



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Diniz, Debora; Medeiros, Marcelo

Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 7, julio, 2012, pp. 1671-1681

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023392002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras

Itineraries and methods of illegal abortion
in five Brazilian state capitals

Debora Diniz ¹
Marcelo Medeiros ²

Abstract This paper presents the results of the structured interview phase of the National Abortion Survey (PNA-interviews), describing the itineraries, methods and social and demographic profile of women who had at least one illegal abortion. Structured interviews were conducted during the years 2010 and 2011 in five state capitals (Belem, Brasília, Porto Alegre, Rio de Janeiro and Salvador) with 122 women aged between 18 and 39 who had abortions. It is a non-probabilistic sample controlled by six parameters in accordance with level of education and age to reflect the social and demographic structure found in the PNA ballot-box questionnaire phase. The majority of women interviewed had had only one abortion, but 1 in every 4 had two abortions and 1 in every 17 had a third one. The majority of abortions are among women under 19 years of age who already had children and a higher incidence is found among black women. The most common test for pregnancy is beta-HCG blood test, the pharmacy urine test and ultrasound. The prevailing method for induction is a combination of teas and misoprostol (called Cytotec in Brazil), followed by hospital assistance after induction. Women are usually helped by a relative or their partners and several women reported helping other women to have abortions.

Key words Induced abortion, Misoprostol, Cytotec, Adolescent pregnancy, Reproductive health

Resumo O artigo apresenta os resultados da etapa de entrevistas estruturadas da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA-entrevistas), descrevendo características das mulheres que fizeram ao menos um aborto ilegal, os itinerários e os métodos. Entrevistas estruturadas feitas em 2010 e 2011 com 122 mulheres entre 18 e 39 anos que abortaram, em cinco capitais brasileiras (Belém, Brasília, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador). Amostra não probabilística controlada por seis cotas, de acordo com nível educacional e idade, refletindo a estrutura social e demográfica encontrada na PNA-urna. A maioria das mulheres entrevistadas realizou apenas um aborto, mas uma em cada quatro realizou dois abortos, e uma em cada 17 realizou três abortos. A maioria dos abortos ocorre entre jovens até 19 anos, muitas das quais já tiveram filhos. Os exames mais comuns para identificar a gravidez são o beta-HCG sérico, o teste de urina de farmácia e o ultrassom. Há uma prevalência do aborto entre mulheres negras. O principal método abortivo é uma combinação de chás e cytotec (misoprostol) com a finalização em hospitais. Parentes e companheiros auxiliam em diferentes etapas do processo. Várias mulheres relataram já ter ajudado outras mulheres a abortar após sua experiência individual.

Palavras-chave Aborto induzido, Misoprostol, Cytotec, Gravidez na adolescência, Saúde reprodutiva

¹ Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília. Caixa Postal 8011. 70673-970 Brasília DF.
d.diniz@gmx.com
² Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília.

Introdução

O aborto é uma prática comum entre as mulheres no Brasil. A etapa de questionários com técnica de urna da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA-urna) mostrou que uma em cada cinco mulheres aos 40 anos já realizou pelo menos um aborto¹. E que o principal método utilizado é o “medicamento”, muito embora o questionário aplicado não tenha recuperado quais medicamentos ou doses foram adotadas pelas mulheres para interromper a gestação. O uso da urna com cédula secreta permitiu traçar a magnitude do aborto entre mulheres alfabetizadas residentes no Brasil urbano, mas não foi capaz de avançar em informações relativas aos itinerários e métodos utilizados pelas mulheres. A PNA foi organizada em duas fases: a primeira, quantitativa, e a segunda, qualitativa. Este artigo se refere aos resultados da etapa de entrevistas da pesquisa, em que 122 mulheres foram entrevistadas face a face sobre sua experiência de aborto em cinco capitais.

Estudos brasileiros das duas últimas décadas mostraram que o principal método abortivo utilizado é o cytotec, um medicamento originalmente desenvolvido para o tratamento de úlcera gástrica, cujo princípio ativo é o misoprostol²⁻⁴. Houve uma mudança na epidemiologia do aborto com a entrada do cytotec em cena nos anos 1990: uma queda na mortalidade materna e um aumento no número de internações hospitalares para a finalização do aborto^{2,4,5}. A realidade conhecida é que as mulheres iniciam o aborto com uso do cytotec e o finalizam nos hospitais públicos com a curetagem. Como as mulheres adquirem esse medicamento, como o utilizam ou mesmo quem as auxilia no aborto são perguntas ainda pouco exploradas no cenário nacional, limitadas a estudos locais ou com número restrito de participantes.

Dado o contexto de ilegalidade do aborto no Brasil, são raros os estudos que acessam diretamente as mulheres para conhecer suas experiências e práticas de aborto. Alguns estudos etnográficos ou com uso de técnicas qualitativas de pesquisa foram conduzidos em comunidades específicas ou entre grupos etários de mulheres e exploraram seus receios e temores em contar suas histórias^{6,7}. A maioria dos estudos brasileiros sobre práticas de aborto foi realizada à beira do leito, isto é, com mulheres internadas para a finalização de um aborto incompleto^{2-4,8}.

A principal vantagem da pesquisa à beira do leito é o ambiente de sigilo em que a mulher se encontra. Regra geral, a pesquisadora é também a médica ou a enfermeira que assiste a mulher

em situação de aborto, profissões cujo dever de sigilo se sobreporia à atividade de pesquisa. A característica desses estudos é usar recortes locais ou restritos a determinadas unidades de saúde, com o objetivo de traçar a magnitude do aborto, os métodos utilizados pelas mulheres e suas características sociodemográficas. As evidências empíricas são coletadas por entrevista estruturada, exame clínico ou análise de prontuários. Há uma concentração desses estudos em alguns estados (em particular, São Paulo) e escassa informação sobre os estados das regiões Norte, Centro-Oeste e Sul^{9,10}.

