

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O ABORTO EM ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIAS/OS
Social representations about abortion among university students**

Discente: **LAURA SOARES DOS SANTOS**
Docente: **PROFA. DRA. LUCIANA NOGUEIRA FIORONI**



São Carlos - SP

2025

LAURA SOARES DOS SANTOS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O ABORTO EM ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIAS/OS**

Monografia de conclusão de curso apresentada ao Curso de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de psicóloga.

Profa. orientadora: PROFA. DRA. LUCIANA NOGUEIRA FIORONI

São Carlos - SP

2025

RESUMO

A pesquisa foi realizada em duas instituições públicas do estado de São Paulo, combinando abordagens descritiva (quantitativa) e qualitativa-interpretativa, organizadas em duas etapas. A primeira foi a etapa de rastreio (110 participantes) por meio de questionário virtual, analisados de forma descritiva e Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade, analisados a partir das instruções do próprio instrumento (Serenó, Leal & Maroco, 2009). A 2ª etapa foi a etapa qualitativa com entrevista semi estruturada e a aplicação do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), feita de forma presencial com 3 universitárias que responderem afirmativamente à questão "de ter vivenciado o aborto". O referencial teórico de base para a discussão dos resultados foi a Teoria das Representações Sociais (Moscovici, 2015; Jodelet, 2001). Os resultados encontrados na 1ª etapa do estudo, permitiram traçar um perfil geral das participantes como sendo mulher, 23 anos, branca, cursando o 4º ano de graduação na área da saúde na Universidade Federal, agnóstica/sem crença religiosa. São majoritariamente do sudeste e do interior de São Paulo. Com renda familiar entre R\$5.000,00 e R\$10.000,00, fazem parte de famílias de classe média, e renda individual de R\$1,00 até R\$2.000,00. Esses dados são fundamentais para entendermos os resultados do Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade que indicou que essa população não acredita que a maternidade seja o projeto principal da mulher; que o prazer feminino é algo bastante significativo; há uma tendência em acharem retrógrada a ideia da reprodução ser uma função primordialmente feminina; não deixaram claro se concordam ou não com a ideia da vida sexual feminina também ser vinculada com a vida afetiva e se portaram como mediana no que diz respeito as representações negativas do aborto, se apresentando uma população nem progressista e nem conservadora sob esse aspecto. Ainda nessa etapa da pesquisa observou-se que para algumas das participantes gravidez e aborto não estão necessariamente vinculados, é uma experiência psicossocial que desvincula um fenômeno do outro além de ser uma experiência absolutamente traumática que as levam a recorrerem a estratégias para superar e resignificar esse evento em suas vidas. Na 2ª etapa da pesquisa, na Categoria Analítica 01. **Experiência do Aborto**, destacamos a presença de um determinante etnicossocial importante que diferencia as participantes e que reforça que quem não chega no equipamento de saúde é quem mais corre riscos. Além disso houve a problematização do hospital como espaço de cuidado para essas mulheres e como a ilegalidade do aborto contribui para isso. Na Categoria Analítica 02. **Determinantes e efeitos do aborto**, foi tratado como o evento do aborto pode ser traumático dentro da experiência individual de cada uma. Destaca-se aqui a vivência de duas participantes com suas experiências de terror com a gravidez e relembramos que na 1ª etapa elas relataram não se sentirem grávidas durante todo o processo anterior ao aborto. Isso é importante para observarmos que o fenômeno da gravidez não se resume ao evento biológico. A Categoria Analítica 03. **Aborto como questão de gênero**, retrata os sentimentos de abandono, culpa e toda a carga emocional recrutada pelas mulheres para enfrentar o evento traumático vinculados com questões importantes de gênero. E por fim a Categoria Analítica 04. **Crenças e valores sobre gênero/sexualidade**, destacamos a busca por leituras, estudos que duas participantes tiveram como forma de lidar com a experiência do aborto.

Palavras chaves: Aborto; Representações sociais; Universitários.

ABSTRACT

The research was conducted in two public institutions in the state of São Paulo, combining descriptive (quantitative) and qualitative-interpretative approaches, organized in two stages. The first was the screening stage (110 participants) through a virtual questionnaire, analyzed descriptively, and the Questionnaire of Values and Beliefs about Sexuality, analyzed based on the instructions of the instrument itself (Serenó, Leal & Maroco, 2009). The second stage was the qualitative stage with a semi-structured interview and the application of the Free Word Association Test (TALP), carried out in person with three university students who answered affirmatively to the question "having experienced abortion". The theoretical framework for discussing the results was the Theory of Social Representations (Moscovici, 2015; Jodelet, 2001). The results found in the first stage of the study allowed us to outline a general profile of the participants as being female, 23 years old, white, in the 4th year of a degree in health at the Federal University, agnostic/without religious beliefs. They are mostly from the southeast and interior of São Paulo. With a family income between R\$5,000.00 and R\$10,000.00, they are part of middle-class families, and an individual income of R\$1.00 to R\$2,000.00. This data is fundamental to understanding the results of the Questionnaire of Values and Beliefs about Sexuality, which indicated that this population does not believe that motherhood is a woman's main project; that female pleasure is something quite significant; there is a tendency to find the idea of reproduction being a primarily female function retrograde; They did not make it clear whether or not they agreed with the idea that women's sexual lives should also be linked to their emotional lives, and they were average regarding negative representations of abortion, presenting themselves as a population that is neither progressive nor conservative in this regard. Also in this stage of the research, it was observed that for some of the participants, pregnancy and abortion are not necessarily linked; it is a psychosocial experience that separates one phenomenon from the other, in addition to being an absolutely traumatic experience that leads them to resort to strategies to overcome and resignify this event in their lives. In the 2nd stage of the research, in Analytical Category 01. Abortion Experience, we highlighted the presence of an important ethnic-social determinant that differentiates the participants and reinforces that those who do not reach the health facility are the ones who run the greatest risk. In addition, there was a problematization of the hospital as a space of care for these women and how the illegality of abortion contributes to this. In Analytical Category 02. Determinants and effects of abortion, it was addressed how the event of abortion can be traumatic within the individual experience of each one. Here, we highlight the experiences of two participants with their terrifying experiences with pregnancy, and we recall that in the first stage, they reported not feeling pregnant throughout the entire process prior to the abortion. This is important to note that the phenomenon of pregnancy is not limited to the biological event. Analytical Category 03. Abortion as a gender issue, portrays the feelings of abandonment, guilt, and all the emotional burden recruited by women to face the traumatic event linked to important gender issues. And finally, in Analytical Category 04. Beliefs and values about gender/sexuality, we highlight the search for readings and studies that two participants had as a way of dealing with the experience of abortion.

Key words: Abortion; Social representations; University students.

SUMÁRIO

1- IDENTIFICAÇÃO.....	6
2 - APRESENTAÇÃO.....	6
3 - INTRODUÇÃO.....	7
3.1. Recorte Histórico, social e cultural sobre o aborto.....	7
3.2. Elementos da Saúde Coletiva para compreender o aborto.....	13
3.3. Dimensões intersubjetivas relacionadas ao gênero e ao aborto.....	18
4. OBJETIVO E JUSTIFICATIVA.....	21
5. RECORTE TEÓRICO - METODOLÓGICO E DESENHO DA PESQUISA.....	22
5.1 Desenho do estudo.....	23
5.1.1 Primeira Etapa - Etapa de Rastreo.....	24
5.1.2 Segunda Etapa.....	25
5.2. Cuidados Éticos.....	26
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
6.1 Resultados do formulário Caracterização Integral do Participante e levantamento inicial sobre proximidade com situações de aborto.....	27
6.2 Resultados do Questionário Crenças e Valores sobre Sexualidade.....	42
6.3. Análise singularizada de itens do Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade.....	46
6.4. Análise Qualitativa Interpretativa - Resultados das Entrevistas e do TALP.....	47
6.4.1. Breve biografia das participantes.....	47
6.4.2. Categorias Analíticas.....	49
C1 - Experiência do aborto.....	49
N1.1 - O aborto (como, quando, onde).....	50
N1.2 - O hospital na perspectiva de quem aborta.....	51
C2 - Determinantes e efeitos do aborto.....	54
N2.1 - A gravidez como terror.....	55
N2.2 - Solidão materna.....	57
N2.3 - Efeitos subjetivos.....	58
C3 - Aborto como questão de gênero.....	60
N3.1 - Abandonos.....	61
N3.2 Culpa e Moralismo.....	63
N3.3 - Decisão no limite.....	64
C4 - Crenças e valores sobre gênero/sexualidade.....	67
N4.1 - Maternidade.....	67
N4.2 - Ser mulher.....	69
N4.3 - História Afetiva Sexual.....	71
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
8. REFERÊNCIAS.....	76
9. APÊNDICES.....	83
10. ANEXOS.....	83

1- IDENTIFICAÇÃO

Centro e Departamento da Orientadora: Centro de Educação em Ciências Humanas (CECH); Departamento de Psicologia (DPsi)

Nome da orientadora: Profa. Dra. Luciana Nogueira Fioroni

Nome da aluna: Laura Soares dos Santos

Título do trabalho: “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O ABORTO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIAS/OS”

Projeto contemplado por bolsa de Iniciação Científica FAPESP durante o período de Abril a Dezembro de 2024

2 - APRESENTAÇÃO

Sou estudante da graduação de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos e sugeri este recorte para o trabalho de conclusão de curso com o objetivo de entender melhor a temática do aborto a partir das discussões de gênero e saúde mental.

Nesse trabalho tomamos como objeto de estudo as representações sociais do aborto, visto que esse assunto polêmico tem gerado, desde a antiguidade, discussões divergentes entre saberes científicos, religiosos e culturais. Destacou, então, em mim uma curiosidade em entender melhor esse fenômeno. Arelado a isso, o conteúdo do gênero também foi algo impactante e fundamental em minha decisão. Como mulher me vi diversas vezes incomodada com tamanha insensibilidade e injustiça ao ver homens tomando decisões que só dizem respeito a nós mulheres. Tais indagações e questionamentos me levaram a estudar o tema mais a fundo e tentar buscar nuances que o envolvia. Além disso, me vi intrigada em saber como a comunidade universitária enxerga tal tema uma vez que é uma população mais jovem, com acesso a informação de qualidade e capaz de auxiliar a desmistificar o assunto pelo Brasil.

Observei durante o processo da pesquisa o quão complexo é estudar esse tema, algo que já previa, mas enfatizo aqui que vai muito além do que conseguimos pensar. Me surpreendi com a dualidade presente em cada mulher que entrevistei, algo que vai de encontro com a complexidade da experiência e da vida de cada uma. Me deparei com mulheres abaladas, sofridas e dolorosas ainda com os acontecimentos mas que ao mesmo tempo eram fortes, calejadas e resilientes ao se sentirem confortáveis para falar para uma estranha algo tão íntimo e doloroso. Me compadecei com a dor de cada uma e me felicitei ao observar que elas estão seguindo, marcadas e com cicatrizes mas seguindo em frente. Com elas pude me emocionar, pude aprender e pude me compadecer de seus afetos, algo que a psicologia tem o prazer de fazer diariamente. Assim, aprendi que é possível ser psicóloga e pesquisadora ao mesmo tempo, não são profissões antagônicas, excludentes e que me tornar uma, não necessariamente quer dizer que deixarei a outra. A psicologia é um daqueles cursos que te mudam por inteira, ouvir nunca mais será da mesma maneira e poder perceber isso se materializando em minha pesquisa foi um verdadeiro presente.

Neste sentido, o presente projeto apresenta no tópico Introdução pontos importantes sobre o aborto que foram abordados a partir da teoria das Representações Sociais. Dessa

forma, devido sua complexidade o tema foi dividido em eixos temáticos. Primeiro é o eixo Saúde Coletiva em que abarca dados epistemológicos, questões jurídicas e direitos sexuais e reprodutivos que permeiam essa temática. O segundo eixo é o de Subjetividade e Intersubjetividade o qual é apresentado as definições advindas da Fenomenologia e citado de pesquisas anteriores os sentidos e significados sobre o aborto para as mulheres e os homens que já passaram pela experiência, além da perspectiva dos profissionais da saúde que lidam diretamente com esse público. O terceiro e último eixo é Social e Cultural, onde é mostrado a história do aborto tanto no mundo como no Brasil, ademais é também apresentado alguns aspectos religiosos do tema, relacionado principalmente com a moralidade cristã. A dimensão de gênero está presente de maneira transversal por todo o texto. Segue-se à Introdução, as justificativas e objetivos da pesquisa, em seguida o Recorte Teórico-metodológico, que além de trazer de forma detalhada o desenho da pesquisa, também abordou a teoria das Representações Sociais e seus principais pensadores. Adiante há a apresentação dos Resultados e da Discussão das duas etapas da pesquisa seguido das Considerações Finais.

3 - INTRODUÇÃO

Eu-Mulher

*Uma gota de leite
me escorre entre os seios.
Uma mancha de sangue
me enfeita entre as pernas.
Meia palavra mordida
me foge da boca.*

*Vagos desejos insinuam esperanças.
Eu-mulher em rios vermelhos
inauguro a vida.
Em baixa voz
violento os tímpanos do mundo.
Antevejo.
Antecipo.
Antes-vivo*

*Antes – agora – o que há de vir.
Eu fêmea-matriz.
Eu força-motriz.
Eu-mulher
abrigo da semente
moto-contínuo
do mundo.*

(Conceição Evaristo)

O aborto é um assunto complexo e difícil, carregado de tabus na sociedade brasileira. Apesar dos avanços nos debates feministas sobre aborto, em especial vinculando com a dimensão da saúde pública e direitos humanos, ainda se observa a predominância sobre visões moralistas e da pauta de costumes em relação a este tema. Buscamos ter uma leitura crítica sobre o aborto, apoiadas nos estudos sobre gênero que sustentam (apesar de muitas discordâncias internas deste campo de debate) uma compreensão estrutural e dinâmica que indissocia a condição feminina em uma sociedade patriarcal e machista, das representações e atitudes em relação ao aborto. Neste sentido, o presente estudo vem com o intuito de procurar entender melhor as representações sociais sobre o aborto. Justamente por ser um assunto de alta complexidade e relevância se viu importante dividi-lo em eixos, esmiuçando melhor cada um.

3.1. Recorte Histórico, social e cultural sobre o aborto

Primeiramente é importante destacar a definição de aborto segundo OPAS (2023), aborto é considerado uma interrupção que ocorre na gravidez acarretada pela morte do feto quando ocorrido com menos de 0,5 kg ou 20 semanas de gestação. Podendo ser espontâneo ou provocado. Visto isso, para melhor entendê-lo é necessária uma revisão do panorama histórico que carrega esse termo de tamanha complexidade.

A história do aborto é vista desde a antiguidade. Os primeiros relatos encontrados foram na China onde o Imperador chinês Shen Nung descreve uma receita de um abortífero oral entre os anos de 2737 e 2696 a.C. (Schor e Alvarenga, 1994). No Egito, por volta de 1550 a.C. o código de Hamurabi já fazia menções ao aborto em seus escritos, colocando-o como um crime e prevendo punições a quem o praticasse, assim como o Código Hitita do século XIV a.C. que também condenava a prática (Teodoro, 2007 apud Rebouças e Dutra, 2011). Na Grécia antiga, diversos filósofos justificaram de maneiras distintas a utilização do aborto pela sociedade. Enquanto Aristóteles o considerava um método eficaz para o controle populacional, Platão defendia que o aborto deveria ser obrigatório, principalmente para preservar a raça dos guerreiros e também deveria ser usado em mulheres que engravidassem com mais de 40 anos. Já Sócrates recomendava o uso do aborto para todas as mulheres que assim desejassem (Schor e Alvarenga, 1994).

Para os Gauleses, um povo celta, vivido por volta do século III a.C. na região da Galia (hoje a região da França, Bélgica e Itália) o aborto sempre foi uma questão paterna, o qual o pai decidia sobre a vida e a morte de seus filhos (Frente de Mulheres Feministas, 1980 apud Schor e Alvarenga, 1994). Porém essa prática da utilização do aborto com o intuito do controle populacional foi usada em diversos momentos da história além da Grécia, como na Roma Antiga, onde dependendo da época, as taxas de natalidade estando altas ou baixas, determinavam a tolerância existente em relação ao aborto (Santos, 2009 apud Borsari, 2012).

Na cultura hebraica, celta e os primeiros germânicos, as mulheres tinham autonomia em relação a sua fertilidade e seu poder de decisão, mesmo sendo uma sociedade machista a qual elas ainda fossem submissas e controladas pelos homens (Benute, 2005).

Diferentemente do que foi dito até aqui, para outros povos o aborto é atrelado a outros significados, como na cultura indígena. Para algumas tribos existentes na América do Sul, o aborto do primeiro filho é usual com o intuito de auxiliar no parto do segundo filho. Para

outros, é comum a prática devido a circunstância que levou aquela gravidez. Se a mãe engravidou sem ter sido iniciada (ritual de iniciação) ou se o pai for um estrangeiro ou morrer por algum motivo, é comum o abortamento do feto. Outros cometem o aborto devido a escassez de alimentos ou quando impossibilita o nomadismo do grupo. Em uma tribo de origem da América Central o aborto mais comum é o do segundo filho com o intuito do primeiro come-lo para se fortalecer (Pattis, 2000 apud Rebouças e Dutra, 2011).

Com o surgimento e a hegemonia do Cristianismo, essa prática do aborto se modificou, sendo ao longo do tempo condenado baseando se principalmente no mandamento "Não matarás". Apesar dessa condenação continuar sendo mantida, ela não foi constantemente pregada pela Igreja Católica, variando conforme seus interesses políticos e econômicos. São Tomás de Aquino, por exemplo, desempenha um papel de oposição à Igreja (Hojda, 1979 apud Schor e Alvarenga, 1994), alegando que o feto não teria alma (Rebouças e Dutra, 2011) e por isso não seria efetivamente um homicídio o ato de abortar. Dessa maneira, a Igreja Católica se viu mais amena a tal radicalização.

Foi na Revolução Francesa (século XVIII) em que o feto começou a ser visto não como um anexo da mãe mas sim como um futuro trabalhador (Galeotti, 2007 apud Borsari, 2012). Tempos mais tarde, meados do século XIX, com a expansão do êxodo rural para as cidades e conseqüentemente com a piora do nível de vida das pessoas o aborto se tornou um recurso recorrente entre as classes mais abastadas. Esse movimento trouxe uma escassez de mão-de-obra barata e impedia a expansão da industrialização, além de prejudicar a classe dominante vigente. Já na classe alta da época, os índices de nascimento eram controlados pela repressão sexual e o aborto era fortemente condenado (Schor e Alvarenga, 1994).

Com o avanço da medicina e a descoberta da embriologia, principalmente ao final do século XIX e início do século XX, o aborto além de condenável pelas práticas religiosas começa a ser considerado um risco a saúde da mulher o que levou a inúmeras atitudes legais punitivas tanto em países da Europa quanto nos Estados Unidos (Marques e Bastos, 1998 apud Rebouças e Dutra, 2011).

Durante o século XX, diversos países tomaram diferentes medidas em relação ao aborto. Em 1920, a União Soviética resolveu legalizá-lo a fim de assegurar a saúde das trabalhadoras (Rebouças e Dutra, 2012). Na Europa Ocidental, aqueles países que sofreram expressivas baixas populacionais devido a Primeira Guerra Mundial escolheram pela criminalização do aborto, como a França por exemplo, que adotou leis absurdamente severas sobre o aborto, além dos métodos contraceptivos (Schor e Alvarenga, 1994). Já nos países escandinavos, Dinamarca, Islândia e Suécia, houve a legalização do aborto já que esses carregam fortemente as tradições protestantes luteranas. Além desses, o Japão também foi outro país a adotar o aborto como prática, principalmente no pós-guerra para que fosse feito um controle da sua natalidade, sobretudo após uma crise econômica que sofreu nesse período (Rebouças e Dutra, 2012).

Durante a crescente onda do nazifascismo pela Europa, os países que o adotaram implantaram leis anti-abortivas com o discurso de que os "filhos da pátria" deveriam nascer e dessa forma o aborto virou um crime contra a nação passível de pena de morte. Mesmo após o fim da Segunda Guerra Mundial, as leis desses países não se flexibilizaram muito durando até a década de 60 (Schor e Alvarenga, 1994).

Foi a partir dos anos 60 que essa visão do aborto começou a ser alterada. Com a

evolução dos costumes sexuais e a nova posição da mulher na sociedade moderna houve cada vez mais uma tendência mundial pela legalização do aborto. Tomando uma proporção maior durante os anos de 1970 onde $\frac{2}{3}$ da população do mundo já viviam em países onde o aborto era legalizado (Schor e Alvarenga, 1994).

Nesse contexto, pode-se dizer que o aborto, ao longo da história, foi legalizado ou criminalizado, condenado ou aceito conforme os interesses econômicos e políticos da época de cada país e em uma determinado conjuntura (Rebouças e Dutra, 2011).

Não se pode falar da questão do aborto sem falar sobre a perspectiva religiosa tão presente e consolidada desde a antiguidade até os dias atuais. Isso ocorre, segundo Diniz (2005), devido aos valores religiosos que, no Brasil, perpassam os espaços públicos e não são restritos às suas determinadas instituições, ocupando demais lugares.

Foi no fim do século XIX que a igreja católica assumiu o controle dos processos públicos buscando desenhar os paradigmas da sociedade e com o intuito de criar os Direitos Humanos. Conseqüentemente, dessa maneira, a religião vira uma arma política ao impor seus valores morais sobre também os Direitos Humanos (Mori, 1997 apud Trindade et al., 2020). Com o passar do século XX, a igreja católica manteve seu discurso e sua posição dentro desse cenário de importância política e religiosa. Já no século XXI foram os evangélicos que iniciaram uma reivindicação e se introduziram nesse espaço político como parlamentares, facilitando a propagação de suas posições éticas e morais e assim, influenciar as instituições sociais (Vieira, 2010 apud Trindade et al., 2020).

Além da semelhança encontrada no cenário político entre as igrejas católicas e evangélicas, há uma outra a se apontar, ambos repudiam veementemente o aborto. Mas segundo Galeotti (2011, apud Trindade et al., 2020) existem variações dentro das diferentes igrejas evangélicas existentes. A Igreja Presbiteriana do Brasil e a Igreja Metodista, consideram o aborto em algumas poucas situações. Já a Igreja Universal do Reino de Deus é conivente com o aborto em caso de estupro, anomalias fetais, risco de morte da mãe e dificuldade econômica.

Na doutrina protestante, a questão do aborto é visto de maneira mais flexível, justamente pela mãe ter uma maior relevância nesta religião, já que é ela quem carrega os prós e contras da fecundação até o nascimento. Assim, o aborto eugênico é considerado neste caso, visto que o aborto não seria um ato tão reprovável quando praticado por um motivo justo (Vieira, 2010 apud Trindade et al., 2020).

Mori (1997 apud Trindade et al., 2020) relata que o judaísmo compactua com o aborto em diversas situações, sempre incumbindo as mulheres seu direito de decisão. No islã o aborto é concedido quando há risco de vida da mãe, caso contrário ele é proibido pela religião. Nas doutrinas reencarnacionistas, como o espiritismo, segue-se a mesma ideia do islã, é proibido exceto quando a mãe corre algum risco. Isso porque para os espíritas a vida é anterior à concepção e a fecundação já é uma forma de vida. Um exemplo disso é trazido por Silva e Flora (2010) em sua pesquisa onde mulheres de diferentes religiões são entrevistadas com o objetivo de analisar seus discursos religiosos a respeito do aborto. Para a fiel espírita, ela conta não ter a capacidade de julgar uma mulher que realizou o aborto visto que não sabe o que faria em uma situação de desespero mesmo tendo crenças e valores já construídos.

Em seu livro, Mori (1997 apud Trindade et al., 2020) também abarca os fiéis budistas, os quais se veem muito divididos a respeito desse assunto. Já que para uns o aborto tira o

direito a vida de um ser vivo, o que é inadmissível. Mas para outros ele pode ocorrer desde que não seja fruto de inveja ou desilusões. Na Índia, o aborto é permitido desde que não seja motivado pela escolha do sexo da criança. Já na China, como os casais eram autorizados a ter apenas um filho, o aborto era permitido, porém com a mesma restrição dos indianos (Vieira, 2010 apud Trindade et al., 2020).

No que diz respeito a influência e relevância histórica a respeito do aborto, a Igreja Católica é a religião de maior importância. Por motivos já vistos anteriormente, ela carrega questões políticas e morais a respeito desse assunto. Visto isso, ela carrega consigo inúmeras justificativas para se colocar contra a prática, sendo o elemento principal a defesa da vida. Rosado-Nunes (2012) afirma que para a Igreja, interromper a gravidez e impedir a existência de uma pessoa humana, cheia de direitos é visto como um homicídio em quaisquer circunstâncias e condições. É a junção desses dois elementos - o sagrado poder da vida humana e o apessoamento do embrião¹ - que formam a condenação do aborto diante da Igreja.

O argumento trazido em defesa a vida é fundamentado em uma proposta de fé trazida pelo papa Paulo VI, em que é destacado a vida como sagrada pelo fato de ser um dom divino. Desse modo, cometer algo contra a vida é ir contra Deus. Dessa passagem de fé derivam outras, como o mandamento "Não matarás", referente a como a vida deve ser mantida por ser uma vontade divina. É por esse motivo que o aborto é considerado um homicídio, uma vez que é um atentado a vida e conseqüentemente um atentado contra Deus. Outro argumento trazido pela Igreja é o de que o feto, desde a fecundação já se constitui uma pessoa e por isso possui direitos, pelo fato de ter uma essência humana. Dessa maneira, o direito à vida é transformado em algo sagrado, natural e social, facilitando o posicionamento de abominar qualquer que seja o motivo que possa levar a um aborto (Rosado-Nunes, 2012).

Em contrapartida, existe um outro tipo de discurso católico, mais maleável e que não tenta pregar a proibição do aborto como um dogma, ele tenta dialogar. Por isso é chamado por Rosado-Nunes (2012) de contra-argumento católico. É apontado por diversos estudiosos da área que buscam em documentos eclesiais e assim acabam compartilhando da visão de que nem mesmo dentro da própria Igreja Católica há um consenso definitivo sobre o aborto. Fazendo uma retomada histórica nos documentos da Igreja, é possível observar essa contradição. Didaqué, a instrução dos doze apóstolos - documento mais antigo da igreja após o Novo Testamento - é visto por Melo (1994, apud Rosado-Nunes, 2012) como um documento equivocadamente traduzido pela instituição religiosa com o intuito de manipular o entendimento a respeito. Ele se refere ao trecho erroneamente traduzido do grego como " Não matarás o filho no seio de sua mãe" sendo que na realidade a tradução correta seria "Não matarás o filho em ruínas".

Seguindo a linha da história, em um estudo feito dos primeiros escritos cristãos outro estudioso da área, Hurst (1992, apud Rosado-Nunes, 2012) pode perceber que na realidade a razão por trás da condenação ao aborto da época era ligada inicialmente ao adultério, já que a interrupção de uma gravidez esconderia tal ato pecaminoso, também atrelado ao pecado de fornicação, realizar atos sexuais sem o intuito de procriar. Logo após, durante a Igreja primitiva, houve a condenação da prática abortiva cuja justificativa era de que o feto que

¹ A existência de uma pessoa humana, sujeito de direitos, desde o primeiro momento da concepção.

possuía a forma completa já era existente de alma e por tanto havia um lugar de semelhança com Deus. Se ele ainda não fosse completo, ou seja, não estivesse animado, não constituiria um assassinato (Melo, 1994 apud Rosado-Nunes, 2012).

Em mais ou menos 354 d.C., Santo Agostinho, importante teólogo e filósofo da época, ao contrário do que apontam não consegue afirmar com veemência a existência de uma pessoa humana no primeiro instante da concepção. Por isso ele aponta que abortar não seria um problema de homicídio, mas sim um pecado sexual, já que para ele, tal ato destrói a conexão necessária entre o ato conjugal e a procriação (Melo, 1994 apud Rosado-Nunes, 2012).

Durante o século VI, iniciou-se uma literatura penitencial imposta pela Igreja Celta, cujo o aborto se apresentava como uma falta séria, visto que seria um ato pecaminoso, porém não se encontrava entre os pecados mais graves (Hurst, 1992 apud Rosado-Nunes, 2012). Dessa maneira, já é possível perceber a inconstância e as diversas visões do aborto dentro da própria Igreja Católica e a não unanimidade dentro das penalidades existentes até então. Diante disso, lembrando que a penalidade só é prevista quando há a morte de um feto animado, o importante a se ressaltar é que a maior questão entre a instituição religiosa como um todo é justamente definir a distinção entre feto animado e não animado.

Em seu artigo, Rosado-Nunes (2012) traz várias teorias de diversos teólogos a respeito dessa questão, começando por San Antonino (1389-1459) - moralista dominicano e arcebispo de Florença - além de excluir a ideia de o aborto ser um homicídio, ele também considera o aborto terapêutico válido, em casos em que há risco de vida da mãe e há o consentimento do médico. Porém se há animação do feto, repudia tal ato. São Tomás de Aquino (1225-1274) - teólogo e filósofo muito relevante no desenvolvimento da doutrina cristã - também não considerava o aborto um homicídio, além de trazer uma teoria filosófica, o hilomorfismo, que diz que a alma só habita em uma forma substancial do corpo e que se não tem matéria, não é possível haver alma, portanto na fecundação o embrião ainda não seria uma alma humana. Caminhando para essa corrente, durante os séculos XVI e XVII é desenvolvida a ideia moral de que é viável e válido o tratamento médico para a mulher independente disso trazer a morte do feto.

Um pouco mais a frente em uma época mais radical, em 1869, Rosado-Nunes (2012) relembra que o Papa Pio IX resolve aderir a teoria da personalização imediata e condena o aborto absolutamente, em qualquer circunstância. Posição essa mantida até hoje pela Igreja.

O outro ponto da argumentação trazida pela vertente menos dogmática da Igreja, é a concepção e o início da vida. Baseando-se principalmente por questões e apontamentos científicos, Melo (1994, apud Rosado-Nunes, 2012) em seu livro traz um cientista da época Häring que expõe sua teoria de que a hominização do ser humano surge juntamente com a consciência, essa que só é possível se ter com o surgimento do córtex cerebral, ou seja, o cérebro, que é dado a partir da 8ª semana de gestação. Rosado-Nunes (2012) cita Paul Ladrière, cientista que discute a união da esfera biológica do pensamento católico com a moral, uma vez que a mulher é apontada como refém das leis biológicas no que diz respeito ao seu corpo. É nesse momento que se busca outras fontes, além da biológica, para se definir a vida humana, Paul Ladrière, adentra então a ideia de que os seres humanos se diferenciam dos demais animais devidos sua forma de se relacionar com o mundo e com as demais pessoas, o que impossibilita um feto ser tratado como um humano formado. Nesse viés, para

ele o aborto pode ser socialmente justificado.

