responsabilidade e as próprias mulheres colocam a gravidez como responsabilidade feminina.

Nos discursos das depoentes fica evidente a insatisfação do companheiro e a não aceitação da gestação. É possível verificar as questões de gênero bem delimitadas no processo reprodutivo. À mulher cabe a responsabilidade de prevenir a gestação, de manter relações com o parceiro e, no caso de ocorrência da gestação, de aceitá-la e mantê-la, independente de suas condições socioeconômicas e do apoio familiar. Ao homem cabe a satisfação sexual e a aceitação da gravidez quando esta ocorre com a mulher idealizada e não atrapalhe os planos realizados.

Diante de tais posturas sociais, concordamos com Fernandes (2007) ao afirmar que o planejamento familiar é uma das formas de se prevenir alguns tipos de violência, tais como a violência social, a desigualdade socioeconômica e a violência doméstica.

A partir das gestações indesejadas, várias foram as violências apontadas, variando da psicológica à física. Tais agressões geraram nas mulheres sentimentos negativos e contribuíram para o desencadeamento do processo de abortamento.

E com as brigas algumas vezes eu ficava triste. Era tanta briga da minha família com o meu companheiro [...] E como não queria prejudicar minha gestação com isto? Difícil! (entrevistada 8)

Eu fico até perguntando se não foi a briga com o companheiro que tenha causado o aborto. Eu senti que neste dia [que briguei com o companheiro na véspera do processo de abortamento] eu fiquei muito agitada, muito nervosa. Estas agitações todas... esta depressão, isto tudo faz mal, né. E o coraçãozinho que parou de bater, de repente foi numa agitação destas.... (entrevistada 6).

A violência na gestação é uma das mais graves em virtude dos prejuízos que possam vir acometer a mulher e o feto; pode levar ao parto prematuro e ao aborto, além de comprometê-la psicologicamente. Em Aracaju, 43% das mulheres foram agredidas

fisicamente durante essa fase. Em Recife e Salvador, os índices equivalem a 35% e 34% respectivamente (DINIZ et al, 2004).

Um estudo realizado em 2001 constatou que, entre as mulheres que recorriam a serviços de atenção primária em São Paulo, 28% haviam passado por processo de violência física e/ou sexual no momento da gravidez, sendo o parceiro ou um familiar o principal agressor (SCHRAIBER et al, 2000).

No Rio de Janeiro, os dados apontam que aproximadamente 80% das mulheres agredidas reportaram violência psicológica e 33%, violência física por parceiros íntimos (MORAES; REICHENHEIM, 2002).

As gestantes estão expostas a processos, fatores e situações específicos que as tornam mais vulneráveis, principalmente pelas transformações em suas condições biológicas, socioculturais e econômicas. Dependendo do grau de vulnerabilidade, o momento reprodutivo pode vir acompanhado de inúmeros problemas, com repercussões negativas tanto para a mãe como para o filho, incorrendo na denominada gravidez de risco – com intercorrências obstétricas importantes, como o próprio aborto (BRASIL, 2000).

Diante de tantos conflitos familiares, começamos a pensar na “desordem” hormonal vivenciada pelas gestantes. As mulheres por nós estudadas apresentavam-se entre a sexta e a décima oitava semana de gestação por ocasião do processo de abortamento. Esse período é caracterizado por picos hormonais para favorecer a implantação do conceito e a manutenção da gestação.

Giordano, Lopes e Chaves Netto (2005), ao relatarem sobre a importância do sistema endócrino na gestação, destacam o hormônio gonadotrófico humano - responsável em dar suporte ao corpo lúteo, superando o luteinizante; e a progesterona - cuja principal função é manter a gestação ao atuar no endométrio e facilitar a nidação, inibindo a atividade miometrial, ativando o centro respiratório no sistema nervoso central e exercendo importante papel na supressão da resposta imunológica materna aos antígenos fetais, evitando a rejeição do conceito.

Oliveira (2007) destaca, entretanto, que, diante de exposição constante a situações de tensão, há uma elevada carga hormonal de adrenalina e noradrenalina que favorece distúrbios cardiovasculares e altera o funcionamento dos órgãos. Desse modo, podemos pensar que, diante da exposição constante às situações estressantes e aos conflitos, como foi observado nos depoimentos das mulheres, estes podem ter propiciado o desencadeamento do processo de abortamento na perspectiva feminina.

A literatura biomédica aponta a influência de fatores psicológicos e psicossociais nos abortamentos espontâneos e habituais. Läßple & Krumbacher (1988) e Madeja & Maspfuhl (1989) apud Rezende (2006) não têm dúvidas em salientar a importância e a significação dos fatores psicológicos, sobretudo medo e depressão, e dos fatores psicogênicos como agentes de interferência na manutenção da gravidez.

Infelizmente podemos pensar que, pela pouca valorização na literatura da área médica sobre a interferência dos aspectos psicológicos e sociais no processo gestacional em particular, há uma tendência em pouco abordar a história de vida das clientes, principalmente sobre os possíveis fatores emocionais, psicológicos e mesmo sociais presentes no momento de um agravo em sua saúde reprodutiva. Isso favorece uma formação profissional mais direcionada aos processos fisiopatológicos, aos sinais e sintomas e não à integralidade do indivíduo; nesse caso, a mulher grávida em processo de abortamento e que vivencia violência. É necessário que os profissionais valorizem todos os aspectos histórico-sociais os quais podem interferir na vida reprodutiva e sexual da mulher.

Paz (2006) destaca inclusive que a exposição constante da mulher aos fatores sociais, como dificuldades financeiras, injustiças sociais, negação de papel como cidadã com direitos, direitos reprodutivos e sexuais, torna-a mais vulnerável para o início ou o agravamento da violência.

As desigualdades estabelecidas no âmbito familiar/conjugal aparecem durante um relacionamento em diversos aspectos, principalmente no econômico. A dificuldade financeira é relatada como um dos fatores impeditivos para a manutenção da gestação.

Aí moro ainda com minha mãe e ela mesmo disse: a situação não está boa... é eu para [pagar] tudo aqui. (entrevistada 15)

Eu não ia ter condições nenhuma de ter este filho agora, de cuidar.... (entrevistada 5)

Cabe ressaltar que algumas mulheres não mantêm uma união estável com o companheiro, continuam residindo com familiares e não possuem uma estabilidade em suas atividades laborais. Outras referem à falta de condições para cuidar da criança que está sendo gerada, cuidado este relacionado à manutenção da saúde, educação e moradia, elementos essenciais para a promoção da saúde de um indivíduo, fruto de gestações não planejadas.

Moro num quarto só[...] não tem banheiro, não tem nada. (entrevistada 2)

Aí meu esposo ficou desempregado. (entrevistada 3)

Então o pai deles não ajuda, só eu e minha mãe e meu marido, então ele [meu atual marido] também não obrigação [de auxiliar no sustento dos filhos do meu casamento anterior]. (entrevistada 15)

Para o desenvolvimento de uma gestação sem risco, torna-se necessário harmonia nos fatores socioeconômicos e emocionais (psicológicos) de uma mulher, para estar ter suporte para manter a nova fase de vida - a de ser mãe e mulher.

A estrutura social e familiar apresentada pelas mulheres demonstra a precariedade no ambiente utilizado por elas no dia-a-dia. Moradias com pouco espaço físico, dificuldades no saneamento básico, desemprego do companheiro, presença de filhos de relações anteriores e falta de responsabilidade do atual parceiro são alguns dos limites apontados pelas mulheres para a manutenção da gestação.

Meu pai não aceita ninguém dentro da casa dele com filho, e eu estou grávida..... (entrevistada 14)

Mas minha mãe já me criticou muito [por causa da gestação]. (entrevistada 15)

[...] Então neste mesmo período que estava grávida, tive que estar tomando a decisão de aceitar ex-marido pegar a guarda das minhas filhas, além do meu companheiro falar que não tinha condições nenhuma de ter um filho agora.... (entrevistada 2)

A violência pode ser compreendida como um ato que implica uma relação de agressão-vitimização: a provocação do agressor pode acarretar danos ou prejuízos à vítima. É nesta relação agressor-agredido que se visualiza e se mede o impacto prejudicial (por ação ou ameaça), no qual o opressor impõe o oprimido a situações constrangedoras, sejam elas físicas, sexuais, morais ou psicológicas (FERNANDES, 2007).

