



## NO PÉ QUE BROTOU MARIA, NEM MARGARIDA NASCEU: TRAJETÓRIAS DO CUIDADO À MULHER EM SITUAÇÕES DE ABORTAMENTO

Yárita Crys Alexandre Hissa Medeiros<sup>1</sup>  
Katherine Jeronimo Lima<sup>2</sup>

### RESUMO

O tema do Aborto tem sido discutido há décadas. Transpassado por dilemas éticos e morais, o abortamento clandestino, ainda sim, possui uma grande incidência entre as mulheres. Atemorizadas pelo receio da punição, muitas se submetem a procedimentos inseguros para sua saúde. Além da dimensão biológica, o sofrimento dessas mulheres dá-se, também, na dimensão da saúde mental. Entendendo a urgência de um pensar crítico sobre esse assunto esta pesquisa buscou analisar qual o percurso de cuidado das mulheres que vivenciaram o aborto provocado a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. Para tanto, adotaremos o método da “Entrevista Reflexiva” que irá auxiliar-nos a apreender os significados dados por duas enfermeiras, duas Agentes de Saúde e duas residentes de uma Unidade Básica de Saúde em Fortaleza. Após as entrevistas, houve a análise das falas e discussão.

**Palavras-chave:** Aborto, Saúde da Mulher, Direitos Reprodutivos, Atenção Básica

### ABSTRACT

The topic of abortion has been discussed for decades. Pierced by ethical and moral dilemmas, clandestine abortion still has a high incidence among women. Frightened by the fear of punishment, many of them undergo procedures that are unsafe for their health. In addition to the biological dimension, the suffering of these women also occurs in the mental health dimension. Understanding the urgency of critical thinking on this subject, this research turned to the analysis of the care path of women who experienced abortion from the perspective of health professionals. We adopt the “Reflective Interview” method that will help us to understand the meanings given by two nurses, two Health Agents and two residents of a Basic Health Unit in Fortaleza in reference to that path. After the interviews, there was an analysis of the speeches and discussion.

**Keyword:** Abortion, Women's Health, Reproductive Rights, Primary Care

---

<sup>1</sup> Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (2014). Atuou como psicóloga residente na equipe NASF pela Residência Integrada em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará (2018-2020) e, atualmente, cursa o mestrado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

<sup>2</sup> Enfermeira formada pela Faculdade do Norte de Minas Gerais, em 2008. Especialização em Epidemiologia pela Universidade Federal de Goiás, em 2011. Especialização em Saúde Coletiva na modalidade de residência integrada em saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará, em 2015. Especialização Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, em 2015. Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará, em 2018. Doutorado em Saúde Pública, em andamento, pela Universidade Estadual do Ceará

## Introdução

Tratar sobre o processo de abortamento<sup>3</sup> não é uma tarefa fácil, tendo em vista que tanto o contexto de criminalização quanto o de tabu moral, presentes ainda no Brasil, dificultam o debate e a construção de dados epidemiológicos que fundamentem os estudos. Esses tabus e essa moral se expressam tanto nas normativas que regem os processos de interrupção intencional da gravidez, como também, em grande parte, na postura dos profissionais de saúde durante o acompanhamento de mulheres que passaram pelo abortamento. Portanto, este trabalho versa sobre a trajetória de mulheres que vivenciaram o abortamento autoinduzido e como elas foram assistidas em uma Unidade Básica de Saúde em Fortaleza.

Porém, não é possível falar sobre Abortamento Clandestino sem lançar a vista, primeiramente, sobre o terreno de disputas que é o corpo feminino e seus direitos sexuais e reprodutivos. Silvia Federici em sua obra, *“Calibã e a Bruxa”* (2017a), realiza um resgate histórico de como o Estado criou dispositivos de controle sobre a reprodução e criatividade das mulheres.

Esse processo possui um marco histórico que data do séc XIV, período de transição entre o feudalismo e o capitalismo. Com o novo regime em ascensão, as relações sociais e o lugar de existência que os indivíduos ocuparam anteriormente teriam que mudar. Esse processo alavancou um panorama de revolta entre os camponeses que se opunham à privatização das terras e ao fim do sistema econômico de câmbio. O Estado, portanto, adotou medidas para fragilizar essa resistência e contou com o apoio de instituições como a Igreja e a Medicina. (Federici, 2017b).

Essas estratégias objetivaram, também, garantir mão de obra para o regime recém instaurado. Com o avanço do capitalismo, faz-se necessário assegurar trabalhadores para mantê-lo, especialmente com o déficit populacional devido à Peste Negra e à intensa fome e miséria que se instalaram na Europa (Federici, 2017c). Para sanar essa situação, portanto, o governo passou a incentivar com recompensas casamentos e nascimentos, assim como punir mulheres que usassem qualquer método contraceptivo

---

<sup>3</sup> Apesar das diversas terminologias adotadas, todas referem-se ao aborto não autorizado pela lei brasileira e realizado de forma intencional.

(inclusive o aborto, largamente praticado na época), com o propósito de aumentar a população europeia e manter a desmobilização dos camponeses (Federici ,2017d).

Houve, nesse período, um planejamento político em que a população era doutrinada a temer, identificar e denunciar mulheres que representassem ameaça sob a acusação de feitiçaria. Dentre esse extenso espectro em que nós podíamos ser acusadas e levadas à fogueira estava o crime de infanticídio, contracepção e aborto, levando à morte milhares de mulheres e assegurando o controle de natalidade pretendido na época (Federici,2017e).

Trazendo para os dias atuais, um dos campos em que este emaranhando de força e resistência foi ressignificado e ainda pode ser observado é o do Direito. A dimensão da Justiça é um extenso terreno de tensionamento no que concerne à temática do Aborto e este mantêm uma certa ambiguidade no debate a respeito deste assunto. O embate se dá no conflito entre o direito à vida e os direitos sexuais e reprodutivos.

Apesar da proibição à prática do aborto embasada em argumentos pró-vida, Rafael Rodrigues Pereira (2018) lança uma nova perspectiva sobre o assunto. Em sua discussão ele nos lembra que, no legislar, existem critérios para o que se considera vida. No escopo legal, para ser um portador de direitos, o ente precisa ser dotado de algumas capacidades, tais quais: possuir um sistema de linguagem complexo ou possuir um sistema nervoso desenvolvido. Portanto, mediante estes critérios, um embrião até a décima quarta semana de gestação não pode ser considerado um sujeito de direitos, tendo maior relevância, então, a preservação do bem-estar da mulher em comparação à necessidade de manter a gestação. No entanto, o conceito de sujeito em potencial<sup>4</sup> levanta uma ambiguidade sobre o assunto.