É a partir desse momento em que contra argumentos são apontados dentro da própria Igreja que é aberta a porta para inúmeras outras posições serem questionadas. Com isso em 1993, inicia-se o movimento "católicas pelo direito de decidir", movimento que resultou na formação de uma ONG cujo posicionamento é considerar a legalização do aborto uma questão de saúde pública, principalmente para a diminuição de mortes maternas e de abortos clandestinos (Trindade et al., 2020). Esse novo modelo de pensamento tem sido adotado por fiéis católicos como é o caso da participante católica da pesquisa de Silvia e Flora (2010), que apesar de saber sobre os preceitos de sua religião acredita no poder de escolha da mulher e em seu direito “Esse caso do que não tem cérebro né, da criança que sabe que vai morrer. Eu acho que teria liberdade dessa mãe ... tirar essa criança antes” (L. C. G. L., 47 anos). Trindade et al. (2020), aponta de maneira interessante a visão dessas mulheres que mesmo amparadas pela religião católica, buscam de forma crítica o respeito às decisões e responsabilidades individuais, principalmente em relação ao aborto, chegando a conclusão que o direito de decidir também é um direito sagrado.

No Brasil, essa questão do aborto não é muito diferente do cenário mundial. Historicamente, segundo Borsari (2012) há relatos dessa prática desde a colonização, quando os índios foram capturados pelas missões e suas mulheres grávidas abortavam devido ao rapto de seus maridos, atrelado às situações de miséria e violência decorridas desse período. Desde então a prática abortiva vem sido considerada pelas classes dominantes atrelada a Igreja Católica uma prática imoral e ilegal (Rebouças e Dutra, 2011). Sendo o discurso da Igreja no Brasil exatamente o mesmo do trazido pelo Vaticano.

Assim, em 1830, com o primeiro Código Criminal do Império o aborto foi criminalizado quando realizado por terceiros, ou seja, ele não foi considerado crime desde que cometido pela própria gestante. Já com o Código Penal de 1880, ele foi criminalizado totalmente, independente de quem o cometesse (Borsari, 2012). Embora houvesse essa forte repressão tanto legal quanto religiosa, anteriormente discutida, as mulheres no período colonial ainda sim realizavam o aborto, principalmente devido a pobreza e o abandono vivido por elas. Era comum as mães da época serem solteiras, já que muitas se relacionavam com colonizadores portugueses extraconjugalmente e acabavam optando pelo aborto muitas vezes (Venâncio, 2004 apud Rebouças e Dutra, 2011). E desde então, tanto os motivos, como a legislação não se alteraram muito.

Foi somente na década de 1970, com o advento da área de Saúde Pública e com a crescente do movimento feminista que o Brasil começou a abarcar medidas e a problematizar o aborto como uma questão social e não moral, como até então trazida pela Igreja. Foram através de estudos realizados na área que foi possível relacionar a alta ocorrência do aborto com a pobreza e a falta de planejamento familiar. Então, em 1980, com a redemocratização do país, há uma série de medidas criadas para auxiliar, como delegacias da mulher especializadas, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), entre outras (Marques e Bastos, 1998 apud Rebouças e Dutra, 2011).

Desde então, segundo Rebouças e Dutra (2011), o movimento feminista tem tido avanços políticos quanto ao tema. Em 2004 durante a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres o governo federal foi aconselhado a rever sua legislação sobre o aborto, além de em 2007 o então ministro da Saúde, José Gomes Temporão, expor o aborto como um

problema de saúde pública e propor um debate público sobre o tema. Isso inicia uma pequena abertura do Judiciário sobre o assunto, apesar de ainda haver uma barreira bem consistente no Poder Legislativo que ainda abarca questões religiosas, culturais e morais em um Estado laico, não levando em consideração uma mudança geracional de valores, costumes e da sociedade.

3.2. Elementos da Saúde Coletiva para compreender o aborto

Esse eixo refere-se sobre uma compreensão ampliada e crítica sobre o aborto abordando questões de gênero e saúde, políticas públicas para mulheres e dados epidemiológicos sobre o tema.

Segundo a OMS (2022) no mundo, de 4,7% a 13,2% de todas as mortes maternas são atribuídas a abortos inseguros, o que equivale a entre 13.865 e 38.940 mortes causadas anualmente pela não realização de abortos seguros. No Brasil, esses dados são difíceis de serem encontrados por ser um país em que o abortamento é ilegal e por isso não se tem acesso aos dados não oficiais. Porém, segundo os dados oficiais existentes no site do DataSus (2022), do Ministério da Saúde as mortes maternas em ambiente hospitalar decorrentes de abortos entre os anos de 2018 a 2022, somam 245 óbitos, sendo a faixa etária de 20-39 anos a que possui maior número deles. O que corrobora com os dados trazidos na pesquisa de Bomfim et al. (2021) a qual apresenta um levantamento de dados de mortes maternas cometidas em decorrência do aborto no período de 2000 a 2020, que aponta em sua maioria mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos, solteiras e de cor parda as que mais morrem no Brasil.

Tabela 1.(Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna por faixa etária e ano de referência)

Por grupo etário e ano de referência					
Grupo etário	2018	2019	2020	2021*	2022*
00 a 09	0	0	0	0	0
10 a 19	13	6	5	4	3
20 a 29	22	18	22	21	12
30 a 39	26	13	23	22	9
40 a 49	7	6	6	4	2
10 a 49	68	43	56	51	26
50 e +	0	0	1	0	0
Branco/Ignorado	0	0	0	0	0
Todos	68	43	57	51	26

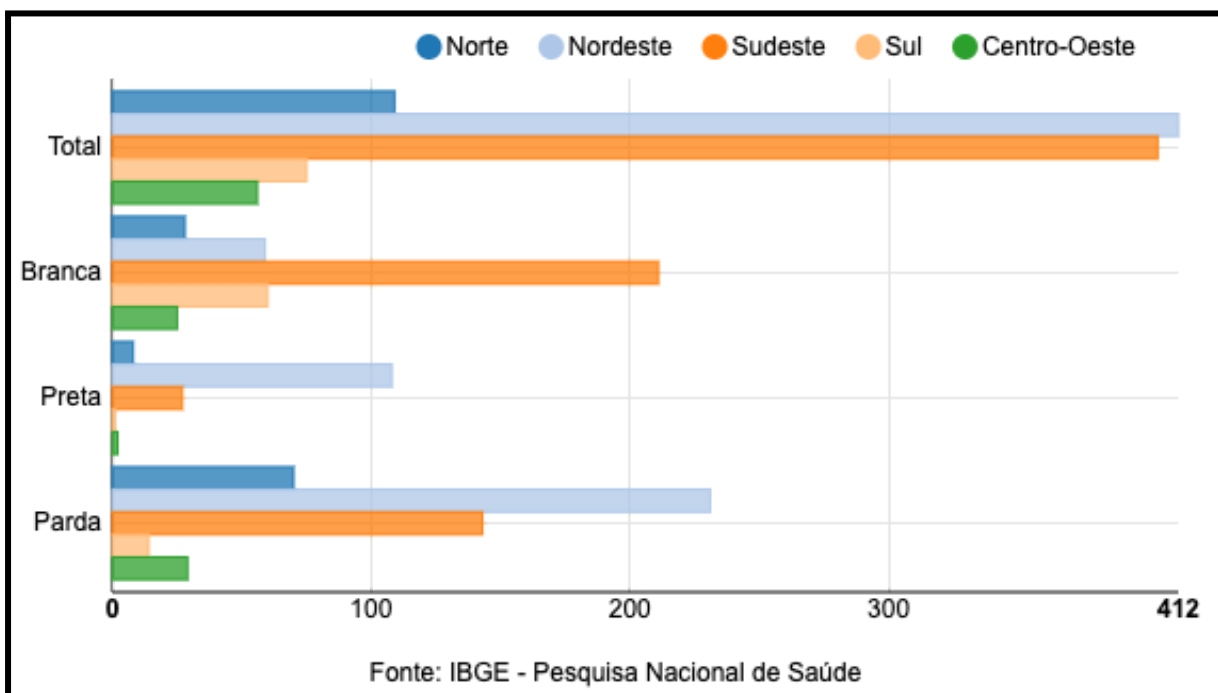
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - Outubro de 2022

Fonte: DataSUS, 2022

Outro dado importante, esse trazido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na última Pesquisa Nacional de Saúde feita em 2013 (Gráfico 1), é a relação existente entre mulheres que tiveram algum aborto provocado, sua raça e a região do Brasil em que vivem. É possível observar que a região nordeste, possivelmente por ser a região mais

pobre do país, é a que mais se destaca pelo maior número de abortos, sofridos principalmente por mulheres pardas. Seguida pela região sudeste, a região com maior desigualdade social do Brasil, onde a população em sua maioria é branca e consequentemente os abortos sofridos foram maiores por mulheres brancas. A região norte, região, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD Contínua) de 2021, onde a maioria de sua população se considera parda, corresponde com os dados trazidos pelo gráfico o qual a maioria das mulheres que sofreram aborto provocado são pardas. A região sul possui um número bem abaixo de abortos quando comparado com os demais, mas por ser uma região cuja predominância é branca, correspondendo a essa expectativa, as mulheres que sofreram abortos são em sua maioria brancas também. E por fim, a região centro-oeste, região com o menor índice de abortos no Brasil, provavelmente por ser uma das regiões mais conservadoras do país. Os poucos abortos computados foram feitos em mulheres pardas em sua maioria.

Gráfico 1. (Mulheres de 18 a 49 anos de idade que já tiveram algum aborto provocado, por cor ou raça e situação de domicílio)
Cor ou raça X Grande Região



Fonte: IBGE, 2013

Um dado necessário quando se trata de aborto são os dados de abortos clandestinos ocorridos no Brasil. Porém como já dito anteriormente, por ser um país onde o aborto é proibido e criminalizado não há registros desses dados. Todavia, um dado em que se pode fazer um paralelo são os números computados pelo Ministério da Saúde de aspiração intra-uterina e curetagem, procedimentos realizados após um aborto com o objetivo de eliminar resquícios do feto de dentro do útero. Obtendo o número desses procedimentos é possível ter uma noção do número de abortos não legais que foram realizados no país. A Tabela 2 apresenta isso e relaciona com as regiões do Brasil nos últimos 2 anos. Houve um

aumento expressivo no número dessas ocorrências em todo o país, mas principalmente nas regiões Nordeste e Sudeste, regiões estas, onde o aborto é mais recorrente como já visto antes.

Tabela 2 (AIH aprovadas por ano atendimento segundo região)

AIH aprovadas por Ano atendimento segundo Região				
Procedimento: 0409060070 ESVAZIAMENTO DE UTERO POS-ABORTO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU), 0411020013 CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL				
Período: Jan-Jun/2022				
Região	2021	2022	Total	
TOTAL	8.658	69.145	77.803	
1 Região Norte	1.125	8.613	9.738	
2 Região Nordeste	3.112	23.055	26.167	
3 Região Sudeste	2.071	23.582	25.653	
4 Região Sul	1.672	8.563	10.235	
5 Região Centro-Oeste	678	5.332	6.010	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Fonte: DataSUS, 2023

É indispensável se pensar no tema aborto no Brasil sem trazer também ao campo do jurídico. Segundo a Enciclopédia Jurídica da PUCSP (2020), dentro do código penal brasileiro, aborto é dividido em categorias onde algumas delas são passíveis de penalidade quando cometidas. O aborto provocado criminoso (interrupção da gravidez não decorrente de uma reação natural do organismo da gestante ou por acidente resultando uma conduta deliberada lícita ou ilícita de um terceiro, com ou sem colaboração da gestante). Esse possui subdivisões: o autoaborto presente no art. 124 do Código Penal, seria a conduta de provocar aborto em si mesma, com pena de detenção de um a três anos. O consentimento para o aborto que se encontra também no art. 124, refere-se a gestante que consentir que outrem lhe provoque o aborto, com pena de detenção de um a três anos tanto para a gestante quanto para o terceiro. Já o aborto sofrido ou dissensiente que se encontra no art. 125 do Código Penal, trata daquele que provocar aborto sem o consentimento da gestante, sob pena de reclusão de três a dez anos aquele que cometeu. O aborto consentido presente no art. 126 do Código, atribuído a gestante que consente com o procedimento desde que essa não seja menor de 14 anos, portadora de deficiência mental que a impeça de consentir ou que essa seja submetida a fraude, grave ameaça e violência real, sob pena de reclusão de um a quatro anos. Por fim o aborto dissensiente ou consentido qualificado pelo resultado, referente ao art. 127 do Código Penal que dispõe as penas referentes aos outros dois artigos, são aumentadas em um terço se durante o procedimento a gestante sofrer lesão corporal grave ou é duplicada a pena se a gestante vir a óbito.

Além dessa legislação que considera o aborto ilegal e proibido existem algumas exceções presentes no Código Penal que autorizam a prática. A Enciclopédia Jurídica da PUCSP (2020) aponta essa parte da legislação também. O aborto provocado legal ou permitido existente no art. 128 do Código Penal é subdividido em práticas permitidas à médicos realizarem, como o aborto terapêutico ou necessário em que o médico o realiza quando não há outra forma de salvar a vida da gestante; o aborto humanitário ou sentimental, esse é realizado pelo médico caso a gravidez seja o resultado de um estupro, devidamente comprovado, além de conter o consentimento da gestante ou do representante legal sem a necessidade de autorização judicial. Além desse o Código Penal permite a ocorrência do aborto eugênico ou eugenésico o qual acata a interrupção da gravidez quando há riscos de o feto ser portador de graves anomalias genéticas ou de outras deficiências físicas ou psíquicas decorrentes da gravidez.

Em contrapartida desde a criação da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, é reafirmado o princípio de não-discriminação e declarado nos artigos 1º e 28º respectivamente que: todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos; e que toda pessoa pode invocar todos os direitos e liberdades proclamados na Declaração, sem distinção alguma, inclusive de sexo. Considerando tais alegações o então presidente da república do Brasil, Fernando Henrique Cardoso, em 2002 promulga o decreto Nº 4.377 de 13 de setembro de 2002 (2002) onde considera que os Estados Partes nas Convenções Internacionais sobre Direitos Humanos tem a obrigação de garantir ao homem e à mulher a igualdade de gozo de todos os direitos econômicos, sociais, culturais, civis e políticos e por isso a expressão "discriminação contra mulher" significa toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo. Com esse objetivo traçado, no artigo 11º.1 dessa mesma lei, é dado aos Estados-Partes medidas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera do emprego a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, os mesmos direitos, em particular: (f) o direito à proteção da saúde e à segurança nas condições de trabalho, inclusive a salvaguarda da função de reprodução. Porém, como é possível observar todas essas declarações não correspondem ao que é posto em prática na sociedade brasileira. Primeiro porque na Declaração Universal dos Direitos Humanos é mencionado diversas vezes a não-discriminação aos indivíduos o que não é realizado já que a mulher que enfrenta um aborto é discriminada repetidas vezes por diversas esferas da sociedade, na família, com os amigos, no trabalho, pelos profissionais da saúde que a tratam, pelas autoridades locais e nacionais, além da culpa existente em si mesma. Além disso como mencionado no decreto de 2002 o direito à proteção da saúde e da reprodução não é realmente obtido, uma vez que inúmeras mulheres acabam participando de abortos clandestinos por não terem esse direito ofertado pelo Estado e por não possuírem recursos suficientes para abortarem de maneira mais segura.

Outra pauta importante a ser retratada é a questão do direito sexual e reprodutivos além das políticas de educação sexual das mulheres no Brasil. Temporão (2012) em sua pesquisa traz um panorama histórico sobre os programas de assistência à saúde da mulher. Ele destaca que em 1983 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher dentro do contexto da redemocratização do país, o qual foi o responsável por definir as bases da atenção primária em saúde. Em paralelo a isso estava em processo a formulação do SUS (Sistema único de Saúde), criado em 1990. Logo depois, em 2004 o programa foi transformado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, cujo objetivo era promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres por meio da garantia de direitos e ampliação de acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde.

Referente ao planejamento reprodutivo no âmbito da atenção integral houve uma iniciativa de ampliação do acesso aos métodos contraceptivos em que chegaram a contemplar 55% da população feminina dentro da faixa etária de 15-19 anos em 2006 e mais de 90% das mulheres de todas as idades já haviam praticado algum tipo de anticoncepção. Além desse recurso, desde 2003 o SUS disponibiliza a pílula anticoncepcional de emergência ou pílula do dia seguinte gratuitamente nos postos de saúde. Ademais, em julho de 2018, o então ministro da Saúde promulgou uma portaria abarcando o compromisso com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável com a ONU (Organização das Nações Unidas) onde há o

comprometimento de assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, dentre eles, planejamento familiar, acesso a informação e a educação e a integração de saúde reprodutiva em programas nacionais (Portaria nº 2.234 de 23 de julho de 2018).

Na atenção aos direitos reprodutivos, o Ministério da Saúde ampliou o acesso à consulta de pré-natal estipulando um mínimo de 6 consultas no período das gestações, o que aumentou os indicadores de avaliação. Isso porque a assistência pré-natal é muito importante para a diminuição da incidência de sífilis congênita e da transmissão do HIV da mãe para o bebê. A principal estratégia para essa diminuição foi o desenvolvimento do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DSTs que ajudou a enfrentar as múltiplas vulnerabilidades dessas mulheres.

Outro plano do governo, apontado por Temporão (2012), foi atuar nas redes de apoio contra a violência em mulheres, mesmo isso ainda sendo um grande desafio para as políticas públicas. Dentro das situações de violência sexual o Brasil aderiu diversos serviços hospitalares além de outras unidades de saúde qualificadas para atender essas mulheres, que possuem esse direito garantido pela lei. Mesmo assim, desde os anos de 1980 o Brasil é um dos países da América Latina e do Caribe que mais possui subnotificação de mortes causadas pelo abortamento de mulheres que não são respaldadas pela legislação, o que revela a ineficácia desse sistema legal e de saúde, uma vez que a ilegalidade não tem impedido a realização do procedimento, só tem o deixado mais perigoso e inseguro colocando em risco a integridade física e psíquica dessas mulheres.

3.3. Dimensões intersubjetivas relacionadas ao gênero e ao aborto

Neste tópico pretendemos explorar os sentidos e significados do aborto tanto para as mulheres que o vivenciam como para os homens (pais) e os profissionais da área da saúde que lidam diretamente com essa situação.

Na fenomenologia a busca desses sentidos e significados sobre um fenômeno estudado é feita através da linguagem; é perguntado ao sujeito o que ele compreende, o que faz sentido para ele sobre aquele fenômeno e ao descrever o que é percebido se faz uma ponte entre os aspectos psicológicos desse indivíduo (Bicudo, 2000 apud Borsari, 2012).

Ao mesmo tempo, a fenomenologia busca compreender, no discurso analisado, estruturas e interações desses significados em torno do fenômeno. Esse processo é chamado de intersubjetividade, a interação do homem com o fenômeno, ou seja, é possível adentrar no mundo e compreender o fenômeno de um dado ponto de vista, sem se preocupar com o que é verdade ou não mas sim com as relações e estruturas desse entendimento (Martins J & Bicudo, 2005 apud Borsari, 2012).

Por isso a importância de se analisar os sentidos e significados das mulheres que vivenciaram direta e ativamente tal situação. Borsari (2012) aponta em sua pesquisa e descreve o que mulheres que passaram pelo aborto provocado atribuíram como significado dessa experiência. Algumas apontaram que o significado de seus abortos foi a falta de apoio e ajuda e apontaram o quão penoso foi tomar essa decisão. Outro significado apontado foi um de tomada de decisão imediata e destacando que não foi uma vontade própria, mas sim circunstância econômico-social que as levaram a tomar esta decisão. Outra mulher apontou que o aborto provocado representou para ela o significado da ausência da família, de

sentimentos como carinho, proteção e também de educação. E para uma outra o principal significado atribuído foi o de sofrimento. Porém, em contrapartida uma das mulheres apontou o significado de crescimento pessoal e enfrentamento de uma situação adversa com pensamentos positivos mostrando uma outra versão do fenômeno comumente atrelado a significados negativos.

Outro personagem também importante em todo esse processo e que seria interessante trazer sua perspectiva e seus significados sobre o assunto é a visão masculina, como o pai enxerga e sente toda essa experiência do aborto. Há pouquíssimos estudos que trazem essa perspectiva masculina, mas Von Smigay (2008) em seu estudo aponta os significados encontrados por seus participantes. Quase todos eles expressaram o recurso da negação, tentando desdramatizar e minimizar o evento, ao contrário do que vive no imaginário popular como um drama indescritível, em suas falas tanto nos que investiram algum tipo de afeto ao feto quanto para os que demonstraram tranquilidade com o desfecho. Os participantes que relataram um sofrimento ou dor no processo do aborto foram aqueles que já haviam atribuído um certo grau de filiação em relação ao filho o que gerou uma frustração quando suas expectativas foram quebradas. Já os participantes que não atribuíram o sentimento afetivo ao futuro filho relataram passarem por esse sentimento de negação.

Além desses dois atores principais e fundamentais no processo do abortamento outro personagem necessário seriam os profissionais da saúde que lidam diretamente com esses pacientes. No estudo de Soares (2003) houve uma oscilação entre a interrupção da gravidez ser um direito da mulher e um pecado derivado de um discurso religioso encontrados nos discursos dos profissionais entrevistados. Aqueles que carregavam um discurso religioso se viam em um embate de conflitos normalmente associados à culpa, sofrimento e pecado, além de serem julgados pela sociedade e serem vistos como aborteiros. Porém houve uma unanimidade entre eles sobre manter uma postura imparcial e neutra, sem julgamentos e por respeito à mulher.

Visto isso, é importante entender como é construída a subjetividade dessas mulheres que viveram o aborto. Na pesquisa de Soares (2018) ela traz, juntamente com as experiências de mulheres que abortaram, a formação dessa subjetividade socialmente construída que gira em torno desse tema. A pesquisadora aponta que o aborto é uma junção de fatores objetivos e subjetivos, sendo a clandestinidade um fator determinante na construção dessa subjetividade e complexifica a compreensão do fenômeno e da gravidez indesejada. Dessa maneira, conclui-se que o aborto pode ser o resultado de uma gravidez indesejada ou a impossibilidade de prosseguir com ela, que por sua vez compõe sempre uma dualidade entre o desejo de ser mãe e o não desejo, traduzindo, nesse caso o desejo de ser mãe nem sempre corresponde ao desejo de se ter um filho.

A produção do desejo de ser mãe na sociedade atual é feita a partir da importância da maternidade na vida das mulheres, por isso ele está diretamente atrelado à necessidade de construir uma família, de comprovar o potencial reprodutivo e da afirmação da feminilidade, que correspondem a determinantes culturais. Já os motivos de uma gravidez indesejada estão relacionados a questões da esfera da subjetividade, dos afetos, dos desejos e da auto afirmação das mulheres, que são resultado de conflitos no processo de transformação do sistema e na representação das exigências culturais em torno do ser mulher. Por esse motivo existe uma tendência a racionalizar o processo de observar a realidade, refletir e decidir

unicamente através da razão. Principalmente quando se trata de mulheres que possuem algum tipo de fator de risco ao engravidar, seja por falta de recursos financeiros, de planejamento, de um companheiro que esteja ao seu lado e disposto a encarar essa responsabilidade junto com ela, falta de apoio na família ou falta de estrutura psicológica para lidar com uma gravidez. Além de outros fatores também influenciarem diretamente, a raça por exemplo, como já visto anteriormente a maioria dos abortos acontecem com mulheres que se consideram pardas. Isso pode ser explicado a partir do conceito relativamente recente, Interseccionalidade - criado por Kimberlé Crenshaw (2002).

Segundo Crenshaw (2002), a interseccionalidade é um conceito voltado a entender como o racismo, o patriarcalismo e a opressão de classe criam desigualdades estruturais sobre as mulheres, raças, etnias e classes. Além de tratar a maneira que ações e políticas específicas trazem opressões dentro dos eixos e constroem aspectos de desempoderamento. Para elucidar melhor a autora dispõe de uma metáfora relacionando os eixos de poder com vias:

Utilizando uma metáfora de intersecção, faremos inicialmente uma analogia em que os vários eixos de poder, isto é, raça, etnia, gênero e classe constituem as avenidas que estruturam os terrenos sociais, econômicos e políticos. ... através delas que as dinâmicas do desempoderamento se movem. Essas vias são por vezes definidas como eixos de poder distintos e mutuamente excludentes; o racismo, por exemplo, é distinto do patriarcalismo, que por sua vez é diferente da opressão de classe. Na verdade, tais sistemas, frequentemente, se sobrepõem e se cruzam, criando intersecções complexas nas quais dois, três ou quatro eixos se entrecruzam. As mulheres racializadas frequentemente estão posicionadas em um espaço onde o racismo ou a xenofobia, a classe e o gênero se encontram. Por consequência, estão sujeitas a serem atingidas pelo intenso fluxo de tráfego em todas essas vias. As mulheres racializadas e outros grupos marcados por múltiplas opressões, posicionados nessas intersecções em virtude de suas identidades específicas, devem negociar o "tráfego" que flui através dos cruzamentos. Esta se torna uma tarefa bastante perigosa quando o fluxo vem simultaneamente de várias direções. Por vezes, os danos são causados quando o impacto vindo de uma direção lança vítimas no caminho de outro fluxo contrário; em outras situações os danos resultam de colisões simultâneas. Esses são os contextos em que os danos interseccionais ocorrem - as desvantagens interagem com vulnerabilidades preexistentes, produzindo uma dimensão diferente do desempoderamento (CRENSHAW, 2002, pp. 177)

Como visto anteriormente, a racionalização pode se dar principalmente pela consciência de ausência de uma rede de apoio e principalmente pela carência do companheiro e pai da criança. Na pesquisa de Borsari (2012) é apontado pelas participantes que a fragilidade na relação entre seus companheiros e a falta de apoio foi um importante fator na decisão de abortar, mesmo a maioria delas sendo casadas com os pais de seus filhos. O que

vai de encontro com a pesquisa de Nonnenmacher (2013) que evidenciou que a ocorrência do aborto é maior em mulheres solteiras que não possuem a presença do parceiro ou a legitimação da gestação dada por ele acarretando na decisão de abortar. Além dessas, na pesquisa de Souza e Diniz (2011) as participantes relataram que possuíam uma relação violenta com seus companheiros atuais ou anteriores e isso influenciou na decisão de abortar, além de relatarem que o comportamento de seus companheiros mudou com a descoberta da gravidez e houve um aumento nos conflitos conjugais. Corroborando ainda mais com a ideia de que o abandono paterno, seja ele físico ou emocional, seria um dos motivos preponderantes para o abortamento.

4. OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

O objetivo geral da pesquisa foi investigar as representações sociais de estudantes universitárias/os sobre o aborto.

Os objetivos específicos compreendem: i) Caracterizar as/os participantes da pesquisa em relação a dados sociodemográficos, culturais e informações sobre saúde sexual e reprodutiva; ii) levantar crenças e valores sobre sexualidade; iii) Identificar elementos importantes sobre a experiência do abortamento; iv) identificar e analisar as representações sociais sobre o aborto no público universitário.

As representações sobre aborto constituem um campo de disputas de idéias e valores morais, estão atreladas ao conjunto de dimensões exploradas anteriormente no texto (morais, religiosas, culturais, econômicas, psicológicas, da saúde), refletem valores hegemônicos de um dado contexto, e por conseguinte, representam ainda tabus e preconceitos. A investigação deste fenômeno junto a um público relevante do ponto de vista social e cultural (jovens universitárias/os) é relevante pois pode apontar lacunas e necessidades relativas à saúde sexual e a autonomia de mulheres, mesmo em um ambiente privilegiado como o da universidade pública. Além disso, visto a inexistência de estudos com essa população de maneira mais ampla, este público irá, contribuir com a produção científica, uma vez que além de ser uma população com acesso ao ensino formal superior, mais jovem, que tem mais chances a terem acesso a informação de qualidade, essa é uma faixa etária predominante de mulheres que passam pelo aborto, como mostram os dados de Bomfim (2021), corroborando com movimentos na direção de desmistificar o tema, mesmo em espaços como o contexto universitário.

Investigar as representações sociais sobre aborto em publico universitário poderá contribuir para subsidiar ações de emancipação da condição feminina, combater o tabu e preconceito vinculado a esta temática, apoiar ações de educação em saúde sexual e reprodutiva para públicos específicos e também instrumentalizar melhor profissionais de saúde que lidam com este tipo de demanda de saúde.

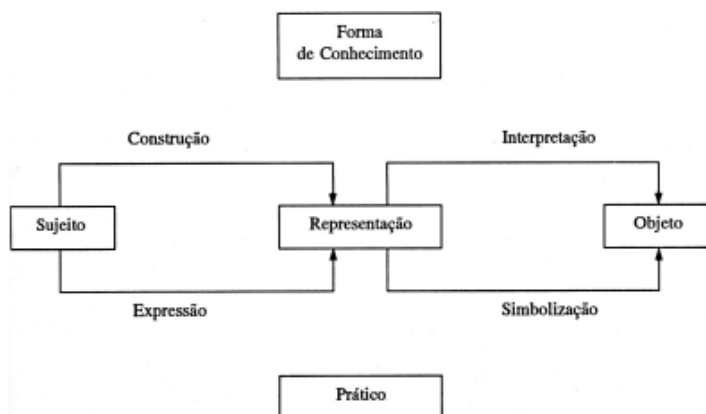
5. RECORTE TEÓRICO - METODOLÓGICO E DESENHO DA PESQUISA

O recorte epistemológico da presente pesquisa apoia-se na Hermenêutica-dialética em diálogo com a Psicologia Social Crítica. Busca entender os sentidos presentes na linguagem dos indivíduos, sempre levando em consideração aspectos históricos, sociais e culturais (Minayo, 2014). Com essa contextualização crítica de questões históricas e linguísticas, tal recorte é pertinente em pesquisas com foco em saúde.

Essa pesquisa tem investigado as representações sociais de estudantes universitárias/os sobre o aborto, demandando uma abordagem complexa que combine instrumentos e dados quantitativos (descritivos) e qualitativos. A abordagem dos dados qualitativos foi feita a partir do referencial teórico da Teoria das Representações Sociais (TRS) de Serge Moscovici (2015) e Denise Jodelet (2001).