Diante de tais dificuldades, a mulher começa a sentir-se angustiada e insegura e passa a ter o seu relacionamento ameaçado, caracterizando a violência psicológica, referenciada como o pior tipo de violência vivenciado por uma mulher. Na verdade, mesmo com uma gestação não planejada, a mulher gostaria de ser amparada, de receber carinho e de ter reconhecimento da figura masculina ao seu lado.

As mulheres relatam a mistura de sentimentos frente ao companheiro e à família, tais como medo, nojo e desprezo, ao vivenciarem a violência psicológica na gestação referindo a falta de apoio dos familiares para a manutenção da gestação e o convívio com o pai da criança.

Eu queria que minha mãe me apoiasse [na interrupção da gestação] e nem ficasse falando de quem o filho era. Isto que me deixou mais atordoada [...] eu fiquei com ele [o pai da criança] porque fiquei com medo dele mandar a gente para a rua [...] eu tenho assim, um tipo de nojo dele [do pai da criança]. (entrevistada 5)

Verificamos que as mulheres apontam uma dupla vivência de violência (por familiares e pelo companheiro), que as faz se sentirem isoladas diante da situação e reforça os sentimentos negativos advindos da relação mulher/família/companheiro. Supostamente seria o ambiente familiar o local onde as mulheres encontrariam apoio diante de situações de violência, porém, algumas vezes, as gestantes podem ser utilizadas como instrumento para manter as próprias condições de subsistência do núcleo familiar.

### 3.2.2 O cotidiano feminino nos espaços públicos e privados: conflituosas conquistas e excesso de trabalho na dupla jornada

Nesta subcategoria apresentamos na perspectiva da mulher a relação estabelecida entre a violência vivida no contexto do trabalho (público e privado) e o processo de abortamento.

Verificamos que as mulheres em seus relatos apresentam o quanto a condição socioeconômica é fator fundamental sobre sua vida. Demonstram com isso a necessidade de manter uma atividade remunerada, visto os gastos com as despesas familiares. É fato que as mudanças sociais no decorrer dos anos e os achatamentos salariais acabaram impulsionando as mulheres, inclusive as que mantêm uma união estável com os companheiros, a se inserirem no mercado de trabalho.

[tenho que trabalhar] pra poder pagar minhas contas [...] meu marido não ganha muito né, ele é técnico de laboratório, se fosse antigamente eu até parava assim... ele ganhava melhor, mas agora as despesas aumentaram... e eu não posso parar [de trabalhar]. (entrevistada 1)

O crescente empobrecimento das camadas médias, aliado ao aumento das despesas com educação dos filhos, saúde e outras necessidades consideradas básicas, impulsionou, especialmente na década de 1980, as mulheres casadas a buscarem um trabalho fora de casa (ROCHA-COUTINHO; LOSADA, 2007).

Eu falei para o meu companheiro que estava trabalhando fora [...] Comecei a trabalhar faz pouco tempo. (entrevistada 14)

A participação feminina no mercado de trabalho, apesar de crescente, é marcada, entretanto, por dificuldades tanto na sua forma de inserção no mercado, que passa por baixos salários, ocupação de postos precários e discriminação na contratação e ascensão profissional, até a necessidade de conciliar trabalho e cuidados com filhos e da casa, responsabilidades que lhes são tradicionalmente atribuídas (SANCHES; GEBRIM, 2003).

Muitas mulheres reproduzem no mercado de trabalho atividades semelhantes às aquelas realizadas no âmbito doméstico, educando crianças ou cuidando de idosos e doentes, trabalhando em setores ligados à educação e à saúde. Diante disso, a remuneração geralmente não é tão atrativa como nos casos das profissões ditas masculinas. As atividades profissionais com características femininas são menos valorizadas, não possuem “status social”, logo não são bem remuneradas.

Tal fato é reafirmado quando nos reportamos às mulheres deste estudo. Verificamos que a maioria delas desenvolve somente atividade doméstica (do lar), e, quando apresentam alguma atividade profissional remunerada, está relacionada ao de professora, manicure, *baby sitter* e balconista.

Eu trabalho muito, sou casada, tenho minha família, meu marido, minha filha. Trabalho dois dias da semana fazendo faxina em uma casa, à noite eu dou aula e ainda cuido da minha casa. (entrevistada 1)

E eu trabalho de balconista numa padaria que é muito movimentada. (entrevistada 6).

As mulheres apresentam profissões com características socialmente atribuídas ao gênero feminino, principalmente relacionadas à docilidade, à entrega e ao compromisso. Tais aspectos são condições preferenciais do empresariado por serem permeados por características de baixa adesão aos sindicatos, intensa jornada de trabalho, que afetam de forma diferenciada a saúde das mulheres trabalhadoras. Podemos citar como exemplos o trabalho domiciliar, a contratação eventual, o trabalho com tempo parcial, o trabalho informal, a extensão da jornada de trabalho, a diversidade de tarefas e a instabilidade laboral (OLIVEIRA, 2001).

É comum as mulheres, além de exercerem o trabalho excessivo fora de casa, serem também cobradas pela responsabilidade de desenvolverem os afazeres domésticos, trabalhando dentro de sua residência, cuidando da casa, dos filhos e do companheiro.

São condições oriundas das raízes patriarcais existentes na sociedade as quais trouxeram grande influência social para que o homem pudesse manter um padrão de violência à mulher, visto seu papel dominante na relação. A figura feminina fica restrita aos papéis de

mãe, cuidadora e submissa, considerados comuns e inerentes à mulher. Além disso, o sistema patriarcal traz em sua fundamentação uma sexualidade feminina inibida e orientada somente para a procriação, sendo esta uma função primordial das mulheres (PAZ, 2006; RAMIREZ-GALVEZ, 1999).

Pela estrutura da sociedade na qual vivemos, as atividades domésticas não são vistas como um trabalho, mas sim como uma obrigação. Observamos que são atividades rotineiras, repetitivas, as quais demandam tempo e paciência, porém não são valorizadas.

Eu tinha uma vida normal ué. Fazia as coisas em casa [...], cuidava de casa. (entrevistada 11)

Por estarem tão enraizados os afazeres domésticos às “obrigações femininas”, a quantidade de horas gasta pela mulher diariamente não é observada pela família e muito menos pela sociedade. A invisibilidade é refletida primeiramente pela mulher, que não valoriza o serviço doméstico, por ser uma função feminina transmitida de geração para geração sem grandes questionamentos, demonstrando a normalidade das atividades. O trabalho doméstico para uso da própria família, invariavelmente feito por mulheres, não é pago e muito menos socialmente reconhecido (MELLO; CONSIDERA; SABATTO, 2007).

Dessa forma, para algumas mulheres, os afazeres domésticos são vistos como sacrifícios, obrigações sem reconhecimento, mas com cobrança por parte de todos (sociedade e familiares).

Mulher já é sacrificada em tomar conta de filho, de casa, de tudo... (entrevistada 12)

A insatisfação da mulher em ter de manter as duas atividades - pública e privada - promove um desgaste físico, geralmente associado ao desgaste psicológico, seja por ter responsabilidade em ajudar financeiramente na manutenção da casa ou por ter de ser responsável pela educação dos filhos.

A mulher por manter a condição financeira percebe-se mais útil e reconhecida e acaba buscando o trabalho remunerado. A dupla jornada, em muitas das situações, priva-a do convívio com os filhos e dos momentos prazerosos com a família e não lhe permite conseguir compartilhar diálogo e lazer, visto o cansaço e o desgaste emocional apresentados após a longa jornada de trabalho.

Ainda mais você que trabalha fora quando chega em casa já viu né. Sempre acha uma coisa errada e você se aborrece e no princípio de gravidez às vezes isto é um pouco perigoso né. (entrevistada 10)

Apesar de projetarem ganhos com o trabalho remunerado, ao retornarem para sua residência, as mulheres encontram novos afazeres e novos conflitos que geram desgastes e sentimentos prejudiciais à sua saúde e a do seu feto e que poderão caracterizar fatores predisponentes à interrupção ou à ameaça da gestação.

Além da falta de participação emocional do companheiro e dos filhos na gestação, essas mulheres ainda apontam a cobrança de realização das atividades do lar, tais como manter a casa, educar os filhos, atender às necessidades conjugais e outras. Isso promove um maior desgaste físico e cansaço (CHUMPITAZ, 2003).