A sobreposição da figura da pesquisadora à da profissional de saúde permitiu a emergência dos primeiros dados sobre aborto no Brasil. A principal limitação dos estudos à beira do leito, no entanto, é que apenas mulheres em situação de finalização do aborto foram descritas pela literatura em saúde pública e, entre essas, particularmente aquelas assistidas pelo Sistema Único de Saúde. Não há estudos sobre o funcionamento das clínicas privadas e ilegais de aborto, e existem poucos estudos sobre os itinerários das mulheres que iniciam e finalizam o aborto com métodos ilegais, razoavelmente seguros, e que prescindem da internação em hospitais públicos.

Este artigo busca preencher uma dessas lacunas da literatura nacional sobre aborto e saúde pública. O objetivo é apresentar o itinerário da mulher para a realização do aborto ilegal. Por itinerário, entendemos o percurso adotado pelas mulheres desde a identificação do atraso menstrual até os cuidados pós-aborto. Não foram exploradas as razões que levaram as mulheres a optar pelo aborto. Os dados dizem respeito às mulheres entrevistadas e não podem ser generalizados.

Metodologia

A fase de entrevistas estruturadas da PNA (PNA-entrevistas) buscou conhecer o itinerário percorrido pelas mulheres para a realização do aborto (em particular os métodos e suas redes de cuidado). Os dados foram coletados entre agosto de 2010 e fevereiro de 2011. A PNA-entrevistas foi realizada com 122 mulheres entre 18 e 39 anos, residentes nas cidades de Belém, Brasília, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador. A amostra foi não probabilística e independente da amostra da PNA-urna, com seis cotas educacionais e etárias destinadas a controlar elementos fundamentais de composição social e demográfica das mulheres que abortaram, segundo a PNA-urna: cota 1

(18 a 29 anos, ensino fundamental; 18 mulheres); cota 2 (18 a 29 anos, ensino médio; 27 mulheres); cota 3 (18 a 29 anos, ensino superior; 8 mulheres); cota 4 (30 a 39 anos, ensino fundamental; 30 mulheres); cota 5 (30 a 39 anos, ensino médio; 21 mulheres); cota 6 (30 a 39 anos, ensino superior; 18 mulheres). O resultado da implementação das cotas amostrais é apresentado na Tabela 1.

As mulheres foram recrutadas pela intermediação de movimentos sociais, associações comunitárias e referências de outras mulheres em cada cidade. No total, 14 entidades atuaram como **gate keepers** para o contato com as mulheres. Tentou-se ao máximo garantir a dispersão geográfica delas na composição da amostra dentro de cada cidade. Mesmo com essa diversidade de estratégias, a configuração das associações e suas redes de relações locais provavelmente imprimiu vieses às características das mulheres entrevistadas.

As mulheres foram entrevistadas por seis pesquisadoras de campo que percorreram as cinco cidades, em grupos de três entrevistadoras por cidade. Cada mulher foi entrevistada uma única vez, por apenas uma pesquisadora em local e horário definido pela participante e sem a presença de terceiros. No total, foram abordadas 198 mulheres que declararam ter realizado aborto, mas somente 122 foram entrevistadas para o cumprimento das cotas etárias e educacionais. Além disso, foram eliminadas as entrevistas de mulheres que declararam ter abortado espontaneamente, por estupro ou risco de vida (esses dois últimos são casos de permissivos legais). As entrevistas foram conduzidas por roteiro estruturado com respostas abertas e gravadas em equipamento com estrito regime de segurança. O cenário da ilegalidade do aborto sobreposto ao forte

cerco nacional às clínicas ilegais que acompanhou a etapa de trabalho de campo exigiu da equipe de pesquisa uma metodologia singular para a segurança dos dados.

As entrevistas foram gravadas em meio digital, sem registro de dados biográficos que permitissem a identificação futura da mulher. Os arquivos das gravações foram criptografados e imediatamente transferidos para ambiente virtual. Em seguida, o áudio foi destruído do gravador original. Cada pesquisadora possuía uma senha individual de acesso às suas transcrições, não compartilhada com a equipe, exceto com o supervisor de segurança, cuja central de controle de informações era externa ao local de coleta de dados. Tanto o áudio das entrevistas quanto as transcrições foram criptografados nas etapas intermediárias de arquivamento e transferência entre a pesquisadora e o supervisor de segurança. As transcrições eram realizadas ainda em campo e as entrevistadoras não mais tinham acesso às vozes gravadas das mulheres.

O instrumento de pesquisa e o plano de segurança foram pré-testados no Distrito Federal em uma amostra de teste cujo tamanho correspondia a 10% da amostra final. O projeto de pesquisa foi revisado e aprovado por um comitê de ética em pesquisa, que concordou com a ausência de termo escrito de consentimento livre e esclarecido (TCLE) por considerá-la a melhor estratégia para proteger o anonimato e o sigilo das mulheres. A concordância com a pesquisa e com a gravação da entrevista foi feita oralmente e registrada no início da entrevista. O TCLE escrito implicaria problemas legais e éticos na condução desta pesquisa: 1. o aborto é um crime e todas as mulheres entrevistadas o haviam realizado ilegalmente; 2. o TCLE poderia ser entendido como um registro documental assinado de confissão de um crime; 3. os pesquisadores não possuem direito de proteção ao sigilo e confidencialidade dos dados biográficos das mulheres em caso de uma investigação criminal. No intuito de minimizar riscos eventuais de investigações com ordem judicial de quebra de sigilo, a coordenação geral da pesquisa foi da pesquisadora-autora deste artigo, também documentarista, que possui garantia profissional de sigilo de fontes¹¹. Por essas razões, o TCLE foi oral e impedi qualquer possibilidade de recuperação dos dados biográficos das mulheres na etapa de divulgação dos resultados. Não houve registro de dados civis ou biográficos que permitissem a identificação da mulher, de seus companheiros ou rede de apoio.