Moscovici é considerado o principal autor da TRS definindo-as como formas de interpretar, pensar e experimentar a realidade social em sua dimensão prática, ajudando a dar sentido aos eventos cotidianos consensuais e na construção da realidade comum a todos (Sêga, 2000). Seria o que podemos chamar de conhecimento prático ou senso comum, compartilhado por um grupo social. Dessa maneira, não se pode atrelar a representação como a cópia do real ou ideal, nem a subjetivação do objeto, muito menos a objetivação do sujeito, ela seria o processo de estabelecimento entre a relação do mundo com as coisas (Sêga, 2000). Denise Jodelet (1985, apud Spink, 1993) adiciona uma estrutura ao conceito de representações sociais de Moscovici e o esquematiza da seguinte forma de uma nova maneira, Spink (1993) traz esse modelo em sua obra:

Figura 1 (Explicação esquematizada das Representações Sociais de Denise Jodelet)



Nesse esquema, temos a **forma de conhecimento prático** que pressupõe dois pólos, o **sujeito** e o **objeto**, os quais são mediados pela **representação**. Nesse esquema, o sujeito constrói sua representação de algo colocando os signos no lugar da realidade e assim expressando suas ideias, pensamentos e atitudes, demonstrando então que se apropriou dela. E essa representação é interpretada e simbolizada para que se possa chegar ao objeto em si, confirmando a ideia de que as representações não são a realidade em si mas sim uma interpretação dela.

Dois principais processos estão envolvidos na construção das representações sociais, a ancoragem e a objetivação. Castro e Castro (2018) lembram que Moscovici definiu a ancoragem como o processo de trazer categorias familiares para auxiliar na construção de um novo significado a um objeto novo; ou seja, transformar um objeto não familiar em algo conhecido seria classificar e nomear baseado em características e relações com outros objetos já conhecidos anteriormente. Ao finalizar esse processo, inicia-se o seguinte, a objetivação. Spink (1993) enfatiza que para Moscovici a objetivação é a formação do abstrato em concreto, em imagem. É transformar uma ideia em imagem para facilitar a comunicação compartilhada desse objeto (Castro & Castro, 2018). Esse processo é feito em três etapas: a descontextualização (a ideia é esvaziada de critérios normativos e culturais); a formação do núcleo figurativo (a formação da imagem que represente o conceito a ser representado) e a naturalização (transformar as imagens em elementos da realidade comum) (Spink, 1993). Dessa forma, o objeto que será representado deve produzir um efeito na identidade social de um grupo e assim estimular a criação do significado comum a todos. Pode-se dizer então que a fabricação desses significados é comandada pela identidade de grupo (Castro & Castro, 2018) por isso pode-se dizer que as Representações Sociais são sempre contextuais, e não devem ser generalizadas.

5.1 Desenho do estudo

Para os propósitos deste estudo, combinou-se a abordagem descritiva (quantitativa) com a abordagem qualitativa-interpretativa. Uma vez que a pesquisa foi organizada em duas etapas. A primeira foi uma etapa de rastreio, atingindo um maior número de participantes por meio de um questionário virtual e uma segunda etapa que investigou de forma mais verticalizada e qualitativa, através de entrevistas.

5.1.1 Primeira Etapa - Etapa de Rastreio

O recrutamento dos participantes foi iniciado em abril de 2024 através de um convite virtual enviado nas redes sociais (WhatsApp, Instagram, Facebook) dos Centros Acadêmicos e Atléticas da UNICAMP e da UFSCar. Além da pesquisa ter sido divulgada na Rádio UFSCar, um dos veículos de comunicação oficiais da universidade (<http://radio.ufscar.br/>). Na divulgação da pesquisa foram apresentados o objetivo, os critérios de inclusão, os procedimentos e um link de acesso a um formulário Google, além do contato das pesquisadoras. Ao clicar no link a participante era encaminhada a uma página que continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, caso concordasse participar,

selecionava a opção " Li e gostaria de participar de forma voluntária desta pesquisa". Caso não quisesse participar, bastava fechar a página do formulário. Após a concordância, as participantes eram direcionadas ao primeiro instrumento, a Caracterização Integral do Participante, questionário criado pela autora a fim de caracterizar a população a ser estudada e levantar aspectos relevantes para a pesquisa como questões culturais, sociais, de contracepção, religiosa e o que levou o indivíduo a querer participar da pesquisa. Em seguida a participante era encaminhada para o Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade (Serenó, Leal & Maroco, 2009), cujo objetivo é conhecer as representações sobre sexualidade, maternidade e aborto. O questionário engloba cinco dimensões: maternidade, reprodução, afetividade, aborto e prazer.

A seguir o Quadro 01, demonstra os critérios que foram usados para a análise do instrumento.

Quadro 01 - Critérios avaliativos do Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade

Subescala	Questões	Máximo de pontos	Mínimo de pontos	O que avalia	O que quer dizer
REPRODUÇÃO	01 - 05 - 10	15	3	Avalia em que medida a sexualidade feminina é tida essencialmente como função procriativa	Quanto maior a pontuação aqui, maior a crença que a reprodução é uma função primordial da sexualidade feminina
PRAZER	02 - 03 - 04	15	3	Avalia a percepção da sexualidade feminina como área de prazer	Quanto maior a pontuação aqui maiores as crenças em considerar o prazer como função primordial na sexualidade feminina
AFETIVIDADE	06 - 07 - 09	15	3	Avalia em que medida a sexualidade feminina é sentida como uma área de partilha de afetos	Quanto maior a pontuação aqui maiores as crenças sobre a sexualidade feminina como partilha de afetos
ABORTO	08 - 11 - 12	15	3	Avalia as representações negativas acerca do aborto	Quanto maior a pontuação aqui piores as representações sobre o aborto
MATERNIDADE	13 - 14 - 15 - 16 - 17	25	5	Avalia a percepção da maternidade como projeto central do ser mulher	Quanto maior a pontuação aqui maiores as crenças em torno da maternidade como projeto principal da condição feminina

Os dados obtidos foram armazenados em uma planilha Excel compartilhada entre pesquisadora e orientadora e posteriormente foram armazenados em um arquivo físico, e foram analisados de maneira descritiva pela pesquisadora. Para o Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade (17 afirmativas) a análise foi feita a partir das instruções do

instrumento, o qual os scores de cada sub-escala são correspondidos de 1 para Discordo Totalmente a 5 para Concordo Totalmente, respectivamente e foram somados gerando pontuações obtidas em cada item. Quanto mais alta for essa pontuação na escala likert, maiores são as crenças em torno da maternidade como projeto principal da condição feminina; da reprodução como função primordial da sexualidade feminina; da sexualidade como partilha de afetos; piores as representações sobre o aborto. Em 03 itens dos 17, a análise é invertida, e quanto maior pontuação maiores as crenças em considerar o prazer como função primordial na sexualidade feminina (Serenio, Leal & Maroco, 2009).

5.1.2 Segunda Etapa

Esta etapa visou uma investigação mais verticalizada/singularizada e constituiu a etapa qualitativa do estudo, apoiada na TRS. Fizeram parte desta etapa os/as participantes que referiram experiência anterior com aborto e que aceitaram realizar uma entrevista com a pesquisadora.

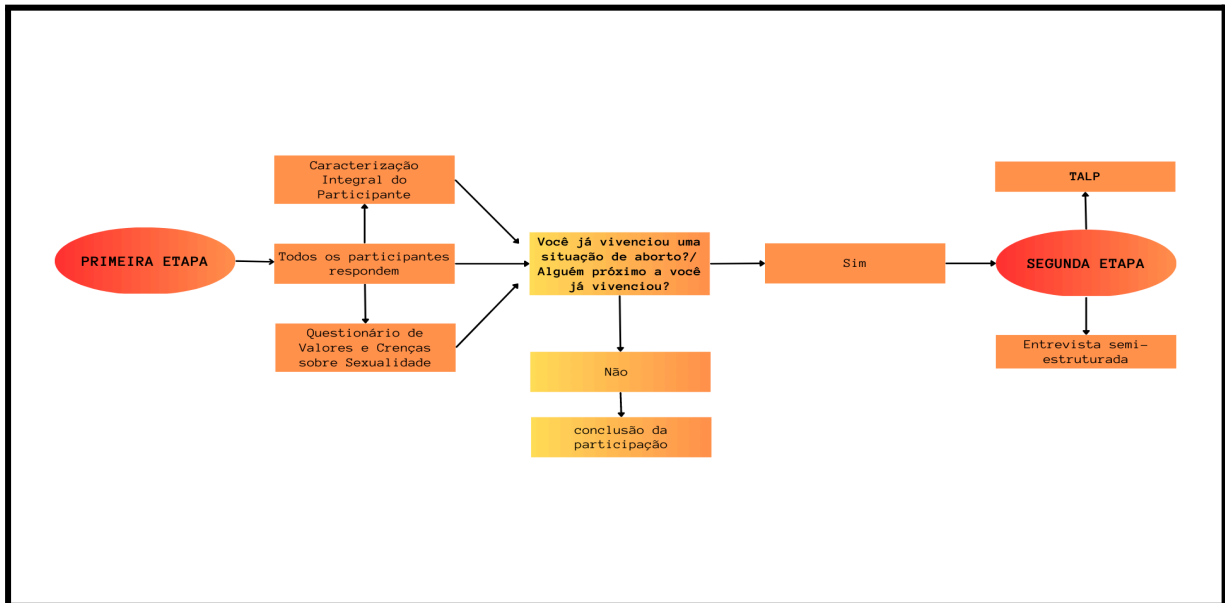
No total foram coletadas 110 respostas ao formulário Google, sendo selecionadas 8 participantes que responderem afirmativamente à questão de ter vivenciado ou ter tido proximidade com a vivência do aborto, e estariam elegíveis para a 2a. etapa. Porém somente 3 delas responderam aceitando participar da segunda etapa da pesquisa, das outras 5 não foi obtido respostas. Para as participantes que indicaram ter vivido a experiência do aborto, foram encaminhados email com o contato da pesquisadora para que realizassem a segunda etapa da pesquisa, a entrevista semi estruturada e a aplicação do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP). Todas as participantes da 2a. etapa estudam na UFSCar, desta forma as entrevistas foram realizadas presencialmente no Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, no Laboratório de Psicologia Social, de maneira privativa e sigilosa e com o consentimento das participantes.

O Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), iniciado por Jung em 1905 no contexto da psicologia clínica e posteriormente incorporado e adaptado para a pesquisa social por Di Giacomo em 1981, visa identificar o repertório do indivíduo através de diversos estímulos e interpretações das palavras. O teste é elaborado a partir das respostas dadas pelos indivíduos por meio de estímulos indutores, definidos anteriormente à realização do teste, de acordo com o objetivo e objeto da pesquisa, podendo variar em quantidade (Coutinho; Nóbrega; Catão, 2003, apud Coutinho, 2017). Para este estudo o estímulo será: "Se eu lhe digo a palavra aborto, o que lhe vem à mente? Diga-me as palavras que livremente você associa a aborto. Por que você pensou nessas palavras? Comente livremente cada uma delas." O TALP mostrou-se pertinente para ser aplicado nessa pesquisa, uma vez que permite a análise de palavras relacionadas ao aborto que fazem sentido no universo de cada participante.

Além disso, a entrevista semiestruturada, abordou a experiência vivida sobre o aborto; os sentimentos envolvidos; como o aborto era pensado antes do acontecimento; se a religião/fé influenciava esse pensamento e como a pessoa pensa a questão depois da vivência. Dessa maneira foi possível fazer uma análise, baseada na vivência de cada um destacando pontos importantes e relevantes para a pesquisa, coerente com o referencial teórico-metodológico da Hermenêutica-dialética.

A seguir (fluxograma 1) é apresentado um fluxograma com as etapas e os instrumentos, já explicados anteriormente, que foram utilizados no decorrer do estudo, a fim de deixar mais claro o andamento da pesquisa.

Fluxograma 1 - Etapas da pesquisa



Fonte: Autoria Própria

5.2. Cuidados Éticos

A pesquisa obedeceu todas as exigências trazidas pelas resoluções 466/2012 de pesquisa com seres humanos e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, resguardou a identidade das/os participantes mantendo seu sigilo e anonimato durante todo o estudo. O projeto de pesquisa já foi aprovado pela Plataforma Brasil (em 04/09/2023) e autorizada pelo comitê de ética em pesquisas sob registro CAAE 70766623.3.0000.5504.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados referentes aos quatro instrumentos que foram aplicados na pesquisa. Inicialmente os resultados relativos ao formulário Caracterização Integral do Participante (Google Forms) e ao Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade (Serenó, Leal & Maroco, 2009), a qual foi realizada análises descritivas considerando o total de 110 participantes. Em seguida os resultados advindos do TALP (Teste de Associação Livre de Palavras) e das entrevistas semiestruturadas, realizadas com 3 participantes a partir de uma análise singularizada qualitativa interpretativa. É importante destacar a diferença do número de participantes entre a primeira etapa da pesquisa (n=110) e a segunda etapa (n=3), indicando a dificuldade de se pesquisar sobre o tema do aborto e a complexidade que é para as participantes falarem sobre o acontecimento.

Conforme apontado no capítulo do método, o critério para a 2a. etapa da pesquisa (TALP e entrevista) foi ter relatado a vivência do aborto e aceitar participar da entrevista. Do total de 110 participantes, 10 referiram ter engravidado (nem todas que viveram o aborto referiram gravidez), 43 mencionaram proximidade com a situação de abortamento, e 13 referiram ter vivido diretamente o aborto, provocado ou espontâneo. A partir destas 13 situações, fizemos contato com estas participantes, convidando para a 2ª etapa. Os contatos foram feitos por e-mail e aplicativo de mensagem de celular (11 emails enviados, 3 mensagens de texto em app de celular).

Observou-se a dificuldade e o desafio para que essas três participantes aceitassem, além da delicadeza em apresentar um *setting* confortável o suficiente para que elas se sentissem bem em participar de uma entrevista que abordaria a experiência de abortamento. Vale ressaltar que esse receio em se expor e relatar suas experiências pode ser relacionado com o tabu que paira sobre o tema, além do contexto político atual passível de amedrontar todas as mulheres, uma vez que a Câmara dos Deputados discute um Projeto de Lei que equipara o aborto ao crime de homicídio. Todo esse contexto nacional interfere na vivência do fenômeno na vida dessas mulheres e acarreta consequências psicológicas e sociais.

6.1 Resultados do formulário Caracterização Integral do Participante e levantamento inicial sobre proximidade com situações de aborto

A Tabela 03 foi feita a partir dos dados obtidos pelo formulário Google que contém as respostas das/os 110 participantes. É importante destacar que em inúmeros itens do formulário obtivemos lacunas de respostas, ou seja, nem todas as pessoas responderam todas as perguntas e por isso a somatória das porcentagens de todas as respostas não somará 100%.

Tabela 03. Tabela Demográfica Geral (n = 110)

Tabela Demográfica Geral							
Gênero	Masculino	Feminino	Não binário	Agênero	Gênero Fluido		
	16(14,5%)	91(82,7%)	1(0,9%)	1(0,9%)	1(0,9%)		
Idade	Mínimo		Máximo				
	18 anos		46 anos				
	Média = 23,55						
Raça/Etnia	Branco	Pardo	Preto	Indígena	Amarelo	Não responderam	
	81(73,6%)	18(16,4%)	5(4,5%)	3(2,7%)	1(0,9%)	2(1,9%)	
Escolaridade	Graduação incompleta	Graduação completa		Pós-graduação completa		Pós-graduação incompleta	
	92(83,6%)	18(16,4%)		5(27,7%)		13(72,3%)	
	Área de Humanas/Artes		Área de Exatas/Tecnológicas		Área de Biológicas/Saúde		Não responderam
	35(31,8%)		27(24,5%)		40(36,4%)		8(7,3%)
	Ano de ingresso menos recente			Ano de ingresso mais recente			

Escolaridade

	2012			2024			
	1º Ano da graduação	2º Ano da graduação	3º Ano da graduação	4º Ano da graduação	5º Ano da graduação	Outro Ano da graduação	Não responderam
	24(21,82%)	10(9,1%)	17(15,45%)	29(26,36%)	6(5,45%)	10(9,1%)	14(12,72%)
	1º Ano do mestrado		2º Ano do mestrado	4º Ano do mestrado		Outro Ano do mestrado	
	8(57,14%)		4(28,57%)	1(7,14%)		1(7,14%)	
	1º Ano do doutorado	2º Ano do doutorado	3º Ano do doutorado	4º Ano do doutorado	Outro Ano do doutorado		
	0	2(50%)	0	1(25%)	1(25%)		
Universidade	Universidade Federal		Universidade Estadual			Não respondeu	
	73(66,4%)		36(32,7%)			1(0,9%)	

A Tabela Demográfica Geral traz dados gerais do perfil sociodemográfico das participantes, abarcando informações referentes ao gênero, onde temos 91(82,7%) mulheres, 16(14,5%) participantes do gênero masculino e 3(2,7%) participantes que não se identificam com o gênero masculino e nem feminino, são respectivamente, não binário, agênero e gênero fluido. O que condiz com as pesquisas recentes feitas pelo Censo da Educação Básica de 2022 que destacam que a maioria dos discentes da graduação tanto em ensino presencial quanto a distância são em sua maioria mulheres.

Sobre a idade das participantes, há uma variação considerável, variando de 18 anos até 46 anos, com média de 23,55 anos. Em relação a raça, há uma majoritariedade branca (81 participantes), seguido de participantes pardos (18 participantes), pretos (5 participantes), indígenas (3 participantes), amarelo (1 participante) e duas participantes que não responderam. Visto o público da pesquisa, já é de se esperar esse cenário, visto que a universidade é um ambiente elitizado, habitado por pessoas brancas, de classe média. Porém com as políticas públicas implementadas nas universidades (cotas) essa diferença tende a diminuir essa realidade e inserir as minorias nesse contexto, como mostra a pesquisa de Mariuzzo (2023) que diz que com a "Lei de Cotas" houve um aumento das populações indígenas, pretas e pardas no período entre 2013 e 2020. Em 2013 a população preta era 9,6% da universidade; parda era 31,8% e a população indígena era 0,5%. Já em 2020 esses números cresceram, respectivamente, 11,9%, 37% e 0,8%.

Tabela 04. Distribuição por gênero entre as universidades

X	Mulheres	Homens	Agênero	Gênero fluido	Não binário	Total
Universidade Federal	63(84,9%)	8(10,9%)	1(1,4%)	1(1,4%)	1(1,4%)	74
Universidade Estadual	28(77,8%)	8(22,2%)				36
Total	91	16	1	1	1	110

Em relação às duas universidades escolhidas, em ambas o número de participantes mulheres foi superior ao de homens, o que já era esperado devido ao recorte da pesquisa. Mas encontra-se uma diversidade maior de outros gêneros na Universidade Federal do que na Universidade Estadual, ainda que em baixíssimos números.

Tabela 05. Distribuição por raça entre as universidades

X	Branca	Parda	Preta	Indígena	Amarela	Não responderam	Total
Universidade Federal	55(74%)	14(19,2%)	1(1,4%)	3(4,1%)	1(1,4%)		74
Universidade Estadual	26(72,2%)	4(11,1%)	4(11,1%)			2	36
Total	81	18	5	3	1	2	110

Quando comparamos as raças que abarcam essa população de participantes, observamos que há uma superioridade significativa de brancos, o que corrobora com o recorte racial trazido por Mariuzzo (2023) em relação aos alunos das universidades serem majoritariamente brancos, mesmo esse número se alterando nos últimos anos com as cotas raciais. Em segundo lugar são os pardos, tanto na Universidade Federal quanto na Universidade Estadual, porém há uma curiosidade em relação ao número de pretos, já que nessa amostra eles são em maior número na Universidade Estadual, universidade que adotou a política de cotas recentemente, do que na Universidade Federal, que foi uma das pioneiras em adotar essa política dentre as universidades do país. Além disso, há um número superior de indígenas na Universidade Federal devido a inserção do vestibular indígena recentemente na universidade.

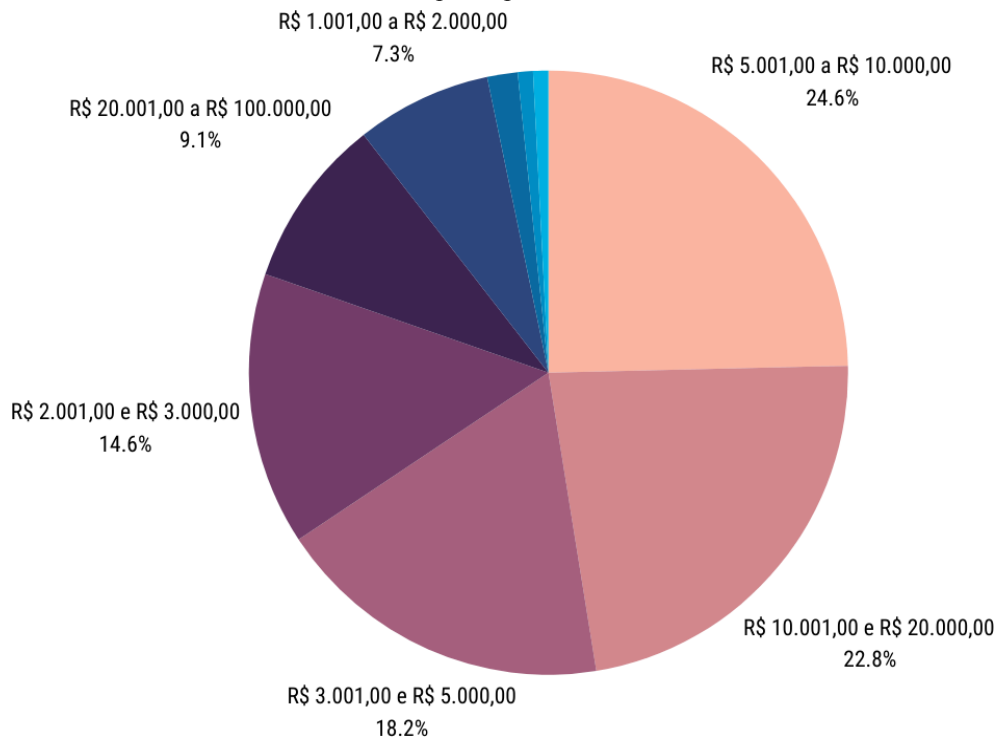
Sobre a escolaridade, 92 participantes cursam graduação e 18 já concluíram. Destas 18 concluintes da graduação, 5 possuem pós graduação completa e 13 estão cursando. A tabela também traz a área do conhecimento a qual as participantes se vinculam: 35 na área de Humanas/Artes, 27 na área de Exatas/Tecnologias e 40 na área de Biológicas/Saúde, apontando um certo equilíbrio na distribuição. O ano de ingresso na universidade variou de 2012 a 2024. Sobre a distribuição das participantes nos anos da graduação, 24 participantes estão do 1º ano da graduação, 10 no 2º ano, 17 no 3º ano, 29 no 4º ano, 6 no 5º ano, 10 estão em outros perfis da graduação e 14 não responderam. A respeito do mestrado e doutorado, 8 fazem o 1º ano do mestrado, 4 o 2º ano, 1 está no 4º ano do e 1 se encontra em outro ano do mestrado. No doutorado, 2 estão no 2º ano, 1 no 4º ano e 1 no outro ano do doutorado.

A respeito da distribuição das participantes entre as instituições, as alunas da Universidade Federal são predominantes já que compõem 66,4% da população da pesquisa e a Universidade Estadual constitui 32,7%.

Em relação à origem das participantes, a grande maioria é da região Sudeste: 80%(84) do estado de São Paulo, sendo 14(16,7%) nascidas na região metropolitana de São Paulo (capital), e 70(83,3%) nascidas no interior paulista. Os demais estão assim distribuídos: 3(2,7%) participantes são do interior de Minas Gerais e 1(0,9%) da capital do Espírito Santo. Já da região Sul do Brasil, 1(0,9%) participante veio do interior do Paraná, e 1(0,9%) do interior de Santa Catarina. Na região Centro-oeste, 2(1,8%) participantes são naturais da

capital Goiânia e 1(0,9%) do interior de Goiás. 1(0,9%) participante veio do interior de Mato Grosso e 1(0,9%) da capital do Distrito Federal. Da região Norte 1(0,9%) participante é nascido na capital amazônica, 2(1,8%) no interior do estado, 2(1,8%) participantes são do interior do Pará, 1(0,9%) veio da capital Porto Velho de Rondônia. A região Nordeste, representada por 5 pessoas (4,5%), teve a seguinte distribuição: 1 participante de Fortaleza, 2 do interior do Ceará, 1 de Recife e 1 do interior do Pernambuco. Assim, 22(20%) participantes são naturais de capitais brasileiras e 84(80%) são nascidos no interior do Brasil, o que pode interferir na visão que eles possam ter do fenômeno estudado.

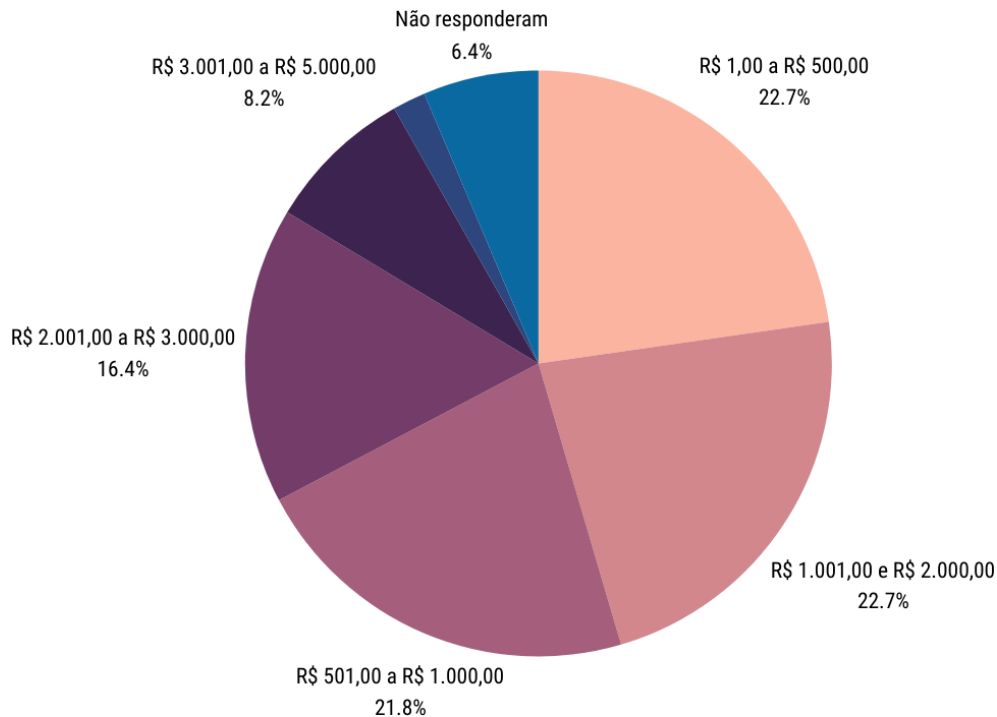
Figura 02. Gráfico da renda familiar mensal das participantes.



Sobre a renda mensal de cada uma, 27(24,5%) das participantes declararam ter uma renda familiar entre R\$ 5.001,00 a R\$ 10.000,00; 25(22,7%) das participantes declararam ter uma renda familiar mensal entre R\$ 10.001,00 e R\$ 20.000,00; 20(18,2%) participantes disseram ter uma renda familiar entre R\$ 3.001,00 e R\$ 5.000,00; 16(14,5%) responderam receber entre R\$ 2.001,00 e R\$ 3.000,00. 10(9,1%) participantes afirmaram possuir uma renda familiar de R\$ 20.001,00 a R\$ 100.000,00; 8(7,3%) declararam possuir renda de R\$ 1.001,00 a R\$ 2.000,00. E por fim, 2(1,8%) participantes disseram receber uma renda familiar de R\$501,00 a R\$1.000,00 e 1(0,9%) participante tem renda familiar de R\$ 1,00 a R\$500,00.

Com isso, é possível observar que aproximadamente 65% das participantes possuem renda familiar de R\$3.000,00 a R\$20.000,00, dado que demonstra que a maioria das estudantes dessas duas instituições públicas fazem parte majoritariamente da classe B da população brasileira (ABEP, 2022). Isso reitera a colocação feita por Mariuzzo (2023) a qual enfatiza que a universidade brasileira ainda não engloba a camada mais pobre da população. E apesar das políticas afirmativas há uma manutenção do acesso ao ensino superior público que continua sendo da classe média brasileira.

Figura 3. Gráfico da renda individual das participantes.



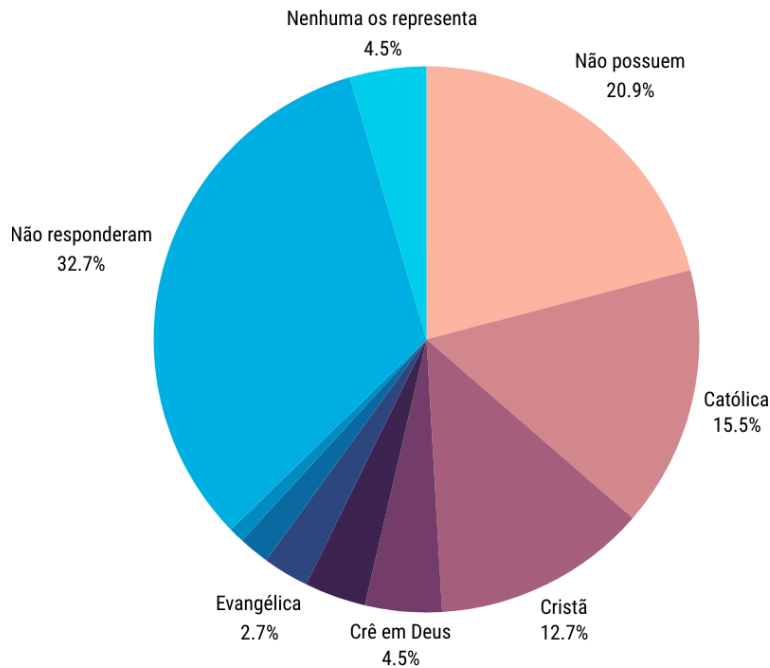
Sobre a renda individual, 25(22,7%) relataram receber de R\$ 1,00 a R\$ 500,00; 25(22,7%) participantes afirmaram que recebem entre R\$ 1.001,00 e R\$ 2.000,00; 24(21,8%) disseram que ganham de R\$ 501,00 a R\$ 1.000,00; 18(16,4%) recebem de R\$ 2.001,00 a R\$ 3.000,00; 9(8,2%) relataram ganhar entre R\$ 3.001,00 a R\$ 5.000,00. Por fim, 2(1,8%) dos participantes afirmaram possuir uma renda individual entre R\$5.001,00 e R\$10.000,00.

Quando questionados sobre a origem de sua renda, a maioria das participantes utilizam de ajuda familiar para se manter 28(31,1%), e combinada com algumas outras bolsas, como bolsa ofertada pela universidade 8(8,9%), recursos próprios 8(8,9%), bolsa pesquisa 6(6,7%) e estágio remunerado 6(6,7%); 5(5,6%) disseram se manter através de trabalho remunerado.