Ainda no âmbito jurídico podemos mencionar também o artigo 128 do Decreto-Lei N° 2.848 de 1940, que estabelece situações em que a interrupção da gravidez pode ser realizada de forma legal, quais sejam: gestação resultante de violência sexual, gravidez que põe em risco a vida da mãe e, a posteriori e casos de má-formação fetal que impossibilitem a vida extrauterina. (Brasil, 2011a). Para Iria Raquel Borges Wiese e Ana

---

<sup>4</sup> A ideia de sujeito em potencial se aplica, de forma literal, aos sujeitos que podem vir a ser. Este potencial pode ser chamado de ativo, quando ele está em curso de realização, ou passivo, quando ele é apenas uma possibilidade ou um ideal de concretização. (Pereira, 2018)

Alayde Werba Saldanha (2014), as leis que regem a legalização da interrupção intencional da gestação têm como centralidade a vida do feto, ao qual, para fins legais, é considerada quando há a implantação do óvulo já fecundado, o que ocorre por volta do décimo quarto dia após a concepção.

Essa perspectiva, que tem a preservação da vida do feto como central e embasa tanto as leis como os argumentos a favor da criminalização do aborto, apresentou-se com influência forte do aspecto religioso. Em contrapartida, o foco na manutenção da vida e bem-estar da gestante é o que orienta as reflexões a favor da descriminalização do aborto. Conforme observam Camila Simões Santos e Lia Márcia Cruz da Silveira, (2017a, p. 307):

No atual cenário político brasileiro, o ativismo religioso também tem papel de destaque no debate sobre o aborto. Há um forte embate entre os movimentos feministas e LGBT e os ativistas religiosos em torno do sentido da vida e da percepção da sexualidade humana

Portanto, até então, os dispositivos e discursos denominados pró vida reproduzem a centralidade na natalidade presente no séc. XVII. Dentre esses dispositivos, outro espaço macropolítico que se faz importante abordar, e onde podemos evidenciar a disputa de forças sobre a produção de modos de vida (biopoder), é o fazer em saúde, foco de nosso trabalho. Percebe-se, ainda hoje, uma práxis em saúde permeada de uma moral não representativa, especialmente no que tange à assistência à mulher no pós-abortamento.

O processo de estigmatização do Aborto impacta não somente o bem-estar das mulheres, mas também atravessa a vida dos/das cuidadores/as que prestam assistência a elas. Muitos/as profissionais afirmam se manterem distantes na relação com a usuária nessa situação por medo de serem julgados/as ou até mesmo denunciados/as. Soma-se a isto o receio das mulheres que, de certo modo, foram levadas a cometerem esse “crime”, de serem punidas e constrói-se, assim, uma barreira à promoção de cuidado a essa população multiadoecida (Leila Adesse et al, 2013a).

Sabendo-se que esses atravessamentos ideológicos estão presentes nos atendimentos em saúde, e que, por muitas vezes, interferem numa atenção humanizada à mulher, estabeleceu-se o *Manual Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*

(Brasil, 2011b). As diretrizes presentes nessa publicação asseguram um atendimento integral e humano à mulher durante e após o processo de abortamento, orientando as atitudes profissionais, inclusive mediante ao impasse da denúncia:

Diante de abortamento espontâneo ou provocado, o(a) médico(a) ou qualquer profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, pois o sigilo na prática profissional da assistência à saúde é um dever legal e ético, salvo para proteção da usuária e com o seu consentimento. O não cumprimento da norma legal pode ensejar procedimento criminal, civil e ético-profissional contra quem revelou a informação, respondendo por todos os danos causados à mulher (Brasil, 2011c, p. 19).

Esse contexto proibicionista restringe as possibilidades de construirmos parâmetros fidedignos quanto à situação epidemiológica referente ao abortamento e, conseqüentemente, um cuidado mais consistente com as demandas dessas usuárias. Os dados que possuímos quanto à situação de saúde dessas mulheres se expressam a partir da pesquisa de Debora Diniz, Marcelo Madeiro e Alberto Medeiros (2016), único estudo nacional a respeito deste assunto tendo, portanto, como único parâmetro de comparação a mesma pesquisa realizada em 2010 pelas mesmas autoras.

Nesse estudo de âmbito nacional podemos observar que uma entre cada cinco mulheres<sup>5</sup> já optou pela interrupção gestacional. Além disso, aponta o processo de abortamento como uma questão de Saúde Pública. Essa qualificação se dá não apenas pela sua incidência, mas também pela precariedade em que é realizado o aborto clandestino, sendo essa uma das maiores causas de mortalidade materna no Brasil.

Além do risco de mortalidade e outras complicações que podem acometer as mulheres que passam pelo abortamento clandestino, a complexidade desse processo envolve questões mais amplas e que merecem ser observadas, tais quais: a integralidade da saúde da mulher, o aspecto cultural e social que permeia a trajetória do aborto desde a sua decisão, a necessidade de formação dos profissionais e reestruturação dos sistemas jurídicos e de saúde para acolhimento das mulheres que interromperam voluntariamente a gestação, dentre outros pontos. Esses aspectos reforçam a necessidade de estudos, já

---

<sup>5</sup> A pesquisa realizada por Diniz em 2016 foi também realizada em 2010. Apesar de restrita ao público urbano, alfabetizado e de idade entre 18-35 anos, mostra-nos dados realísticos a respeito da saúde destas mulheres, inclusive apontando pouca mudança se ambos os estudos forem comparados.

apontada na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde <sup>6</sup> (2015), e debates sobre o assunto com o intuito de avançarmos quanto aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e nos transformarmos enquanto sujeito e sociedade (Santos; Silveira, 2017b).

Tendo estes objetivos em vista, voltamos nosso trabalho para analisar qual o percurso de cuidado das mulheres que vivenciaram o aborto provocado, identificar os sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde às usuárias que vivenciaram esse processo e mapear a rede de apoio acessada por essas mulheres.