Tabela 1. Composição da amostra segundo idade e escolaridade na entrevista – mulheres de 18 a 39 anos, Belém, Brasília, Porto Alegre, Salvador e Rio de Janeiro, 2010-2011.

Todas as mulheres	122	100%
Idade atual		
18 e 19	6	5%
20 a 24	15	12%
25 a 29	32	26%
30 a 39	69	57%
Escolaridade		
Ensino fundamental	48	39%
Ensino médio	48	39%
Ensino superior	26	21%

Fonte: Pesquisa Nacional de Aborto, etapa PNA-Entrevistas

O horário e o local das entrevistas foram as questões éticas mais delicadas da pesquisa para a garantia da privacidade das mulheres. A residência era um local continuamente recusado por elas, dada a presença de crianças ou companheiros. As entrevistas foram realizadas em espaços seguros, em geral salas comunitárias ou de convivência, o que gerava a necessidade de deslocamento das mulheres e das entrevistadoras. O projeto previu uma ajuda de custo para transporte de R\$ 30,00 para cada mulher. Dada a explicitação do caráter de ajuda de custo e não de "ressarcimento pela entrevista", 25 das 122 mulheres entrevistadas recusaram seu recebimento. Houve uma predominância da recusa entre as mulheres mais velhas (30 a 39 anos) e com ensino superior. A ajuda de custo para o deslocamento foi aprovada pelo comitê de ética que revisou o projeto.

As entrevistas foram transcritas integralmente, e os dados, tabulados em um instrumento estruturado de 25 perguntas. As perguntas tinham por objetivo conhecer o itinerário da mulher após sua decisão pelo aborto, não explorando questões morais ou motivações para o aborto. Por ser esta a primeira análise dos dados da PNA-entrevistas, optou-se por categorizá-las a fim de dialogar com a etapa inicial da PNA. A análise não apresentará trechos de entrevistas, mas registros sobre o itinerário para o aborto ilegal.

Resultados

Características das Mulheres

As características mais comuns das mulheres que fazem um primeiro aborto é idade de até 19 anos, cor negra e com filhos. A gravidez é certificada por meio de um teste de urina de farmácia e o aborto iniciado por um regime de chás, líquidos e ervas combinado com cytotec vaginal e oral. A dose mais comum é de quatro comprimidos, aplicados por via vaginal e oral, e a finalização do aborto é feita no hospital. O aborto é iniciado à noite e a internação ocorre na manhã seguinte. No segundo aborto predominam mulheres com atributos semelhantes, cor negra e idade até 19 anos. O primeiro aborto é feito aos 18 anos com uso de chás e cytotec, sendo finalizado em hospital; o segundo aborto, aos 19 anos, é realizado com regime semelhante de métodos e também finalizado em hospital. Esses dados dizem respeito às mulheres entrevistadas e não há como extrapolar para a população feminina como um todo.

Entre as mulheres entrevistadas, o aborto mais precoce foi aos 12 anos, e o mais tardio, aos 35 anos, sendo os 17 anos a idade mais comum (14%, 17). As Tabelas 2 e 3 apresentam resultados considerando todas as mulheres entrevistadas. Na PNA-entrevistas, a concentração etária

Tabela 2. Realização de abortos segundo idade, religião e situação conjugal – mulheres de 18 a 39 anos, Belém, Brasília, Porto Alegre, Salvador e Rio de Janeiro, 2010-2011.

	Primeiro aborto		Segundo aborto		Terceiro aborto	
Todas as mulheres	122	100%	33	100%	7	100%
Idade ao abortar						
12 a 19	62	51%	7	21%	...	...
20 a 24	22	18%	11	33%	6	86%
25 a 29	26	21%	8	24%	...	...
30 a 39	10	8%	6	18%	1	14%
Não informado	2	2%	1	3%	...	...
Religião						
Católica	39	32%	6	18%	2	29%
Evangélica ou protestante	3	3%	1	3%	...	...
Outras religiões	7	6%	1	3%	...	...
Não tem religião	73	60%	23	70%	5	71%
Não informado	...	...	2	6%	...	...
Situação conjugal						
Sozinha	35	29%	8	24%	4	57%
Com namorado	49	40%	14	42%	2	29%
Com companheiro	38	31%	9	27%	1	14%
Não informado	...	...	2	6%	...	...

Fonte: Pesquisa Nacional de Aborto, etapa PNA-Entrevistas
Nota: Valores arredondados

Tabela 3. Mulheres que já abortaram segundo idade e escolaridade na entrevista, filhos no primeiro aborto e cor – mulheres de 18 a 39 anos, Belém, Brasília, Porto Alegre, Salvador e Rio de Janeiro, 2010-2011.

Filhos no primeiro aborto		
Sim	66	54%
Não	56	46%
Cor		
Negra (pretas e pardas)	86	71%
Branca	36	30%

Fonte: Pesquisa Nacional de Aborto, etapa PNA-Entrevistas

Nota: valores arredondados

do primeiro aborto está na adolescência. Aos 19 anos, 42% (51) das mulheres já haviam feito o primeiro aborto. Além disso, a PNA-entrevistas encontrou que uma em cada quatro mulheres já realizou mais de um aborto e que a faixa etária típica do segundo aborto foi entre 18 e 24 anos (18 mulheres, 55% do total das que realizaram dois abortos).