De maneira geral, podemos dizer que 71% das participantes possuem renda individual entre R\$1,00 e R\$2.000,00 oriunda de auxílio familiar combinado com bolsas disponibilizadas pela universidade além de estágios e trabalhos remunerados.

No que diz respeito à dimensão espiritual, 37(33,6%) das participantes disseram ser agnósticas, 27(26,5%) se identificam com o sincretismo religioso e 22(21,6%) afirmam serem ateus. 80(78,4%) pessoas responderam e 22(21,6%) deixaram em branco essa resposta.

Figura 4. Gráfico sobre crença religiosa



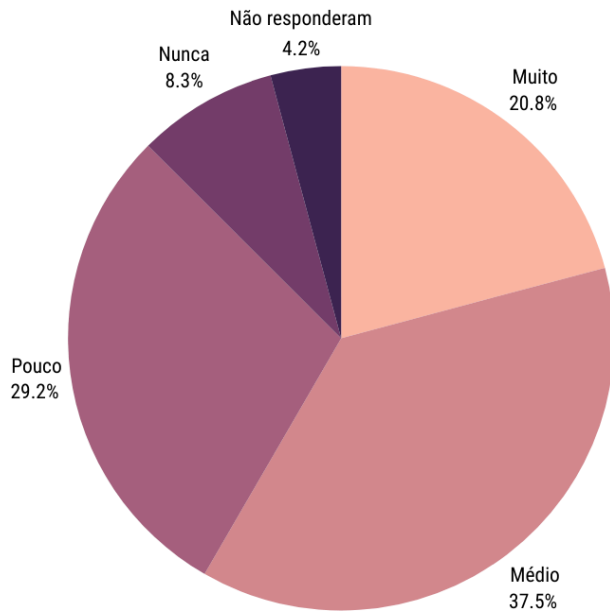
Sobre suas crenças religiosas, 23(20,9%) das participantes relataram não possuir nenhum tipo de crença, 17(15,4%) se consideram católicas, 14(12,7%) cristãs, 5(4,5%) creem em Deus e 5(4,5%) que tentam tirar o melhor de todas as religiões mas não possuem um que lhes represente, 4(3,6%) são espíritas e 3(2,7%) se consideram evangélicas, 2(1,8%) umbandistas e 1(0,9%) bruxa eclética e 36(32,7%) não responderam.

Quando questionadas sobre a intensidade de seu vínculo espiritual religioso, 53(48,2%) das participantes afirmaram ter fraco vínculo; 35(31,8%) disseram ter médio vínculo e 13(11,8%) responderam ter forte vínculo espiritual religioso e 9(8,2%) não responderam.

E em paralelo foi questionado sobre a participação em grupos religiosos, 84(76,4%) afirmaram que não participam e 24(21,8%) afirmaram que participam e 2(1,8%) não responderam.

Ao contrário do que se vê no cenário nacional, quase 60% das participantes não se consideram religiosas ou consideram possuir uma religião, o que vai na contramão dos dados brasileiros que dizem que somente 8,7% não são religiosos (Global Religion, 2024). O que pode nos mostrar que as pessoas que se encontram nas universidades ultimamente podem fazer questionamentos e apontamentos distintos aos que a fé explica, elucidando o dilema fé X ciência tão presente no contexto acadêmico.

Figura 5. Gráfico sobre a frequência das participantes que participam de grupos religiosos.



Dentre os que responderam participar de grupos religiosos, 9(37,5%) disseram que frequentam às vezes algum grupo religioso, 7(29,2%) disseram que frequentam pouco, 5(20,8%) que frequentam muito e 2(8,3%) que nunca frequentam o grupo religioso e 1(4,2%) não responderam.

A fim de elucidar melhor os dados, cruzamos as respostas de quatro perguntas referentes à dimensão espiritual (figura 5): *Você se considera ateu, agnóstico ou faz parte do sincretismo religioso? Possui crença religiosa? Qual? Você considera que possui fraco, médio ou forte vínculo espiritual religioso? Frequenta grupos religiosos? Com que frequência?*

Figura 6. Fluxograma sobre a dimensão espiritual das pessoas agnósticas.



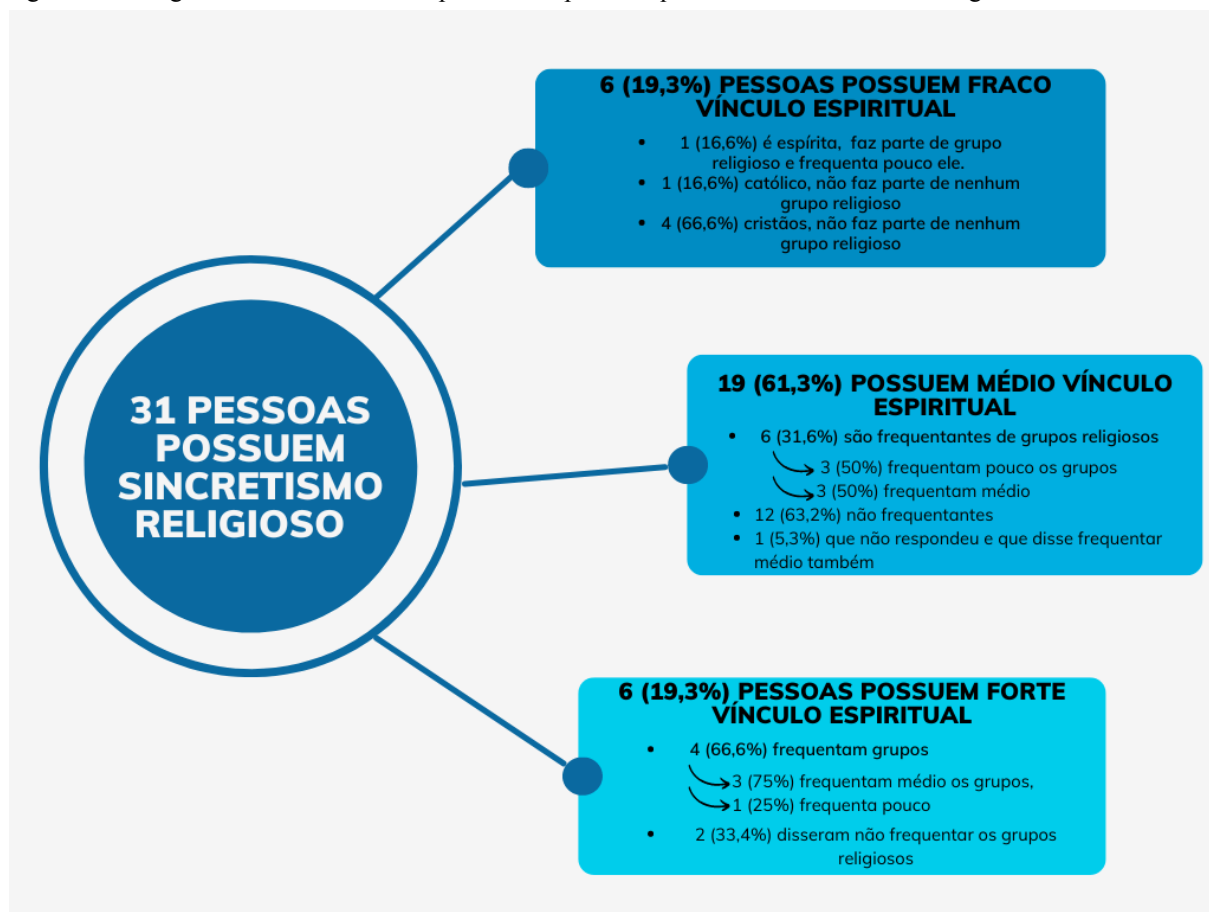
Em relação às pessoas que se dizem agnósticas ($n=37$) temos que, 2(5,4%) relataram acreditar em deus (existem contradições no entendimento de agnóstico). Sendo 1 delas com médio vínculo espiritual e não frequenta nenhum grupo religioso e a outra tem fraco vínculo espiritual e também não frequenta grupo religioso.

Como mostra o fluxograma (figura 6), 2(5,4%) pessoas se dizem católicas e 1(2,7%) cristã, sendo esta possuindo fraco vínculo espiritual e não frequentando grupo religioso. Já as duas católicas possuem médio vínculo espiritual, sendo 1 pertencente a um grupo religioso, apesar de frequentar pouco e outra não. Das participantes, 16(43,2%) não responderam sobre possuir crenças religiosas. Dentre essas, 12 relataram possuir fraco vínculo espiritual religioso e não frequentam grupos religiosos também. 4 disseram ter médio vínculo espiritual mas também não frequentam grupos religiosos. 14(37,8%) responderam não possuir crença alguma, sendo 11 com fraco vínculo espiritual e não participarem de grupos religiosos. 2 disseram ter médio vínculo espiritual mas também não frequentam nenhum grupo religioso e 1 não respondeu sobre sua espiritualidade. 1(2,7%) pessoa respondeu crer em todas as religiões, possui médio vínculo espiritual, faz parte de um grupo religioso mas nunca o frequenta e 1(2,7%) pessoa disse fazer parte da bruxaria eclética, possui forte vínculo espiritual, faz parte de grupos religiosos e os frequenta constantemente.

Em relação às pessoas que se dizem ateias ($n=22$) temos que, 17(77,3%) possuem fraco vínculo espiritual e 5(22,7%) não responderam. Somente 2(9,1%) pessoas responderam

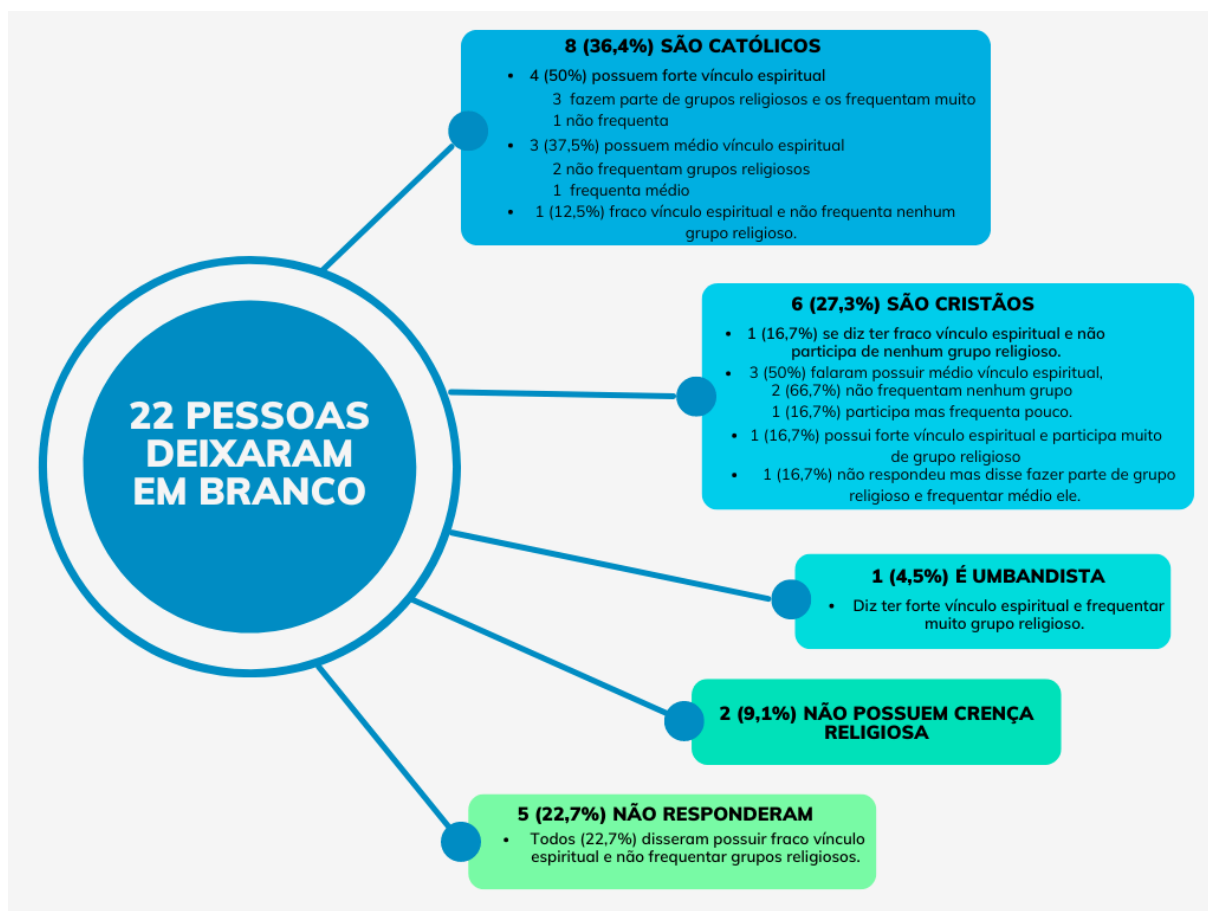
fazer parte de grupo religioso, 1(4,5%) que possui fraco vínculo espiritual e outra (4,5%) que não respondeu, que disse não frequentar nunca esse grupo.

Figura 7. Fluxograma sobre dimensão espiritual das pessoas que referiram sincretismo religioso.



Em relação às pessoas que possuem sincretismo religioso (n=31) temos que, 6(19,3%) pessoas possuem fraco vínculo espiritual, dentro desses 1(16,6%) é espírita, 1(16,6%) católico e 4(66,6%) cristãos. Somente 1(16,6%) pessoa (espírita) faz parte de grupo religioso e frequenta pouco ele. Diante do fluxograma (figura 6), é possível observar que 19(61,3%) pessoas possuem médio vínculo espiritual, sendo 6(31,6%) frequentadoras de grupos religiosos, 12(63,2%) não frequentadoras e 1(5,3%) que não respondeu. 3(50%) dos 6 frequentadoras de grupos religiosos, frequentam pouco os grupos, 3(50%) frequentam médio e 1(5,3%) que não respondeu pertencer a grupo disse frequentar médio também. 6(19,3%) pessoas possuem forte vínculo espiritual. 4(66,6%) frequentam grupos, sendo 3(75%) frequentam médio os grupos, 1(25%) frequenta pouco. Os outros 2(33,4%) disseram não frequentar os grupos religiosos.

Figura 8. Fluxograma sobre dimensão espiritual cujas respostas não foram preenchidas.



Sobre a dimensão espiritual, o questionário previa 3 perguntas: i) você se considera ateu, agnóstico, sincretismo religioso; ii) crença religiosa iii) possui crenças religiosas? qual? observou-se que o preenchimento das respostas foi irregular, nem todas as pessoas responderam as 3 perguntas.

Analisamos as respostas de 22 pessoas que preencheram de forma incompleta estes itens do questionário. Para a 1a. pergunta, 22 pessoas não preencheram, destas, 8(36,4%) se definiram como católicas na 2a. pergunta, 6(27,3%) se denominam cristãs, 1(4,5%) umbandista, 2(9,1%) disseram não possuir crença religiosa, e 5 pessoas não responderam nem a 1a. e nem a 2a. pergunta. Das 8 que se dizem católicas, 4(50%) possuem forte vínculo espiritual (3 - 75%- fazem parte de grupos religiosos e os frequentam muito e 1 -25%- não frequenta), 3 (37,5%) possuem médio vínculo espiritual (2 - 66,6%- não frequentam grupos religiosos e 1 - 33,4% - frequenta médio) e 1 (12,5%) fraco vínculo espiritual e não frequenta nenhum grupo religioso. Das 6 pessoas que se identificaram como cristãs, 1 (16,7%) se diz ter fraco vínculo espiritual e não participa de nenhum grupo religioso, 3 (50%) possuem médio vínculo espiritual (2 não frequentam nenhum grupo e 1 participa mas frequenta pouco), 1 (16,7%) possui forte vínculo espiritual e participa muito de grupo religioso, e 1 (16,7%) não respondeu a questão do vínculo mas disse fazer parte de grupo religioso. A pessoa definida como umbandista (4,5%) disse ter forte vínculo espiritual e frequentar muito grupo religioso. E finalmente, 5 pessoas possuem fraco vínculo espiritual e não frequentam grupos religiosos.

Esses dados corroboram com o gráfico da figura 3, em que quase 60% das participantes mencionaram não ter fé religiosa alguma. E por se tratar de uma população mais

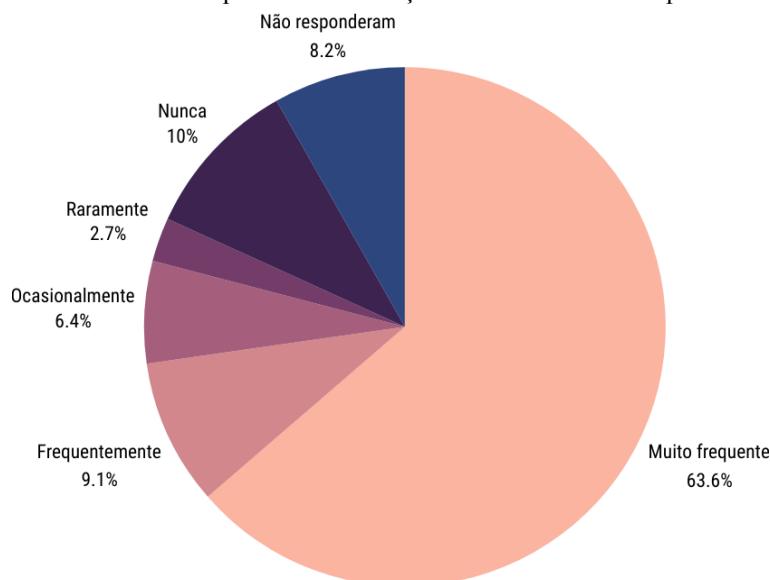
jovem, isso já era esperado visto que também se encontram no ambiente universitário, ambiente este que acaba concentrando pessoas que não se identificam com nenhuma religião.

Considerando a dimensão cultural da vida das participantes, relataram possuir mais acesso à literatura, cinema, teatro, artes plásticas, desenhos e outros 19 (17,3%), seguido de literatura, cinema, teatro, artes plásticas e desenhos com 16 (14,5%), literatura e cinema em terceiro lugar com 11 (10%).

Já na dimensão social, 72(65,4%) relataram possuir uma vida social real/presencial e 37(33,6%) disseram possuir uma vida virtual mais presente. Sobre a intensidade de sua vida social 47(42,7%) têm vida social intensa e 52 (47,3%) vida menos intensa, enquanto 10 (9,1%) disseram ter uma vida social bastante intensa.

Sobre suas relações amorosas, perguntamos se as participantes já tiveram algum relacionamento afetivo/sexual: 91(82,7%) responderam que sim e 18(17,3%) responderam que não. A seguir apresentamos o gráfico sobre utilização de métodos contraceptivos, a partir de respostas tipo likert.

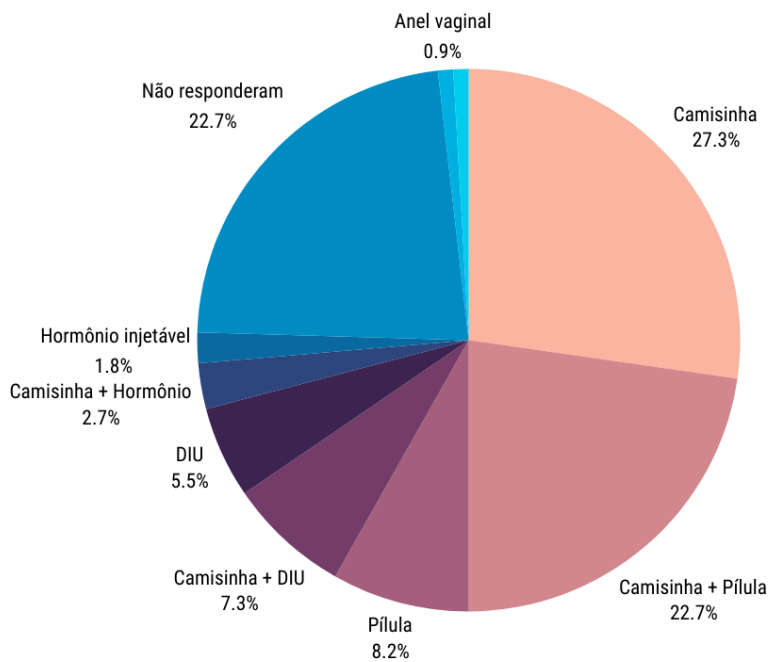
Figura 9. Gráfico sobre a frequência da utilização de métodos contraceptivos



Perguntamos sobre a frequência de utilização de métodos contraceptivos: 70(63,6%) responderam que utilizam com muita frequência, 10(9,1%) utilizam frequentemente, 11(10%) responderam que nunca utilizam, 7(6,4%) ocasionalmente e 3(2,7%) raramente, 9(8,2%) não responderam.

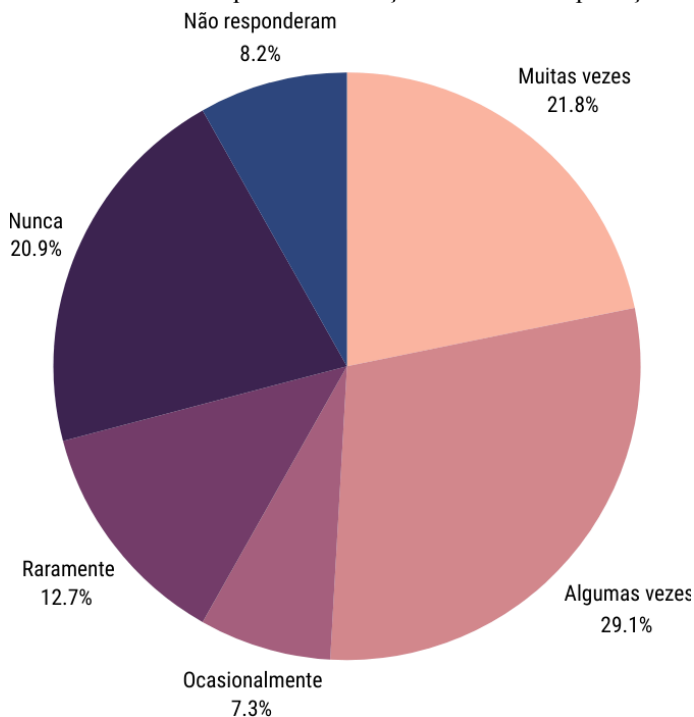
Ainda dentro dessa temática, questionamos se as/os parceiras/os utilizam métodos contraceptivos: 66(60%) disseram que sim e 27(24,5%) disseram que não e 17(15,4%) não responderam.

Figura 10. Gráfico sobre os tipos de contraceptivos usados pelas participantes



A maioria das participantes referiu utilizar preservativo masculino (camisinha), 30(27,3%). O segundo método mais utilizado é a combinação entre o preservativo masculino e a pílula contraceptiva oral com 25 (22,7%); seguido da pílula contraceptiva oral 9(8,2%), o preservativo masculino combinado com o dispositivo intrauterino (DIU) apareceu em 8 (7,3%) respostas. Destacamos que 25(22,7%) pessoas não responderam, o que nos possibilita questionar se essas participantes não utilizam métodos contraceptivos ou se constavam outras variáveis que as impediram no momento de responder a pergunta.

Figura 11. Gráfico sobre a frequência de relações sexuais sem proteção

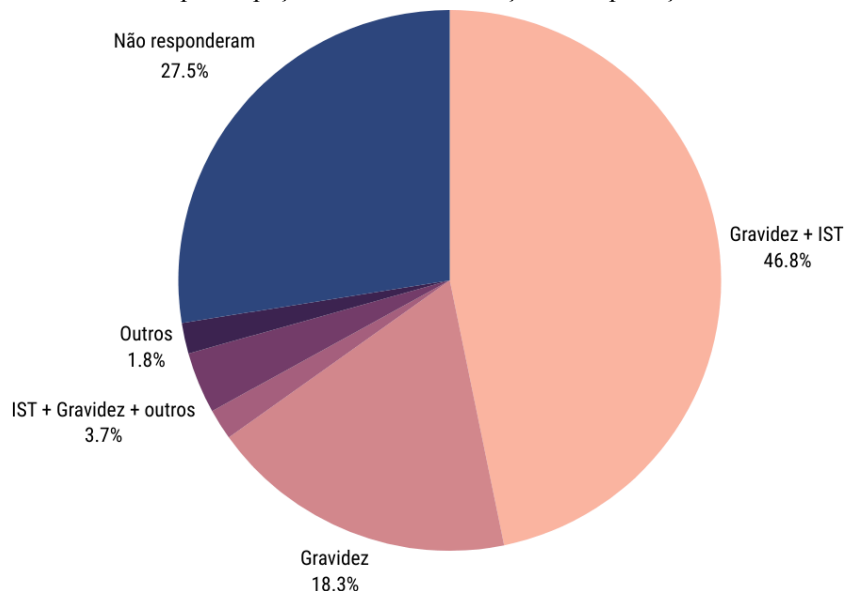


Quando questionadas se já tiveram relações sexuais sem proteção, 32(29,1%) disseram ter tido algumas vezes, 24(21,8%) tiveram muitas vezes, 23(20,9%) afirmaram não

ter tido nunca, 14(12,7%) raramente tiveram, 8(7,3%) ocasionalmente tem e 9(8,2%) não responderam.

É importante observar que mais de 50% das participantes dizem não usar sempre métodos contraceptivos, índice preocupante visto que há uma maior difusão de informações relacionadas aos riscos em que relações sem proteção podem gerar. O que as coloca em risco para IST (Infecção Sexualmente Transmissível) ou gravidez indesejada. Além disso combinando os dados sobre a frequência de relações sexuais sem proteção juntamente com a informação de que 27,3% só utiliza preservativos masculinos, podemos observar uma possível vulnerabilidade nessas mulheres que acabam ficando reféns de uma decisão masculina no momento da relação e muitas vezes não tendo poder de escolha nesse contexto. O que corrobora com a pesquisa de Medeiros (2016) em que é destacado que o preservativo masculino é muito utilizado no início dos relacionamentos como meio de criar confiança no parceiro, mas que com o tempo é descontinuado assim que esse vínculo é firmado, o que escancara a frágil autonomia feminina e a livre iniciativa e poder de decisão masculina nos relacionamentos.

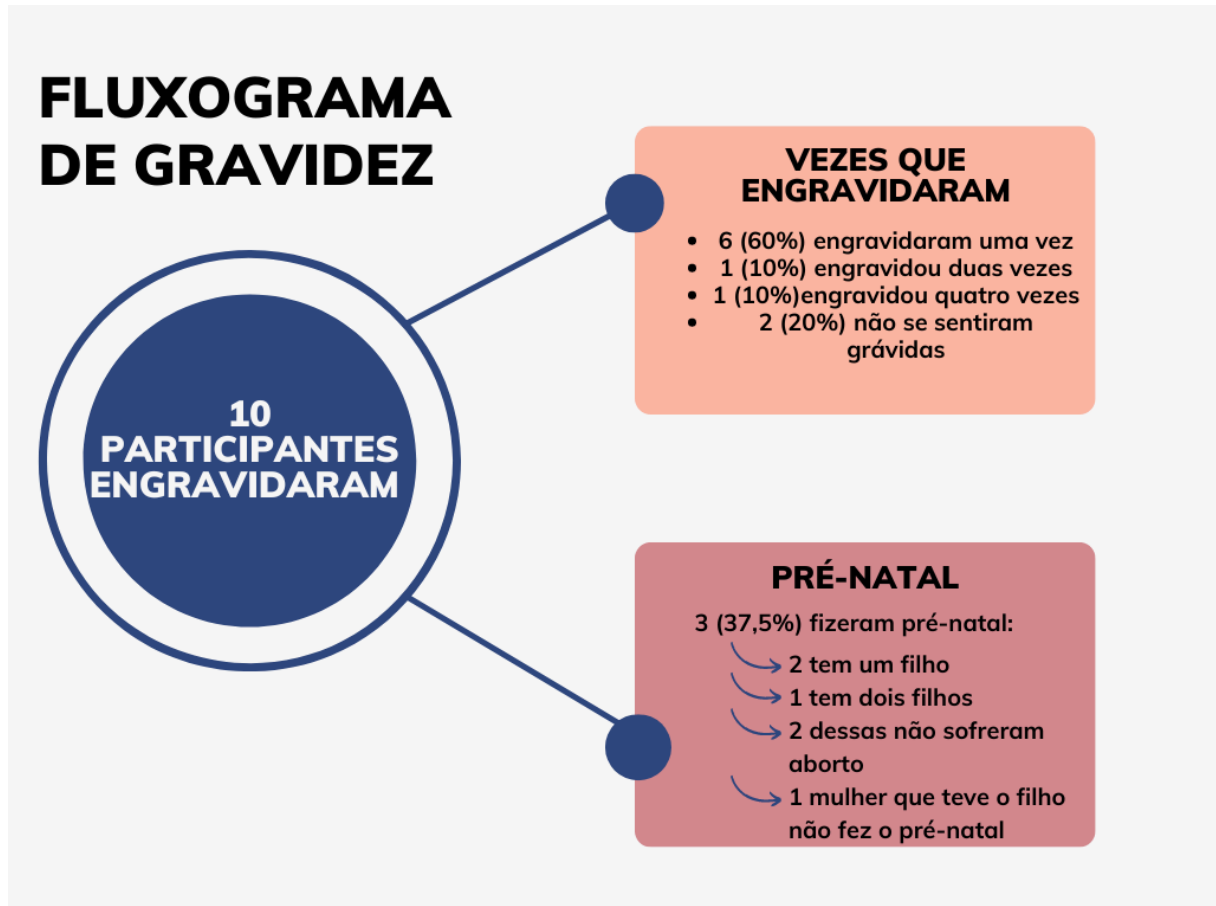
Figura 12. Gráfico sobre preocupações advindas de relações sem proteção



Para as situações de relação sexual sem proteção, o que mais preocupa as participantes como consequência indesejada é uma possível gravidez e infecção por IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), com 51(46,4%) respostas. Vinte pessoas (18,2%) se preocupam somente com gravidez indesejada, e 30(27,3%) pessoas não responderam.

Seguindo na temática sobre gravidez, tivemos que 10(9,1%) relataram experiência de gravidez, destas 6(60%) tiveram apenas 1 gestação, 1(10%) duas gestações, 1(10%) pessoa teve 4 gestação. Destacamos que duas participantes, apesar de terem engravidado, referem que não se consideraram grávidas porque viveram o aborto. Das 10 mulheres que engravidaram, 3(37,5%) fizeram o pré-natal (elas possuem filhos; 2 tem um filho e 1 tem dois filhos, 2 dessas mulheres não sofreram aborto) e 4 (25%) não fizeram o pré natal (dessas mulheres 1 tem um filho).