## **Metodologia**

Considerando a complexidade do tema e os objetivos propostos por este trabalho, optamos por uma abordagem qualitativa da temática, objetivando ampliar as possibilidades de percepção e discussão a respeito do assunto. Para tanto, a Entrevista Reflexiva proposta por Heloísa Szymanski, Laurinda Ramalho de Almeida e Regina Célia Almeida Rego Prandini nos pareceu ser a mais adequada, especialmente pela sua perspectiva de horizontalidade entre pesquisador e participante:

Uma forma de refletir sobre a questão da desigualdade de poder na situação da entrevista é aceitar o pressuposto de que todo saber vale um saber (Freire, 1992; Héber-Suffrin 1992) e a proposta de, pelo diálogo, buscar uma condição de horizontalidade ou igualdade de poder na relação. Trata-se de respeito e não de aderência, como lembra Freire (1992,p.86), pelos ‘saberes da experiência’, resultado da compreensão de mundo. (Szymanski, Almeida e Prandini, p. 13, 2011b)

Adentrar o mundo privado do outro, estabelecendo uma relação que permita o contato com a experiência vivida do sujeito, necessita, além de uma relação destituída do lugar de poder do pesquisador e horizontalizada, uma escuta sensível e isenta de julgamentos, princípios estes também presentes na Entrevista Reflexiva. Tendo em vista esses aspectos e objetivando criar um ambiente facilitador da expressão do participante, esta metodologia propõe uma sequência de etapas para a execução da entrevista: O

---

<sup>6</sup> A Agenda estabelece a prioridades e temáticas mais pertinentes para pesquisa em saúde. Dentre elas se encontra o estudo sobre os determinantes biológicos e socioculturais do aborto

Aquecimento, a questão desencadeadora, a expressão da compreensão, a síntese e a devolução.

Na medida em que o/a pesquisador/a, a partir da questão desencadeadora, vai acessando a experiência e os significados atribuídos pelos colaboradores ao tema da pesquisa, ele/a pode utilizar-se de algumas perguntas com o intuito de conduzir o processo de entrevista, dependendo da necessidade de cada momento. São elas: de esclarecimento, focalizadoras e de aprofundamento. Cada uma dessas intervenções possui uma função, porém não se restringem a elas, ou seja, uma pergunta objetivando esclarecer um ponto do discurso do colaborador também pode ter o efeito de aprofundamento:

É significativo para análise posterior verificar em quais momentos o discurso era menos elaborado ou estruturado, e é informativo também verificar como foram respondidas as questões de esclarecimento- se a questão pedindo esclarecimento gerou ou não uma nova articulação. A expressão truncada ou confusa pode indicar ocultamentos e, não havendo uma nova articulação para esclarecer, é o caso de respeitá-los (Szymanski, Almeida e Prandini, p. 45, 2011c)

A proposta inicial deste trabalho aconteceria com participação de profissionais e usuárias de uma Unidade Básica de Saúde localizada em Fortaleza, na região do Grande Mucuripe, território litorâneo e marcado por intensa desigualdade social e concentração de renda, onde o investimento na rede hoteleira compete com as comunidades de pescadores que ainda resistem na região. No entanto, devido ao estigma e às intercorrências e a dificuldade de contato com as usuárias, não foi possível contactar mulheres que vivenciaram um abortamento para fazerem parte do estudo, participando dele efetivamente duas enfermeiras, duas agentes comunitárias de saúde (Acs's) e duas enfermeiras residentes.

As entrevistas foram realizadas na modalidade grupal e individual, de acordo com a disponibilidade de tempo das entrevistadas, totalizando dez entrevistas, em que foram abordadas questões amplas sobre saúde da mulher e sexualidade até chegarmos à discussão mais específica sobre como as profissionais de saúde percebiam a experiência das mulheres que passavam pelo abortamento clandestino e como estas são assistidas na Atenção Básica. Todas as entrevistas foram realizadas em ambiente privado e gravadas para análise posterior. A seleção das ACS's e enfermeiras se realizou mediante a

apresentação da proposta da pesquisa para a equipe e a sinalização por parte das profissionais do seu interesse em colaborar. Também se levou em consideração o contexto de vulnerabilidade das áreas de responsabilidade dessas profissionais, optando por convidar as que possuíam territórios mais vulneráveis, sendo estas áreas de ocupação e carentes de políticas públicas básicas, como coleta de lixo e saneamento básico, por exemplo.

A etapa seguinte, a análise do conteúdo das entrevistas, teve como fundamento a Hermenêutica, teoria utilizada por Szymanski, Almeida e Prandini (2011d) nas pesquisas apresentadas em sua obra. A Hermenêutica, como exposta pelas autoras Szymanski, Almeida e Prandini (2011e), trata-se de um debruçar sobre os sentidos e significados presentes na comunicação e no encontro. Para tanto, devemos levar em consideração o contexto da entrevista e a não neutralidade da entrevistadora, tendo em vista que a interpretação do material passa pela subjetividade e individualidade da mesma.

A partir do exposto acima, existem algumas etapas a serem seguidas na análise da entrevista:

1. Primeiramente, o/a pesquisador/a, em uma postura empática e ausente de julgamentos de valor ou moral, busca apreender o sentido geral do que foi comunicado no encontro, considerando aspectos como: vínculo construído com o/a participante, ambiente em que a pesquisa se deu, etc.;
2. A partir do sentido geral, imergir novamente no discurso e listar os significados mais singulares;
3. Organizar as unidades de significado em categorias, a partir de um critério pré-definido, e, em seguida, sintetizá-las abordando os aspectos mais relevantes para o estudo.

Ao finalizar as entrevistas seguindo tais preceitos, foi realizada a análise e a devida discussão teórica, assim como a devolutiva para as participantes que puderam opinar quanto a manutenção ou não, no trabalho, de informações fornecidas. Por fim, foram elaboradas conclusões a partir do conteúdo vivido durante os encontros com as colaboradoras.





## Resultados

Para fins de discussão do que foi produzido, transcrevemos as falas e separamos em categorias os diversos significados e sentidos nelas expressos. Cada categoria reúne em si discursos que se interconectam em seus afetos, pensamentos e percepções sobre determinado assunto, permitindo observá-las por um prisma complexo de olhares e vivências que partiram dessas trabalhadoras da saúde. Em cada tópico abaixo, será discutido um aspecto do caminho que leva mulheres ao abortamento e levantado alguns possíveis desdobramentos a respeito desta temática.