Esses resultados não são diretamente comparáveis aos encontrados na PNA-urna, cuja faixa etária dominante para o último aborto foi entre 20 e 24 anos. A diferença entre os resultados das duas etapas da pesquisa provavelmente se deve a dois fatores. Primeiro, à utilização de perguntas diferentes, pois a identificação da idade ao abortar na fase da técnica de urna foi restrita ao último aborto, com a finalidade de controlar erros de memória. Segundo, ao fato de a elevada frequência de adolescentes no primeiro aborto poder ser uma peculiaridade da amostra não probabilística da PNA-entrevistas.

Do total das mulheres entrevistadas, 27% (33) realizaram mais de um aborto. Uma em cada quatro mulheres realizou dois abortos e uma em cada 17 realizou três abortos. Uma hipótese a ser considerada é que o achado de 27% de recorrência para mais de um aborto possa ser uma característica da população entrevistada e não das mulheres em geral que já abortaram. Uma possibilidade que explicaria esse viés na população entrevistada é que mulheres que voluntariamente se prontificaram a participar da pesquisa seriam aquelas com menor rejeição moral ao aborto e que, por isso, recorreriam à prática com maior frequência. Como não há estudos nacionais que explorem o aborto voluntário por repetição, não

é possível comparar esse resultado com os de outras pesquisas.

Há uma concentração na cidade de Porto Alegre das mulheres que declararam haver realizado três ou mais abortos. Isso pode estar relacionado ao fato de que uma das entidades que atuou como *gate keeper* das entrevistas é uma associação de prostitutas. O primeiro estudo brasileiro sobre aborto e prostituição, realizado em Teresina, mostrou que uma em cada duas prostitutas já havia realizado pelo menos um aborto, uma frequência duas vezes maior do que entre a população feminina em geral, segundo dados da PNA-urna¹². Das sete mulheres que realizaram três ou mais abortos, seis se declararam prostitutas, sendo quatro de Porto Alegre, duas de Belém e uma do Rio de Janeiro. A vulnerabilização das mulheres prostitutas ao aborto recorrente e de alto risco foi outro achado secundário da pesquisa. Das oito mulheres que abortaram nas “casas das aborteiras”, seis se apresentaram como prostitutas nas entrevistas.

Não há estudos que avaliem como a moral religiosa influenciaria a participação de uma mulher em pesquisas sobre aborto. Da mesma forma, à época do aborto, 35% das mulheres que realizaram apenas um aborto eram católicas ou evangélicas, mas 71% das mulheres que realizaram mais de dois abortos declararam não ter religião. Dada a característica da amostra não probabilística, não é possível avaliar em que medida religião seria um filtro moral ao aborto, isto é, se mulheres sem religião abortariam mais do que as com religião ou se simplesmente se prontificam com mais facilidade a entrevistas.

As proporções de mulheres sozinhas e com companheiros são semelhantes, mas variam com a idade. O companheiro está presente em 39% (26) dos casos das mulheres mais jovens, ao passo que, entre as mulheres com mais de 21 anos, eles estão presentes em 60% (32). As mulheres negras relatam menos a presença dos companheiros do que as mulheres brancas. Essa diferença pode sugerir que os relacionamentos que levaram à gravidez na adolescência tenham sido com parceiros ocasionais, uma questão já explorada por outros estudos⁶. Cerca de metade das mulheres já havia tido filhos quando abortou e metade das adolescentes que realizaram dois abortos já tinha ao menos um filho à época do primeiro aborto. A principal diferença entre as adolescentes negras e as brancas é que estas últimas não têm filhos por ocasião do primeiro aborto.

Itinerário do Aborto

O itinerário do aborto corresponde ao percurso adotado pelas mulheres para a realização de um aborto ilegal. A Tabela 4 apresenta os principais marcos do itinerário, considerando todas as mulheres. Entre o atraso menstrual e os cuidados pós-aborto, há uma série de ritos largamente compartilhados entre as mulheres entrevistadas. São diferentes regimes, práticas e saberes que regulam a negociação moral entre atraso menstrual, métodos para a regulação do ciclo e medidas para a concretização do aborto. O uso de chás, líquidos e ervas para a regulação menstrual integra a cultura feminina reprodutiva, tendo sido feito por uma em cada três mulheres, com maior concentração entre as mulheres das cidades de Rio de Janeiro e Salvador. Das onze mulheres que utilizaram como método único a combinação de chás, líquidos e ervas, quatro o finalizaram sozinhas, sem recurso à internação hospitalar, e sete haviam realizado exames diagnósticos para se certificar da gravidez (beta-HCG sérico e teste de urina de farmácia). As fórmulas utilizadas variaram de mulher para mulher: coca-cola no sereno com sonrisal, pimenta, sena e cidreira; buchinha-do-norte; amargosa; quina; mistura de ervas; mal-com-tudo; arruda; melão-de-são-caetano; rosas branca e vermelha com cravo e canela. A combinação de chás, líquidos e ervas seguida de finalização em hospital foi um percurso típico das adolescentes negras, com

baixa escolaridade (ensino fundamental), cuja idade mais frequente foi 16 anos.