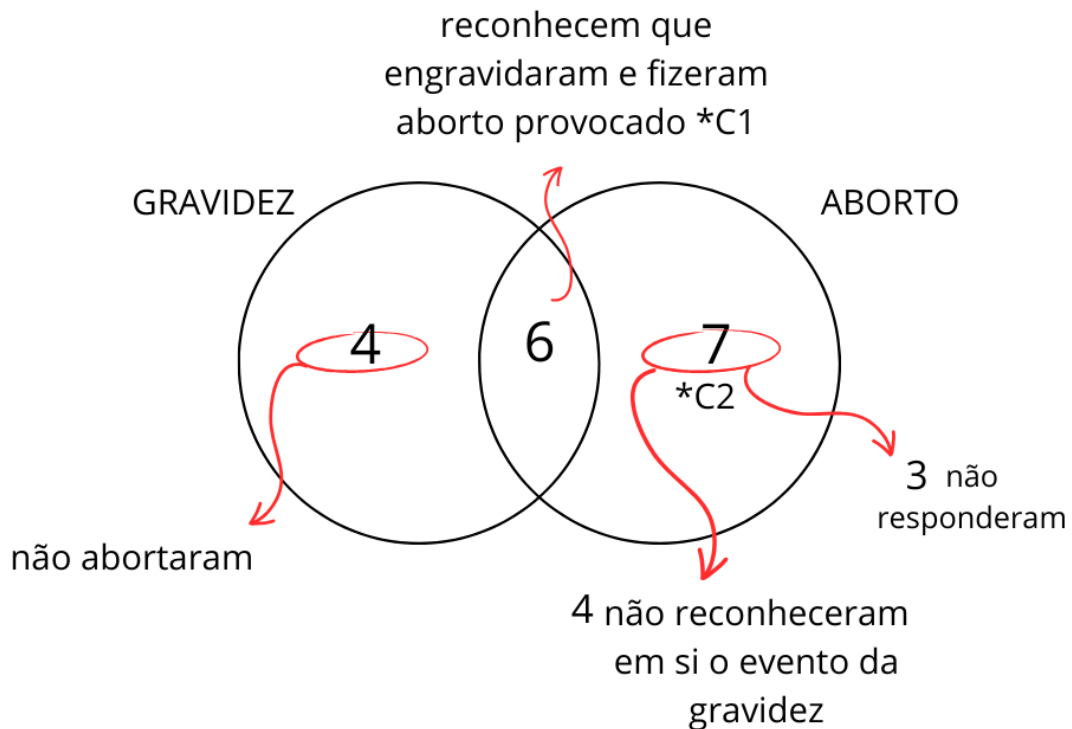
Figura 13. Fluxograma sobre as participantes que engravidaram.



Questionamos quais participantes já haviam vivenciado o aborto e 13(11,8%) responderam afirmativamente, sendo 9(69,2%) abortos provocados, 1(7,7%) espontâneo, 2(15,4%) pessoas não souberam definir se provocado ou espontâneo, e 1(7,7%) não respondeu. Destacamos que das 13 pessoas que responderam ter vivenciado o aborto, 2 são homens e responderam sobre o aborto considerando a proximidade com as parceiras que vivenciaram o aborto. Perguntamos se as participantes tiveram apoio de parceiros: 5(38,5%) não receberam e 8(61,5%) receberam apoio do parceiro.

Observou-se que das 10 participantes que referiram gravidez, 06 vivenciaram o aborto provocado. Podemos concluir então, que essas participantes se sentiram grávidas de alguma maneira, visto que responderam positivamente à primeira pergunta (denominamos de C1-conjunto 1). Porém, 13 pessoas responderam que haviam vivido ao aborto, portanto restam 7 delas (denominamos de C2- conjunto 2); destas, 4 responderam negativamente ao questionamento sobre gravidez, por isso concluímos que elas não se sentiram grávidas naquele momento. E por fim, 3 pessoas deixaram em branco a pergunta da gravidez. Elaboramos um esquema ilustrativo (Imagem 01) para uma melhor compreensão.

Imagem 01. Esquema ilustrativo sobre as participantes que engravidaram e abortaram.



Dentro desses dois conjuntos (C1 e C2) podemos visualizar a existência de duas condições experienciais distintas entre as participantes. No C1, há uma identificação com o evento da gravidez e também com o procedimento do aborto. Já no C2 as participantes se dividiram em dois subgrupos sendo um deles o de não reconhecimento da gravidez porém a identificação do aborto, ou seja, para elas não houve gravidez e sim um aborto. É importante destacar que 2 das entrevistadas (Pagu e Nísia), na segunda etapa da pesquisa, estão contidas nesse subgrupo e 1 outra participante (Leolinda) se encaixa no C1.

Também investigamos a experiência de aborto com pessoas próximas: 43(39,1%) indicaram afirmativamente, 63(57,3%) não, e 4(3,6%) não responderam. Dos que disseram positivamente a pergunta anterior, uma pessoa referiu a parceira; 17(39,5%) amiga próxima; 13(30,2%) familiar próxima e 5(11,6%) responderam "outros". É importante observar a porcentagem expressiva de quase 40% das pessoas referirem conhecidos que já viveram o aborto. O que reafirma a relevância de se falar sobre o assunto, visto que ele sempre aconteceu e continuará a acontecer independente de sua legitimidade legal. Porém sem ela fica insustentável uma regulação que possa prevenir os riscos que essas mulheres enfrentam ao se submeterem a procedimentos clandestinos. Além da manutenção do estigma e tabu sobre este tema, provocando prejuízos importantes para a saúde das mulheres. Assim como, problemas físicos imediatos, como hemorragias, infecções, perfuração de órgãos e infertilidade, juntam-se aos impactos emocionais de enfrentar o peso de uma decisão extremamente difícil em um contexto marcado pela culpabilização e pela penalização do aborto (Brasil, 2011).

Ao final do questionário investigou-se sobre a motivação para participar da pesquisa: 59(53,6%) disseram se solidarizar com as pesquisadoras; 38(34,5%) apontaram o tema da pesquisa (aborto); 8(7,3%) pessoas próximas indicaram, e 4(3,6%) mencionaram que a pesquisa as afetou diretamente.

Visto todos os dados trazidos até o momento, podemos traçar um perfil geral das participantes: mulher, 23 anos, branca, cursando o 4º ano de graduação na área da saúde na Universidade Federal, agnóstica/sem crença religiosa. São majoritariamente do sudeste, mais especificamente do interior de São Paulo. Possuem renda familiar entre R\$5.000,00 e R\$10.000,00, ou seja, fazem parte de famílias de classe média, e renda individual de R\$1,00 até R\$2.000,00.

Tomando especificamente a Universidade Estadual, o perfil das participantes se assemelha ao perfil geral: mulher, 22 anos, branca, cursando o 4º ano da graduação da área de humanas/exatas, define-se como agnóstica/sincretismo religioso (católica), vinda do interior paulista, com renda familiar entre R\$5.000,00 e R\$10.000,00 e renda individual de R\$500,00 a R\$2.000,00.

Já o perfil da estudante da Universidade Federal muda um pouco nesse cenário: mulher, 24 anos, branca, cursando o 4º ano de graduação na área da saúde, origem do interior do estado de São Paulo, define-se como agnóstica/sem crença religiosa. Renda familiar superior aos demais, de R\$10.000,00 a R\$20.000,00 e renda individual de R\$1,00 a R\$500,00. Destacamos este resultado, visto que as famílias da comunidade da Universidade Federal possuem um poder aquisitivo maior mas isso não reflete na renda individual de seus filhos.

As participantes que já vivenciaram aborto seguem um perfil semelhante. São mulheres, com idade média de 29 anos, brancas e que estão no 4º ano de graduação da área de humanas. Majoritariamente do sudeste, mais especificamente do interior de São Paulo, com renda familiar de R\$2.000,00 a R\$3.000,00 e renda individual de R\$1,00 a R\$500,00. Fazem parte de sincretismo religioso (cristianismo) e outras são agnósticas (sem crença religiosa).

6.2 Resultados do Questionário Crenças e Valores sobre Sexualidade

A respeito do Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade (Sereno, Leal & Maroco, 2009), as participantes obtiveram variadas pontuações, tendo uma média de 43,9 pontos, sendo o valor mínimo 31 e o máximo 64.

O instrumento é dividido em 5 sub-escalas, **reprodução, afetividade, maternidade, aborto e prazer**, onde cada uma é responsável por uma área da sexualidade feminina. A subescala **Maternidade** visa avaliar a percepção da maternidade como projeto central do ser mulher; **Reprodução** diz respeito a como a sexualidade da mulher é vista somente como função procriativa; **Afetividade** avalia como a sexualidade feminina é sentida como uma área de partilha de afetos; **Aborto** avalia as representações negativas do aborto; e a subescala **Prazer** avalia a percepção da sexualidade feminina como área de prazer.

A seguir iremos apresentar os valores mínimos e máximos obtidos pelas participantes em cada subescala. A subescala Maternidade obteve média de 7,5 pontos (mínimo 5 pontos e máximo 19 pontos), indicando que as participantes acreditam pouco que a maternidade seja o

projeto principal da mulher. Já na subescala Prazer, a média obtida foi de 13,1 pontos (mínimo 9 e máximo 15), indicando para essa população que o prazer feminino é algo bastante significativo e levado em consideração para os valores e crenças deste grupo, afirmando a relação entre prazer e a sexualidade feminina.

A subescala Reprodução, por sua vez, teve uma média de 5,2 pontos (mínimo 3 pontos e máximo de 10 pontos). Considerando o intervalo de 3 a 10 pontos, a média das participantes se encontra em um intervalo mais próximo ao mínimo, mostrando que há uma tendência em acharem retrógrada a ideia da reprodução ser uma função primordial da sexualidade feminina. Além disso, nenhuma participante indicou a pontuação máxima da escala (15 pontos) que corresponderia ao vínculo da sexualidade feminina com a reprodução, mais um aspecto que corrobora com a ideia de emancipação da sexualidade feminina.

Na subescala Afetividade, a média obtida foi de 9,3 pontos (mínimo 4 e máximo 14), demonstrando que para essas participantes não fica claro se concordam ou não com a ideia da vida sexual feminina também ser vinculada com a vida afetiva, já que a média de pontos obtidos pelas participantes se encontram em um intervalo mediano, não deixando isso tão claro.

A subescala Aborto teve média de 9 pontos (menor valor de 3 e o maior de 15), revelando que os grupo se portou como mediana no que diz respeito as representações negativas do aborto, ou seja, não houve nenhum destaque quanto aos valores referentes a isso, se apresentando uma população nem progressista e nem conservadora sob esse aspecto. Isso evidencia a complexidade do tema e das experiências, as ambivalências e a determinação dos valores culturais e mortais em interface com a faixa etária do grupo, isso porque, jovens tendem a ser menos conservadores, e isso revela que existem representações negativas sobre o aborto, mas também existem representações não negativas.

O artigo dos pesquisadores Nelas, Chaves, Coutinho e Amaral (2016) intitulado *Values and beliefs about sexuality, motherhood and abortion* utilizou o Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade (Serenó, Leal & Maroco, 2009) tendo resultados interessantes. O estudo foi realizado com 641 estudantes do ensino superior, em Portugal com média de idade de 20,62 anos, sendo a maioria do sexo feminino. O objetivo do estudo foi analisar se as variáveis sociodemográficas afetivas, sexuais e reprodutivas influenciavam os valores e crenças sobre a sexualidade, maternidade e aborto nos estudantes do ensino superior. Os resultados em relação às crenças e valores sobre sexualidade, maternidade e aborto, indicaram um valor médio mais elevado para as crenças e valores em relação ao prazer, seguindo-se as crenças e valores face à afetividade. O valor mais baixo refere-se às crenças e valores relativos à reprodução, resultados semelhantes ao nosso estudo. Já resultados correlacionais indicaram que os homens demonstraram crenças mais fortes em relação à maternidade e à reprodução, enquanto as mulheres apresentaram crenças mais intensas sobre afetividade, aborto e prazer, resultados esses distintos dos obtidos por essa pesquisa e que serão apresentados posteriormente. Os estudantes que vivem em áreas urbanas tendem a valorizar mais a maternidade, enquanto os que residem em áreas rurais têm crenças mais marcadas sobre reprodução e aborto. Os estudantes do 2º ano manifestaram valores mais elevados sobre maternidade e reprodução, enquanto os do 1º ano destacaram-se em crenças relacionadas à afetividade e ao prazer. Já os do 3º ano apresentaram crenças mais fortes sobre aborto. Estudantes que estão em um relacionamento e já iniciaram a vida sexual pontuaram

mais em todas as áreas, com ênfase em valores e crenças relacionadas ao prazer. Aqueles que não utilizam métodos anticoncepcionais apresentaram valores mais elevados em relação à maternidade, reprodução e aborto, assim como em crenças de forma geral, enquanto os que usam anticoncepcionais pontuaram mais em afetividade e prazer.

O artigo de Barbieri e Pilati (2018) utilizou esse instrumento (Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade) o correlacionando com outros instrumentos distintos, a fim de entender como as pessoas fazem julgamentos morais no dia a dia, enfatizando o papel dos processos cognitivos e das crenças prévias. Barbieri e Pilati investigaram como a sobrecarga cognitiva (quando a mente está ocupada ou sobrecarregada) e as atitudes prévias (opiniões ou crenças anteriores) influenciam a forma como as pessoas avaliam dilemas morais. O estudo foi realizado com estudantes universitários, predominantemente homens, divididos em dois experimentos. No primeiro experimento, analisou-se como a sobrecarga cognitiva afeta a escolha entre dois tipos de princípios morais: o deontológico (baseado em regras fixas, como "não matar") e o utilitarista (baseado nas consequências, como "matar para salvar mais pessoas"). No segundo experimento, investigou-se como as atitudes prévias em relação a um tema moral interferem no julgamento de cenários moralmente desafiadores. E os resultados obtidos foram os seguintes, constatou-se que a atitude prévia (as crenças ou opiniões pré-existentes sobre o aborto) tem um impacto direto e significativo no julgamento moral feito após a apresentação do cenário. Isso significa que as pessoas tendem a julgar o cenário moral de maneira consistente com suas opiniões já formadas sobre o aborto. Além disso, houve uma correlação significativa entre a atitude prévia e o julgamento moral subsequente, reforçando que as opiniões anteriores direcionam os julgamentos feitos no momento. Quando a atitude prévia foi analisada como um fator (covariante) que interfere na relação entre a sobrecarga cognitiva (quando a mente está ocupada) e o julgamento do cenário, observou-se que essa influência se intensificava. Ou seja, a diferença no julgamento moral entre os grupos que estavam em condições de sobrecarga cognitiva e os que não estavam se tornou ainda mais evidente. Também foi observado que os julgamentos morais baseados nos dois princípios estudados (deontológico e utilitarista) continuaram a apresentar diferenças significativas, reforçando que as condições cognitivas e as atitudes prévias afetam esses julgamentos. Por fim, os pesquisadores verificaram se o sexo dos participantes (homens ou mulheres) influenciava as atitudes morais sobre o aborto. Porém, ao controlar essa variável (sexo), não foram encontradas diferenças significativas entre os julgamentos morais de homens e mulheres.

A seguir o Quadro 02, já apresentado e descrito no tópico “Método” a fim de relembrar e elucidar os critérios que foram usados para a análise do instrumento.

Quadro 02 - Critérios avaliativos do Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade

Subescala	Questões	Máximo de pontos	Mínimo de pontos	O que avalia	O que quer dizer
REPRODUÇÃO	01 - 05 - 10	15	3	Avalia em que medida a sexualidade feminina é tida essencialmente como função procriativa	Quanto maior a pontuação aqui, maior a crença que a reprodução é uma função primordial da sexualidade feminina

PRAZER	02 - 03 - 04	15	3	Avalia a percepção da sexualidade feminina como área de prazer	Quanto maior a pontuação aqui maiores as crenças em considerar o prazer como função primordial na sexualidade feminina
AFETIVIDADE	06 - 07 - 09	15	3	Avalia em que medida a sexualidade feminina é sentida como uma área de partilha de afetos	Quanto maior a pontuação aqui maiores as crenças sobre a sexualidade feminina como partilha de afetos
ABORTO	08 - 11 - 12	15	3	Avalia as representações negativas acerca do aborto	Quanto maior a pontuação aqui piores as representações sobre o aborto
MATERNIDADE	13 - 14 - 15 - 16 - 17	25	5	Avalia a percepção da maternidade como projeto central do ser mulher	Quanto maior a pontuação aqui maiores as crenças em torno da maternidade como projeto principal da condição feminina

Tabela 06. Tabela de comparação das médias por gênero.

Média Geral Mulheres: 42,8	Média Maternidade Mulheres: 6,9	Média Reprodução Mulheres: 5	Média Afetividade Mulheres: 9,1	Média Aborto Mulheres: 8,8	Média Prazer Mulheres: 13,2
Mín: 32	Mín: 5	Mín: 3	Mín: 4	Mín: 3	Mín: 10
Máx: 55	Máx: 14	Máx: 9	Máx: 14	Máx: 14	Máx: 15
	4,4	1,5	1,4	1,7	1,3
Média Geral Homens: 50,7	Média Maternidade Homens: 11,3	Média Reprodução Homens: 6,5	Média Afetividade Homens: 10,5	Média Aborto Homens: 10,5	Média Prazer Homens: 11,9
Min: 36	Min: 5	Min: 3	Min: 7	Min: 7	Min: 9
Max: 64	Max: 19	Max: 10	Max: 14	Max: 15	Max: 14

Fizemos uma comparação entre as médias do questionário e cada subescala presente nele, entre os homens e as mulheres a fim de observar alguma variação que pudesse ocorrer entre eles. Observou-se que os homens são mais conservadores que as mulheres em todos os aspectos avaliados, em especial na subescala de Maternidade, em que houve uma diferença de 4,4 pontos entre um e outro. E a subescala do Aborto, cuja diferença foi de 1,7 pontos. Com isso, é possível inferir que os homens ainda que jovens (média de 26 anos) ainda possuem a mentalidade de que o projeto de vida primordial de uma mulher é a maternidade e ainda possuem negativas representações sobre o aborto.

Tabela 07. Tabela de comparação das médias por universidades.

Média Geral Universidade Federal: 43,1	Média Maternidade Universidade Federal: 7,3	Média Reprodução Universidade Federal: 4,8	Média Afetividade Universidade Federal: 9,2	Média Aborto Universidade Federal: 9	Média Prazer Universidade Federal: 13
Min: 31	Min: 5	Min: 3	Min: 4	Min: 3	Min: 9
Max: 58	Max: 18	Max: 9	Max: 14	Max: 14	Max: 15
2,8	0,6	1	0,4	0,2	0,2
Média Geral Universidade Estadual: 45,9	Média Maternidade Universidade Estadual: 7,9	Média Reprodução Universidade Estadual: 5,8	Média Afetividade Universidade Estadual: 9,6	Média Aborto Universidade Estadual: 9,2	Média Prazer Universidade Estadual: 13,2
Min: 36	Min: 5	Min: 3	Min: 4	Min: 4	Min: 9
Max: 64	Max: 19	Max: 10	Max: 14	Max: 15	Max: 15

Comparando as médias entre as universidades, observa-se grande semelhança entre as opiniões das universitárias.

6.3. Análise singularizada de itens do Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade

Analisando algumas perguntas do Questionário de Crenças e Valores sobre sexualidade e Aborto, a fim de entender melhor a população estudada selecionamos estrategicamente algumas perguntas específicas, quais sejam: 08, 11, 12 e 17.

Na pergunta 08 (“O aborto pode ser prejudicial à saúde psicológica da mulher”): de 109 respostas obtidas, 44,9%(49) responderam concordo; 27,5%(30) responderam concordo totalmente; 18,3%(20) disseram nem concordar e nem discordar; 6,4%(7) responderam discordo e 2,8%(3) afirmaram discordar totalmente. É importante problematizar essa questão que unanimemente assumimos que toda experiência de aborto seja ruim para todas as pessoas. Isso é o que a maioria das pessoas que responderam essa pergunta imaginam, já que 72,4%(79) concordaram com a afirmação. Porém é importante destacar que assim como Nomura et al. (2011) concluiu em seu estudo, a experiência psicológica da mulher em relação ao aborto não é padronizada, pois depende de fatores como suas características pessoais, os eventos ligados à gravidez, as circunstâncias de sua vida e a dinâmica de seus relacionamentos no período em que o aborto ocorre. Por isso deve-se avaliar as circunstâncias subjetivas, únicas e exclusivas de cada mulher nesse processo para assumirmos se o aborto foi necessariamente prejudicial para ela.

Na pergunta 11 (“O aborto pode ser prejudicial à saúde física da mulher”): 108 pessoas responderam, sendo 42,6%(46) dizendo concordar com a afirmação; 26,9%(29) concordam totalmente; 19,4%(21) afirmaram não concordar e nem discordar; 7,4%(8) discordam e 3,7%(4) discordam totalmente. Essa afirmação pode ser entendida como correta a partir de algumas variáveis, como o tempo de gestação, o local em que o aborto foi realizado, os instrumentos que foram usados e se foi feito por um profissional da saúde qualificado. Hardy e Alves (1992) em seu estudo revelaram que a taxa de complicações aumentou consideravelmente com o avanço da gestação, sendo mais de duas vezes maior

quando o aborto foi realizado a partir do terceiro mês, em comparação com procedimentos realizados no primeiro mês; as complicações foram significativamente menores entre as mulheres que realizaram o aborto em hospitais, clínicas ou consultórios, em comparação àquelas que o realizaram em casa ou na residência de outra pessoa; a porcentagem de mulheres que apresentaram complicações foi significativamente mais alta entre aquelas que realizaram o aborto com sonda ou agulha, em comparação às que utilizaram métodos como curetagem, aspiração ou medicamentos e a frequência de complicações também foi analisada com base na qualificação de quem realizou o aborto. Os procedimentos realizados por médicos apresentaram cinco vezes menos complicações em comparação aos realizados por não-profissionais e três vezes menos complicações quando realizados por enfermeiras ou parteiras.

A pergunta 12 (“O aborto é um crime em qualquer circunstância”): teve 109 respostas, sendo 80,7%(88) discordo totalmente; 11%(12) discordam; 4,6%(5) nem concordam e nem discordam e 3,7%(4) afirmaram concordar totalmente com a frase. Podemos dizer que essa afirmação foi bem interpretada pelos participantes, visto que o aborto no Brasil não é considerado crime quando há risco de vida para a gestante, quando é uma gravidez decorrente de um estupro ou quando o feto é anencéfalo (Brasil, 1940).

E por fim, a pergunta 17 (“As mulheres que não desejam ter filhos são egoístas”): de 109 respostas, 90%(98) discordam totalmente; 5,5%(6) discordam; 3,7%(4) nem concordam e nem discordam e 0,9%(1) concorda. A grande maioria dos participantes concordaram com essa afirmação, o que já era esperado, visto as características da população da pesquisa. Isso porque já é esperado que jovens, que estão cursando o ensino superior em uma universidade pública, tenham um pensamento mais progressista e menos conservador no que diz respeito à emancipação feminina e as escolhas que devem ser feitas pelas próprias mulheres sem que haja um julgamento incluído.

6.4. Análise Qualitativa Interpretativa - Resultados das Entrevistas e do TALP

Neste tópico iremos apresentar uma análise qualitativa-interpretativa singularizada, produto das entrevistas em profundidade e do teste TALP com 03 participantes² que vivenciaram diretamente o aborto. Inicialmente apresentaremos uma breve biografia delas e em seguida as categorias analíticas produzidas.

6.4.1. Breve biografia das participantes

Conforme já relatado, na 2ª etapa da pesquisa participaram 3 mulheres que vivenciaram o aborto, todas são estudantes da Universidade Federal.

PAGU³ - define-se como não binária, branca da classe média alta paulistana que se viu grávida aos 21 anos. Refere que abominava a ideia de ter filhos e já havia tentado realizar uma vasectomia anteriormente, quando se vê grávida (*descrever seus sentimentos*) encaminha-se para a “**decisão**” pelo aborto. Através de contatos entre amigos e conhecidos,

² Os nomes são fictícios e foram escolhidos tendo como referência mulheres feministas brasileiras.

³ **Patrícia Rehder Galvão**, a **Pagu** (1910 – 1962) foi escritora, poeta, diretora de teatro, tradutora, desenhista e jornalista, tendo se tornado a musa do movimento modernista. A defesa da mulher pobre e a crítica ao papel conservador feminino na sociedade permearam sua vida e obra (Frazão, 2025).

Pagu conseguiu realizar o procedimento em uma clínica de alto padrão na cidade de São Paulo, com todo o cuidado e suporte que poderia receber. Sua mãe a acompanhou no procedimento apesar de não entender a decisão da filha, visto que eles teriam condições financeiras para criar a criança. O pai de Pagu não se posicionou em nenhum momento e seu parceiro à época a apoiou. Depois de viver o aborto provocado, Pagu relata que se tornou militante da causa feminista e participante de movimentos sociais que auxiliam mulheres a realizar aborto. Ela identifica na militância uma maneira de enfrentar o trauma vivido com sua experiência.

NÍSIA FLORESTA⁴ - mulher branca, autista (diagnosticada aos 36 anos), de classe média e do interior de São Paulo. Se viu grávida com 19 anos e abortou por sentir que “foi o mais certo a se fazer” já que para ela em sua juventude possuía comportamentos de alto risco (bebia demais, não ligava para a faculdade, não cuidava da alimentação, fumava). Nísia descreve a experiência da gravidez como algo terrorífico - “*uma sensação de ter alguém te comendo por dentro*”. Associa que sua experiência com o aborto foi transpassada pelo seu diagnóstico de autismo, uma vez que se o tivesse tido anteriormente acha que “nada disso teria acontecido”. Ela teve apoio de sua família e do companheiro à época, realizou o procedimento do aborto em casa, através de comprimido abortivo, e após algumas horas por estar com sangramento importante, busca auxílio em hospital do seu convênio de saúde. Relata ter sido bem tratada, apesar de sentir o ambiente pesado e hostil.

LEOLINDA DALTRO⁵ - mulher indígena de 23 anos, tem 1 filho, origem do interior do Amazonas. Relata ter vivido 3 abortos. Leolinda é uma mulher que sofreu muitas violências (domésticas e sexuais) e relata ter sido coagida a realizar os procedimentos por seus parceiros sexuais. Nas 3 situações de aborto provocado, o método foi usar remédios abortivos em casa. O aborto mais recente ocorreu no alojamento da faculdade de Leolinda, onde mora com uma amiga. Ela tomou o remédio e esperou o feto “descer”, quando isso aconteceu Leolinda disse que conseguiu visualizar o formato do bebê e que foi desesperador. O segundo aborto relatado por ela aconteceu em sua cidade natal em que o parceiro sexual comprou os remédios abortivos para ela tomar com o incentivo da mãe de Leolinda, já que ela havia tido seu filho há menos de 1 ano. Depois de tomar os comprimidos precisou ir ao hospital onde foi feita a curetagem. O último mencionado por ela aconteceu em uma capital no Norte do país onde o procedimento foi o mesmo, tomou os remédios e foi ao hospital com a companhia de um primo. Leolinda participou da entrevista de forma muito emocionada, abalada por lembrar estas vivências traumáticas, e não conseguiu finalizar a entrevista. Ela optou por parar, mas autorizou a pesquisadora a usar o material produzido até aquele momento.

⁴ **Nísia Floresta Brasileira Augusta** (1810 - 1885) foi uma educadora, escritora e poetisa brasileira e uma das pioneiras do feminismo no país. Foi provavelmente a primeira mulher no Brasil a publicar textos em jornais, na época em que a imprensa nacional ainda engatinhava. Nísia também dirigiu um colégio para moças no Rio de Janeiro e escreveu livros em defesa dos direitos das mulheres, dos índios e dos escravos (Matuoka, 2025).

⁵ **Leolinda de Figueiredo Daltro** (1859 - 1935) foi uma professora, sufragista e indigenista brasileira que lutou pela autonomia das mulheres. Precursora do indigenismo no Brasil, defendia a incorporação dos índios brasileiros à sociedade por meio da alfabetização laica e em 1896, deu início ao projeto de percorrer o interior do país e pôr em prática suas ideias (Melo e Marques, 2025).

6.4.2. *Categorias Analíticas*

A partir da análise das entrevistas e considerando os objetivos do estudo, foram produzidas quatro categorias analíticas, expressas no quadro a seguir:

Quadro 03 - Categorias analíticas e respectivos núcleos de sentido

Categorias analíticas	Núcleos de sentido	Descrição/ Critérios
C1 - Experiência do Aborto	N1.1 O aborto (como, quando, onde)	Diz respeito a experiência do aborto propriamente dito, como evento significativo, antes, durante e depois de realizado e as condições em que foi feito tanto físicas e econômicas quanto psicológicas.
	N1.2 O hospital na perspectiva de quem aborta	Apesar de ser um local biosseguro, o ambiente hospitalar é trazido como um lugar inseguro no quesito acolhedor, psicológico e legal.
C2 - Determinantes e efeitos do aborto	N2.1 A gravidez como terror	Descrições de sentimentos terríveis, como nojo, medo, raiva relacionados a gravidez além da sensação de um parasita em seu corpo.
	N2.2 Solidão materna	O sentimento de solidão e como passaram a olhar de maneira diferente a maternidade depois da experiência do aborto
	N2.3 Efeitos subjetivos	Aspectos subjetivos adotados pelas participantes como maneiras de enfrentamento ao trauma gerado pela experiência do aborto.
C3 - Aborto como questão de gênero	N3.1 Abandonos	Declarações da experiência de abandono vivida por todas de maneiras distintas
	N3.2 Culpa e Moralismo	O sentimento de culpa comum a todas as participantes pode ser decorrente de um moralismo interno e externo da sociedade.
	N3.3 Decisão no limite	Decisão tomada de maneira extrema decorrente de um desespero relacionado com a experiência de terror da gravidez.
C4 - Crenças e valores sobre gênero/sexualidade	N4.1 Maternidade	Crenças e valores das participantes sobre a maternidade.
	N4.2 Ser mulher	Crenças e valores das participantes sobre ser mulher.
	N4.3 História Afetiva Sexual	Crenças e valores das participantes sobre sua história afetiva sexual e como ela interferiu em sua experiência.

C1 - Experiência do aborto

*“Não aceito mais as coisas que não posso mudar, estou mudando as coisas que não posso aceitar.”
(Angela Davis)*

Esta Categoria Analítica diz respeito a experiência do aborto propriamente dito, como evento significativo, antes, durante e depois de realizado e as condições em que foi feito tanto físicas e econômicas quanto psicológicas. Além disso, aborda que apesar do Hospital ser um local biosseguro, do ponto de vista biomédico, o ambiente hospitalar é trazido pelas participantes como um lugar inseguro no quesito acolhimento, psicológico e legal.