## Elas

Antes de adentrarmos nas diversas dimensões sobre a experiência do abortamento clandestino apresentada nas entrevistas, pretendemos traçar um perfil das mulheres que mais são afetadas pela gravidez não planejada. Partindo de uma extrapolação, entendemos que, ao estabelecermos um perfil dessas usuárias, podemos inferir também quais mulheres são levadas com mais frequência ao caminho do abortamento autoinduzido.

Durante a pesquisa, evidenciou-se que a tutela sobre o corpo e a subjetividade da mulher, aspecto marcante na estrutura da nossa sociedade e que acomete de forma singular cada uma destas a partir de sua raça, condição econômica e social, é um aspecto fundante do processo da maternidade, especialmente da gravidez não planejada. A cultura do corpo imaculado da mulher torna-se barreira para que elas percebam suas mudanças, falem abertamente sobre ele e cuidem do mesmo. Além da relação com o corpo, a pressão social e cultural pela maternidade e por um relacionamento heteronormativo, acima dos desejos e vontades da mulher, impactam fortemente a trajetória do ser mãe. Conforme revelam as falas abaixo:

*Segurar o marido - ACS B*

*Acha que vão passar o resto da vida com elas - ACS A*

*Porque tem mulheres que “Ai, as pessoas tem uma mania de achar que a mulher só vai ser feliz se tiver um filho” ai ela diz: “eu não quero ter um filho, vou deixar de viajar, vou deixar de fazer não sei o quê...”. então é a escolha dela.[...] e se ela não tiver cuidado ela vai pela onda dos outros e assim, ah mas eu vou ter porque todo mundo tem – Enfermeira A*

O tabu quanto a sexualidade e conhecimento sobre o corpo torna-se mais restritivo quando tratamos de jovens mulheres. Isso se evidencia na falta de espaços de diálogos sobre a vida sexual dessas adolescentes e orientação quanto ao uso de contraceptivos (Ana Lourdes Maia Leitão; Marinina G. Benevides, 2016). Tal lacuna surge nesta pesquisa na unanimidade das profissionais em evidenciar a recorrência da gravidez não planejada na adolescência. Dentre os fatores que foram elencados pelas participantes e que atravessam este contexto temos: o sentimento de invencibilidade, o desconhecimento da experiência da maternidade, a desresponsabilização do parceiro em adotar métodos contraceptivos e o déficit de práticas voltadas para a educação sexual. Apesar de não estar atrelado diretamente a gravidez não planejada, as entrevistas também mostraram como um aspecto importante no que tange a gestação na adolescência a maternidade como status e possibilidade de quebra de um ciclo de pobreza (Leitão; Benevides, 2016). Segundo observaram as profissionais de saúde entrevistadas:

*[...]e aí tem muitas delas, inclusive adolescentes, que a situação é tão, é tão séria dentro de casa, tão vulnerável, tão séria, tão cheia de problema, que as vezes também elas engravidam querendo ver se tem condição de sair daquele ciclo, porque é um ciclo. – Enfermeira B*

*Uma questão que eu achei interessante, que foi levantada por elas mesmo lá, de achar que não vai acontecer com ela - Enfermeira A*

*Mas assim já vi algumas meninas falando assim, de achar que a responsabilidade é do menino e o menino muitas vezes a fala deles é dizer que ela é que tem que tomar remédio ela quem tem que se prevenir. É a nossa cultura mesmo tipo assim... quem tiver suas cabritas que prenda – Enfermeira A*

Outro fator de risco para a gravidez indesejada que as entrevistadas apresentaram durante os encontros foi o uso abusivo de substâncias. Devido à alteração de consciência, muitas usuárias ficam mais vulneráveis ao sexo desprotegido e, conseqüentemente, às ST's e à própria gestação. Além disso, o ataque às políticas de Redução de Danos mostra-se uma barreira de acesso dessas usuárias aos métodos contraceptivos e cuidados com sua saúde sexual:

*Mas aí às vezes quando acontece delas dizerem que estão, que acham que estão grávidas eu pergunto: Usou a camisinha? 'Aí elas: Nem lembro! Porque as vezes a gente tá drogada muito doida aí da vontade e ninguém nem lembra de usar a camisinha'. Na maioria das vezes elas chegam a levar a gravidez até o final mas as vezes elas tomam medicação que elas compram clandestinamente e tomam e não vai pra médico, não vai pra canto nenhum. Toma e acabou. - Acs B*

Pode-se afirmar que as usuárias de substâncias enfrentam também os julgamentos morais dos profissionais de saúde, o que se constitui como mais uma barreira de acesso a Unidade de Saúde e, conseqüentemente, a práticas preventivas da gravidez não planejada. Esse contexto de não acolhimento implica em um acompanhamento ineficaz da gestação e da puericultura, acarretando possíveis adoecimentos tanto para a mãe como para a criança, caso ela nasça, apresentando a necessidade de acomodar nesse cuidado integral a relação da mulher com o uso problemático de substâncias:

*Muitas continuam o uso, assim, porque acho que não aceita a gestação, mas segue com ela porque enfim não encontrou um meio de se chegar a um aborto legal por exemplo. E aí elas continuam a vida delas normalmente e fazem o uso - Residente 2*

Além do uso de substâncias e do contexto de privação de recursos básicos para o bem-estar, podemos elencar como potencializador de uma gravidez não planejada a relação da mulher com seu parceiro. Nos discursos, as entrevistadas trouxeram à tona que a recusa do parceiro em usar métodos contraceptivos, como também a exigência do mesmo em ter uma criança, vinculando à gestação a permanência da relação, é um dos fatores mais presentes nos processos de gravidez não planejada ou desejada, tal como indicam as falas abaixo:

*E tem o fator do parceiro também, que às vezes o parceiro não quer usar nada e ela faz a vontade.- Residente 1*

*Muitas mulheres que fizeram ligação, ligadura e aí de repente se vê apaixonada por outro homem [...] Quer desfazer a ligação, né, pra poder engravidar deste homem, pra satisfazer esse homem. Muitas vezes nem é pra ela ' Ah, mas eu quero dar um filho pra ele- Enfermeira A*

Abordamos, portanto, neste tópico os aspectos inerentes à maternidade compulsória pois, ao nos debruçarmos sobre eles podemos construir estratégias de prevenção e promoção em saúde para mulheres, reforçando que, ao compreendermos o contexto sociocultural que leva as usuárias ao processo de gestação não desejada, lançamos também um olhar sobre as diversas nuances da trajetória do abortamento autoinduzido, desfazendo estigmas e possibilitando a construção de processos de saúde condizentes com a preservação da autonomia e dignidade humanas.