A ineficácia dos chás, líquidos e das ervas altera o ritmo de espera pela “descida da menstruação” e medicaliza o diagnóstico da gravidez. Esse é o momento em que a mulher sai de casa e procura auxílio médico ou farmacêutico. As mulheres utilizaram diversos meios diagnósticos para assegurar se o atraso menstrual é gravidez, sendo os mais comuns o exame de sangue beta-HCG (43%, 52), o teste de urina de farmácia (37%, 45) e o ultrassom (25%, 30). Um dado que merece ser investigado em estudos futuros é a relação entre a realização de exames diagnósticos seguros e os riscos decorrentes do aborto ilegal. A ausência de exames diagnósticos foi referida por 15 mulheres, com uma concentração entre as mulheres negras com baixa escolaridade (80%, 13), para quem a confirmação da gravidez se deu pelos sinais corporais. Não há evidências de que elas tenham realizado o aborto mais tarde que as mulheres que medicalizaram os exames, pois a memória sobre a idade gestacional foi um dado pouco confiável nas entrevistas.

Grande parte das mulheres contavam o atraso da última menstruação em meses, sendo a resposta mais comum “menos de dois meses”. Não houve relato de mulheres que tenham abortado com mais de 14 semanas, sendo o mais comum o aborto com oito semanas. No entanto, a forma como as mulheres contavam as semanas de atraso menstrual nas entrevistas não segue

Tabela 4. Itinerário terapêutico das mulheres no momento do aborto, segundo ordem de abortos.

	Primeiro aborto		Segundo aborto		Terceiro aborto	
Todas as mulheres	122	%	33	%	7	%
Exames feitos*						
beta-hCG sérico	52	43%	13	39%	2	29%
Teste de urina de farmácia	45	37%	8	24%	1	14%
Ultrassom	30	25%	12	36%	1	14%
Nenhum	15	12%	3	9%	1	14%
Não informado	17	14%	8	24%	2	29%
Métodos**						
Cytotec	64	52%	15	46%	4	57%
Curetagem em clínica privada	44	36%	15	46%	2	29%
Chás, ervas e líquidos	43	35%	4	12%	1	14%
Casa das aborteiras (sonda)	8	7%	2	6%	0	0%
Necessitou internação						
Sim	44	36%	15	46%	4	57%
Não	78	64%	17	52%	3	43%
Não informado	0	0%	1	3%	0	0%

Fonte: Pesquisa Nacional de Aborto, etapa PNA-Entrevistas; * Pode haver mais de um exame por mulher; ** Pode haver mais de um método por mulher

Nota: valores arredondados

um padrão, o que impede uma sistematização segura dessa informação: algumas falavam em semanas, outras, em meses, e outras tentavam fazer cálculos durante a entrevista. Metade das mulheres que não realizou exames diagnósticos recorreu à internação hospitalar para a finalização do aborto.

A presença do ultrassom como um recurso diagnóstico para a tomada de decisão sobre o aborto é particularmente inquietante para a narrativa moral das mulheres que sobrepõem o uso do cytotec e dos chás à regulação da menstruação. A cena do ultrassom traz duas novidades ao itinerário do aborto e às fronteiras entre atraso menstrual e gravidez. A primeira delas é que as mulheres necessitaram realizar um exame invasivo. Para além de seu círculo privado de cuidado, em particular parentes, amigas e companheiros, a mulher apresentou-se a um profissional de saúde e anunciou seu atraso menstrual. A segunda novidade é que o exame de ultrassom é por imagem: visualiza-se o embrião ou o feto para a tomada de decisão pelo aborto. Alguns estudos etnográficos mostraram que a imagem do feto pode ser perturbadora para as mulheres no processo de tomada de decisão pelo aborto seletivo¹³. A tal ponto a imagem é um recurso de mobilização moral contra o aborto que algumas legislações estaduais nos Estados Unidos querem obrigar a mulher ao exame de ultrassom antes da decisão pelo aborto¹⁴. Os dados não nos permitem avançar na compreensão desse novo cenário do itinerário do aborto, em que medicalização, imagem e cytotec fazem parte do processo decisório das mulheres.

O principal método utilizado para abortar foi o cytotec isolado ou o cytotec combinado com chás, líquidos e ervas (52%, 64), seguido de curetagem em clínica privada (36%, 44). A finalização do aborto sem recurso à internação hospitalar foi vivida pela maioria das mulheres (64%, 78), corroborando em parte suposições utilizadas em estimativas indiretas de magnitude do aborto¹⁵. Duas em cada três mulheres abortaram sem recurso à internação hospitalar. Entre as que utilizaram o cytotec como método único, 47% (28) não precisaram ser internadas para finalizar o aborto. Das que abortaram em clínicas privadas, 93% (41) não necessitaram de internação hospitalar. Considerando todos os métodos, para cada mulher branca internada para finalizar o aborto, foram internadas três negras.

Das 31 mulheres que utilizaram o cytotec como método único e foram internadas em hospitais para finalizar o aborto, 52% (16) usaram quatro

comprimidos; 29% (9) usaram dois comprimidos; 10% (3) usaram seis ou mais comprimidos; 6% (2) usaram um comprimido e 3% (1) usaram cinco comprimidos. A dose do cytotec utilizada pelas mulheres que não precisaram ficar internadas não sofreu grandes alterações: 54% (15) usaram quatro comprimidos; 21% (6) usaram três comprimidos; 11% (3) usaram seis ou mais comprimidos; 7% (2) usaram um comprimido; 4% (1) usaram cinco comprimidos e 4% (1) não se recordavam da dose utilizada. Todas as mulheres se recordavam do regime de uso e administração do cytotec: 81% (52) delas fizeram uso vaginal e oral; 17% (11) fizeram uso apenas vaginal uma única mulher fez uso apenas vaginal. Não há relação aparente entre dose, padrão de uso vaginal ou oral e internação hospitalar.