Ao pensarmos que lazer e descanso são indispensáveis à qualidade de vida e à saúde, entendemos que o ritmo constante do dia-a-dia, com a sobrecarga de trabalho e os diferentes papéis assumidos socialmente pelas mulheres, muitas vezes contribui para o adoecimento da população feminina. A mulher vem buscando atualmente “quem ser” e o “que ter” como prioridades, deixando o lazer em segundo plano, logo, sua saúde.

Em nosso estudo, três mulheres (19 UR) retratam o trabalho como um grande esforço físico que violenta sua condição biológica.

E foi o trabalho, esforço físico muito grande, a violência do esforço físico né (risos). (entrevistada 1).

A rotina pesada do trabalho (público e privado) leva a mulher a traduzir o esforço físico realizado como a própria violência à sua condição de gestante. É identificado como violência por interferir de maneira negativa sobre seu corpo, tanto de forma biológica como emocional. A carga de trabalho excessiva é relatada pelas mulheres como um dos fatores desencadeadores do processo de abortamento.

Daí veio, passou terça, quarta, quinta na minha rotina diária quanto chegou sábado eu comecei a sentir muita cólica [...] tipo assim na segunda-feira eu trabalho numa casa, lavo muita roupa, passo também, na terça eu fico em casa, mas aí em casa eu sou coordenadora de um grupo na parte da igreja. Então eu ando muito de bicicleta... não sei se isso ajudou a causar a perda do bebê. (entrevistada 1)

E levantei e fui fazer as coisas. Levantei e fui lavar a tal da roupa na sexta-feira [véspera do processo de abortamento]. Não sei se foi isto que ajudou.... (entrevistada 6)

Eu acho que [o aborto] pode ter sido por causa do trabalho mesmo. No trabalho eu pego muito peso em carregar refrigerante, caixa de refrigerante. (entrevistada 11)

Rezende (2006) nos aponta que os traumatismos e os “sustos” são causas de abortamento mais freqüentemente invocadas pelas pacientes. Além disso, carregar criança ou qualquer outro peso, subir escada ou ladeira penosa, fazer caminhadas, viajar, dançar ou

praticar esportes, emocionar-se, cair, fazer exame ginecológico e ter relações sexuais também são responsáveis por causar aborto.

Diante de tais situações, grande parte da literatura biomédica não valoriza os traumas e os esforços físicos como responsáveis pelo abortamento. Descrevem que o útero, no início da gestação, encontra, nas paredes pélvicas, sólida proteção. Acrescentam ainda que os ligamentos redondos permitem mobilização do órgão, reduzem a força de algum impacto, além do papel desempenhado pelo líquido âmnio, e atuam como pára-choque hidráulico. Há destaque, entretanto, para a ocorrência do abortamento quando os traumatismos provocam ou propiciam acentuadas lesões no útero e no concepto, e também pelo estresse psicológico que os precede, acompanha ou segue (DELASCIO, 1987; REZENDE, 2006).

Da mesma forma como ocorre nas atividades físicas e no traumatismo, são cotidianas as emoções provenientes de problemas com filhos e marido, patrões e empregados e das dificuldades financeiras. Sentimentos como alegria, angústia, tristeza repercutem de forma diferenciada em cada gestante. Desse modo, algumas conseguem adaptar-se às maiores emoções, enquanto para outras a observação clínica aponta os problemas psicológicos aparentemente de fácil resolução como causa primária ou secundária do processo de abortamento (REZENDE, 2006).

Mesmo com dúvidas, as mulheres demonstram o quanto o esforço físico comprometeu a saúde delas. Vale ressaltar a rotina de trabalho árdua dessas mulheres. Como necessitam do emprego, trabalham incessantemente dentro e fora da residência, e, mesmo diante de sintomas de abortamento, continuam a realizar as suas atividades. Assim a necessidade financeira sobressai à manutenção da gestação.

Eu fui trabalhar, aí trabalhei na quarta, quinta; e na quinta-feira quando estava no trabalho eu não agüentei mais, estava sentindo muitas dores. (entrevistada 10)

Cabe neste momento refletir sobre os direitos trabalhistas da mulher gestante. É fato que o empregador deverá mudar a função ou o setor de trabalho da mulher nos casos em que as atividades demandem uma carga excessiva de esforço, capaz de provocar problemas para a sua saúde ou para a do bebê (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2000).

Rezende (2006) descreve que o trabalho moderado em tarefas ajustadas à gestante, atualmente não mais limitado a certas classes, antes difundido em toda a sociedade, não prejudica a gestação. Tal afirmação nos permite entender que o esforço demasiado no trabalho, seja doméstico ou público, pode desencadear um processo de abortamento.

Além dos esforços físicos, verificamos também os conflitos gerados pela gestação no contexto do trabalho, pois muitas vezes a gravidez não é desejada pelo empregador.

Ele achou que foi muito rápido [da última gestação para esta], da outra vez não ele até achava que eu trabalhava direitinho. Mas aí ele falou [está grávida] de novo? (entrevistada 6)

A não aceitação da gravidez, mesmo que simbólica, no ambiente de trabalho, gera na mulher sentimentos fortes de vulnerabilidade em relação ao emprego, à sua atuação profissional e à avaliação do compromisso no desenvolvimento das atividades.

Apesar de a legislação trabalhista assegurar a estabilidade do emprego às mulheres a partir do momento da confirmação da gestação até o quinto mês após o parto e o direito de mudar de função quando as atividades profissionais acarretam algum fator de risco para sua saúde ou para a do feto, verificamos o não cumprimento de tais prerrogativas em nossa sociedade (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2002).

As mesmas autoras relatam que também é garantido por lei às gestantes trabalhadoras o direito de ficarem ausentes de suas atividades profissionais para comparecerem ao serviço de saúde (pré-natal, emergência, internação) para consultas e realização de exames complementares, bastando, para isso, a apresentação de um atestado médico, tendo a falta justificada, sem ônus salariais. Além disso, existe a licença maternidade, ou seja, a concessão de 120 dias em casa após o nascimento da criança.

Um dos aspectos dificultadores à conquista desses ganhos trabalhistas na prática está o fato de a maioria das mulheres não exercer funções com vínculos oficiais (“carteira assinada”). Algumas das mulheres que participaram como sujeitos desta pesquisa trabalham sem garantias dessas leis, mantendo as atividades do trabalho de acordo com as expectativas do empregador.

As mulheres retratam o conflito causado por tais situações no local de trabalho quando se verifica que seus direitos não foram respeitados. Os conflitos e as inseguranças também foram considerados determinantes no processo de abortamento.

Então talvez se eu tivesse um emprego estável... este governo aí... eu fiz a prova, mas não fui chamada, se eu for chamada para fazer uma coisa mais leve... mas apesar de que as crianças também te agridem até verbalmente. Se eu trabalhasse menos, talvez... talvez se eu tivesse chegado antes aqui... talvez eu não tivesse perdido [...] Às vezes eu me sinto um pouco incomodada, porque eu poderia ter um emprego melhor... mas na hora do desespero você aceita as coisas e vai ficando... Às vezes meu marido fica me jogando na cara sabe.. que eu podia estar num emprego melhor... realmente seria melhor para mim, menos esforço. Eu não tenho segurança nenhuma, eu não tenho carteira assinada não tenho nada. (entrevistada 1)

As mulheres também apontam o pré-julgamento realizado por terceiros acerca da saúde reprodutiva. É como se não pertencesse à mulher e ao companheiro o direito de avaliar e planejar o melhor momento para uma gestação, levando a mulher ver-se perdendo o domínio do próprio corpo.

Estes conflitos todos, eu acho que teve grande parte [de relação com o aborto]. Estes aborrecimentos, era no serviço, colega de trabalho julgando você, que eu não devia ter filho agora, devia ter esperado, cheio de conflito, era patrão achando que devia ter esperado. Sabe as pessoas te recriminando. Se eu tivesse cometido um erro, a vida é minha, o corpo é meu, eu decido engravidar, ninguém me obrigou, eu acho que tenho este direito sobre mim. (entrevistada 6)

Mesmo assumindo diferentes papéis na sociedade paralelamente ao de ser mãe, tendo que manter um vínculo de trabalho fora da residência, muitas mulheres não conseguem planejar a sua gestação. A gravidez muitas vezes pode ser a busca de uma identidade e auto-estima perdidas (LOURENÇO, 2006).