## Saúde da Mulher, o cuidado que a usuária tem consigo

Iniciamos as entrevistas com uma pergunta mais ampla sobre os processos de saúde e cuidado que as usuárias têm consigo, que vínculos elas possuem com a unidade de saúde e como elas adotam práticas preventivas no seu cotidiano. A partir do que foi apontado, pode-se afirmar que a relação da mulher com seu bem-estar não assume um lugar de prioridade em sua vida. Sua frequência nos equipamentos de saúde e em consultas, em sua maior parte, está vinculada ao cuidado do outro. Quando buscam as práticas de saúde, elas possuem um cunho curativo e acontecem mediante um adoecimento:

*É mais assim....muitas vezes procurava quando tava já com algum problema, não era muito, assim uma coisa de procurar pra ter uma saúde preventiva, era muito mais de curativa mesmo, assim, do cuidado mesmo na hora, quando tava doente ou, por exemplo, quando tava gestante- **Enfermeira A***

*Ela vai maternar e as vezes maternar um monte de gente e ela mesma não cuida dela- **Enfermeira A***

Além do fator citado acima, a condição de jornada múltipla de trabalho choca-se diretamente com o funcionamento da Unidade de Saúde, afastando ainda mais as usuárias e fragilizando seus processos de promoção e prevenção em saúde. Dentro do âmbito mais amplo de trabalho, foi especificado pelas entrevistadas que, além da carga horária que impossibilita essas mulheres frequentarem a unidade, há uma barreira institucional, cultural e burocrática que só legitima a ausência no trabalho por motivos de enfermidade já instaurada ou quando esse cuidado está ligado a outrem, como no caso do pré-natal. Na visão da Enfermeira B:

*[...]tem muitas mulheres também que procuram o planejamento familiar, né, e tem umas que não procuram por causa daquela história que trabalham e aí pra elas, elas faltarem o trabalho é muito complicado, né, é mais fácil a mulher faltar o trabalho porque tá fazendo um pré-natal do que ela faltar o trabalho pra ela vir pro planejamento familiar porque mesmo a gente dando aquela declaração tem locais que eles dificultam agora pro pré-natal não ne?!porque é uma coisa que elas não podem deixar de vir de jeito nenhum – **Enfermeira B***

Outro ponto importante levantado nas entrevistas e que incide diretamente na percepção da mulher quanto aos seus processos de saúde-doença é a relação que ela tem

com o seu corpo. Em nossa cultura e sociedade prevalece uma perspectiva do corpo da mulher como intocável. Essa visão implica em um distanciamento de si, inclusive no que diz respeito aos possíveis adoecimentos que passam despercebidos devido à alienação da mulher quanto ao funcionamento de seu organismo:

*Acredito que pelo tabu mesmo, da mulher se olhar, olhar pro seu corpo, pensar mesmo na sua sexualidade, não é uma coisa que ela acha importante assim, acredito, que ela considere importante - Residente 2.*

*Sim, é e quando já tá sentindo alguma coisa, muitas tem vergonha de dizer, geralmente quando já estão com corrimento, coceira, é que vem, procura a gente pra passar um tratamento e receber a orientação. Mas pra prevenção geralmente não, é difícil-Residente1*

Esta relação com o corpo é reproduzida de mãe para filha, dificultando a autopercepção e emancipação dessas mulheres quanto a sua saúde e produção de Vida. No entanto, apesar desta usurpação sistêmica de si mesma e dos entraves no acesso a saúde pela via institucional, as mulheres da comunidade criam formas de cuidado através de práticas naturais e uso de ervas, encontrando formas de resistir às tentativas de controle e dominação. Contudo, essa prática, contraditoriamente, acaba afastando-as da Unidade de Saúde:

*Eu acho que isso é devido à questão cultural mesmo e também falta de informação porque é tipo informação que é passada de mãe pra filha, geralmente elas não têm conhecimento e acha que não pode tocar no corpo essas coisas - Residente 1*

*Elas falam muito que tomam remédio caseiro, do mato, remédio do mato, tomam coisa pra inflamação, compram garrafada, elas compram garrafada e tomam garrafada. Ai diz que a garrafada deixa elas limpa, limpa, tá boa, não precisa ir ao médico – ACS B*

O que foi abordado até então evidencia que o sistema de saúde precisa adequar-se à realidade das mulheres de sua comunidade, organizando seu fluxo de trabalho a fim de recebê-las e potencializar sua adesão às práticas de promoção e prevenção em saúde, assim como ampliar discussões a respeito de seu papel na sociedade. Incorporar formas de cuidado já existentes na comunidade também se apresentou como uma urgência para implementação de uma oferta de assistência efetiva a essas mulheres, sendo um aspecto relevante ao olharmos o contexto geral de como essas usuárias lidam com sua saúde.

## **A rede de apoio institucional**

Durante as entrevistas objetivamos traçar a rede de apoio institucional disponível à mulher no que concerne a decisão (ou não) pela maternidade. Tanto na dimensão macro do Estado, como na dimensão micro da Unidade de Saúde, foram apontadas algumas falhas no sistema que deveria garantir a segurança social e de saúde desta usuária. Dentre as falas das entrevistadas, o que mais chamou a atenção na dimensão da prevenção à gravidez indesejada e, conseqüentemente, de abortamentos clandestinos, é a disponibilidade restrita para consultas de planejamento familiar e de contraceptivos que se adequem a realidade destas mulheres:

*Se fala muito em... se reclama da questão da gravidez não planejada, das pessoas de baixa renda que tem inúmeros filhos, mas não tem oferta. A questão dos contraceptivos, o comprimido é mais difícil de faltar, mas são os mais falhos porque as vezes esquece, então o que é mais falho é o que é mais ofertado ai a injeção muitas vezes falta, ai tem a oferta de um outro que elas não desejam.-Enfermeira A*

*que era pra ter de acordo com o programa e tal era pra ter uma, uma, assim como os outros programas era pra ter na agenda a consulta de planejamento familiar, mas não acontece, só acontece é a distribuição de anticoncepcional  
- Residente 2*

Apesar das entrevistas apontarem sua ausência, as autoras Vargas, et al (2013a) levantam em seu estudo a importância da prática do aconselhamento reprodutivo antes e após o abortamento, sendo ambos momentos intervenções preventivas. Essa necessidade de incentivo ao planejamento familiar e aconselhamento reprodutivo, desconstruindo a ideia do “engravidar quem quer”, dá-se devido ao uso equivocado dos métodos contraceptivos (um dos principais motivos da gravidez não planejada), além da própria margem de insegurança presente em cada método. Portanto, faz-se indispensável um acompanhamento contínuo e uma orientação adequada para que as possibilidades de uma gravidez não desejada sejam diminuídas, assim como os riscos de IST's e demais agravos.