Os riscos enfrentados pelas mulheres mais jovens para o aborto ilegal são maiores quando comparados aos das mulheres mais velhas. Além disso, os métodos e percursos adotados pelas mulheres com menos de 21 anos ganham contornos particulares. A “casa das aborteiras” (uma expressão adotada pelas próprias mulheres para descrever espaços domésticos em que curiosas as auxiliaram com sonda ou outros apetrechos na clandestinidade) foi utilizada por oito mulheres (cinco negras e três brancas), sendo que seis delas tinham menos de 21 anos. As mulheres mais jovens usaram menos cytotec e recorreram mais às casas das aborteiras e chás para abortar. Como resultado desse itinerário de maior risco, as mulheres com menos de 21 anos foram as que mais recorreram à internação hospitalar para a finalização do aborto (29 casos), um desfecho menos frequente entre as mulheres com mais de 21 anos (14 casos).

As redes de cuidado são bastante semelhantes entre as mulheres mais jovens e as mais velhas: amigas, profissionais de saúde, parentes do sexo feminino e masculino estão igualmente referidos nas narrativas. Dez mulheres informaram ter abortado sozinhas e sem auxílio, quase todas eram negras, com baixa escolaridade (ensino fundamental) e, quatro delas, mais jovens que 21 anos. Entre as mulheres de todas as idades que abortaram sozinhas, houve uso de chás, líquidos e ervas isolados ou combinados com cytotec, e uma mulher introduziu a sonda em si mesma. A mulher que fez uso da sonda em si mesma era negra, com filho e companheiro, de baixa escolaridade, e tinha 22 anos.

Não há como saber a procedência ou a eficácia dos medicamentos. Muitas mulheres declararam ter recebido os comprimidos enrolados em

um papel ou dentro de um saco plástico, sem referência à origem do laboratório ou mesmo indicação clara de que se tratava de cytotec. Os companheiros e as amigas foram os principais responsáveis pela aquisição do cytotec. As que se recordavam dos regimes de uso ofereceram relatos muito variados: algumas utilizaram todos os comprimidos de uma única vez, outras, em doses a cada duas horas. A indicação mais comum foi de uso vaginal combinado com cremes vaginais, com recurso ao aplicador de pomadas. Em geral, as mulheres utilizam os medicamentos à noite para expulsar o feto durante a madrugada e buscar assistência médica ao amanhecer. A indicação de repouso com as pernas elevadas encostadas na parede após a aplicação do cytotec foi explicada e demonstrada por algumas delas nas entrevistas. O principal preparo do corpo foi o jejum antes de usar os medicamentos.

Há uma diversidade no que as mulheres descrevem como chás, líquidos e ervas. Além das variações regionais, existem particularidades nas doses e nos regimes de uso na etapa de preparação do corpo para o aborto ou no que ainda é descrito como regulação da menstruação. O chá mais comum foi o da buchinha-do-norte, tido como poderoso para descer a menstruação por uma em cada oito mulheres. Em seguida está a arruda, a sena e o boldo, em combinação com outros líquidos ou diluídos isoladamente em água, sem uso de açúcar ou adoçantes. Há receitas complexas que combinam diferentes ervas, líquidos, medicamentos e temperos, como, por exemplo, coca-cola quente com sonrisal, pimenta do reino, sena e cidreira, ou, ainda, parapiroba com canela, aspirina e melhoral. O regime de uso é oral em doses alternadas ou combinadas às refeições, ou mesmo em total jejum. A eficácia da erva pode ser isolada ou combinada a coca-cola quente (em todas as cidades), cachaça (Salvador) ou vinho (Porto Alegre). Medicamentos como anador, sonrisal ou melhoral foram muito comuns em combinação com as ervas, em particular aquelas que provocavam alterações estomacais, como a buchinha, a sena, a arruda ou a caboclinha. O medicamento mais comum utilizado em combinação com as ervas foi a aspirina (e suas variações), cujo poder de sangramento no caso da dengue, segundo as mulheres, faria descer a menstruação. Alguns produtos tradicionais vendidos em farmácias, como o “regulador Xavier”, foram incluídos na lista das ervas ou líquidos utilizados.

A etapa dos chás, líquidos e ervas permite uma negociação moral liminar entre práticas para descer a regra e abortar¹⁶. É a aplicação va-

ginal do cytotec o que demarca a fronteira entre as práticas regulatórias da menstruação e o aborto. A técnica do aplicador vaginal associado a pomadas, bastante difundida em Salvador, sugere duas vantagens: de um lado, “facilita que o comprimido entre bem fundo”, e, de outro, reproduz práticas de cuidados com o corpo já vividos anteriormente ao aborto. As horas de espera pelo efeito do cytotec são vividas diferentemente pelas mulheres. As adolescentes contam com a companhia das mães ou amigas, ao passo que as mulheres mais velhas e com maior nível educacional têm a presença dos companheiros. As narrativas de dor e sofrimento são compartilhadas por todas as mulheres, sendo particularmente marcante a expulsão do que elas chamam de “bola”, em geral no vaso sanitário. As que não suportam as dores, ou após muitas horas de sangramento sem expulsão, procuram os hospitais ao amanhecer. Elas suportam o tempo necessário para que o cytotec se dissolva no útero e não deixe rastros materiais do aborto ao olhar inquisitorial do médico: para algumas são necessárias quatro horas, para outras, seis horas de espera para que o cytotec “saia do sangue”.