Diante de tais situações, verificamos que as conquistas femininas, tanto no ambiente público como no privado, são permeadas de valores e imposições simbólicas, nas quais a mulher na verdade é ainda a que menos tem garantido seus direitos como cidadã, mãe e trabalhadora.

### 3.2.3 A busca pela assistência no processo de abortamento: vivenciando a violência institucional

Os resultados apresentados neste momento se referem à violência institucional nos serviços de saúde, vivenciada pelas mulheres por ocasião do processo de abortamento, a partir da busca de um serviço de emergência apto a oferecer um atendimento e assistência humanizados.

Essa violência pode ser traduzida como o retardo do atendimento, a falta de interesse dos profissionais de saúde em ouvir e orientar as mulheres e a discriminação explícita com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas (BRASIL, 2004).

Aí eu fui ao hospital, chegando lá a doutora disse que eu estava com infecção urinária e ela me examinou e pediu que eu fizesse uma ultra, que eu fiz agora sábado, constatou que estava sem batimento cardíaco (pausa... lágrimas). E depois disso vim aqui no domingo e me mandaram voltar aqui hoje [quarta-feira]. (entrevistada 12).

Cinco das 15 mulheres entrevistadas (20 UR) relataram necessitar realizar uma peregrinação por diversas unidades de saúde até conseguir um serviço que lhes oferecesse assistência. Além da falta de serviços necessários para seu quadro clínico obstétrico, ainda se deparavam com dificuldades de tecnologia, abordagens não humanizadas e a não valorização do seu estado por parte dos profissionais de saúde. As mulheres esperavam por um atendimento que oferecesse um desfecho ao seu possível diagnóstico e internação. Para tal, foi preciso ir e vir da residência para a unidade de saúde durante dias.

Aí fiquei segunda, terça, quarta, aí fui no hospital, aí chegou lá mandaram voltar [...] Quando chegou na sexta-feira, fui no hospital, cheguei lá e bateram uma ultra [...] Aí cheguei no hospital no sábado, aí a médica falou para voltar daqui a cinco dias e depois faz uma outra ultra.. Mas eu não ia ficar cinco dias esperando para depois voltar lá! (pausa e indignação).... (entrevistada 6)

De acordo com o Ministério da Saúde (2005a), a assistência à mulher no período gestacional tem no acolhimento e nas orientações os elementos fundamentais para a atenção de qualidade humanizada, principalmente em situações de abortamento. O acolhimento é o tratamento respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolutividade da assistência.

Cabe aos serviços de saúde o dever de receber a mulher de forma digna e humanizada. Assim, os profissionais de saúde devem ter uma atitude ética e solidária, e a organização da instituição deve propiciar um ambiente acolhedor, com atendimentos que rompam a tradicional anulação da clientela.

O acolhimento institucional se refere ao contexto ou à estrutura hospitalar; envolve condições físicas e materiais, recursos humanos, técnicos, financeiros, além de estrutura e organização administrativa da instituição. Considerando que o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) tem por objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes, na perspectiva dos direitos de cidadania, acreditamos que tais direitos, independente do diagnóstico apresentado, devam ser respeitados em todos os sentidos, particularmente pelos profissionais de saúde das unidades de emergência, mesmo em casos de processo de abortamento. Cabe ressaltar que o abortamento é uma intercorrência de risco do evoluir da gestação; logo, também devem ser assegurados a essa mulher-gestante em processo de abortamento a qualidade e o acompanhamento nos serviços de saúde, livre de preconceitos e com atendimento digno e humanizado.

A qualidade da assistência refere-se ao atendimento integral pelos diversos profissionais nas unidades de saúde, assim como a oferta de exames complementares para auxiliar a conduta e o diagnóstico.

Aí eu vim aqui, na sexta-feira eu vim aqui. Cheguei aqui, eles me examinaram, tentaram ouvir a criança e eles não ouviram, aí eles me pediram para fazer uma ultra, só que aqui não fazia porque na hora estava com problema. Aí eu fui para tentar fazer lá fora e não consegui por conta deste feriadão né, não consegui e voltei de novo aqui. Chegando aqui, eles me viram, me examinaram de novo e falaram que eu tinha que ter esta ultra para eles poderem fazer alguma coisa. Quando foi na sexta-feira, meu marido falou 'eu consegui um local para bater uma ultra que dá o resultado na hora que foi lá na S' [realizou a USG em unidade particular]... (entrevistada 10)

Verificamos nos depoimentos das mulheres entrevistadas que, apesar da solicitação de exames complementares, os mesmos não eram realizados pela possível falta de manutenção dos aparelhos, levando a gestante a realizar a ultra-sonografia em outra unidade ou até mesmo em serviço privado para dar continuidade ao atendimento e à conduta no processo de abortamento.

Deslandes (2000) relata que a falta de aparelhos de apoio diagnóstico nas unidades de saúde gera para a clientela uma peregrinação de, às vezes, mais de 24 horas até que se consiga realizar o exame solicitado no primeiro atendimento. Tal situação torna-se um agravante ao se pensar na possibilidade de manutenção de duas vidas (morbimortalidade materna e fetal) a partir de um exame para determinar um diagnóstico.

Constatamos, além da peregrinação por serviços de qualidade, que as mulheres em processo de aborto sentiam certa discriminação por parte dos profissionais de saúde. A desconfiança sobre a natureza e os fatores causais de seu processo de abortamento era veiculada simbolicamente nas anamneses e condutas.

Aí acusou lá [no ultra-som] que eu tinha abortado. Aí vieram me perguntar se eu tinha tomado o tal do Citotec... (pausa), aí ela veio me perguntar se eu tinha provocado o aborto, falei que não tanto, que meu marido queria o neném, eu já tava colocando na minha cabeça também, no começo eu não queria, porque eu já tenho dois, aí como aconteceu, mas eu não provoquei, eu não provoquei mesmo... (pausa e indignação). (entrevistada 4)

As mulheres apontam nos depoimentos a conduta profissional no atendimento às gestantes em processo de abortamento e falam sobre um pré-julgamento por parte da equipe de saúde na espontaneidade do processo. Diante dos aspectos morais, éticos, religiosos e jurídicos que permeiam o aborto e pela vertente da criminalidade enraizada em nossa sociedade, os profissionais tendem a duvidar da não indução do aborto e, por vezes, deixam a mulher coagida diante de tal situação.

O aborto parece não ser valorizado no ciclo reprodutivo da mulher por dois aspectos primordiais: primeiro, por ser considerado crime em nosso país, levando a mulher a receber sempre um pré-julgamento de indução nos serviços de saúde, mesmo que não a tenha realizado; segundo, por estar ocorrendo a ruptura do processo reprodutivo, interrompendo a função feminina de ser mãe.

Mariutti (2004) relata que, até mesmo quando a perda do feto é espontânea, os profissionais de saúde demonstram preconceito e desconfiança, seja retardando o atendimento ou fazendo investigação sobre essa suspeita.

Gomes (2000) refere sobre a atitude de julgamento do profissional diante de mulheres em situações de abortamento. Ele adota, geralmente, uma postura defensiva, tornando difícil a aproximação e a abordagem do tema. Como foi capacitado para valorizar a vida, tem dificuldade de aceitar o aborto, sinônimo de morte. O preconceito é ratificado na assistência quando o profissional duvida dos fatos relatados e questionam as mulheres sobre a possibilidade de terem induzido o processo de abortamento.

Dessa forma, a violência é iniciada desde o primeiro atendimento nas unidades de emergência até a possível internação da mulher. Não nos referimos apenas à violência exercida pelos profissionais de saúde sobre a mulher, ferindo os seus direitos reprodutivos e retirando a autonomia do seu corpo, mas também nos direcionamos ao papel dos governos e de suas instâncias (federal, estadual e municipal) em oferecer suporte básico para o atendimento da clientela.

Todo o processo de sucateamento vivenciado nas realidades das principais emergências das unidades de saúde é refletido na produtividade dos profissionais, na possível solução dos casos de atendimento e, conseqüentemente, na clientela, que se torna dependente de um sistema incapaz de oferecer atendimento digno.