N1.1 - O aborto (como, quando, onde)

As três participantes tiveram experiências distintas sobre o fenômeno do aborto mas foi possível encontrar uma gradação entre elas sobre vários aspectos, sendo Pagu a que possuía mais acesso a estruturas seguras, no quesito biomédico e Leolinda a que possuía o menor acesso. O primeiro deles é a rede de contatos e como elas conseguiram chegar até a possibilidade real de abortar, ou seja, como elas arrumaram os remédios ou chegaram até o procedimento. Para Pagu, a participante branca e de classe média alta foi possível através de uma amiga que indicou uma clínica de alto nível em São Paulo, que realizava esse procedimento mas era algo bem caro e inacessível. Já Nísia conseguiu remédios abortivos através de uma amiga que conseguiu com um traficante da cidade. E por fim Leolinda, que recorreu às redes sociais para conseguir ajuda nesse sentido.

*“(…) Uma amiga distante havia comentado, um dia no bar, que uma conhecida tinha feito aborto e que **tinha sido um bom lugar em São Paulo**. Ela então lembrou dessa situação e foi em uma festa em que essa amiga estaria, ela falou que chegou lá e já foi pedir para ela o contato da clínica, a menina entendeu tudo e **em 10 min ela tinha conseguido e marcou uma consulta para 2 semanas seguintes**.” (registro da pesquisadora sobre Pagu)*

*“A medicação foi arrumada por uma amiga que comprou de um **“traficante”** em Ribeirão Preto.” (registro da pesquisadora sobre Nísia)*

*“**Pesquisou ONGs** que vendessem algum remédio abortivo **no facebook e instagram**. Falava com uma pessoa **via direct** que a encaminhava para uma **enfermeira, por mensagens**, que a dava instruções baseado no tempo de gestação para definir a quantidade de comprimidos que Leolinda deveria tomar.” (registro da pesquisadora sobre Leolinda)*

Nas três descrições encontra-se elementos relativos as suas experiências individuais com o aborto mas também retrata a diferença socioeconômica das três e sua importância nesse processo. Uma mulher cuja condição social é mais elevada, como a Pagu, consegue ter acesso a pessoas e lugares que possuem estruturas de saúde mais seguras que possam garantir um risco menor de vida nesse processo. Além de possibilitar um conforto psicológico para essa mulher que possa minimamente tornar esse processo um pouco mais fácil e menos sofrido para ela. Já em casos de tremenda vulnerabilidade social como o da Leolinda em que além de ser violentada psicologicamente ao ser coagida por seu parceiro a realizar o aborto, é levada a fazer o procedimento em situações extremamente precárias em que corre perigo de vida e sem nenhum suporte qualificado para ajudá-la. Por isso podemos dizer que o dinheiro é decisivo em situações como essas já que ele proporciona além de saúde, segurança de que talvez ela saia viva desse procedimento. Tal padrão é enfatizado na pesquisa de Borsari et al. (2013) que concluiu que mulheres com condições financeiras mais favoráveis podem recorrer a métodos seguros para interromper a gestação, enquanto aquelas em situação de vulnerabilidade enfrentam procedimentos arriscados e inseguros, expondo-se a perigos que podem até ser fatais, o que corrobora com tal análise.

Além do acesso ao procedimento ser facilitado fruto de sua rede de contatos que é muitas vezes relacionada ao seu status social. O local onde essas mulheres realizaram o aborto foi muito diferente e isso gerou diferentes níveis de segurança biomédica durante os procedimentos.

*“Na clínica **foi muito bem tratada**, e considera uma **boa clínica**, ela **foi sedada** para realizar o procedimento...”(registro da pesquisadora sobre Pagu)*

*Mencionou que **tomou a medicação em casa** e que não foi agradável fisicamente falando mas que não se lembra muito...depois o pai a levou para o hospital para ver se estava tudo bem com ela.” (registro da pesquisadora sobre Nísia)*

*“...o procedimento começou umas 7h, a **enfermeira deu as instruções de como tomar o remédio e queria fotos para confirmar se havia descido (o feto)**. “ (registro da pesquisadora sobre Leolinda).*

Como citado anteriormente, Pagu a participante com maior condição socioeconômica é a que possuiu o procedimento mais seguro também. O realizou em uma clínica que possuía todas as condições médicas favoráveis para assegurar sua vida durante o procedimento. Nísia que dentro dessa escala possui o segundo lugar, ingeriu o remédio em casa mas logo foi levada para o hospital a fim de se certificar que estava bem. Já Leolinda, a que possuía maior vulnerabilidade social foi a que mais sofreu riscos, sendo monitorada através de fotos, de maneira remota, por uma pessoa que se dizia enfermeira, o que poderia levar a inúmeros agravantes em sua saúde.

N1.2 - O hospital na perspectiva de quem aborta

Nesse núcleo de sentido é explorado os processos de apagamento do procedimento do aborto quando se refere a clandestinidade como recurso de ser seguro para essas mulheres. Isso é possível de se perceber devido o pavor que elas demonstram em chegar até o hospital.

*“... ficou com **medo de parar no hospital.**” (registro da pesquisadora sobre Leolinda)*

*“Nísia disse que dentro do hospital é uma opressão, **que não queria ir até lá mas seus pais insistiram para ela ir...**” (registro da pesquisadora sobre Nísia)*

Nesse trecho da entrevista de Leolinda, em que ela em diversas vezes menciona o “medo de parar no hospital” como se o hospital fosse o local realmente perigoso e inseguro e não o contrário. Também é observado no trecho de Nísia que menciona não querer ir até o hospital mas acaba indo com a insistência de seus pais. Logo depois ela justifica o motivo de seu incômodo:

*“...a enfermeira disse que não era para ela falar para o **médico que tinha sido provocado**, que era pra dizer que havia sido espontâneo, o médico desconfiou mas não tinha o que ele fazer; era a palavra dele contra a minha...Nísia disse que **dentro do hospital é uma opressão**, que não queria ir até lá mas seus pais insistiram para ela ir, disse que lá **se sentiu humilhada, sentiu muito medo, oprimida, desrespeitada, acuada.** E que foi o **contexto que a fez sentir desse jeito**, ninguém a tratou mal, tomou nenhuma ação que a fez se sentir assim, ela o clima do lugar...” (registro da pesquisadora sobre Nísia)*

Esse trecho salienta questões que possam justificar o não querer dessas mulheres em adentrar esse espaço. É importante destacar que a insegurança trazida por elas dentro dos hospitais está relacionada com esses sentimentos negativos que estão relacionados com a ilegalidade do que elas fizeram e o mal preparo dos profissionais em acolher essas mulheres de maneira respeitosa e digna. Assim como trazido por Ferrari e Peres (2020) que em sua pesquisa também demonstraram, através do relato de outras mulheres, a dificuldade das equipes de saúde em abordar essa questão ilegal, uma vez que persistem julgamentos éticos e morais por parte dos profissionais, falhas no atendimento e a penalização subjetiva das mulheres, caracterizando uma séria forma de violência institucional que demanda enfrentamento. Em nenhum momento estamos nos referindo a insegurança biomédica e ao despreparo técnico dos profissionais da saúde que atuam dentro dos hospitais, seria mais relacionado com o cuidar dessas mulheres.

Pagu teve uma experiência diferente das outras mulheres, teve uma vivência anterior ao aborto com o ambiente hospitalar que reforçou também essa mesma ideia de insegurança nesse espaço.

“...a médica pediu exames para ela realizar antes de fazer o procedimento, e em um desses exames estava escrito

gestante. Ela (Pagu) foi fazer os exames e um deles era ultrassom e o médico que realizou foi muito desrespeitoso com ela, ficou falando que era um bebê lindo, que ela iria ser mamãe, ela então demonstrou um descontentamento e falou que não queria saber se ele poderia parar de falar, ele então falou para ela que ela ia abortar e que iria ser presa, que era para tomar cuidado. “(registro da pesquisadora sobre Pagu)

Nos 3 relatos encontramos elementos que apontam o hospital como um fator de risco para elas e reforça essa insensibilidade dos profissionais para com mulheres que optam por esse caminho e o despreparo em acolher uma mulher nesse momento tão difícil. Os profissionais são tomados por preceitos morais que desrespeitam a pessoa que precisa ser cuidada naquele momento, porém também pela pressão social de estarem cometendo um crime hediondo. E dessa forma as fazem optarem por vias inseguras e perigosas que podem colocá-las em risco de vida. As 03 universitárias entrevistadas nesse estudo são casos considerados ilegais, em que nenhuma delas se enquadra nas normas da legislação brasileira e por isso não são passíveis de um cuidado hospitalar e de um respaldo legal mediante essas situações vivenciadas. Dessa maneira são obrigadas a mentir, esconder e se colocarem em risco tanto de saúde quanto de serem presas.

É importante destacar essa ambivalência desse local de cuidado (hospital), visto que para essas mulheres é visto como espaço de risco por conta do medo, culpa, da clandestinidade da situação e também em decorrência da maneira como seriam tratadas as impedindo de acessá-lo, como foi o caso de Leolinda. Porém ele chega a ser acionado por 2 das participantes (Nísia e Pagu- ainda que tenha sido através de uma clínica particular, mas que ainda sim tinha estrutura de biossegurança) justamente por ser o único local a se recorrer em caso de risco de morte ou criticidade do processo de abortamento "clandestino". Ou seja, por mais que seja um ambiente hostil, ainda sim é o único local com preparo suficiente para evitar que essas mulheres tenham complicações decorrentes do procedimento ou até mesmo morram.

O Ministério da Saúde, entre 2005 e 2011, publicou cartilhas que possuem normas técnicas aos profissionais de saúde com instruções de como devem ser os atendimentos às mulheres que tiveram a experiência de aborto, seja ela qual for - legal ou ilegal. Em sua última edição, Brasil (2011), o Ministério da Saúde dividiu em diversos passos as diretrizes que devem ser tomadas pela equipe, incluindo o acolhimento como uma das principais. O documento define acolhimento como “Acolhimento é o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolubilidade da assistência à saúde.” (Brasil, 2011). Logo após essas instruções há uma seção intitulada “Não Julgar” em que é evidenciado a importância de uma escuta sem preconceitos e empática para esse momento: “A capacidade de escuta, sem prejulgamentos e imposição de valores, a capacidade de lidar com conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são pontos básicos do acolhimento que poderão incentivar as mulheres a falarem de seus sentimentos e necessidades. Cabe ao profissional adotar uma “atitude terapêutica”, buscando desenvolver uma escuta ativa e uma relação de empatia, que é a capacidade de criar uma comunicação

sintonizada a partir das demandas das mulheres, assim como a possibilidade de se colocar no lugar do outro.” (Brasil, 2011). Destacamos aqui a importância destas políticas protetivas e equitativas, e que para que elas cheguem na ponta dos serviços de saúde, precisamos de uma cultura permeável a esta discussão. Precisamos enfrentar os discursos e práticas reacionárias que criminalizam a simples menção ao tema aborto e as pressões (condenadas) que o Conselho Federal de Medicina fez e faz aos profissionais que realizam abortos previstos em lei (Imagem 2 e 3), dentre outros retrocessos que vem acontecendo desde 2016.

Imagem 2. Reportagem do site G1 sobre resolução do CFM.



Fonte: G1.globo (2024)

Imagem 3. Reportagem sobre posicionamento do CFM a respeito do aborto.



Fonte: CNN Brasil (2024)

Visto que o Ministério da Saúde inseriu no Sistema Único de Saúde, através dessas notas técnicas, instruções de que o tratamento dessas pessoas deve, necessariamente, ser de

maneira humanizada, acolhedora e empática, é inadmissível que essas mulheres ainda sejam tratadas de maneira perversa dentro dos ambientes de saúde no SUS. Por isso, entende-se o número de participantes que concordaram em participar desse estudo e aceitaram realizar as entrevistas, visto que se torna uma ameaça para elas exporem suas vivências.

C2 - Determinantes e efeitos do aborto

*“Olhava
complacente para todos
os desastres anteriores.
E percebia que me
humanizava”
(Pagu)*

Essa categoria analítica engloba a experiência de terror das participantes com a gravidez descrevendo sentimentos terríveis como nojo, medo, raiva além da sensação de ter um parasita dentro de si. Ademais também analisa o sentimento de solidão materna e da diferença de perspectivas que tiveram com a maternidade após suas vivências com o aborto. E por fim alguns mecanismos de defesa psicológicos adotados por elas relacionados a politização da experiência do aborto como forma de suportar e ressignificar suas experiências e também a normalização do aborto tomado por algumas das mulheres.

N2.1 - A gravidez como terror

Neste núcleo de sentido é explorado a experiência, principalmente de Pagu e Nísia sobre sua vivência com a gravidez.

*“o corpo mostrou sinais... os peitos cresceram muito, e isso gerou um desconforto muito grande nela... o peito dela chegou a sair leite por causa do avanço da gravidez e foi assustador para ela... antes de engravidar tentou fazer laqueadura 2x e os médicos que a atenderam riram na cara dela, se sentiu super desrespeitada por eles. E quando ela se viu grávida, era como se o pior pesadelo dela tivesse acontecendo... o nojo veio, e não só disso, do peito que tinha mudado, do corpo... ter um parasita no corpo dela. A ideia de usar o corpo para gerar outra pessoa te deixa desesperada... sentia medo, raiva, queria explodir bebês, impotência porque usavam camisinha e mesmo assim aconteceu, se sentiu mal, deprimida, ficou interdita, foi demitida por abandono e mesmo com um atestado. Foi uma péssima experiência e não recomenda para ninguém, sentiu alívio só depois de 6 meses, antes ficou muito paranóica, ansiosa... não gosta de chamar de gravidez, teve um aborto. O normal é dizer que não ficou grávida, e que fez um aborto e não que sofreu.”
(registro da pesquisadora sobre Pagu)*

Esse trecho Pagu relata sentimentos de desespero, medo, raiva, nojo e parasitismo com a gravidez, vindos muito dessa relação que ela demonstra de desconforto com o corpo mudando, os peitos aumentando, leite saindo deles e etc, mas também com a não vontade anterior de não querer ser mãe. Ela havia tentado anteriormente realizar laqueaduras que não foram feitas, o que já expressa sua vontade em não ter filhos e quando se viu grávida, foram seus pesadelos se materializando e tornando realidade. Daí é possível entendermos seus incômodos com o corpo mudando e as fantasias sendo criadas em sua cabeça. Mas é importante destacar que essa é uma experiência altamente dolorosa, desconfortável e difícil de se ter, dar-se conta de estar vivendo algo muito indesejado demanda de uma carga emocional enorme e ainda impulsiona a tomar uma decisão em que a sociedade e talvez as pessoas mais próximas irão julgar veementemente.

*"... disse que teve uma **tocefobia (medo da gravidez)** relatou que tinha uma **fantasia de que era um alien comendo ela por dentro e era um terror...** só se lembra do **pânico que sentiu.**" (registro da pesquisadora sobre Nísia)*

Nísia também aborda esse mesmo sentimento trazido por Pagu em que sente esse pânico da gravidez e essa fantasia de ser um alien que a come por dentro, que ela denomina tocefobia. Segundo Oliveira, Radaelli e Alievi (2024) a tocefobia é o temor excessivo e patológico relacionado à gravidez ou ao parto, termo derivado do grego *tokos*, que significa parto. é uma condição incapacitante, que afeta significativamente as atividades sociais, ocupacionais, domésticas e, principalmente, as relações interpessoais. As causas desse medo podem variar, incluindo o receio da dor, de intervenções médicas no parto, da perda de controle durante a situação, da falta de suporte emocional e das condições econômicas para criar um filho, além do medo de morrer. A tocefobia é considerada um quadro de ansiedade generalizada, apresentando sintomas típicos como insônia, preocupação constante e fadiga. Ela possui duas formas, sendo a forma primária iniciada na adolescência ou no início da vida adulta, sendo caracterizada pelo medo intenso de engravidar. Apesar de ser um fenômeno pouco difundido, ele já atinge 3,7% da população mundial (Mello, Toledo, Mendes, Melerato e Mello, 2021).

Porém, diferentemente de Pagu, Nísia não nos deu conteúdo o suficiente para entendermos melhor de onde vem essas sensações. Podemos dizer que ela relaciona diversas vezes a sua gravidez com o diagnóstico tardio de autismo.

*"Teve um diagnóstico de **autismo tardio**, aos 36 anos, como também tem altas habilidades isso mascarou seu diagnóstico o que levou a **comportamentos de alto risco, com isso não existia o se agradar e sim agradar o outro e com o intuito de agradar seu parceiro, ela cedeu e transou sem camisinha.**" (registro da pesquisadora sobre Nísia)*

Nesse trecho podemos observar claramente essa relação direta. Nísia acredita que caso tivesse tido seu diagnóstico precoce isso a tornaria mais conhecedora de si e não a faria

ter esses “comportamentos de alto risco” além de não ceder suas vontades em detrimento dos outros. Essa teoria de Nísia corrobora com o que dizem alguns autores a respeito do diagnóstico precoce do autismo. Os pesquisadores Girianelli, Tomazelli, Silvia e Fernandes (2023) destacam que estudos apontam que o diagnóstico precoce é fundamental para ampliar as possibilidades de intervenção nas fases iniciais do desenvolvimento infantil. Isso contribui para a aquisição de habilidades importantes, como linguagem verbal e comunicação (habilidades cognitivas), atenção compartilhada (habilidades sociocognitivas) e autonomia e interação social (habilidades comportamentais). Além disso, a identificação precoce auxilia na orientação dos pais por meio de psicoeducação e na implementação de estratégias de manejo. Dessa forma, a literatura reforça a importância do diagnóstico precoce, pois as intervenções nos primeiros anos de vida aproveitam a maior capacidade de organização neural, promovendo um melhor prognóstico e qualidade de vida para a criança.

Porém, também podemos interpretar que isso não deixa de ser um mecanismo de defesa que Nísia desenvolveu para conseguir lidar com essa experiência, é uma fantasia criada por ela de que se a vida fosse diferente nada disso teria acontecido. Visto que essa dificuldade em dizer não aos outros e querer agradá-los em detrimento de suas vontades não é algo exclusivo de pessoas autistas.

N2.2 - Solidão materna

Neste núcleo de sentido é explorado o sentimento da solidão materna como passaram a olhar de maneira diferente a maternidade depois da experiência o aborto, principalmente de Pagu e Nísia.

*“A **maternidade** é solitária socialmente falando, quando uma mulher tem bebê, **todos vão visitar o bebê e não a mãe**, mas também reconhece que as próprias mulheres às vezes querem se fazer de **super heroínas** e acabam se sobrecarregando.”(registro da pesquisadora sobre Nísia)*

Nísia enxerga a maternidade como ela se coloca na sociedade de maneira completamente solitária. Toda a responsabilidade da nova vida é colocada em cima da mulher, além do apagamento dessa individualidade que a partir de agora só é mãe e deixa de ser mulher, cidadã e profissional. Como menciona Piola (2012) em seu trabalho dizendo que no caso das mulheres, os papéis sociais frequentemente se concentram de forma intensa na maternidade, desdobrando-se em diversas responsabilidades: alimentar, cuidar da higiene dos filhos, acompanhar sua escolaridade e monitorar seu desenvolvimento fisiológico. Além desses aspectos inerentes à função materna, somam-se os papéis ligados às relações conjugais, sejam com o esposo, companheiro ou parceiro com quem convivem. Paralelamente, há ainda a gestão do espaço doméstico, que demanda atenção à limpeza, organização, estética e outras tarefas que se acumulam ao longo da vida. É importante lembrar que essa maneira de matinar é algo socialmente construído e que fatores culturais foram determinantes para que o cenário materno se construísse dessa maneira. De acordo com (Chodorow,1990 apud Moura e Araújo, 2004), ao longo do último século, o papel das mulheres no cuidado com os filhos tornou-se progressivamente mais exclusivo, mesmo à medida que a determinação biológica para a maternidade diminuía. Chodorow também

destaca a influência da psicologia e da sociologia pós-freudianas na construção e idealização do papel materno. Essas áreas de estudo enfatizaram a relação mãe-bebê como fundamental para o desenvolvimento da criança. Nesse contexto, autores como Klein e Winnicott investigaram profundamente as chamadas relações objetais primitivas. No trabalho de Winnicott, destaca-se a importância atribuída ao ambiente no desenvolvimento infantil e à figura da "mãe suficientemente boa". Essa mãe é descrita como aquela capaz de "facilitar a integração das características únicas de cada criança, diferenciando cada bebê a partir do suporte oferecido pelo ego materno, que atua como um agente facilitador na organização do ego da criança" (Moura e Araújo, 2004).

Essa carga colocada nas costas femininas pode dar uma falsa sensação de super heroínas, com super poderes e que não só tem como conseguem dar conta de tudo, das tarefas domésticas, da maternidade, da vida profissional, da vida pessoal, do casamento. Esta pressão produz adoecimento e vulnerabilidade psicológica como depressão pós-parto e até estresse pós-traumático.

Pagu em seu relato também confessa que enxergava a maternidade e a constituição da família de maneira nuclear, família é somente pai, mãe e filhos. E que com sua experiência com o aborto houve uma expansão em seu pensar nesse sentido, enxergando a maternidade de uma maneira coletiva a partir daí.

“Suas idéias antes do aborto era de uma família nuclear. Depois do aborto enxerga como uma visão coletiva e não monogâmica, no sentido que todo mundo é responsável e todo mundo cria e ajuda a criar essa criança, como se fosse numa vila mesmo.”(registro da pesquisadora sobre Pagu)

Esse pensamento de Pagu é reforçado por Piola (2012) em sua pesquisa em que ela cita Dejours (2005) que diz que a relação do homem com o significado atribuído ao trabalho, está intrinsecamente ligada à interação com outros seres humanos, o que confere relevância ao objeto do trabalho. Ele aponta que, ao se engajar com o outro, surge uma cooperação direcionada à realização voluntária de um objetivo comum. Nesse sentido, trabalhar vai além da simples execução de funções técnicas; trata-se também de sustentar o tecido social e as dinâmicas intersubjetivas essenciais para o reconhecimento mútuo (Dejours, 2005 apud Piola, 2012). O que também se aplica à maternidade nessa visão coletiva explicada por Pagu. Porém essa visão é contrária aos padrões ainda vigentes atualmente, em especial após as eleições de 2018, houve retrocessos relacionados com a constituição de família que já haviam tido avanços aqui no Brasil. O conceito de família heteronormativo e patriarcal ganhou mais fôlego, mesmo com a maioria dos lares brasileiros serem chefiados por mulheres. Ou seja, essa solidão materna deve ser trabalhada juntamente com avanços sobre questões de gênero pela sociedade brasileira.

N2.3 - Efeitos subjetivos

Neste núcleo de sentido aborda-se estratégias de defesa adotados pelas participantes para que a experiência do aborto possa se tornar mais suportável para elas. Um dos mecanismos adotado principalmente por Pagu e Nísia foi a politização da experiência,

tornando-se militante como forma de ressignificar a experiência tão dolorosa.

*“... nunca mais **passou fome para ficar magra**, parou de se **depilar**, ela **não se rende mais a padrões**. Depois de uns meses **parou de dar o mesmo valor para as nórias do corpo... mudou como passou a ver seu corpo...hoje em dia acha uma questão política importante**, acha que as **meninas de hoje em dia não tem que passar por isso, é um direito resistir a isso...O momento passou para estudos, contatos e participação de grupos feministas, gosta de participar de eventos que dissipam isso e procura grupos que encaram isso de maneira mais ativa...Educação, buscar leituras, informação sobre e ressignificar a experiência de corpo com o útero** e isso te dá **mais segurança para falar sobre o assunto**, deram menos medo dessas sentenças que ser mulher inclui. Estudando fui **construindo o vocabulário sobre o assunto, os sentimentos, o emocional na época não foi tão verbal, então buscou articular um discurso anos depois... É parte de quem ela é, costura camadas da sua identidade, mudou como vê seu corpo**, gosta de ser um contato que as pessoas podem acessar, **faz parte da sua militância**, é uma dimensão de uma identidade de ser mulher. Alimenta a rede que a ajudou a realizar e tenta disseminar a informação do que é possível.”(registro da pesquisadora sobre Pagu)*

*“...o aborto é um direito e não deve ser criminalizado... educação sexual, primeiro para que as **mulheres e os homens conheçam e saibam seus direitos sexuais**..Ela acha que isso **perpassa a contracepção**, é sobre **cuidar do seu corpo e do outro... envolve higiene, saber como o corpo funciona, liberdade de se autoconhecer e de saber do que você gosta**. Esse autocuidado **não é estimulado nem na mulher e nem no homem**, é uma questão de **saúde coletiva... se você tem educação sexual e saúde mental existe uma autonomia; somos um estado laico em que o cristianismo manda e isso é o patriarcado se impondo sobre o corpo feminino mascarado de religião... Ela pensa muito no porque que continua criminalizado, acha que é porque não basta só tirar da lei e deixar de ser crime, tem que se construir uma rede de apoio, uma rede de saúde em volta dessa mulher e isso dá trabalho, os governantes e políticos então se eximem da responsabilidade de criar esse suporte e se escondem atrás do discurso religioso, é uma total falta de interesse na saúde pública, de trazer ações que permitam construir isso e seria um investimento a longo prazo... Se chateia com as restrições que significa ser mulher e tem se tornado uma pessoa reclusa por estar cansada de bater de frente, já que **um homem cis branco tem muito mais*****

*direitos que uma mulher trans negra por exemplo. Mas entende também essa dualidade de como você se percebe e como a sociedade te percebe. Ela mencionou já ter tido um sofrimento por não se encaixar nos estereótipos femininos, teve uma época em que já foi perua, mas parecia que estava em uma caixa, não condizia o que ela era por fora com o de dentro. Mas era mais fácil ter um disfarce. **Aconteceu uma libertação**, acredita que com o ambiente em que convive também, a juventude de hoje em dia não a cobra tanto quanto a isso.”(registro da pesquisadora sobre Nísia)*

Nos discursos de Pagu e Nísia consegue-se observar um discurso feminista muito presente. Pagu além de uma fala em prol da emancipação feminina a todo momento conseguiu transformar suas angústias em ação e se tornou uma ativista assídua da causa, com o objetivo de ajudar outras mulheres. Elas buscaram estratégias para lidar com o trauma do aborto, e tais estratégias vão na direção de engajamento na causa feminista. No caso de Pagu a experiência do aborto foi um acontecimento tão traumático que a impulsionou em ajudar outras mulheres que possam estar passando pelo mesmo.

No trecho de Nísia, observamos outro movimento. Ela não usou o mesmo mecanismo de defesa que Pagu, Nísia se limita somente no discurso. Tem uma retórica absolutamente feminista e questiona imposições sociais impostas as mulheres mas acaba por aí. Ela se limita ao discurso e suas necessidades são supridas com isso.

*“Nísia relatou que **não lembra como descobriu a gravidez...** Ao ser questionada como contou para o companheiro da época e para sua família, Nísia disse **não se lembrar...**”(registro da pesquisadora sobre Nísia)*

Nísia apresenta em suas falas, um esquecimento dos eventos, dizendo que não se lembra desses momentos que são tão marcantes dentro de uma experiência de aborto, visto que ela só engravidou uma vez e passou por essa experiência uma única vez, o que corrobora com a ideia do acontecimento ter sido traumático.

Além desses movimentos de defesa, ambas as participantes também vivenciaram uma certa racionalização desse processo.

*“Mas demorou para sair de casa porque tinha muito medo de viver agressões. O que para ela não faz sentido porque **já viveu coisas muito pesadas e que considera piores que o aborto, já apanhou na rua de um homem, já viu pessoas morrendo em ações policiais...**”(registro da pesquisadora sobre Pagu)*

*“... é um fato, assim como essa mesa é off white, isso aconteceu e foi um fato... O aborto em si ela consideram uma **experiência desnecessária, não precisava**, mas os impactos deixaram de existir já faz um tempo... **Não é nada**. Faz parte do passado dela, mexeu na sua*

*construção, ampliou ainda mais sua visão sobre maternidade, compaixão sobre ser mulher e a solitária experiência da maternidade...O aborto **foi só mais um problema, foi uma experiência desnecessária.***”(registro da pesquisadora sobre Nísia)

Nos trechos destacados, é possível perceber uma certa (naturalização/apagamento do elemento traumático ou do elemento que as implica nesse processo) normalização da experiência pelas mulheres. Pagu faz isso ao relatar que já passou por diversas situações muito “piores” do que um aborto, dessa maneira ela minimiza sua vivência e tentar de alguma forma torná-la mais “tranquila” de ser digerida. Nísia também vai por esse caminho ao dizer que foi somente mais um problema e que poderia ter sido evitado, ela minimiza a grandiosidade do evento em sua vida e se acalenta em algum lugar ao pensar que poderia ter sido evitado.

C3 - Aborto como questão de gênero

*“Que as mulheres
possam vencer as trevas
que lhes obscurecem a
inteligência, e conhecer
as doçuras infinitas
da vida intelectual.”
(Nísia Floresta)*

Essa categoria analítica tem o objetivo de abarcar alguns sentimentos que foram encontrados no relato das participantes. O abandono vivido por elas de maneira única, singular e subjetiva; a culpa, sentimento muito mencionado que pode ser associado com o moralismo tanto individual de cada uma quanto da sociedade e a decisão no limite, a experiência extrema em decidir realizar o aborto e os sentimentos envolvidos nesse contexto.

N3.1 - Abandonos

A experiência de abandono vivida pelas participantes pode ser observada de maneira distinta em cada uma delas. Visto que a definição de abandono dada por cada uma é muito singular e ocupa espaços distintos em cada realidade.

*“Medo, raiva, queria explodir bebês, impotência porque usavam camisinha e mesmo assim aconteceu, se sentiu mal, deprimida, **ficou interdita, foi demitida por abandono e mesmo com um atestado... ficou muito paranoica, ansiosa.**” (registro da pesquisadora sobre Pagu)*

O abandono para Pagu estava relacionado com suas atividades, ela abandonou sua vida quando se viu completamente sem chão vivendo uma gravidez que nunca desejou e que inclusive abominou por muito tempo, transformando toda essa experiência em um trauma. Peres, Mercante e Nasello (2005) explicam melhor tal dinâmica. A palavra "trauma" tem

origem no grego e significa uma lesão provocada por um fator externo. Esse conceito foi ampliado para o campo psicológico, onde frequentemente se entende que o trauma ocorre quando as defesas naturais da mente são ultrapassadas. Freud sugeriu que o trauma psíquico é marcado por uma sobrecarga de estímulos, que excede tanto a tolerância do indivíduo quanto sua capacidade de lidar e processar esses estímulos. A forma como uma pessoa interpreta e gerencia um evento estressante após sua vivência pode ser crucial para determinar se ele se tornará traumático. Assim, a definição de um evento como traumático depende não apenas do agente estressor, mas também, entre outros aspectos, da maneira como o indivíduo processa essa experiência. Com isso, a experiência traumática de Pagu a fez se sentir interdita, paralisada, completamente imóvel perante aquela situação o que a levou abandonar suas tarefas do dia a dia até conseguir digerir o que estava acontecendo consigo mesma.