O tempo vivido no hospital é brevemente narrado pelas mulheres. Há uma concentração nos casos de maus-tratos entre as adolescentes: das 18 mulheres que os vivenciaram, 11 eram adolescentes com menos de 17 anos e, destas, 9 haviam confessado a indução do aborto aos médicos. Os maus-tratos são descritos como julgamento moral, ameaças de denúncia à polícia, maneiras brutais no contato físico, internação em quartos coletivos com mulheres com recém-nascidos ou longa espera até o atendimento. Como prática de sobrevivência, quase todas as mulheres mais velhas omitiram dos médicos que provocaram o aborto, descrevendo-o como espontâneo, como resultado de uma queda, de uma indigestão ou de um susto, mesmo quando os médicos insistiam na tese da indução. Há um caso paradoxal em que a mulher informou o médico que iniciara o aborto com o cytotec. Dado o intenso sangramento e a impossibilidade de realizar a curetagem por falta de equipamento adequado, o médico solicitou ao companheiro dela que adquirisse novas doses de cytotec para finalizar o aborto. A mulher abortou no hospital público, sob supervisão médica, mas com medicamentos adquiridos ilegalmente.

O recurso à clínica privada como único método foi referido por 38 mulheres (31%), havendo uma concentração entre as mulheres entrevistadas no Rio de Janeiro, única cidade em que

as clínicas foram mais comuns que o cytotec. Uma análise posterior desse achado indicou que havia clínicas de aborto nas regiões em que as mulheres foram selecionadas para a entrevista, o que sugere um viés da amostra não probabilística na cidade. No entanto, uma análise conjunta das cinco cidades mostrou que as clínicas privadas foram mais utilizadas pelas mulheres com escolaridade média, no primeiro aborto, e igualmente pelas brancas (48%, 21) e negras (52%, 23). Houve três casos de internação hospitalar após o aborto em clínica privada: uma mulher negra e outra branca, ambas com ensino fundamental. A terceira mulher do grupo foi também o único caso de internação em hospital privado: era um aborto de uma adolescente negra de 17 anos, cuja família estava envolvida na decisão. Após o aborto em uma clínica privada, a família decidiu que ela passaria a noite internada em um hospital privado para observação médica. As duas outras mulheres foram internadas por dores abdominais intensas e quadro infeccioso grave.

O aborto realizado nas clínicas é mais pobre em detalhes narrativos, sendo vivido como uma suspensão da rotina para um procedimento médico. Uma possível explicação para esse distanciamento narrativo seria que o itinerário do cytotec é repleto de cenas e redes de dependência para a realização do aborto, ao contrário da clínica privada, cuja principal barreira é financeira. Em geral, a clínica já é conhecida da comunidade em que vive a mulher ou foi indicada por alguma amiga que fez uso dos serviços, o que diminui significativamente seus receios. A localização da clínica é pública para a comunidade e, em geral, esses são espaços de acesso estratégico para as mulheres. Uma vez solucionado como pagar o procedimento, em geral uma responsabilidade masculina no caso das mulheres com nível superior, o aborto se resumiria a um ato médico.

As casas das aborteiras são também chamadas de “clínicas de fundo de quintal” ou “casas das curiosas”, um espaço nebuloso em que práticas de alto risco são realizadas e repletas de segredo. Diferentemente das clínicas privadas, as casas das aborteiras estão escondidas nas periferias, em locais só conhecidos pela geografia da comunidade. A senhora aborteira é uma mulher idosa, descrita como uma “enfermeira de hospital”, o que sugere que ela tenha conhecimentos para além dos tradicionais. A típica casa da aborteira reserva um quarto para o atendimento das mulheres, cujos apetrechos são a sonda, o lubrificante e uma bacia. As mulheres descrevem os locais como sujos, escuros e sem proteção.

Três mulheres, duas de Porto Alegre e uma de Salvador, fizeram uso exclusivo da casa da aborteira, sem nenhum método combinado: duas eram negras, com ensino fundamental, 15 e 16 anos; a outra era branca, com filho, ensino fundamental, e tinha 18 anos. A adolescente negra descreve o instrumento utilizado pela senhora aborteira como um “ferro abortivo, um tipo de pegador de macarrão que ela colocou na minha vagina”. No conjunto das oito mulheres que fizeram à casa da aborteira e combinaram a sonda com outros métodos, as experiências são muito diversas: há desde as que compraram a própria sonda e foram à casa da aborteira para que fosse introduzida na vagina para retirá-la no dia seguinte, antes de ir ao hospital, até aquela que permaneceu, em suas palavras, “vários dias com a sonda, que foi colocada com arame cozido, umedecido com um óleo lubrificante para a passagem na vagina”. Em geral, a mulher não aborta sob a supervisão da aborteira, mas sozinha em casa ou no hospital. Não sabemos se por um viés da amostra não probabilística, a casa da aborteira e o método da sonda foram mais comuns em Porto Alegre que em todas as outras cidades juntas.

O retorno à casa não finaliza o ciclo do aborto. Há os cuidados pós-aborto. Mesmo para aquelas que iniciaram e finalizaram o aborto sem auxílio médico, os cuidados são instituídos e transmitidos pelas mulheres de sua rede de relações familiares ou afetivas. A água inglesa, um adstringente para limpeza gástrica, compõe a rotina de 22 mulheres, em particular das mulheres com nível educacional fundamental e médio de todas as cidades, exceto Porto Alegre. A dose mais comum é de uma garrafa após a finalização do aborto, com ingestões diárias, alternadas às refeições, ou como primeira bebida em jejum ao acordar. A água inglesa teria o poder de “limpar o útero”, eliminando os restos do aborto no corpo. Há casos em que o chá feito à base de cascas de barbatã foi referido com poderes semelhantes à água inglesa. Assim como o jejum antecede o aborto, uma dieta alimentar com cardápio pré-definido regula o período pós-aborto.