Algumas mulheres relataram que, após a peregrinação para realizar exames complementares e a avaliação final do profissional de saúde, não havia a disponibilidade de leito para sua internação. Reportamo-nos novamente ao PHPN que assegura às gestantes assistência ao parto e ao nascimento, e nos questionamos sobre o fato de ao considerarmos o aborto como uma situação de risco gestacional teria esta mulher o direito de um leito para sua hospitalização?

Aí eles falaram assim: se você quiser ficar sentada aqui, você pode, mas internada não pode por causa de não ter leito. (entrevistada 10)

Verificamos nos depoimentos que as mulheres apontam a dificuldade em conseguir leitos para internação nas unidades de saúde como reflexo do sistema de saúde do país, cuja ineficácia dos serviços do setor primário contribui para a superlotação dos setores terciários. Além do desconforto ocasionado pelas cólicas e pelo sangramento, a mulher poderia ficar horas aguardando uma vaga para a internação, sem o mínimo de acolhimento e segurança necessários.

Deslandes (2000) relata o atendimento nos serviços de saúde é uma verdadeira graça para aqueles que percorrem inutilmente os hospitais em busca de socorro. O que deveria ser ordinário no cotidiano de qualquer serviço público de saúde é recebido como ação extraordinária e benevolência. Acrescentamos que, além do atendimento digno, “a felicidade” torna-se completa quando se consegue realizar os exames necessários e há vaga para internação.

O direito ao acesso ao leito obstétrico está inscrito na Constituição Brasileira e na legislação do Sistema Único de Saúde, que definem saúde como direito de todos e dever do estado. Está também inscrito nos instrumentos de direitos humanos relacionados à vida, à liberdade e à segurança da pessoa; relacionados ao cuidado com a saúde; aos benefícios do progresso da ciência, incluindo o direito à informação e à educação em saúde; e ainda os relacionados à equidade e a não-discriminação (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 2002).

Sendo assim, consideramos ser importante repensar o atendimento às mulheres em processo de abortamento nas unidades de emergência. A violência institucional perpassa pela quebra dos direitos da mulher de cidadã, pela dificuldade no atendimento nas unidades de saúde e na realização dos exames solicitados e pela violência imposta pelo profissional (muitas vezes sendo o descaso nos atendimentos) proveniente da hierarquização existente nos serviços de saúde.

Diante desses fatos percebemos que as próprias mulheres começam a refletir sobre a relação entre as condições do atendimento nas unidades de saúde e o processo de abortamento.

Aí quando foi sábado, comecei a passar mal, aí vim para cá, aí não tinha como bater a ultrassom, aí não tinha e voltei para casa. Nisto que voltei para casa, no domingo comecei a abortar. Aí vinha ontem, de madrugada passando muito mal, meu marido me trouxe para cá, aí jorrando muito sangue... Talvez se eu tivesse sido bem atendida no primeiro local, talvez meu bebê estivesse vivo. (entrevistada 4)

Os questionamentos sobre o processo de abortamento se iniciam a partir da própria vivência da mulher nos atendimentos nas unidades de saúde em questão. É fato que as más

condições de trabalho dos profissionais e de vida da população contribuem para tornar deficiente a rotina nas unidades de saúde. A falta de informação e a falta de humanização nos serviços públicos os fazem estar muito longe do que seria o ideal, porém, a forma como os profissionais de saúde se relacionam com a clientela contribuiria positivamente para a transformação do serviço.

Entendemos que, ao relatarem “*se eu tivesse sido bem atendida*”, existe o desejo de resolução da associação de fatores, tais como falta de acolhimento, pré-julgamento, descaso em algumas circunstâncias, dificuldade de acesso a exames.

A avaliação da qualidade do serviço deve passar pela clientela, mas inicialmente deve ser a missão e a finalidade do profissional, da unidade de saúde e do sistema de saúde.

Diante desses fatos, Schraiber e D’Oliveira (2002) relatam que, ao estarem em processo de abortamento, as mulheres têm o direito de ser atendida imediatamente e de maneira respeitosa, sem recriminações ou críticas, e durante o atendimento deverá haver esclarecimento sobre todos os tratamentos propostos e sobre os locais onde poderá buscar ajuda nos casos de complicações pós-aborto.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a) relata que o profissional ao atender mulheres em casos de abortamento necessita refletir sobre a influência de suas convicções em sua prática profissional, para prestar uma assistência sem pré-julgamentos. Essa prática não é fácil, haja vista os cursos de graduação e a formação nos serviços não propiciarem a dissociação dos valores morais, éticos e religiosos da prática profissional e não prepararem os profissionais para lidar com as questões que vão além da prática biomédica.

Como os serviços de saúde geralmente não apresentam as características propostas pelo Ministério da Saúde, inicia-se mesmo que inconscientemente a violência institucional. Diante disso, o profissional oferece assistência de maneira que julga ser a mais adequada para o caso, e a mulher apresenta-se na posição de paciente (e não de usuária de um sistema de saúde), sendo passiva e submissa diante dos procedimentos os quais serão executados no decorrer do atendimento e da hospitalização.

O início dessa reconstrução de atendimento nos serviços de saúde deve ocorrer nos cursos de graduação. Os profissionais precisam ser capacitando para oferecer um atendimento individualizado e voltado para a mulher, principalmente para as questões relacionadas à violência.

Penna (2005) relata a importância e a necessidade da revisão da formação dos profissionais de saúde no sentido de estes adquirirem competência para atender os casos de violência, em particular os de violência contra a mulher.

Ao mesmo tempo, é preciso desenvolver, nos modelos de ensino dos profissionais de saúde, práticas pedagógicas que permitam a compreensão da integralidade como um pressuposto a ser construído durante toda a formação. Para tanto, a educação precisa ser também integral e interdisciplinar, com base em referenciais críticos e reflexivos, permitindo a aquisição de competências e habilidades que assegurem um agir voltado para o ser humano na sua subjetividade (SILVA; SENA, 2008).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões deste estudo versaram sobre as relações estabelecidas pela mulher entre o processo de abortamento e as situações de violência vivenciadas na gestação.

No início do trabalho considerávamos existir possivelmente relação entre ocorrência do processo de abortamento e as situações de violência vivenciadas durante a gestação. Nesse contexto, sentimos necessidade de dar voz às próprias mulheres para que elas pudessem expressar espontaneamente e livremente as suas vivências durante a gestação.

Foram encontradas algumas dificuldades em expressar tais situações, principalmente pela naturalização, por algumas mulheres, de suas vivências de violência. Por vezes, os conflitos são constantes, mas elas não conseguem diferenciar a vivência da violência da normalidade de seu cotidiano.

O estudo apontou que as entrevistadas compreendem a violência contra a mulher de maneira ampliada, conseguindo identificar as suas diversas manifestações. Tais identificações foram em sua maioria descritas a partir de vivências de violência em pelo menos uma de suas etapas de vida. As vivências mais relatadas foram as violências de gênero e psicológica, presentes no interior das residências, nas relações de poder com o companheiro e nas ameaças advindas dos conflitos de dominação em relação às atividades destinadas socialmente a cada sexo. Essas vivências foram relacionadas basicamente ao processo de abortamento.

O próprio processo de aborto foi indicado como uma das manifestações de violência contra a mulher, tanto nos processos espontâneos como nos induzidos. Esse fenômeno, assim como o da violência, possui determinantes sociais, éticos, morais e religiosos que os permeiam, tornando-os temáticas complexas, repletas de valores e subjetividades.

O aborto, mesmo quando espontâneo, pode ser visto como um fracasso da mulher diante de sua capacidade vital de ser mãe – gerando culpa e derrota diante de companheiros e familiares. Circunda também em sua vivência a possibilidade de ser vista como pecadora e/ou criminosa, em decorrência do princípio social e legal do aborto como crime, acarretando o desgaste psicológico.

Sabemos, entretanto, que muitas situações de abortos induzidos são também consideradas violência - a decisão de abortar, de ter o seu corpo violentado por ser invadido por terceiros, a condição solitária diante da imposição do parceiro que exige da mulher uma solução para as gestações não planejadas e não desejadas, a falta de apoio familiar e a presença de dificuldades financeiras - e se tornam pressões sociais.