“Disse que se tivesse tido o diagnóstico precoce nada disso teria acontecido. Nísia comentou que junto com o diagnóstico viriam terapias, orientações, aprenderia a não ser passada para trás, não teria feito coisas de graça para os outros (fazia isso porque tudo que ela queria naquela época era que as pessoas gostassem dela), o que a fez pensar que seria diferente desde o início. O diagnóstico viria junto com se entender, existir. Mas mesmo assim, ainda hoje ela continua se virando muito sozinha, a família não a entende, é muito solitário porque sempre está tentando mascarar seus comportamentos e tentando não se desorganizar. Ela gosta de pensar que teria sido menos pior... Acha que se o diagnóstico tivesse vindo antes, teria tido mais suporte de seus pais, a mãe já disse que não teria deixado ela fazer faculdade fora, teria ajudado mais, e não teria deixado ela aprender as coisas na marra, e assim talvez teria sofrido menos.”(registro da pesquisadora sobre Nísia)

Para Nísia o abandono está muito vinculado com seu diagnóstico de autismo, apesar da descoberta do autismo ter sido posterior ao aborto. Primeiro por achar que se tivesse tido seu diagnóstico precocemente poderia evitar o aborto em sua vida. Segundo por acreditar que com o diagnóstico de autismo seus pais teriam outras atitudes com ela. É desse lugar que vem seu abandono, está relacionado com essa falta de suporte de sua família que ela busca de alguma forma. O estudo de Gomes, Nascimento, Loiola e Santos (2023) reforça o quão importante é o acompanhamento de profissionais capacitados e o apoio e suporte dos pais para que crianças autistas possam desenvolver competências importantes que favoreçam seu avanço e contribuam para que explorem interesses e atividades alinhados às suas preferências. Para Nísia essa falta de suporte foi uma espécie de negligência dos pais, em não darem o suporte que ela necessitava desde a infância. Ela se sente abandonada, sozinha, solitária nesse caminho árduo que teve e que ainda tem que percorrer para se entender melhor e compreender o espaço do autismo em sua vida.

Além disso, é possível observar que Nísia cria uma expectativa, projetada na função do diagnóstico uma certa proteção: *“Disse que se tivesse tido o diagnóstico precoce nada disso*

teria acontecido.”Ela usa o diagnóstico para se proteger, a fim de lidar com a culpa e o sofrimento que o aborto lhe causou, uma certa desresponsabilização de si mesma pelo acontecimento da gravidez e posteriormente, do aborto.

*“Ele (o companheiro) chegou a perguntar para ela o que gostaria de fazer, mas **insistiu que não queria ter a criança**, ela já tinha passado por isso... No dia do aborto o companheiro **não estava lá**, Leolinda chamou a **amiga que morava com ela e começou a chorar.** (um dos abortos)”*

*“...o **companheiro também não desejava ter o filho.** Sua mãe também concordou e **decidiu que ela deveria tirar.** (outro aborto)”*

*“Desesperada, pediu **ajuda para o primo que também morava na capital... o primo não pode entrar com ela... nunca conversaram sobre o que aconteceu** (ela e a mãe), a **mãe nunca perguntou nada sobre.**” (registros da pesquisadora sobre Leolinda)*

Por fim, o abandono de Leolinda, seria o mais explícito de todos e o que mais se enquadra na definição usual de abandono. Abandono, segundo a Academia Brasileira de Letras (2008), significa ato ou efeito de abandonar; deixar só; largar; desamparar; desistir. Nesse trecho do relato de Leolinda é possível enxergar a presença dessa definição. Primeiro os companheiros, dos três abortos, não quererem os filhos e coagirem Leolinda a abortar, visto que ela não teria suporte nem emocional e nem socioeconômico em levar as gestações para frente. Esse tipo de abandono pode ser nomeado de abandono afetivo que se refere ao descumprimento das responsabilidades associadas à paternidade, especialmente no aspecto psicológico (Hohne, 2019). Mesmo a gravidez não ter sido levada adiante, podemos dizer que esse abandono ocorreu da mesma forma, visto que os companheiros de Leolinda não só ameaçaram como se eximiram da sua responsabilidade coagindo-a a realizar o aborto. Segundo é a ausência deles nos momentos dos procedimentos, a deixando sozinha passar por todo o processo estando com medo e sentindo dores além de correr risco de vida. Além disso, ela também é abandonada por sua mãe, quando esta não estava com ela no momento do procedimento e quando não conversa com ela sobre o que aconteceu, negando um suporte e um acalento para essa mulher.

É importante destacar que há uma diferença gritante entre o apoio que Pagu e Nísia tiveram quando comparadas ao apoio que Leolinda teve de seus familiares. O que demonstra mais uma diferença entre pessoas de diversos níveis sociais que podem receber maior apoio social, familiar e econômico dos seus. Enquanto as famílias mais abastadas não têm a opção de lidar com situações desafiadoras.

N3.2 Culpa e Moralismo

Neste núcleo de sentido, analisa-se o sentimento de culpa presente em todos os relatos, motivado por diferentes questões da vida das participantes.

“... pediu perdão para a alma da criança, ficou pensando no filho... na época... a fez pensar um pouco mais, a se sentir culpada mas conseguiu processar isso sozinha.”(registro da pesquisadora sobre Nísia)

Nísia foi embargada por uma culpa cristã, muito presente no imaginário das pessoas. Iwashita e Domingues (2018) explicam que na perspectiva da vida cristã, o conceito de "culpa" passou por mudanças significativas, especialmente devido à perda do sentido associado ao pecado. Embora culpa e pecado estejam intimamente relacionados, o pecado tem um alcance mais amplo, pois todo pecado carrega consigo a culpa de uma pessoa, mas nem toda culpa é necessariamente pecaminosa. Considerando a tradição judaico-cristã, desde o Primeiro Testamento, a culpa é frequentemente associada ao pecado, enquanto sua ausência é descrita como inocência. Isso é visto no relato de Nísia que pediu perdão à alma da criança, que pensava no filho, tudo isso em decorrência da sua espiritualidade da época, ela era espírita quando aconteceu o ocorrido. No espiritismo a vida começa no momento da concepção, quando o espírito reencarnante se liga ao embrião em desenvolvimento. Portanto, o aborto é geralmente considerado uma interrupção desse processo e um ato que viola o princípio do respeito à vida. O que pode corroborar com a culpa que a Nísia sentiu durante todo o processo.

*“Em todos os relatos, Leolinda destaca o **quão horrível foram as 3 experiências...** hoje não gosta de lembrar porque **o último ela viu o formato do feto e só sabia chorar.** Leolinda diz que **se pudesse não teria tirado porque era uma vida.**”(registros da pesquisadora sobre Leolinda)*

Leolinda em seus trechos não chega a mencionar a palavra culpa, mas podemos interpretar isso em algumas expressões que ela usa, como “*experiências horríveis, não gosta de lembrar, ver o formato do feto e ser uma vida*”. Além disso, enquanto narrava sua experiência, ficou muito tocada e emocionada, corroborando com a hipótese de que o sentimento despertado ao narrar/reviver foi a culpa. Esta participante não conseguiu finalizar a entrevista devido a carga emocional revivida.

Esse sentimento externalizado por Leolinda é explicado por Benute et al. (2009) em que a autora menciona que as mulheres que vivenciaram o abortamento frequentemente sentem que fugiram dos padrões socialmente aceitos, uma vez que a sociedade tende a esperar que todas as mulheres exerçam uma função maternal, associada a proteger, nutrir e cuidar dos filhos. Além disso, essas mulheres podem perceber que não se sentiram em consonância com seus desejos internos, o que intensifica sentimentos de desconforto e culpa. Esse desalinhamento entre suas necessidades internas e a realidade vivida frequentemente as leva a uma busca introspectiva por respostas.

*“Sentiu muita culpa por muito tempo, a mãe também sentiu e o silêncio do pai alimentou isso. A mãe participou de tudo, apesar do sofrimento, mas **para ela era difícil entender** porque todo mundo que ela ajudava,*

como assistente social, a abortar era porque não tinham condições de criar uma criança, mas eles tinham, e isso era difícil para ela.”(registro da pesquisadora sobre Pagu)

Pagu por sua vez chega a verbalizar que sentia culpa mas muito desse sentimento era alimentado pela postura de sua mãe. Como a mãe tinha muita dificuldade em aceitar a decisão da filha, visto que eles eram uma família que tinha condições financeiras de arcar com uma criança, o que acaba aniquilando todos os outros fatores que possam levar uma mulher a tomar essa decisão. É como se todos os motivos, que eram legítimos, que Pagu tinha em tomar essa decisão, fossem menos importantes na concepção de sua mãe e isso aumentou seu sentimento de culpa.

N3.3 - Decisão no limite

Esse núcleo de sentido é uma tentativa de demonstrar a complexidade dos motivos que levaram a essa tomada de decisão no limite para essas mulheres. As três participantes demonstram o quão difícil foi para elas toda essa vivência e como lidam com as consequências delas até hoje. É unânime dizerem que foi horrível, difícil e traumático toda essa experiência, por isso é importante dizer que não é uma decisão fácil e envolve muitas coisas além de não querer ser mãe ou não ter condições.

Pagu já tinha um histórico, certo desconforto, com relação ao seu corpo de uma maneira que a impedia de sentir qualquer coisa que não fosse um terror assim que descobriu que estava grávida. Como o nojo que relatava ter com a menstruação:

*“na vida toda **menstruação** era algo **nojento**... “(registro da pesquisadora sobre Pagu)*

Como trazido por Correia (2022), ao longo da história, observa-se uma tendência de estigmatizar e desvalorizar as capacidades reprodutivas das mulheres, especialmente em relação ao ciclo menstrual. A menstruação tem sido frequentemente associada a conceitos negativos, sendo vista como algo sujo ou desagradável. Tal ideia, socialmente imposta, pode ter influenciado Pagu a sentir esse nojo relacionado ao seu corpo e ter contribuído para esses questionamentos que ela tinha com seu corpo. A busca incessante por um corpo ideal:

*“... **passou fome para ficar magra, parou de se depilar, ela não se rende mais a padrões... Na adolescência, queria atingir um **corpo ideal** e tinha amigas que também valorizavam isso e era isso que a fazia se **sentir incluída** e hoje começou a escolher a ser **excluída** com orgulho do próprio corpo.” (registro da pesquisadora sobre Pagu)***

Esse movimento descrito por Pagu é explicado pelos autores Lima, Batista e Lara Júnior (2013) que trazem que essa busca por um corpo ideal é a procura por um prazer com esse corpo perfeito, que a torna prisioneira desse ideal, revelando um “desconforto” da cultura atual: o consumismo excessivo. Essa cultura de consumo submete o corpo a um padrão estético, prometendo juventude, saúde, sucesso e felicidade, mas, na realidade, esses excessos acabam gerando sofrimento psíquico. Os padrões de beleza e corpo feminino, longe

de serem apenas uma imposição social, também são uma demanda interna da mulher, que busca esconder a falta inerente à sua condição. Pagu refere que tentou fazer laqueadura duas vezes, mas não foi autorizada pelos médicos. Atitude essa que mostra a tentativa de se afastar da mínima possibilidade de engravidar. É importante enfatizar que muito provavelmente Pagu não conseguiu realizar os procedimentos devido alguns critérios que são estabelecidos na **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996** (Brasil, 1996), e que ela não se enquadra. Esta lei de Planejamento Familiar, estabelece as normas para a realização de esterilização, incluindo a laqueadura, e regula o acesso a métodos anticoncepcionais, sendo os critérios usados o consentimento, idade mínima, prazo de solicitação, motivos e proibição de coercitividade. A mulher deve fornecer consentimento livre e esclarecido para a realização do procedimento. O consentimento deve ser dado após o processo de orientação sobre os métodos contraceptivos e as implicações da esterilização. Ela deve ter, no mínimo, 25 anos de idade ou pelo menos dois filhos vivos. A lei visa garantir que a mulher tenha uma maturação suficiente para tomar essa decisão e que já tenha formado sua família, conforme os critérios de saúde pública. A esterilização só pode ser realizada após o cumprimento de um prazo de 60 dias de reflexão entre a solicitação e a execução do procedimento. Isso permite que a pessoa tenha tempo para reavaliar sua decisão. O procedimento pode ser realizado em situações excepcionais, como durante a realização de outro procedimento cirúrgico (exemplo: cesariana), desde que a mulher tenha expressado seu desejo de esterilização. Não pode haver indução ou coação para que a mulher escolha a esterilização. Isso é uma garantia de que a decisão seja tomada voluntariamente (Brasil, 1996). Essa frustração gerada com esses impedimentos legais, nos fazem entender tamanho desconforto com o próprio corpo e a possível justificativa a essa sensação repugnante em gerar um ser. Dado esse histórico, quando se viu grávida Pagu viu se materializar seu mais profundo medo,

*“E quando ela se viu **grávida**, era como se o **pior pesadelo dela tivesse acontecendo...**”(registro da pesquisadora sobre Pagu)*

Ela percebe em si mesma todas as mudanças corporais acontecendo e o terror a toma por completo e não deixa dúvidas, afinal engravidar seria uma sobrecarga emocional absurda que ela não estava preparada para lidar.

*“...o **peito dela chegou a sair leite por causa do avanço da gravidez e foi assustador para ela...teve pesadelos com a criança...o parto é um processo físico que ela não gosta nem de imaginar, as entranhas dela do lado de fora e de ter um parasita no corpo dela. A ideia de usar o corpo para gerar outra pessoa te deixa desesperada.**”(registro da pesquisadora sobre Pagu)*

O sair do leite de seu seio foi algo extremamente marcante para Pagu foi o limite que ela teve em tomar a única decisão que não a paralisasse e a única que poderia fazê-la se sentir minimamente melhor. Imaginava as consequências de um aborto, mas o terror, pânico vivido com a experiência de gestar uma criança, Pagu optou pelo outro caminho.

Nísia em seu relato também descreve um terror pela gravidez, muito semelhante a sensação de Pagu, mas não nos fornece elementos o suficiente para entendermos a origem desse sentimento tão extremo.

*“...ela teve **tocofobia (medo da gravidez)** relatou que tinha uma fantasia de que **era um alien comendo ela por dentro e era um terror.**”(registro da pesquisadora sobre Nísia)*

Porém, podemos observar que a decisão no limite para Nísia está muito relacionada a seu diagnóstico de autismo.

*“Não teria sido **legal até porque 50% de chance dele ser de baixo nível do espectro, 25% de ser de média a alto nível e 25% de chances de não ser do espectro, ela não iria colocar alguém no mundo para sofrer, pra ser igual a ela, é muito difícil ser ela.**”(registro da pesquisadora sobre Nísia)*

Nísia refere um “sentimento de responsabilidade” ao descrever que não seria a responsável por colocar alguém no mundo para sofrer. Há nessa conclusão de Nísia uma ressignificação tardia do aborto, visto que ela utiliza seu diagnóstico como justificativa do aborto, porém quando o abortou aconteceu, ela ainda não possuía diagnóstico de autismo, o que mostra um contexto de fragilidade psíquica e uma imaturidade que ela vivia na época.

Na entrevista de Leolinda foi possível sentir o desespero e a dor que essa decisão gerou nela.

*“Em todos os relatos Leolinda destaca o **quão horrível foram as 3 experiências, mas as justificam dizendo que só pensou em seu filho e que teria que parar de estudar, mas que mesmo assim foram decisões muito difíceis.**”(registros da pesquisadora sobre Leolinda)*

Leolinda durante toda a entrevista se emocionou demonstrando que falar sobre aquilo não era fácil, além disso ela comenta que só pensou em seu filho e como seria cuidá-lo naquelas condições. Questões essas que devem passar pela cabeça de inúmeras brasileiras nas mesmas condições de Leolinda, que não possuem uma estabilidade financeira, uma vida digna e que tem que se preocupar com necessidades básicas todos os dias. Vale lembrar que Leolinda é uma universitária indígena e isso a coloca em um certo grau de vulnerabilidade maior que as demais entrevistadas. Outra menção dela é de que teria que parar de estudar. Leolinda como a maioria dos brasileiros vê na educação o caminho da melhora de vida e abrir mão disso custa muito caro a ela e seu filho. Além disso, ela não teve apoio de ninguém, nem mesmo dos companheiros da época, se escolhesse ter as crianças teria que bancar essa decisão sozinha o que a impossibilitaria de continuar seus estudos e os cuidados com seu filho. Essa foi a decisão no limite de Leolinda e obviamente ela carrega as consequências dessa decisão até os dias atuais é o que mostra em seu choro carregado de dor e sofrimento.

Vale ressaltar que nenhum dos motivos que levaram essas mulheres a tomarem essa decisão no limite são ilegítimos. Todos possuem sua legitimidade e são compreensíveis devido às circunstâncias de cada contexto e história de vida. A decisão pelo aborto não é um

ato circunstancial, que surge apenas no momento da gravidez não desejada, mas vai sendo construída ao longo da vida destas mulheres, por determinantes de gênero, de etnia, de estrutura psicossocial. O objetivo desse núcleo de sentido é mostrar que essa decisão não foi fácil, que as três possuem dores que as fizeram chegar até esse lugar e o quão complexo e individual é o debate desse tema que abarca tantas nuances diferentes.

C4 - Crenças e valores sobre gênero/sexualidade

*“ Senti, então, em mim
despertar o
espírito da
revolta;
compreendi ser necessário
uma campanha
persistente e tenaz no
sentido de DESTRUIR
o terrível
preconceito.”
(Leolinda Daltro)*

Esta categoria analítica abarca a temática de crenças e valores sobre sexualidade que as três participantes carregam consigo e que podem ser advindas de suas experiências ou socialmente construídas. Para isso analisaremos a maternidade e como essas mulheres a enxergam; o ser mulher na sociedade atual e contar suas histórias de vida afetiva sexual.

Nessa categoria só será analisada as experiências de Pagu e Nísia pois não foi possível obter as respostas de Leolinda a respeito dessas questões.

N4.1 - Maternidade

Esse núcleo de sentido visa entender as crenças e valores dessas participantes a respeito da maternidade, como elas a vê e como acham que o aborto influenciou nessa visão.

Para Pagu o aborto foi um acontecimento que teve o poder de modificar sua visão relacionada a maternidade.

“Suas idéias antes do aborto era de uma família nuclear.”(registro da pesquisadora sobre Pagu)

Quando ela se refere a família nuclear quer dizer que para ela a família era composta por um núcleo central formado por dois pais (ou responsáveis) e seus filhos, sem a inclusão de parentes mais distantes no convívio diário. Mas algo mudou depois do aborto.

“Depois do aborto enxerga como uma visão coletiva e não monogâmica, no sentido que todo mundo é responsável e todo mundo cria e ajuda a criar essa criança, como se fosse numa vila mesmo...tem muitas amigas mães e tem um vínculo afetivo muito forte com essas amigas. Considera a maternidade como coletiva,

comunitária, a mulher que for mãe sozinha está sofrendo uma violência.”(registro da pesquisadora sobre Pagu)

Depois de sua experiência de aborto Pagu modificou seu modo de pensar a maternidade. Hoje em dia ela a considera um ato coletivo e comunitário, até mesmo como uma forma de desconstruir essa sobrecarga depositada nas mulheres. Com a ideia de que se todos forem responsáveis não pesa para ninguém o fardo dessa responsabilidade. Ideia essa muito semelhante com a descrita por Engels (1986), em que o estudo da história primitiva, nos mostra contextos em que os homens praticavam a poligamia, enquanto outros adotavam a poliandria. Nesse cenário, os filhos de ambos os grupos eram considerados como pertencentes a todos. Com o tempo, essas práticas passaram por diversas mudanças e, eventualmente, levaram à prevalência da monogamia.

Nísia já é mais realista em sua ideia de maternidade ela descreve apenas sua visão não fazendo distinção entre os momentos vividos por ela.

*“Acha que a **maternidade é solitária** socialmente falando, quando uma mulher tem bebê, **todos vão visitar o bebê e não a mãe**, mas também reconhece que as próprias mulheres às vezes querem se fazer de **super heroínas** e acabam **se sobrecarregando...solidão da maternidade**, as pessoas acham que **deixar a mulher sozinha tá tudo bem** e não que ela **tem que ser respeitada** e isso ninguém questiona e se você fala, você não tem lugar de fala porque você não é mãe...”(registro da pesquisadora sobre Nísia)*

A solidão materna destacada por Nísia é um constructo muito complexo com definições distintas porém com alguns pontos em comum. Primeiramente, todas as definições sugerem que a solidão decorre de falhas nas relações sociais do indivíduo. Em segundo lugar, a solidão é sempre vista como um fenômeno psicológico subjetivo e, por isso, não pode ser confundida com isolamento social. Por fim, a solidão resulta de uma relação claramente insatisfatória. De acordo com Fernandes e Neto, 2009 apud Pinto, 2011, a solidão deve ser compreendida como o produto da insatisfação em relação ao número ou à qualidade das interações sociais de uma pessoa, e não da total ausência de contato social (Pinto, 2011).

Esse fenômeno vivenciado pelas mães pode acarretar no processo que Nísia chama de mulheres que querem se fazer de super-heroínas, essa ideia reflete uma metáfora para o desejo ou a pressão de desempenharem múltiplos papéis com excelência, muitas vezes de maneira idealizada e sobre-humana. Essa busca, seja imposta pela sociedade ou auto imposta, está profundamente conectada às expectativas culturais, sociais e emocionais que recaem sobre as mulheres. Isso porque mesmo após avanços nas questões de igualdade de gênero, as mulheres ainda carregam expectativas tradicionais de cuidado com a família, ao mesmo tempo que buscam realizar-se profissional e pessoalmente, porém com um agravante atual que é essa supervalorização da agilidade, da habilidade de realizar várias tarefas ao mesmo tempo e da comparação excessiva atual. Essas questões são internalizadas pelas mulheres a partir do processo de internalização explicado por Vygotsky (1984), de acordo com ele, a internalização transforma um processo que ocorre entre as pessoas em um processo que

acontece dentro do indivíduo. Todas as funções no desenvolvimento da criança se manifestam duas vezes: primeiramente, no plano social, e, em seguida, no nível individual; inicialmente, entre as pessoas (no plano interpessoal), e, depois, dentro da criança (no plano intrapessoal) (VYGOTSKY, 1984, p. 64). Assim, o que é culturalmente construído se torna parte do senso de identidade e da experiência subjetiva. O que explica essa auto imposição das mulheres com elas mesmas que acaba as adoecendo também.

N4.2 - Ser mulher

Esse núcleo de sentido se refere ao ser mulher na perspectiva das duas participantes, o que elas enxergam em ser mulher, os sentimentos que as tomam e processos que fazem parte desse universo que não concordam ou que não fazem sentido para elas.

Pagu, como uma militante da causa possui uma visão bem politizada sobre ser mulher e transfere sua vivência com o aborto para uma militância a fim de ajudar outras mulheres com a causa.

“... educação, buscar leituras, informação sobre e ressignificar a experiência de corpo com o útero e isso te dá mais segurança para falar sobre o assunto, deram menos medo dessas sentenças que ser mulher inclui... é uma dimensão de uma identidade de ser mulher. Alimenta a rede que a ajudou a realizar e tenta disseminar a informação do que é possível.”(registro da pesquisadora sobre Pagu)

Para Pagu a educação foi uma forma que a ajudou em ressignificar sua experiência tão traumática com o aborto, podendo ajudar outras mulheres e também a deu respaldo para questionar esses padrões e imposições que acometem as mulheres. Além disso, também a deu munção para conseguir alimentar a rede que a ajudou e a disseminar informações verdadeiras e com fundamento científico sobre o aborto.

Além disso, Pagu também contou um pouco de sua trajetória ao se perceber mulher e depois do aborto como essa questão foi ressignificada por ela.

“...antes de namorar (o namorado da época do aborto) tinha uma hiperfeminilidade tóxica, coquetismo (preocupação em agradar ou seduzir através da aparência), fazia balé, usava salto, se entendia mulher enquanto uma performance e não tinha prazer nisso, tinha medo de tirarem seu acesso para frequentar os lugares de classe média que frequentava, era muito condicionada à validação social, forçar coisas, se valer de privilégios sociais... Começou a se entender como mulher desfeminizada quando entrou nos grupos de feminismo(após o aborto), assumiu a binariedade como uma posição política, mas se questiona e não sabe se tem sinais sociais que te coloca fora do binarismo.” (registro da pesquisadora sobre Pagu)

Pagu começa descrevendo uma hiperfeminilidade tóxica que possuía antes da sua vivência com o aborto. A hiperfeminilidade é frequentemente descrita como a "garota excessivamente feminina", destacando de forma exagerada as características femininas e deixando de lado as qualidades associadas ao universo masculino. Esse conceito se refere a pessoas que se identificam com representações estereotipadas do feminino, como o uso de maquiagem, estilos de moda que exigem alta manutenção, entre outros (SINGH, 2021; ANDERSON, 2021 apud Barros, 2022). Podemos deduzir então que o sufixo tóxico, adotado por Pagu gera uma conotação negativa ao adjetivo hiperfeminilidade a considerando algo que fosse exacerbado e por isso causasse algo ruim em sua relação com o corpo. Além disso, ela também destaca que um dos comportamentos que possuía era o coquetismo. Georg Simmel escreveu sobre a "Psicologia do Coquetismo", retratando esse fenômeno como um comportamento caracteristicamente feminino, inserido em um jogo erótico de sedução. Embora envolva o comportamento masculino, o foco principal está em certas qualidades lúdicas, que são ativadas tanto pelo comportamento da mulher quanto por ela mesma (Mangabeira, 2020). Pagu menciona outros comportamentos que julga extremamente femininos e que não tinham muito sentido para ela realizá-los. Consegue perceber que os fazia por uma questão de pressão social, dos lugares que frequentava e para se sentir aceita pelo seu grupo social. Para explicar esse movimento é necessário adicionar o conceito de inserção social proposto por Camino e colaboradores a Inserção Social pode ser compreendida como a sensação de pertencimento a diferentes organizações da sociedade civil. A identificação com certos grupos sociais adquire um caráter ideológico, de modo que a Inserção Social concreta do indivíduo passa a moldar e orientar sua percepção sobre questões sociais, como crenças, normas e relações raciais (Nunes e Camino, 2011). Esse movimento é muito visível no comportamento de Pagu, a qual houve uma adequação aos ambientes a fim de uma aceitação social. Após seu episódio de aborto Pagu se entende como uma mulher desfeminilizada, completo oposto do que se via anteriormente, e começa a se reconhecer como não binária. Acredita que essa transição foi feita por uma motivação mais do que tudo, política. Para entendermos melhor esse ser não binária que Pagu cita, iniciaremos um entendimento do binarismo de gênero, que Bezerra (2019) explica como a divisão rígida do gênero em masculino e feminino, refletida em várias áreas da vida social, cultural, econômica e política. Em outras palavras, trata-se da categorização de gênero em duas formas distintas e opostas. Portanto, o não binarismo seria a negação dessa divisão rígida de uma estrutura social, que reconhece a existência de múltiplas possibilidades de existência. É importante destacar o quão modificador foi o acontecimento do aborto na vida de Pagu, a ponto dela se descobrir uma pessoa completamente diferente do que era e conseguir problematizar questões que gênero que ela mesma sofria e se impunha.

Coincidentemente, Nísia no seu relato menciona apontamentos muito semelhantes ao de Pagu.

“... refere ter dificuldade em se encaixar em ser feminina, ela aceita isso mas não acha legal. Se chateia com as restrições que significa ser mulher e tem se tornado uma pessoa reclusa por estar cansada de bater de frente, já que um homem cis branco tem muito mais direitos que uma mulher trans negra por exemplo. Mas

entende também essa dualidade de como você se percebe e como a sociedade te percebe. Ela mencionou já ter tido um sofrimento por não se encaixar nos estereótipos femininos, teve uma época em que já foi perua, mas parecia que estava em uma caixa, não condizia o que ela era por fora com o de dentro. Mas era mais fácil ter um disfarce. Aconteceu uma libertação, acredita que com o ambiente em que convive também, a juventude de hoje em dia não a cobra tanto quanto a isso.”(registro da pesquisadora sobre Nísia)

No relato de Nísia é possível perceber que, assim como Pagu, ela também tem dificuldade em se colocar nesse lugar feminino imposto pela sociedade. Quando pensamos em uma mulher imaginamos alguns atributos como vaidade, cuidados com a aparência e beleza, empatia, cuidado, sensibilidade, gentileza, doçura, delicadeza e todas aquelas mulheres que não se encaixam nessas características se sentem menos mulheres e acaba gerando um sofrimento mental nelas, assim como foi com a Nísia. Sentimentos de impotência, de exclusão e não pertencimento, elas começam a questionar a si mesmas ao invés de questionar os padrões que são impostos e se eles são possíveis de serem atingidos. Mas ao mesmo tempo, Nísia menciona uma libertação muito vinculada à troca de ambiente em que vivia. O ambiente pode ser um importante determinante nas expectativas que possam ser criadas a um determinado grupo social, isso gera uma pressão estética que impacta diretamente a autoestima, a saúde mental e os comportamentos das pessoas. Por isso essa libertação de Nísia ao mudar de ambiente é tão nítida e entendível.

N4.3 - História Afetiva Sexual

Esse núcleo de sentido tem o objetivo de descrever a história afetiva sexual de Nísia e Pagu a fim de verificar semelhanças e diferenças entre elas e se há o elemento gênero determinando toda essa história de vida.