Além disto, é expressiva a probabilidade de reincidência em mulheres que já interromperam voluntariamente a gestação, praticarem novamente o abortamento clandestino (Vargas et al., 2013b). Este dado nos aponta que, ao darmos um maior suporte para a escolha e a forma como se dá a maternidade, a possibilidade dessas mulheres se colocarem vulneráveis ao adotarem o procedimento do aborto autoinduzido diminuem e, conseqüentemente, os riscos (tantos biológicos como psicológicos) presente neles.

Outro aspecto bastante reforçado durante as entrevistas foi a burocratização para o acesso. Além das reuniões cuja participação é obrigatória para que o procedimento seja autorizado, o desejo da mulher de realizar essa cirurgia encontra-se submetido à concordância do parceiro, tornando evidente uma tutela do homem sobre seu corpo. Todas estas exigências são barreiras ao acesso deste meio contraceptivo e à própria autonomia da mulher quanto a escolha pela maternidade:

*Porque as mulheres não tem uma certeza. Existe um encaminhamento pro planejamento familiar, que a pessoa vai assistir reuniões, e essas reuniões você participa e tudo, mas aquilo não garante que realmente que vai ser feita a ligação. Agora eles estão com mania de ligar só depois dos 45 dias, e assim muito difícil a mulher querer voltar depois de 45 dias, que aí já foi o período do resguardo, do bebê, aí você vai voltar de novo pra maternidade pra ficar longe do bebê que é uma criança que tá dependente de você e vai voltar lá pra fazer uma ligação?! – Enfermeira A*

Por fim, a terceira e última questão que iremos abordar nesta categoria trata sobre o suporte de políticas sociais para mulheres que decidem pela maternidade. Entendemos que o amparo do Estado, principalmente para as mulheres em situação de vulnerabilidade, é crucial para a decisão de levar a gestação até o fim, no entanto, de acordo com as profissionais, estas iniciativas ainda são falhas, interferindo diretamente na condução da usuária para a escolha pelo abortamento:

*ave maria, ali a creche pra poder conseguir uma vaga ele tem que botar num ano pra conseguir talvez no outro - ACS A*

*É difícil a realidade, no papel tudo é muito bonitinho, tem auxílio de enxoval, tem isso, tem aquilo, aí quando a gente manda as gestantes pra fazer um enxoval , pra ganhar, pra se inscrever...ahhh...eu mesma fui no CRAS e perguntei ela: 'a minha filha, tinha um auxílio enxoval aqui, que dava umas coisas, mas já tá com um tempão que não tem' – ACS B*

Compreendemos, no que foi abordado brevemente nesta categoria, que há falhas na rede de suporte, tanto micro como macro, ao processo de maternidade, tornando necessária uma leitura dos impactos advindos deste quadro no processo de decisão das usuárias pelo abortamento autoinduzido, tendo em vista que a presença de entidades que primem pelo bem-estar tanto da mulher quanto da criança, ao nascer, tem valor decisório.

## Os/As profissionais de Saúde

O perfil dos profissionais em saúde, tanto na atenção básica como terciária, é fundamental para o cuidado das mulheres que passaram pelo processo de interrupção gestacional, assim como colaboram para uma leitura epidemiológica mais consistente da realidade destas usuárias, tendo em vista que, ao sentirem-se acolhidas, estas mulheres sentem-se mais seguras de compartilhar o fato ocorrido e sua vivência quanto a ele.

No entanto, apesar da importância e do dever de ser ofertado um atendimento sem julgamentos e uma acolhida empática e atenciosa para qualquer usuária, foi-nos evidenciado, durante as entrevistas, que os valores morais desses/as profissionais quanto ao abortamento clandestino se interpõe a um cuidado em saúde integral e efetivo a essas mulheres, assim como constituem-se como barreira de acesso destas aos equipamentos de saúde.

*Pessoas assim 'minha filha é uma vida, é uma vida, já tá aí, deus botou uma vida no seu ventre e tudo e você tem que...você tá tendo a honra de carregar uma vida que deus botou aí na sua barriga e tal'. Então, tipo assim, isso traz mais, traz mais culpa né?!-EnfermeiraA*

Outra ausência que ficou evidente durante as entrevistas foi quanto à formação dos profissionais da saúde para receberem este público. Vargas, et al (2013c) apontam em seu estudo a necessidade de fomentar o pensamento crítico dos profissionais a partir da Educação Permanente em Saúde, pois a discussão sobre a temática do Aborto ainda é um tabu neste meio, apesar das pesquisas sobre este assunto terem ganhado certa expressividade nos últimos tempos. Tanto no formato da educação continuada, como no ambiente das reuniões de equipe e gestão, a falta de debates que fomentem um olhar crítico sobre a temática aponta a necessidade de uma interlocução entre o conhecimento produzido nesta área e a prática de quem está à frente do cuidado com as usuárias:

*E também, tipo assim, ter tipo uma educação continuada pra habilitar os profissionais em como receber essas mulheres também, principalmente focar na questão religiosa, do julgamento, que é muito presente e eu acho que é por isso que elas não chegam muito aqui por causa disso também - Residente 1*

Na realidade local investigada, mas que pode ser extrapolada para outros contextos nacionais, tendo em vista a tendência crescente da terceirização administrativa das unidades básicas de saúde, acrescentou-se como mais um empecilho à dupla





administração da Unidade Básica de Saúde referência deste trabalho, ocasionando divergências no fluxo a ser seguido, nos procedimentos e protocolos de saúde:

*Dentro do posto de saúde, hoje, tem duas administrações que são responsáveis por algumas atividades dentro do posto, o que implica em muitas exigências que são, assim, engessadas, né, porque eu acho que pra cada caso ele pode ser maleável, mas é muito engessada, então as vezes tem coisas que daria pra ser resolvido e não é resolvido. - Enfermeira B*

Além da urgência de uma unificação administrativa e funcional do equipamento de saúde apontada durante os encontros, as entrevistadas puderam traçar um perfil do atendimento ideal para a usuária que busca a unidade após o processo do abortamento autoinduzido, nos proporcionando um horizonte para onde as transformações devem ser direcionadas:

*Eu acho que serem acolhidas, por todos os profissionais sem julgamentos, fazer uma escuta dessa mulher e orientar, sempre procurar marcar, fazer com que essa mulher seja acompanhada num planejamento reprodutivo, construir uma agenda voltada pra essas mulheres, não só pra essas mulheres acho que toda unidade de saúde deveria ter o planejamento familiar na sua agenda – Residente 2*

A situação apresentada permiti-nos um breve panorama da realidade, como também nos aponta qual direcionamento devemos tomar objetivando acolher uma demanda já existente, mas negligenciada, mediante valores que cerceiam a ampliação do debate e a implementação de suas produções no cotidiano do serviço. Torna-se evidente nas falas das entrevistadas a necessidade do fortalecimento na formação dos profissionais e o repensar dos fluxos e funcionamento dos equipamentos de saúde a fim de responder ao princípio de Universalidade, norteador do SUS.

## **Experiência do Aborto**

Durante as entrevistas, foi-nos proporcionado um panorama geral de como a experiência do abortamento autoprovocado é percebida pelas profissionais de saúde, tanto no aspecto dos sentimentos vivenciados pelas usuárias, quanto em como elas se relacionam com esta situação. As principais dimensões apontadas durante os encontros foram: como essa experiência atravessa afetivamente estas mulheres, qual sua rede de suporte, que recursos estão disponíveis para as usuárias efetivarem esse processo e como estas chegam à unidade.



Indo do aspecto mais concreto ao mais subjetivo (apesar desta divisão ser apenas didática e não real), podemos apontar que os métodos mais utilizados por elas para interrupção da gravidez são os preparos caseiros (garrafadas) e o Citotec (Misoprostol), de fácil acesso no território. Outro ponto relevante é a rede de apoio estabelecida entre essas mulheres que, ao descobrir formas de interromper a gestação, repassam e ensinam a outras usuárias, mesmo que sejam práticas inseguras e sem suporte de profissional de saúde:

*mas lá é porque as meninas, lá, elas engravidam e elas mesmas buscam o meio de interromper a gravidez, elas tomam garrafada, chá, é um monte de coisa que elas dizem que tomam aí quando eu passo lá, a gente orienta: não faça isso, seu filho pode nascer com sequelas quando a gente volta: ah não tava não, menstruei e a gente sabe que não é isso, sabe que tomou a medicação, fez uso, elas tem as pessoas certas pra elas comprarem o citotecs. - ACS B*

*Não há uma orientação, não é uma coisa, como diz né, estruturada orientada, não. É feito da forma que um diz que é, outro não: você coloca o citotecs na vagina, você vai tomar tantos. Mas instruções assim de rede clandestina, e não é nem é a clínica mesmo, são pessoas que as vezes vende, fornece o comprimido e diz como é que usa aí acaba que, assim, não é nada assistido né?!- Enfermeira A*

Após o uso de medicação ou outro método para interrupção gestacional, as profissionais entrevistadas apontaram que as mulheres que passaram por essa experiência não buscam a unidade para cuidado em saúde ou apoio psicológico, apresentando-se apenas quando há um complicador físico emergencial:

*não porque pelo que ela colocou aí a acs b elas nem procuram, elas fazem o aborto por lá mesmo, tomam medicamento ou garrafada e, quando realmente, porque depois do aborto, dependendo quantos meses ela tá, ela vai ter menos ou mais dias sangrando, quando elas vê que tá dentro da normalidade aquele sangramento elas nem procuram, como ela falou elas só procuram quando elas tão sentindo alguma dor, quando elas ficam sentindo febre ou alguma coisa que elas vê que não tá normal - Enfermeira B*

*Só se pegar alguma infecção, alguma coisa, aí sente a dor aí com certeza tem que vir no posto nem que não queira - ACS A*

Outro aspecto levantado é a não adoção de métodos contraceptivos, mesmo após a experiência da gravidez não planejada. De acordo com as entrevistadas, um número significativo de mulheres segue engravidando de forma indesejada devido a não adoção de métodos contraceptivos:

*Pelo contrário, elas usam alguma coisa, abortam, aí não se previnem, tem cuidado nem de se prevenir - Enfermeira B*

Podemos inferir, pelos diálogos nas entrevistas, que a baixa adesão ao uso de métodos contraceptivos, antes e após a gestação não desejada, tem uma relação próxima com a resistência do parceiro em usar preservativo ou outro meio de contracepção, a baixa oferta de métodos que se adequem a realidade do território e a restrição de consultas voltadas ao planejamento familiar, espaço fundamental para discussão e suporte no processo de maternidade:

*É a grande dificuldade é essa que elas, muitas, querem fazer o uso de um anticoncepcional e o parceiro não quer e elas acabam cedendo, né?! e aí vem várias questões de IST's que elas adquirem. - **Residente 1***

Outro fator a ser levado em consideração na adoção de práticas preventivas e planejamento familiar após o abortamento é a própria acolhida dos profissionais de saúde a essas usuárias. O aconselhamento reprodutivo e o cuidado a mulher após o abortamento autoprovocado não se deve limitar a meras instruções técnicas e cuidados clínicos, mas ampliar-se a escuta sensível e ao acolhimento, assim, elas estarão mais disponíveis a aderir as recomendações e expor, também, suas vulnerabilidades favorecendo um cuidado mais próximo de sua real necessidade.