Encontramos nas relações estabelecidas pelas mulheres da violência durante a gestação e o processo de abortamento aquelas presentes nos dilemas vivenciados nas gestações indesejadas; no cotidiano feminino nos espaços públicos e privados refletidos em conflitos, o excesso da dupla jornada de trabalho e na violência institucional nos serviços de saúde na busca por uma assistência digna e humanizada nas unidades de emergência.

As principais relações apontadas nas gestações indesejadas são refletidas na não aceitação da gestação; na negação do corpo, que leva a mulher a desconhecer a sua própria fisiologia; na responsabilidade feminina não compartilhada com o companheiro diante da gestação; nas dificuldades financeiras; e na violência psicológica vivenciada principalmente por ameaças de ex-companheiros. Todos esses fatores geraram sentimentos negativos, os quais, na percepção delas, auxiliaram o desencadeamento do processo de abortamento.

No trabalho, o sofrimento decorre da vivência de uma dupla jornada de trabalho e na árdua tarefa do excesso de atividades acumuladas, tanto no ambiente doméstico quanto no público, pelo simples fato de ser mulher. Além disso, a violência pode ser caracterizada pela necessidade de inserção da mulher no mercado de trabalho para complementar a renda familiar, pelo achatamento salarial, pela remuneração mensal inferior à paga aos homens, por reproduzirem no âmbito público as atividades realizadas no privado e pela desvalorização do trabalho nesses espaços. Tudo isso leva a mulher a reconhecer o excesso de trabalho como sinal de violência e como fator de interrupção da gestação.

A violência institucional foi visualizada como uma manifestação marcante nos serviços de saúde visto a deficiência no atendimento humanizado prestado às mulheres em processo de abortamento, dificultada pela peregrinação por diversas unidades de saúde em busca de realização de exames, e a falta de leitos obstétricos para internação.

Além disso, os profissionais de saúde continuam atuando repletos de pré-julgamentos diante dos casos de abortamento, geralmente caracterizando a mulher como indutora do processo, desde o primeiro atendimento no serviço de saúde até a possível internação.

Percebemos, portanto, a contradição entre as políticas públicas e a prática nos serviços de saúde. Constata-se que os princípios e as diretrizes do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, que estabelece os direitos da mulher gestante usuária do Sistema Único de Saúde, são violados e que estes acabam visando atender às prioridades dos profissionais, ficando a clientela em segundo plano.

Ratificamos com este estudo que o processo de abortamento e a violência na gestação são fenômenos ainda permeados de diversas razões pessoais e/ou sociais, tais como gestações não planejadas e muitas vezes não aceitas pela mulher, pelo companheiro e/ou familiares e

ainda por questões financeiras, como a necessidade de manter o vínculo empregatício. Além disso, tal fenômeno carrega em si o fato de a mulher ser criada para a maternidade, logo, ao ocorrer o processo de abortamento, este pode ser considerado como perda e/ou incapacidade de sua função reprodutiva.

Devido a esses diversos fatores, o cuidar à mulher necessita ser contextualizado a partir da história de vida desta, conhecendo seu contexto sociocultural, e precisa ser desenvolvido com ética. O acesso aos serviços de saúde é direito da cidadã; logo, os profissionais de saúde devem lançar mão de todas as estratégias disponíveis para desenvolver um cuidado de qualidade e com cobertura assistencial à mulher no período gestacional, particularmente nos processo de abortamento. Cabe às instituições e aos profissionais estabelecerem com as usuárias um acolhimento. Para isso, devem ter uma escuta sensível e precisam ver a mulher como protagonista do processo, com autonomia sobre seu processo de saúde e doença.

Acreditamos que as situações surgidas nas relações interpessoais com a equipe de saúde podem ser o primeiro passo para o desenvolvimento de formações profissionais calcadas nos princípios da humanização, da valorização dos contextos socioculturais nos processos de saúde e doença da população e da valorização das questões de gênero nas condições de saúde da população feminina. A integralidade e a interdisciplinaridade devem ser buscadas nos planejamentos estratégicos e nas práticas de cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS). O profissional deve conhecer e reconhecer os direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania das usuárias e ser capacitado a entender as diferentes maneiras da clientela expressar as suas vivências, em especial as de violência, valorizando as expressões verbais e não-verbais por elas apontadas.

## REFERÊNCIAS

- AGUIRRE, D. G. L. & URBINA, A. A. S., 1997. Los médicos en formación y el aborto: Opinión de estudiantes de medicina en la Ciudad de México. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 227-236, abr./jun., 1997.
- ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Sharing responsibility: women, society and abortion: worldwide**. [S.l.]: Special report, 57 p., 1999. Disponível em: <<http://www.guttmacher.org/pubs/sharing.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2008.
- ALEXANDER, S, et al. Maternal health outcomes in Europe. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, 111, p. S78-87, 2003.
- ALMEIDA, LCG; DINIZ, NMF. Violência sexual: desvelando a realidade que acomete as mulheres. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, 12, p. 88-94, 2004.
- ARILHA, M. Homens, saúde reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão. In: GIFFIN, K; COSTA, SH (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. Cap. 24, p. 455-467.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BERGER, SMD. **Violência sexual contra mulheres: entre a (in) visibilidade e a banalização**. 2003. 184p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.
- BRASIL. **Decreto-Lei nº 2848**, de 7 de dezembro de 1940. Dispõem sobre os crimes contra a pessoa. Diário oficial da União, Brasília, DF, 08 Dez. 1940. Disponível em: <[http://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/exibe\\_artigo.php?ifl=103160](http://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/exibe_artigo.php?ifl=103160)> . Acesso em 25 Mai. 2008.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 11340**, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 Ago. 2006, p. 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm)>. Acesso em 06 nov. 2008.
- \_\_\_\_\_. **Gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 164 p.
- \_\_\_\_\_. **Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p.
- \_\_\_\_\_. **Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 20 p.
- \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência: Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/2001, publicada no DOU nº 96 seção 1e. de 19/05/2001/ Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.**

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p.

\_\_\_\_\_. **Atenção humanizada ao abortamento:** norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 36 p.

\_\_\_\_\_. **Pré-Natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 158 p.

\_\_\_\_\_. **Enfrentando a violência contra a mulher.** Brasília: Secretaria Especial de Política para Mulheres, 2005c. 64 p.

\_\_\_\_\_. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos:** uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d. 24 p.

\_\_\_\_\_. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situações de violência doméstica e sexual:** matriz pedagógica para a formação de redes. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p.

\_\_\_\_\_. **Marco teórico e referencial:** saúde sexual e reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 56 p.

CASIQUE, LC; FUREGATO, ARF. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Revista latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 6, p. 950-956, nov./dez. 2006. Disponível em <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em 26 jun. 2007.

CACIQUE, LC. **Violência perpetuada por parceiros íntimos às mulheres de Celaya, México.** 2004. 145p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-27102004-155419/publico/doutorado.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2007.

CARVALHO, MLO; PIROTTA, KCM; SCHOR, N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 23-31, 2001.

CHAVES NETTO, H. **Obstetrícia básica.** São Paulo: Atheneu, 2005. 890 p.

CHEDID, GR. **Estudo da mortalidade materna no município de Dourados Mato Grosso do Sul de 2002 a 2005.** 2007. 126f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. 2007. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br>>. Acesso em: 16 agosto de 2007.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.** São Paulo: Cortez, 2001.

CHUMPITAZ, VAC. **Percepções femininas sobre a participação do parceiro nas decisões reprodutivas e no aborto induzido.** 2003. 131p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

COKER, AL. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual and psychological battering. **American Journal of Public Health**, v. 90, p. 553-559, 2000.

COSTA, SH. Aborto provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. In: GIFFIN, K; COSTA, SH (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. Cap. 10, p. 163-184.

DAY, VP et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, 25 (suplemento 1), p. 9-21, abril. 2003.

DESLASCIO, D. **Síndromes hemorrágicas por gestação**. São Paulo: SARVIER, 1987.

DESLANDES, SF. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios**. 2000. 224 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

\_\_\_\_\_. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 177-187, 1994.

\_\_\_\_\_. Drogas e vulnerabilidade às violências. In: MINAYO, MCS; SOUZA, ER. (Org). **Violência sobre o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. Cap. 9, p. 243-268.

DGEDGE, M et al. **Confrontando a mortalidade materna: a situação da atenção ao aborto nas unidades sanitárias do setor público em Moçambique**. Ipas: Maputo, Moçambique, 2005.