“...no fundamental os primeiros beijos foram com meninas e meninos, isso era muito normal para ela, não havia nenhum problema. No colegial começou a entender homofobia (as amigas falavam pra ela não misturar as coisas porque elas eram só amigas), começou a entender que o corpo começou a mudar e com isso começou a mascarar sua vontade de ficar com meninas. Na faculdade entendeu que era bissexual e entendeu que poderia namorar quem quisesse. 1 ano namorou um homem sis, 4 meses namorou uma menina, namorou 4 anos o homem com quem fez um aborto, namorou 1 mulher mais velha 2 anos. Todos foram relacionamentos hierarquizados mas abertos. Entendia que não queria casar porque achava que estava relacionado com alguém ser seu dono. Apesar dos relacionamentos de seus pais (católicos, monogâmicos, heterossexuais) sempre pareceu um casamento sem amor e nunca quis algo parecido. Se interessou pela não monogamia

*quando começou a estudar anarquismo na escola e se a 100 anos atrás já se falava de casamentos não monogâmicos pq não hoje? Foi ajustando e **melhorando a comunicação com seus parceiros sobre isso e hoje em dia é tranquilo quanto a isso. No relacionamento não binário as relações com os amigos têm a mesmíssima importância que os relacionamentos sexuais, são todos relacionamentos.***”(registro da pesquisadora sobre Pagu)

Pagu inicia seu relato dizendo que existia desde muito nova uma bissexualidade em sua subjetividade e que para ela isso era algo muito normal, apesar de ter sido criada em um ambiente heteronormativo. Disse que isso só se tornou um problema no ensino médio quando suas amigas começaram a impor limites sobre suas relações insinuando que ela sempre daria em cima delas por ser bissexual. Desde esse momento podemos visualizar um preconceito velado para com Pagu. As pesquisadoras Souza, Barros, Santos e Pena (2022) descrevem essa deslegitimação enfrentada pelos bissexuais explicando que o binarismo presente na sociedade distorce tudo o que não se encaixa em uma lógica dual, como a bissexualidade, que ainda é frequentemente associada a estereótipos como infidelidade, traição e promiscuidade. Isso resulta na banalização dessa orientação, que permanece desvalorizada e desrespeitada (Monaco, 2020 apud Souza, Barros, Santos e Pena, 2022).

Posteriormente, Pagu descreve alguns de seus relacionamentos e comenta seu descontentamento com a instituição casamento. O casamento, segundo o Dicio (2025) é 1. União que, efetuada de modo voluntário e entre duas pessoas, é sancionada de acordo com a lei, dando origem a uma família. 2. Cerimônia, civil e/ou religiosa, em que se celebra a ação do casamento. Sendo que ele pode envolver uma parceria legal e afetiva entre os cônjuges, com obrigações e direitos que variam conforme as leis e normas culturais de cada sociedade. O incômodo de Pagu com o casamento está muito ligado com a instância social que ele possui, o qual em uma sociedade patriarcal, essa instituição abre brechas para a perpetuação do machismo. As pessoas envolvidas são donas umas das outras, possibilitando essa sujeição de posse entre elas a qual a mulher sempre é inferiorizada e acaba sofrendo diversas violências nesse processo. Isso devido ao histórico machista em que as mulheres eram tratadas como objetos pertencentes aos homens de sua família e quando se casavam aos seus maridos.

Atualmente questões tão extremas foram abolidas porém alguns resquícios dessa cultura ainda se perpetuam como é mostrado por Pagu ao citar o casamento de seus pais em que, em sua visão, chega a ser um casamento por conveniência, sem afeto e amor envolvido. Pagu por fim menciona sua identificação com a não monogamia devido ao seu descontentamento com todas essas questões que acercam a monogamia na sociedade atual. Apesar de não especificar qual tipo de relacionamento não monogâmico se enquadra, Pagu deixa bem claro que para ela o importante é a relação com as pessoas independente de qual tipo seja.

“...Entrou na puberdade precocemente, entre 9/10 anos, teve sua primeira relação sexual aos 15 anos (se tivesse a cabeça de hoje não seria tão cedo); namorou bastante mas com poucos relacionamentos duradouros, tiveram

relacionamentos com abuso sexual e psicológico também. Mas depois do diagnóstico percebeu que se não for para acrescentar, é melhor nem chegar perto. Esse lance caótico de estabelecer relações está relacionado com não querer. No seu primeiro namoro (durou 4,5 anos) ela percebeu que não era ela, foi se perdendo de si mesma, se dispersou do que era. Depois, mais madura, morou com um cara por 4 anos e era um relacionamento bem saudável, mas percebeu que ela estava virando mãe dele e não mulher, quando isso aconteceu, ela terminou. Depois se relacionou com um rapaz autista, mas percebeu que a postura dele não era compatível com a dela. Ele tinha uma vida muito privilegiada financeiramente e se via no direito de criticar a casa dela, as coisas dela. Ele era literal demais e não tinha noção que certas coisas não precisavam ser ditas mesmo sendo autista. Assim, ela chegou a conclusão de que o que ela esperava e queria, ela conseguia sozinha, prazer sexual, coisas práticas. As pessoas não conseguem entender que relacionamento é uma construção a dois.”(registro da pesquisadora sobre Nísia)

Nísia traz em seu relato diversos marcadores de gênero. Sendo importante destacar que os marcadores de gênero fazem parte dos marcadores sociais da diferença, um campo de estudo das ciências sociais que busca compreender como se formam, socialmente, desigualdades e hierarquias entre os indivíduos. É essencial entender que a noção de diferença deve ser analisada em um contexto relacional, considerando aspectos históricos, sociais, culturais, geográficos e outros, antes de ser interpretada como indicador da reprodução de relações desiguais. Com essa perspectiva, a diferença torna-se um marcador social quando resulta em posições desiguais para as pessoas na sociedade (Brah, 2006; Moutinho, 2014; Vencato, 2014 apud Marques, 2019). Nísia relata que em vários dos seus relacionamentos sofreu violências, algo muito comum entre mulheres que acabam sendo vulneráveis a essas situações. Isso porque existem fatores sociais, culturais, históricos e estruturais que perpetuam a desigualdade de gênero. Dentro dessas violências, Nísia descreve que estava se perdendo de si mesma dentro do relacionamento, relato muito semelhante aos de diversas mulheres que sofrem violência psicológica. Isso porque a violência psicológica é uma das formas mais íntimas de agressão contra a mulher, em que as palavras possuem um grande potencial para machucar, enfraquecer e abalar sua autoestima (Siqueira e Rocha, 2019). Sendo uma das principais causas do desencadeamento dessa violência a desigualdade de gênero. Diversos autores concordam ao apontar a desigualdade de gênero como uma das causas da violência psicológica contra a mulher. Eles destacam que essa dinâmica gera ciclos viciosos de crenças e comportamentos que impactam tanto a vítima quanto aqueles sob sua responsabilidade. De acordo com essa perspectiva, observa-se que a sociedade contribui para consolidar a visão de superioridade masculina, atribuindo papéis distintos para homens e mulheres. Nesse contexto, os homens são geralmente associados a posições de destaque e poder, enquanto as mulheres são destinadas, em grande parte, a funções restritas ao ambiente

doméstico (Monteiro e Zaluar, 2012; Zacan, Wassermann e Lima, 2013 apud Siqueira e Rocha, 2019). A continuação de seu relato caminha também para a mesma problemática da desigualdade de gênero onde Nísia conta que estava se tornando mãe de seu companheiro. Esse movimento é muito comum de acontecer visto que as mulheres foram criadas para cuidar dos outros e conseqüentemente de seus maridos também. Porém esse cuidado acaba sendo extrapolado tanto pelos homens quanto pelas próprias mulheres que já introjetam em si esse papel materno sobre os demais. É importante ressaltar que é indispensável Nísia conseguir fazer esse movimento de se enxergar dentro de seus relacionamentos e perceber a posição que está ocupando e caso não seja o lugar que queira estar, conseguir mudar.

No último relato de Nísia sobre seus relacionamentos, ela menciona um desconforto com o companheiro que a diminuía dada sua posição social mais elevada. Outro movimento comum em diversos relacionamentos heteronormativos, em que o homem privilegiado tenta diminuir a mulher de alguma maneira, nesse caso, era desmerecer sua casa e suas coisas. Isso porque percebe-se que, com a definição dos papéis sociais, a mulher foi sendo progressivamente subordinada à ideia de superioridade masculina. No contexto familiar, o homem é visto como o provedor, responsável por trabalhar e com autonomia para tomar decisões, inclusive sobre a vontade da mulher. Por outro lado, a mulher assume a responsabilidade de cuidar da casa e dos filhos (Siqueira e Rocha, 2019). Nesse exemplo em específico o homem era diagnosticado com autismo, o que pode confundir um pouco essa questão de gênero, visto que autistas são bastante literais e tem muita dificuldade em comunicar as coisas de maneira mais sutil. Porém para além dessa questão, há aqui uma questão de gênero bem marcada que corrobora com a visão patriarcal que já foi citada anteriormente.

Por fim, Nísia menciona o desejo de não se relacionar mais com ninguém, visto que todas as suas escolhas amorosas foram ruins e que consegue satisfazer suas necessidades sozinha.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados na primeira etapa do estudo, a partir do formulário Caracterização Integral do Participante (Google Forms) permitem traçar um perfil geral das participantes que participaram da primeira etapa da pesquisa como sendo mulher, 23 anos, branca, cursando o 4º ano de graduação na área da saúde na Universidade Federal, agnóstica/sem crença religiosa. São majoritariamente do sudeste, mais especificamente do interior de São Paulo. Possuem renda familiar entre R\$5.000,00 e R\$10.000,00, ou seja, fazem parte de famílias de classe média, e renda individual de R\$1,00 até R\$2.000,00. Esses dados são fundamentais para entendermos os resultados do Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade (Serenó, Leal & Maroco, 2009) que indicou que essa população acredita pouco que a maternidade seja o projeto principal da mulher; que o prazer feminino é algo bastante significativo afirmando a relação entre prazer e a sexualidade feminina; há uma tendência em acharem retrógrada a ideia da reprodução ser uma função primordial da sexualidade feminina; não deixaram claro se concordam ou não com a ideia da vida sexual feminina também ser vinculada com a vida afetiva e se portaram como mediana no que diz respeito as representações negativas do aborto, ou seja, não houve nenhum destaque quanto

aos valores referentes a isso, se apresentando uma população nem progressista e nem conservadora sob esse aspecto. Isso evidencia a complexidade do tema e das experiências, as ambivalências e a determinação dos valores culturais e morais em interface com a faixa etária do grupo, isso porque, jovens tendem a ser menos conservadores, e isso revela que existem representações negativas sobre o aborto, mas também existem representações não negativas. Essas análises foram organizadas no quadro abaixo (Quadro 04) para melhor compreensão.

Quadro 04. Análises do Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade.

Subescala	Média	Análise
REPRODUÇÃO	5,2 pontos	Tendência retrógrada a ideia da reprodução ser uma função primordial da sexualidade feminina.
PRAZER	13,1 pontos	O prazer feminino é algo bastante significativo afirmando a relação entre prazer e a sexualidade feminina.
AFETIVIDADE	9,3 pontos	Não fica claro se concorda ou não com a ideia da vida sexual feminina também ser vinculada com a vida afetiva
ABORTO	9 pontos	Não houve nenhum destaque quanto aos valores referentes ao aborto, se apresentando uma população nem progressista e nem conservadora sob esse aspecto.
MATERNIDADE	7,5 pontos	Acreditam pouco que a maternidade seja o projeto principal da mulher.

Ainda nessa etapa da pesquisa observou-se que para algumas das participantes gravidez e aborto não estão necessariamente vinculados, é uma experiência psicossocial que desvincula um fenômeno do outro além de ser uma experiência absolutamente traumática e em que as participantes recorrem a estratégias para superar e resignificar esse evento em suas vidas.

Na segunda etapa da pesquisa, na Categoria Analítica 01- Experiência do Aborto, destacamos a presença de um determinante etnossocial importante que diferencia as participantes e que reforça que quem não chega no equipamento de saúde é quem mais corre riscos. Além disso houve a problematização do hospital como espaço de cuidado para essas mulheres e como a ilegalidade do aborto contribui para isso. Na Categoria Analítica 02- Determinantes e efeitos do aborto, foi tratado como o evento do aborto pode ser traumático dentro da experiência individual de cada uma. Destaca-se aqui a experiência de Pagu e Nísia com suas experiências de terror com a gravidez e relembramos que na primeira etapa elas relataram não se sentirem grávidas durante todo o processo anterior ao aborto. Isso é importante para observarmos que o fenômeno da gravidez não se resume ao evento biológico e há a existência de uma dimensão psicossocial. A Categoria Analítica 03- Aborto como questão de gênero, retrata os sentimentos de abandono, culpa e toda a carga emocional recrutada pelas participantes para enfrentar o evento traumático vinculados com questões importantes de gênero. E por fim a Categoria Analítica 04- Crenças e valores sobre gênero/sexualidade, destacamos a busca por leituras, estudos que as duas participantes (Pagu e Nísia) tiveram como forma de lidar com a experiência do aborto.

Com essas considerações feitas, destacamos algumas dificuldades que foram encontradas no decorrer da pesquisa. Na 2ª etapa tivemos dificuldades para que as pessoas

selecionadas aceitassem participar da etapa de entrevista individual. Hipotetizamos que em função da entrevista ser direcionada às pessoas que assinalaram (no questionário virtual) terem vivenciado situação de aborto, estar em situação de narrar (e reviver) a respeito de uma vivência que pode ser dolorosa, pode explicar as dificuldades em conseguirmos o número esperado de entrevistas para esta fase da pesquisa. O que corrobora com a ideia de dado a complexidade do tema, não ser possível analisar profundamente a experiência do aborto através de questionários, visto a diferença no número de participantes da amostra (1ª etapa n= 110; 2ª etapa n= 3).

Como dito na justificativa e desenvolvido ao longo da pesquisa, esse estudo visou investigar as representações sociais sobre aborto em público universitário a fim de contribuir para subsidiar ações de emancipação da condição feminina, combater o tabu e preconceito vinculado a esta temática, apoiar ações de educação em saúde sexual e reprodutiva para públicos específicos e também instrumentalizar melhor profissionais de saúde que lidam com este tipo de demanda de saúde. Isso só será possível através de discussões e diálogos a respeito do assunto em todos os ambientes como escolas, universidades, equipamentos de saúde instrumentalizando a população é possível haver melhorias.

Visando propor um movimento nesse sentido, como planejamento de compartilhamento com a comunidade acadêmica, está previsto uma devolutiva dos resultados junto a instâncias da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), visando problematizar possíveis ações de educação em saúde, espaços de debate sobre a temática de gênero e do aborto. A UFSCar tem uma Coordenadoria de Articulação em Saúde Mental (CASM), bem como tem uma Política Institucional para Prevenção, Redução e Mitigação de Danos da Violência. Identificamos que estes espaços podem ser importantes para compartilharmos e debatermos sobre os resultados da pesquisa.

8. REFERÊNCIAS

ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. *Dicionário escolar da língua portuguesa*. 2. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2008.

Aborto, assistolia e feticídio: o que está em jogo na resolução do CFM que trava atendimento a vítima de estupro. *Gl.globo*, 18 maio 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/noticia/2024/05/18/aborto-assistolia-e-feticidio-o-que-esta-em-jogo-na-resolucao-do-cfm-que-trava-atendimento-a-vitima-de-estupro.ghtml> . Acesso em: 07 jan. 2025.

BARBIERI, D.; PILATI, R. Julgamento moral do aborto: influência da atitude prévia, princípios deontológicos e utilitaristas. *Psico-USF*, v. 23, n. 3, p. 527–537, jul./set. 2018.

BARROS, T. M. *O adolescer da menina-monstro: a sexualidade feminina como veículo do terror*. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Tecnólogo em Escrita Criativa) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

BELANDI, C. Em 2021, pobreza tem aumento recorde e atinge 62,5 milhões de pessoas, maior nível desde 2012. In: Agência IBGE Notícias. *Editoria: Estatísticas Sociais*, 05/12/2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/35687-em-2021-pobreza-tem-aumento-recorde-e-atinge-62-5-milhoes-de-pessoas-maior-nivel-desde-2012> . Acesso em: 20 jul. 2023.

BENUTE, G.R.G. (2005). Do diagnóstico de malformação fetal letal à interrupção da gravidez : psicodiagnóstico e intervenção [Dissertação de doutorado não publicada]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

BENUTE, G. R. G. et al. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 55, n. 3, p. 322–327, 2009.

BEZERRA, T. G. Binarismo de gênero como fato social: inflexões conceituais na sociologia clássica. *Anais IV Desfazendo Gênero*. Campina Grande: Realize Editora, 2019. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/64051>. Acesso em: 5 jan. 2025.

BOMFIM, V.V.B. et al. (2021). Mortalidade por aborto no Brasil: Perfil e evolução de 2000 a 2020. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10(7), e49910716866. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16866>

BORSARI, C.M.G. (2012). Aborto provocado: vivência e significado. Um estudo fundamentado na fenomenologia [Dissertação de mestrado não publicada]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

BORSARI, C. M. G. et al. Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioeconômicos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 35, n. 1, p. 27–32, jan. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, *DataSUS 2022*. Acesso em outubro de 2022; disponível em <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>

BRASIL, Min. da Saúde, *DataSUS 2022*. Acesso em fevereiro de 2023; disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>

BRASIL, Ministério da Saúde, *DataSUS 2023*. Acesso em fevereiro de 2023; disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>

BRASIL. Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. *Código Penal*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 3 jan. 2025.

BRASIL. *Decreto-lei n.º 4.377, de 13 de setembro de 2002*. (2002). Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm

BRASIL. Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Dispõe sobre o planejamento familiar e outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 jan. 1996. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em: 3 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos*. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 428 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*. 2. ed. Brasília: *Ministério da Saúde*, 2011.

BRASIL. Presidência Da República. *Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013*. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. *Diário Oficial da União* 2013; 2 ago.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. (2013). IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. Resenha. *Temas em Psicologia*. Vol.21.(2).p.513-518 DOI: 10.9788/TP2013.2-16

CASTRO, C.R.; CASTRO, M.R. (2018). Metáforas no processo de objetivação de representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, 30, e159429. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30159429>

CNN Brasil. Após falas de presidente, CFM recua da discussão sobre equiparação de pena de aborto a homicídio. *CNN Brasil*, São Paulo, 2 jun. 2024. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/apos-falas-de-presidente-cfm-recua-da-discussao-sobre-equiparacao-de-pena-de-aborto-a-homicidio/>. Acesso em: 7 jan. 2025.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (Conep) (2021). *Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual*. Pró-reitoria de pesquisa - Propq. Recuperado em junho 21, 2023, em <https://www.propq.ufscar.br/etica/cep/ORIENTAESPARAPROCEDIMENTOSEMPESQUISASCOMQUALQUERETAPAEMAMBIENTEVIRTUAL.pdf>

CORREIA, I. D. O. *O papel do sentimento de nojo na experiência de auto-objetivação feminina e impacto no bem-estar subjetivo*. 2022. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Bem-Estar e Promoção da Saúde) – Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas, 2022.

COUTINHO, M.P.L.; Bú, E.. (2017). A técnica de associação livre de palavras sobre o prisma do software Tri-Deux-Mots (version 5.2). *Revista Campo do Saber*. Volume 3 - Número 1 - jan/jun de 2017 pag. 219.

CRENSHAW, K.. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, 10(Rev. Estud. Fem., 2002 10(1)). <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>

DECRETO Nº 4.377, DE 13 DE SETEMBRO DE 2002. (2002). Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm.

DICIO. Casamento. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/casamento/>. Acesso em: 5 jan. 2025.

DINIZ, D. (2005). *Aborto e Razão Pública: O Desafio da Anencefalia no Brasil*. Série Anis 40. Brasília: Letras Livres, 1 - 9.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(2):653-660, 2017.

Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo [Abortion care guideline: executive summary]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ENCICLOPÉDIA JURÍDICA DA PUCSP. (2020). Recurso eletrônico World Wide Web. São Paulo, SP.

ENGELS, F. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. Rio de Janeiro: Global Editora, 1986.

EURICO, P.; et al Câmara Dos Deputados. *PL 6.055/2013*. Revoga-se a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, que "dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral, às pessoas vítimas de violência sexual" [Internet]. [acessado 2023 agosto 14]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=586417>

FERRARI, W.; PERES, S. Itinerários de solidão: aborto clandestino de adolescentes de uma favela da Zona Sul do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00198318, 2020.

Frazão, D. PAGU: Escritora Brasileira. *eBiografia*. Disponível em: <https://www.ebiografia.com/pagu/>. Acesso em: 6 jan. 2025.

GALEOTTI, G. *A História do aborto*. São Paulo: Edições 70, 2007. 174p.

GIRIANELLI, V. R.; TOMAZELLI, J.; SILVA, C. M. F. P.; FERNANDES, C. S. Diagnóstico precoce do autismo e outros transtornos do desenvolvimento, Brasil, 2013–2019. *Rev Saude Publica*, 2023; 57:21. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004710>.

GOMES, L. S.; NASCIMENTO, D. M. P. C.; LOIOLA, M. Q.; SANTOS, W. L. dos. Dificuldades encontradas por pais e cuidadores para o desenvolvimento de crianças autistas: uma revisão da literatura. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, Brasil, São Paulo, v. 6, n. 13, p. 1714–1734, 2023. DOI: 10.55892/jrg.v6i13.767. Disponível em: <http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/767>. Acesso em: 4 jan. 2025.

HARDY, E.; ALVES, G. Complicações pós-aborto provocado: fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 8, n. 4, p. 454–458, out. 1992.

HOHNE, M. R. M. *O abandono afetivo como expressão do “aborto paterno” e a efetividade das formas de coibição do ilícito*. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2019.

IBGE, 2013. Acesso em fevereiro de 2023; disponível em <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/5525#resultado>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2013). IBGE divulga tabela de mulheres de 18 a 49 anos que já tiveram algum aborto provocado, por cor ou raça e situação do domicílio. Acesso em fevereiro de 2023; disponível em <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/5525#resultado>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2022). IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: características gerais dos moradores: 2020-2021*; PNAD contínua: características gerais dos moradores: 2020-2021. Acesso em fevereiro de 2023; disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101957_informativo.pdf

IWASHITA, P. K.; DOMINGUES, R. G. Interfaces entre a culpa e o pecado. *Revista Caminhos - Revista de Ciências da Religião*, Goiânia, Brasil, v. 16, n. 2, p. 188–202, 2018. DOI: 10.18224/cam.v16i2.6506. Disponível em: <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/caminhos/article/view/6605>. Acesso em: 3 jan. 2025.

JACOBS, M.G.; BOING, A.C.. Como a normatização sobre o serviço de aborto em gravidez decorrente de estupro afeta sua oferta nos municípios?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 9, p. 3689–3700, set. 2022.

JODELET, D. (Org.) *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

LIMA, A. F. DE; BATISTA, K. DE A.; LARA JUNIOR, N. A ideologia do corpo feminino perfeito: questões com o real. *Psicologia em Estudo*, v. 18, n. 1, p. 49–59, jan. 2013.

MANGABEIRA, C. Jogos eróticos de sedução? Simmel, Freud e um ensaio sobre coquetismo e histeria. *Aceno - Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, v. 7, n. 15, p. 339-348, set. a dez. 2020. ISSN: 2358-5587.

MARQUES, M.S.; BASTOS, M.A.R. (1998). Aborto provocado como objeto de estudo em antropologia da saúde. *Revista Min. Enfermagem*, 2 (2), 57-61.

MARQUES, P. F. *Marcadores de gênero na experiência de mulheres com abortamento induzido: construção de instrumento para o cuidado*. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

MATUOKA, I. Nísia Floresta: a primeira educadora feminista do Brasil. *Educação Integral*. Disponível em: <https://educacaointegral.org.br/reportagens/nisia-floresta/>. Acesso em: 6 jan. 2025.

MELLO, R. S.; TOLEDO, S. F.; MENDES, A. B.; MELERATO, C. R.; MELLO, D. S. Medo do parto em gestantes. *Femina*, 2021; 49(2): 121-128.

MELO, C. M.; SOARES, M.Q.; BEVILACQUA, P.D.. Violência sexual: avaliação dos casos e da atenção às mulheres em unidades de saúde especializadas e não especializadas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 9, p. 3715–3728, set. 2022.

MELO, H. P. de; MARQUES, T. C. de N.; DALTRO, Leolinda de Figueiredo. *Fundação Getúlio Vargas – Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC)*. Disponível em: <https://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/DALTRO,%20Leolinda%20de%20Figueiredo.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2025.

MINAYO, M.C.S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec Editora.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais. Investigações em Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes, 2015.

MOURA, S. M. S. R. DE; ARAÚJO, M. DE F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 24, n. 1, p. 44–55, mar. 2004.

NASCIMENTO, G.S.; FREITAS, R.B.A.P. (Orient.). Processo de revitimização nos crimes sexuais contra a mulher. 2019. 60 f. *TCC (graduação em Direito)* - Faculdade de Direito do Recife - CCJ - Universidade Federal de Pernambuco - UFPE - Recife, 2019

NELAS, P.; CHAVES, C.; COUTINHO, E.; AMARAL, O. VALUES AND BELIEFS ABOUT SEXUALITY, MOTHERHOOD AND ABORTION. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 1, núm. 2, pp. 211-219, 2016.

NOMURA, R. M. Y. et al. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais Brasileiras. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 57, n. 6, p. 644–650, nov. 2011.

NONNENMACHER, D. (2013). Abortamento : depressão e percepção das mulheres quanto às reações e condutas do parceiro em duas capitais brasileiras [Dissertação de mestrado não publicada]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

NUNES, A. V. DE L.; CAMINO, L. Atitude político-ideológica e inserção social: fatores psicossociais do preconceito. *Psicologia & Sociedade*, v. 23, n. 1, p. 135–143, jan. 2011.

OLIVEIRA, I. D.; RADAELLI, P. B.; ALIEVI, G. J. P. Prevalência do medo de gestar e tocofobia em acadêmicas de Centro Universitário. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 10, n. 5, p. 2936–2941, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i5.13147. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/13147>. Acesso em: 2 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), (2022). Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo [*Abortion care guideline: executive summary*]. Genebra: Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS), (2023). *Descritores em Ciências da Saúde: DeCS*. São Paulo: Bireme/Opas/OMS, 2023. Disponível em: < Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/> >. Acesso em: 1 fev. 2023. » <https://decs.bvsalud.org/>

PERES, J. F. P.; MERCANTE, J. P. P.; NASELLO, A. G. Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 27, n. 2, p. 131–138, maio 2005.

PINTO, M. T. M. *A Solidão na Gravidez: Determinantes da solidão e seu impacto na ligação materno-fetal*. 2011. Tese (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 2011.

PIOLA, M. A. G. *Mulheres à beira de um ataque de nervos: a sobrecarga de funções femininas - uma questão de gênero*. 2012. 324 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

Portaria nº 2.234 de 23 de julho de 2018. Diário Oficial da União nº178 - Seção 1. Ministério da Saúde. Brasil.

REBOUÇAS, M.S.S.; DUTRA, E.M. do S. (2012). O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher: reflexões fenomenológico-existenciais. *Natureza humana*, 14(2), 192-219. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302012000200010&lng=pt&tlng=pt.

REBOUÇAS, M.S.S.; DUTRA, E.M.S. (2011). Não Nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto. *Psicologia Em Estudo*, 16(Psicol. Estud., 2011 16(3)). <https://www.scielo.br/j/pe/a/4L8z7BVhwSCDv5KngX65TPs/?lang=pt&format=html>

ROCHA, M.I.B.(Org.) & Barbosa, R.M. (Org.). (2009). Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. Campinas: Núcleo de Estudos de População – Nepo. ISBN 978-85-88258-21-1

ROSADO-NUNES, M. J. (2012). O tema do aborto na Igreja Católica: divergências silenciadas. *Ciência e Cultura*, 64 (2), 23-31. <https://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252012000200012>

SCHOR, N.; ALVARENGA, A. T. (1994). O Aborto: Um Resgate Histórico e Outros Dados. *Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.*, São Paulo, IV(2).

SÊGA, R. A. (2000). O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. *Anos 90*, 8(13), 128–133. <https://doi.org/10.22456/1983-201X.6719>

SERENO, S., LEAL, I., MAROCO, J. (2009). Construção e Validação de um Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade, Maternidade e Aborto. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10 (2), 193-204.

SILVA, D. V. R. da ., & Flora, M. C. D.. (2010). A religião e o discurso de mulheres sobre o abortamento. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 26(Psic.: Teor. e Pesq., 2010 26(1)). <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000100021>

SIQUEIRA, C.; ROCHA, E. S. Violência Psicológica contra a mulher: Uma análise bibliográfica sobre causa e consequência desse fenômeno. *Revista Arquivos Científicos (IMMES)*, v. 2, n. 1, p. 12-23, 22 jun. 2019.

SOARES, G.S. (2003). Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cadernos de Saúde Pública* [online], 19(2), pp. S399-S406. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800021>.

SOARES, G. S. (2018). A SUBJETIVIDADE E A EXPERIÊNCIA DO ABORTAMENTO. *REVISTA DE CIÊNCIAS SOCIAIS - POLÍTICA & TRABALHO*, 14, 61–74, <https://periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/view/39012>

SOUZA, Z.C.S.N. & Diniz, N.M.F. (2011). Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online], 20(4), pp. 742-750. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000400013>.

SOUZA, A. V. M. de; BARROS, E. A. de; SANTOS, P. H. P.; PENA, Y. W. As consequências psicológicas da tentativa de apagamento social da bissexualidade: um relato de pesquisa. *Revista Científica Gênero na Amazônia*, Belém, n. 21, jan./jun., 2022, Seção C: Relato de Pesquisa. DOI: <http://dx.doi.org/10.18542/rcga.v0i21.13365>.

SPINK, M. J. P. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 300-308, jul/set, 1993.

TEMPORÃO, José Gomes. (2012). Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil: conquistas recentes e desafios prementes. *Ciência e Cultura* , 64 (2), 21-23. <https://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252012000200011>

TRINDADE, J. M. *et al.* (2020). Religião e a legalização do aborto. *Revista Unitas*, 8(2), 95-113. <https://revista.fuv.edu.br › unitas › article › view>

UNICEF (1948, 10 de dezembro). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Recuperado de <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>.

VON SMIGAY, K.E. (2008). Aborto provocado e produção de significados no universo masculino: uma contribuição ao debate feminista. In ZANELLA, AV., *et al.*, org. SciELO Books (pp. 273-288). *Psicologia e práticas sociais* [online]. ISBN: 978-85-99662-87-8.

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

9. APÊNDICES

APÊNDICE A

Entrevista Semiestruturada (2ª etapa)

Idade:

Gênero:

- 1) Me conta um pouco como foi essa experiência?
- 2) Quando aconteceu?
- 3) Quais os sentimentos que você experimentou naquele momento?
- 4) Quais os sentimentos que você experimentou antes do aborto?
- 5) Quais os sentimentos que você experimentou depois do aborto?
- 6) Que transformações você acha que essa experiência causou na sua vida?
- 7) A forma como você compreende o aborto, o que você acha que influenciou para você pensar assim?
- 8) Depois do acontecimento o que mudou na sua perspectiva sobre o aborto?
- 9) Como é isso hoje para você?
- 10) Quais as suas expectativas e compreensões sobre maternidade; ser mulher e sua história de vida afetiva-sexual?

10. ANEXOS

ANEXO B

Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) (2ª ETAPA)

Se eu lhe digo a palavra aborto, o que lhe vem à mente? Diga-me as palavras que livremente você associa a aborto.

- 1: _____
- 2: _____
- 3: _____
- 4: _____
- 5: _____

Por que você pensou nessas palavras? Comente livremente cada uma delas.