Por fim, adentrando no aspecto psico-afetivo da vivência do abortamento clandestino, vale ressaltar que, apesar da dificuldade dessas mulheres dialogarem sobre sua relação com a experiência do abortamento autoinduzido, existem dimensões afetivas e psicológicas nessa vivência que devem ser levadas em consideração para um cuidado efetivo e integral a esta mulher. Quanto a esta dimensão psico-afetiva, as trabalhadoras foram ambíguas quanto ao que observam nas usuárias, algumas apontando um sentimento de não importância quanto ao fato do abortamento e outras um profundo sentimento de culpa e fragilidade após a decisão de interromper a gravidez:

*Por exemplo tem...as vezes elas conseguem ilegalmente citotecs, tem algumas que tentam mas não conseguem, não tem êxito, tem as vezes que tentam com coisa natural, ah eu tomei não sei o que uma garrafada não sei o que e depois fica com sentimento de culpa quando a gravidez vai pra frente porque não sabe se aquilo ali fez mal. Eu vejo assim nesse...ou então vai levando e não chega a usar nada, mas você aquele sofrimento assim e, tipo assim, não queria isso pra mim. Em geral não tem essa comunicação com o bebê, não tem esse olhar. - **Enfermeira A***

*Pra elas é até um alívio quando conseguem né \$, é até um alívio. [...] e eu acho assim que, quando elas conseguem né, no começo fica triste por causa da medicação mesmo, mas pra elas é até um alívio - **ACS A***

O estigma imposto a essas mulheres são atravessados por qualidades negativas, ataque à autonomia, baixo valor atribuído as suas ações e pensamentos, assim como influencia na formação de identidades individuais e coletivas que podem ser, a partir de determinadas condutas adotadas pelos sujeitos, destituídas de valor:

Alguns textos detalham o componente psicológico e relacional do estigma ao aborto, em que o estigma perpassa a forma como indivíduos percebem a si e aos outros. As reações negativas identificadas/percebidas/presumidas nos outros pode influenciar as decisões quanto a revelar ou ocultar a situação estigmatizada, criar conflito nos relacionamentos afetivos, impactar a saúde física e mental da pessoa e/ou atrasar ou evitar cuidados de saúde. (Fonseca, et al, 2013b, p. 3826)

Este mosaico de informações dispostas nesta categoria permitiu-nos observar que, apesar de uma prática recorrente e do acesso aos recursos para efetivá-la, as repercussões físicas e psicológicas do processo de abortamento autoinduzido são complexas, podendo ir desde uma infecção a nível biológico até um quadro de depressão ou outros agravos em saúde mental. Estes apontamentos, conseqüentemente, destacam a necessidade de ofertar, a partir de uma escuta empática e sem julgamentos, um olhar criterioso aos processos de saúde dessas usuárias, facilitando um processo autônomo de cuidado integral e, além disso, a urgência de avaliar criticamente como estes estigmas fazem-se presente nos contextos de promoção de saúde.

## **Conclusão**

Pensar no aborto enquanto escolha é negligenciar o papel do Estado que impõe um lugar de maternidade à mulher, ao mesmo tempo em que não supre a mesma dos suportes sociais necessários para vivenciar este processo. Portanto, faz-se urgente transcender a esta temática da dimensão individual e entendê-la como mantenedora de uma estrutura social, política e cultural que conduzem esta vivência.

Por fim, nos permite a reflexão de que falar, pois, de uma “escolha” quando tratamos sobre maternidade é um tanto incongruente, mediante a nossa estrutura social machista, a falta de acesso aos métodos contraceptivos optados pela mulher, informação insuficiente acerca da saúde sexual e reprodutiva, bem como a fragilidade do acompanhamento profissional que não assegura o planejamento reprodutivo efetivo. Para



ofertar resistência a esse contexto, é que se faz necessário repensar as relações de trabalho em saúde, assim como o próprio caminho formativo destes profissionais. Dessa forma, cria possibilidade para facilitar momentos de real transformação social.

## Referências

ADESSE, Leila; JANNOTTI, Claudia Bonan; SILVA, Katia Silveira da; FONSECA, Vania Matos. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.12 [cited 2019-07-20], pp.3819-3832. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001203819&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001203819&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152112.07282015>

BRASIL. Ministério da Saúde.(2011) Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília, DF. [online]. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2015). Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Brasília, DF. [online] Disponível em: < <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2017/07/ANPPS.pdf> >. Acesso em: 22 out. 2018.

BRASIL. Decreto-Lei Nº 2.848.(1940). Brasília, DF. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html> > Acesso em: 22 out. 2018

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. (12 de Dezembro de 2012). Resolução Nº 466. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 01 de Setembro de 2019.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Feb 2017. “Pesquisa Nacional de Aborto 2016”. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, p. 653-660.

FEDERICI, Silvia .2017. *Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva* .1ª Ed. São Paulo: Elefante.464p

LEITÃO, A. L. M.; BENEVIDES, M. G. Gravidez na adolescência: será realmente um problema?. *Conhecer: debate entre o público e o privado, [S. l.]*, v. 6, n. 16, p. 05–24, 2016. Disponível em:



<https://revistas.uece.br/index.php/revistaconhecer/article/view/627>. Acesso em: 4 jun. 2021.

PEREIRA, Rafael Rodrigues.. A ética do aborto além da questão do direito. *ethic@ - An international Journal for Moral Philosophy* [online]. 7 jan. 2016. v. 17, n. 1 [cited: 2019-06-25],pp. 41 – 66. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ethic/article/view/1677-2954.2018v17n1p41>>. Florianópolis, ISSN 1677-2954. . doi:<https://doi.org/10.5007/1677-2954.2018v17n1p41>.

SANTOS, C. S.; SILVEIRA, Lia Marcia Cruz da. June 2017. “Percepções de Mulheres que Vivenciaram o Aborto sobre Autonomia do Corpo Feminino”. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 37,n. 2, p. 304- 317,.

STREFLING, Ivanete da Silva Santiago et al. Cuidado integral e aconselhamento reprodutivo à mulher que abortou: percepções da enfermagem. *Esc. Anna Nery* [online]. 2013, vol.17, n.4 [cited 2019-07-20], pp.698-704. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000400698&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400698&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1414-8145. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20130014>

SZYMANSKI, Heloísa (org); ALMEIDA, Laurinda Ramalho de; PRANDINI, Regina Célia Almeida Rego. *A entrevista na pesquisa em Educação: a prática reflexiva*. 4ª Ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2011.

WIESE, I. R. B. e SALDANHA, A. A. W. Aborto induzido na interface da saúde e do direito. *Saúde e Sociedade* [online]. 2014, v. 23, n. 2 [Acessado 4 Junho 2021], pp. 536-547. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200014>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200014>.