DINIZ, D. **Aborto por anomalia fetal**. Brasília: Letras Livres, 2004. 152 p.

DINIZ, NMF et al. Violência doméstica e institucional em serviços de saúde: experiência de mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 3, p. 354-356, 2004.

FALEIROS, E. Violência de gênero. In: TAQUETTE, SR. (Org.). **Violência contra a mulher adolescente-jovem**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007. p. 61-65.

FERNANDES, SLSA. **O cotidiano com seus limites e forças para o ser saudável: um encontro da enfermagem com a potência para contornar a violência no dia-a-dia**. 2007. 312 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

FERREIRA, ABH. **Minidicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1993.

FONTANELLA, BJB; RICAS, J; TURATO, ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

GALASTRO, EP; FONSECA, RMGS. A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 454-459, 2007.

GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L; DÍAZ, J. (Org). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999. Cap. 5, p. 165-179.

GAZMARARIAN, JA. Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions. **Maternal and Child Health Journal**, v. 4, p. 79-84, 2000. Disponível em: <[http://www.cdc.gov/reproductivehealth/violence/MCHspecjournal\\_Violence.htm](http://www.cdc.gov/reproductivehealth/violence/MCHspecjournal_Violence.htm)>. Acesso em: 20 jul. 2008.

GIORDANO, EB; LOPES, MCA; CHAVES NETTO, H. Endocrinologia na gestação. In: CHAVES NETTO, H. (Org.). **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Atheneu, 2005. Cap. 5, p. 49-57.

GOMES, LC. **Tendo que vencer o próprio preconceito**: a enfermeira cuidando de mulher que provoca aborto. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

GARCÍA-MORENO, C. Violencia contra la mujer: Género y equidad en la salud. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud - Harvard Center for Populations and Development Studies, 2000. Publicación Especial.

HEISE, L. Gender-based Abuse: The Global Epidemic. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.10, supl.1, p. 135-145, 1994.

Internacional Conference on Population and Development Programme of Action (ICPD), Cairo, Egito, 1994.

IPAS. **Magnitude do aborto no Brasil**: uma análise dos resultados de pesquisa, 2007. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br>>. Acesso em: 27 jul. 2007.

KRNOUBAUER, JFD., MENEGHEL, SN. Perfil da violência de gênero perpetuada por companheiro. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 695-701, 2005.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna**. [S.l.]: Relatório de Pesquisa apresentado no V Fórum Nacional de Mortalidade Materna. 102 p., 2003.

LEOCÁDIO, EMA. **Aborto pós-estupro**: uma trama (des)conhecida entre o direito e a política de assistência à saúde da mulher. 2006. 144p. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

LOURENÇO, MA. **A experiência de gestação e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal**. 2006. 124p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2006.

LUCENA, RCB. Características de mulheres internadas por aborto em uma maternidade pública em Recife – PE: dimensão do problema e sua relação com a prática contraceptiva. 2000. 102 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000.

MARINHEIRO ALV; VIEIRA EM; SOUZA L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 604-610, 2006.

- MARIUTTI, MG. **O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situações de abortamento**. 2004. 128p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- MEDINA, ABC. **Violência intrafamiliar em mulheres grávidas: a identificação pela enfermeira obstétrica**. 2007. 72 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- MELLO, HP; CONSIDERA, CM; SABATTO, A. Os afazeres domésticos contam. **Economia e sociedade**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 435-454, dez. 2007.
- MENEZES, TC et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 309-316, 2003.
- MINAYO, MCS. Organizadora. **Pesquisa Social. Teórica, método e criatividade**. 15. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.
- \_\_\_\_\_. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 91-102, mai./agost. 2001.
- MINAYO, MCS et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, MCS; ASSIS, SG; SOUZA, ER (Org). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Cap. 2, p. 71-103.
- MORAES, CL; REICHENHEIM, ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro. **Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics**. 79, p. 269-277, 2002.
- MUNIZ, ML. Emergências públicas arcam com ônus de abortos mal feitos. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 10 de junho de 2007. Niterói, p. 3.
- NERY, IS et al. Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-73, jan./mar. 2006.
- NERY, IS; TYRRELL, MAR. **O aborto provocado e a questão de gênero: mulheres em evidência e as evidências das mulheres para as bases da assistência de enfermagem**. Teresina: EDUFPI, 2002. 149p.
- NÚÑES-RIVAS et al. La violencia física, emocional y sexual durante embarazo: riesgo reproductivo predictos de bajo peso al nacer em Costa Rica. **Revista panamericana salud publica**, Washington, v. 14, n. 2, p. 75-83, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org.br>>. Acesso em: 20 de jan. de 2008.
- OLIVEIRA, ACO. **Gênero, saúde reprodutiva e trabalho: formas subjetivas de viver e resistir às condições de trabalho**. 2001. 167p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.
- OLIVEIRA, EM. **Pancada de amor dói e adoce: violência física contra mulheres**, Ceará: Edições UVA, 2007. 174 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Abortamento seguro**: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde. Campinas: Cemicamp, 2004. 143 p.

\_\_\_\_\_. **Promovendo a maternidade segura através dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2003. 200 p.

OSIS, MJD et al. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 5, p. 44-51, 1996.

OTAVIO, C.; AGEERGE, S. Aborto S/A.: um lucrativo negócio que corrompe, rende votos e faz vítimas. **Jornal O Globo**, Rio de Janeiro, 20 mai. 2007. O País, p. 4.

PAZ, AM. **Violência por parceiro contra mulheres grávidas do Programa de Saúde da Família do Distrito Sanitário II**. 99 f. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

PEDROSA, IL; GARCIA, TR. “Não vou esquecer nunca! A experiência feminina com o abortamento induzido. **Revista Latino americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 50-58, dez. 2000.

PEÑA, SC; EGAN, LAV. Violencia familiar: una aproximación desde la ginecología y obstetricia. **Ginecologia y Obstetricia de México**, v. 73, n. 5, p. 250-260, mai. 2005. Disponível em: <[www.new.medigraphic.com](http://www.new.medigraphic.com)> . Acesso em 30 de março de 2008.

PENNA LHG. **A temática da violência contra a mulher a formação da enfermeira**. 2005. 286p. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2005.

PÉREZ, BAG. **Aborto provocado**: representações sociais de mulheres. 2006. 137p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

PITANGUY, J. Violência de gênero e saúde – interseções. In BERQUÓ, E (Org). **Sexo & vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003, p. 319-337.

POLIT, DF; BECK, CT; HUNGLER, BP. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação, Utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMIREZ-GALVEZ, MC. **Os impasses do corpo**: ausências e preeminências de homens e mulheres no caso do aborto voluntário. 1999. 150p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

RAPPAPORT, CR. **Psicologia do desenvolvimento**. São Paulo: EPU, 1981. 90 p.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS HUMANOS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê de mortalidade materna**. Rio de Janeiro: Rede Feminista em Saúde. 2001. 23 p. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br>>. Acesso em 27 jul. 2007.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Gravidez saudável e parto seguro são direitos da mulher**. São Paulo, 2000. Disponível em: <[www.saudedesenvolvimento.com.br](http://www.saudedesenvolvimento.com.br)>. Acesso em 17 out. 2008

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ROCHA, MIB. A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 369-374, jul./dez. 2006.

ROCHA-COUTINHO, ML; LOSADA, BL. Redefinindo o significado da atividade profissional para as mulheres: o caso das pequenas empresárias. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 493-502, set./dez. 2007.

RODRIGUES, MML; HOGA, LAK. Homens e abortamento: narrativas das experiências compartilhadas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 258-267, 2005.

SANCHES, S; GEBRIM, VLM. O trabalho da mulher e as negociações coletivas. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 99-116, set./dez. 2003.

SAUNDERS, EE. Screening for domestic violence during pregnancy. **International Journal of Trauma Nursing**, v. 6, n. 2, p. 44-47, jun. 2000.

SAÚDE, Rede Feminista de. **Dossiê Aborto: Mortes Preveníveis e Evitáveis**. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2005. 48 p.

SCHRAIBER, LB; D'OLIVEIRA, AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v.3, n.5, p. 11-26, 1999.

SCHRAIBER LB et al. A violência contra a mulher; demandas espontâneas e busca ativa em unidades básica de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 9, nº 1e 2, p. 3-15, jan./dez. 2000.