A experiência de ter provocado um aborto em si mesma passa a fazer parte da sabedoria de uma mulher no campo reprodutivo. Várias mulheres relataram já ter ajudado outras mulheres a abortar após sua experiência individual. A rapidez e a facilidade com que uma mulher aciona uma ampla rede de cuidados e dispositivos para abortar é um dos sinais de como a cultura do aborto é compartilhada entre as mulheres no Brasil. Não há

como descrevê-la como uma cultura secreta, pois as semelhanças encontradas entre mulheres tão diferentes mostra que é uma cultura feminina clandestina à restrição legal, mas transmitida entre diferentes gerações. O que ouvimos foram narrativas sobre uma história reprodutiva já contada por essas mulheres diversas vezes, em particular para auxiliar outras mulheres a abortar, sejam elas suas irmãs, filhas ou amigas.

Conclusão

Os resultados das entrevistas estruturadas com 122 mulheres que abortaram em Belém, Brasília, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador da PNA-entrevistas indicam que a maioria das mulheres abortou uma única vez, mas uma em cada quatro mulheres que abortou o fez duas vezes. A ocorrência de um terceiro aborto foi rara. Tanto o primeiro quanto o segundo aborto foram predominantemente observados em adolescentes de

até 19 anos, com maior ocorrência entre negras. Nos dois casos, o método mais comum foi uma combinação de chás com cytotec, com a finalização do aborto em um hospital no dia seguinte, mas a internação hospitalar ocorreu em menos da metade dos casos. Para realizar o aborto, a maioria das mulheres mais velhas contou com o auxílio de parentes, amigas ou do companheiro. Além disso, elas recorreram a diagnósticos precisos de gravidez como beta-HCG sérico e exames de ultrassom.

A pesquisa enfrentou uma série de obstáculos para tratar de um tema considerado ilegal e tratado como tabu moral. Isso impôs, por exemplo, o uso de uma amostra não probabilística. Para controlar parte do viés desse tipo de amostragem, foram definidas cotas com base na PNA-urna, cuja amostragem foi probabilística. Apesar disso, não é possível avaliar em que medida estes resultados refletem particularidades das mulheres entrevistadas e tampouco o quanto eles podem ser extrapolados para outras partes do Brasil.

Colaboradores

D Diniz e M Medeiros participaram conjuntamente de todas as etapas do estudo (concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados), são igualmente responsáveis pela redação do artigo e aprovaram a versão a ser publicada.

Agradecimentos

Agradecemos a equipe de entrevistadoras composta por Bárbara Silva, Bianca Alfano, Guaia Monteiro, Helena Lancellotti, Lina Vilela, Renata Brito e Rosana Castro, além de João Neves pela supervisão de segurança e tabulação de dados, Renata Brito pela supervisão de pesquisa e Fabiana Paranhos pela supervisão logística. Télia Neigrão foi uma importante parceira para a intermediação com grupos de mulheres em cada estado. Greice Menezes foi uma parceira de trabalho e crítica importante. O financiamento do projeto Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Mulher – Política Nacional de Planejamento Familiar é da Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Saúde, Ministério da Saúde do Brasil.

Referências

1. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica da urna. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):S959-S96.
2. Nader PRA, Blandino VRP, Maciel ELN. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do município de Serra – ES. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(4):615-624.
3. Fonseca W, Misago C, Freitas P, Santos E, Fernandes L, Correa L. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 1998; 14(2):279-286.
4. Souza AI, Cecatti JG, Ferreira LOC, Santos LC. Hospitalização por abortamento no Centro de Atenção à Mulher (CAM) – IMIP – Recife. *J Bras Ginecol* 1996; 106(9):355-361.
5. Hardy E, Alves G. Complicações pós-aborto provocado: fatores associados. *Cad Saude Publica* 1992; 8(2):454-458.
6. Menezes GMS, Aquino EML, Silva DO. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. *Cad Saude Publica* 2006; 22(7):1431-1446.
7. Motta FM. Sonoro silêncio: por uma história etnográfica do aborto. *Rev Estud Fem* 2008; 16:681-689.
8. Mello FMB, Sousa JL, Figueiroa JN. Magnitude do aborto inseguro em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2006. *Cad Saude Publica* 2011; 27(1):87-93.
9. Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad Saude Publica* 2009; 25(Supl. 2):s193-s204.
10. Diniz D, Corrêa M, Squinca F, Braga KS. Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(4):939-942.
11. Diniz D, Guerriero I. Ética na pesquisa social: desafios ao modelo biomédico. *RECIIS* 2008; 2(Supl. 1):S78-S90.
12. Madeiro A, Rufino A. Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Téresina - Piauí. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1735-1743.
13. Rapp R. *Testing women, testing the fetus*, the social impact of amniocentesis in America. Nova York: Routledge; 2000.
14. *North Carolina*: Part of Abortion Law Is Blocked. New York Times 2011 25 Oct [acessado 2012 fev 4]. Disponível em: http://www.nytimes.com/2011/10/26/us/part-of-abortion-law-in-north-carolina-is-blocked.html?_r=2&scp=1&sq=A%20federal%20judge%20 has%20blocked%20a%20part%20of%20North%20Carolinas %20new%20abortion%20law&st=cse
15. Monteiro M, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões, 1992-2005. In: *Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. 2006; Caxambu. p. 1-10.
16. Leal O, Lewgoy BP. Aborto e contracepção. In: Leal O, organizador. *Corpo e significado* ensaios de antropologia social. Porto Alegre: UFRGS; 1995. p. 57-76.