SCHRAIBER, LB; D'OLIVEIRA, AFPL. **O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica**. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões para o Campo da Saúde Website: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina USP, 2002. Disponível em: <<http://www.mulheres.org.br>>. Acesso em 25 out. 2008.

SCHRAIBER, LB et al. **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos**. São Paulo: UNESP, 2005. 183 p.

SILVA, KL; SENA, RR. Integralidade no cuidado de saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp>>. Acesso em 09 out. 2008.

SORRENTINO, SR; LEBRÃO, ML. Os abortos no atendimento hospitalar do Estado de São Paulo, 1995. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 256-267, 1998.

SOUZA, VLC et al. O aborto entre adolescentes. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 42-47, 2001.

SOUZA, MKB.; SANTANA, JSS. Concepções de enfermeiros gestores municipais de saúde sobre violência. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 94-99, 2007.

SOUZA, ER et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, MCS; ASSIS, SG; SOUZA, ER. (org) **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Cap. 4, p. 133-156.

SOUZA, CM; ADESSE, L. **Violência sexual no Brasil**: perspectivas e desafios. Brasília: Secretaria Especial de Política para as mulheres, 2005. 188 p.

TAVARES, DMC. **Violência doméstica**: uma questão de saúde pública. 2000. 113p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

TESSARO, A. **Aborto, bem jurídico e direitos fundamentais**. 2006. 127p. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

WEBSTER, J. Domestic violence in pregnancy. A prevalence study. **Med. J Aust**, v. 161, p. 466-70, 1994.

ZALVIDAR, GA et al. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. **Salud Pública de México**, v. 40, n. 6, nov./dez. 1998.

ZUGAIB, M. Paradoxos do aborto. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, Editorial, 1990.

**APÊNDICE A - Dados coletados em prontuário**

1. Idade e etnia da cliente.
2. Escolaridade e profissão da cliente.
3. Situação conjugal.
4. Idade gestacional em que ocorreu o processo de abortamento.
5. Dados obstétricos (gestações, paridades e abortos).

**APÊNDICE B - Roteiro de entrevista**

1. O que você entende por violência contra a mulher?
2. Durante esta gestação você vivenciou alguma violência?
3. Você poderia relatar como foi esse conflito?
4. Você consegue estabelecer alguma relação entre o seu processo de abortamento e as situações de violência vivenciadas nesta gestação?

**APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido****Título do projeto: “A violência na gestação e sua relação com o processo de abortamento”****Pesquisador responsável: André Guayanaz Lauriano****Instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Faculdade de Enfermagem****Telefone para contato: (21) 2629-9231 (trabalho) ou (21) 9875-8542 (celular)**

A Sr<sup>a</sup>. está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “A violência na gestação e sua relação com o processo de abortamento”, de responsabilidade do pesquisador André Guayanaz Lauriano.

Este estudo tem como objetivos: descrever os tipos de situações de violência vivenciados durante a gestação pela mulher em processo de abortamento; identificar as relações estabelecidas pela mulher entre o processo de abortamento e as situações de violência vivenciadas na gestação; e analisar a relação entre processo de abortamento e ocorrência de situações de violência na gestação, sob a ótica da mulher em processo de abortamento.

Será realizada uma entrevista, gravada em aparelho MP3, posteriormente transcrita na íntegra, sem qualquer alteração do seu conteúdo. A pesquisa busca trazer os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, à reflexão sobre as mulheres que vivenciam violência e processo de abortamento.

A sua participação neste estudo é voluntária. Perguntas podem ser feitas a qualquer momento que a senhora julgar necessário. Mesmo que decida participar, a entrevistada tem plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento, sem que isso implique qualquer tipo de prejuízo.

A sua identidade será mantida como informação confidencial e não será revelada em qualquer momento na pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, declaro ter sido informada sobre os objetivos do estudo e concordo em participar, como voluntária, do projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

---

Assinatura da entrevistada

---

André Guayanaz Lauriano  
Pesquisador/Mestrando

Orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lúcia Helena Garcia Penna

## APÊNDICE D – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro

Herbert Praxedes - **Coordenador Geral**  
*Médico*

CEP CMM/HUAP nº 178/07

Alair Augusto S.M.D. dos Santos  
*Médico*

CAAE nº 0146.258.000-07

Ana Beatriz Monteiro Fonseca  
*Estatística*

Do: Coordenador do CEP CMM/HUAP  
A(o) Sr.(a) Pesquisador(a):

Carlos Brazil  
*Advogado*

Assunto: Parecer sobre Projeto de Pesquisa

Denise Mafra  
*Nutricionista*

José Carlos Carraro Eduardo  
*Médico*

Sr.(a) Pesquisador(a)

José Paravidino de Macedo Soares  
*Médico*

Informo a V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, constituído nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Maria de Fátima Lopes Braga  
*Nutricionista*

Maria Nazareth Cerqueira Pinto  
*Médica*

Miriam Fátima Zaccaro Scelza  
*Cirurgiã Dentista*

Nívia Valença Barros  
*Assistente Social*

Paulo Roberto Mattos da Silva  
*Psicólogo*

Título do Projeto:

**“A violência na gestação e sua relação com o processo de abortamento”**

Paulo Sérgio Faitanin  
*Filósofo*

Pesquisador Responsável:  
**André Guayanaz Lauriano**

Regina Helena Saramago Peralta  
*Médica*

Pesquisadores Colaboradores:  
**Lucia Helena Garcia Penna**

Regina Lúcia de Oliveira Caetano  
*Farmacêutica*

Data: 07/12/2007

Renato Augusto Moreira de Sá  
*Médico*

**Parecer: *Aprovado.***

Rosa Leonôra Salerno Soares  
*Médica*

Rosângela Arrabal Thomaz  
*Bióloga*

Rosiléa Said Amazonas  
*Representante dos Usuários*

Simone Cruz Machado  
*Enfermeira*

Wilson da Costa Santos  
*Farmacêutico*

Atenciosamente,

**Prof. Herbert Praxedes**  
Coordenador

## ANEXO - Quadro demonstrativo de categorias

Unidade de significação	Número de entrevistadas	Total de UR	Subcategorias	Categorias
O aborto como violência contra a mulher (a perda da maternidade)- violência física, emocional/psicológica, gênero)	05	11	A perspectiva da mulher gestante sobre violência (51 UR)	<b>1ª Categoria – Compreendendo a perspectiva da mulher gestante sobre violência e o processo de abortamento (82 UR)</b>
Violência como agressão física, verbal e emocional, sexual, gênero (violência por ser mulher), dificuldade financeira, um ciclo – violência estrutural	10	22		
A violência como agressão física, doméstica	10	16		
Não sabe explicar o que é violência	01	01		
Compreendendo violência pela ausência de Deus	01	01		
Aborto como causa Divina	04	06	A perspectiva da mulher gestante sobre o processo de abortamento (31 UR)	<b>2ª Categoria – A relação da violência na gestação e o processo de abortamento na perspectiva da mulher (272 UR).</b>
Aborto como crime (não aceitação do aborto pela mulher)	02	02		
O aborto como decisão do casal - compartilhada	01	01		
O aborto em função de solicitação do companheiro	01	11		
Sentimento de perda e derrota no processo de gestação	02	03		
O aborto como decisão da própria mulher	01	02		
O aborto como facilitador da manutenção do trabalho	01	01		
O aborto como causa obstétrica ou sistêmica do organismo	02	05	A gestação indesejada: os dilemas vividos (204 UR)	
Gestação não planejada e não desejada pelo companheiro, não apoio do companheiro/família	13	75		
Gestação não desejada pela mulher	11	41		
Gravidez por falta de conhecimento do próprio corpo - não planejada	08	19		
Sentimentos negativos advindos dos dilemas da gestação não planejada	11	54		
Dificuldade financeira - Violência estrutural econômica	06	15	O cotidiano feminino nos espaços públicos e privados: conflituosas conquistas e o excesso de trabalho na dupla jornada (41 UR)	
Dupla jornada de trabalho, com excessivo esforço físico.	03	19		
Sentimentos negativos advindos dos conflitos no trabalho	07	22	A busca pela assistência no processo de abortamento: vivenciando a violência institucional (27 UR)	
Peregrinação por busca de assistência no processo de aborto	05	27		