



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM**

IVANILDA SEPÚLVEDA GOMES

VIVÊNCIA DE ADOLESCENTES E JOVENS FRENTE AO PROCESSO ABORTIVO

TERESINA, 2011

IVANILDA SEPÚLVEDA GOMES

VIVÊNCIA DE ADOLESCENTES E JOVENS FRENTE AO PROCESSO ABORTIVO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Inez Sampaio Nery

Área de concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro
Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

TERESINA, 2011

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

G633v Gomes, Ivanilda Sepúlveda

Vivência de adolescentes e jovens frente ao processo abortivo /
Ivanilda Sepúlveda Gomes_ Teresina: 2011

90f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade
Federal do Piauí, Teresina, 2011

Orientação: Prof^aDr^a Inez Samaio Nery

1. Aborto-Aspectos Sociais. 2.Saúde da Mulher.3.
Enfermagem.4. Adolescente-Comportamento Sexual. 5. Teoria da
Adptação. I. Título

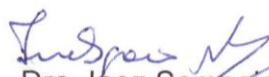
C D D 305.235

IVANILDA SEPÚLVEDA GOMES

VIVÊNCIA DE ADOLESCENTES E JOVENS FRENTE AO PROCESSO ABORTIVO

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como parte de requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 25 de novembro de 2011



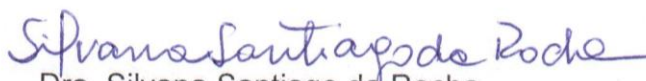
Dra. Inez Sampaio Nery

Profa. Associado II UFPI – Presidente



Dra. Rosângela da Silva Santos

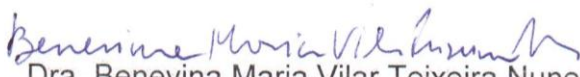
Profa. Adjunto FE/ UERJ – 1ª Examinadora



Dra. Silvana Santiago da Rocha

Profa. Adjunto IV da UFPI – 2ª Examinadora

Suplente:



Dra. Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes

Profa. Adjunto IV da UFPI

Dedico este trabalho...

À ***Toinha***, minha melhor amiga, por seu companheirismo e incentivo.

Aos meus filhos ***Fabício*** e ***Bruna***, dois adolescentes que me fazem refletir diariamente sobre os sistemas de apoio, interdependência e representante de papel modelo.

Aos meus pais ***Lourival*** e ***Amelina*** (*in memoriam*), pelos seus exemplos e história de vida.

Aos ***meus irmãos, sobrinhos e primas***, por tudo que fizeram e fazem para manter as nossas integridades emocionais e sociais.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha existência e por ter-me proporcionado sabedoria para eu fazer as escolhas acertadas e seguir no rumo certo.

À minha querida orientadora Profa. Dra. Inez Sampaio Nery, de maneira muito especial, pela amizade e credibilidade em mim depositada.

À Universidade Federal do Piauí, na pessoa do Magnífico Reitor, Prof. Dr. Luiz de Sousa Santos Júnior.

À Fundação Municipal de Saúde (FMS), em nome da Coordenadora de Ações Assistenciais, Amariles de Sousa Borba, por autorizar a realização deste trabalho.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), em nome da Profa. Dra. Lídy Tolstenko Nogueira, pela competência e gerenciamento deste mestrado com zelo e dedicação.

Às componentes da Banca, as Professoras: Dra. Rosângela da Silva Santos, Dra. Silvana Santiago da Rocha e Dra. Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes, pelas valiosíssimas contribuições para enfermagem e para este trabalho.

Às amigas e amigos de mestrado, pela oportunidade da troca de experiência e construção de novas amizades.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, por seus ensinamentos.

A todos os servidores do Departamento de Enfermagem da UFPI por suas colaborações.

À minha amiga Laura Tânia, com quem venho compartilhando histórias de vida ao longo de todos esses anos de privilegiada amizade.

Ao meu cunhado Paulo, por sua amizade e apoio.

A todos os amigos e amigas que contribuíram e continuam contribuindo com o meu processo de adaptação à vida.

Às adolescentes e jovens de forma especial, por terem revelado por meio da narrativa de suas histórias de vida acontecimentos íntimos, ajudando os profissionais a entenderem e esclarecerem dúvidas sobre o aborto na adolescência e na juventude, o que se reverteu em benefícios para outras.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

(Charles Chaplin)

RESUMO

O escopo deste trabalho é descrever a vivência de adolescentes e jovens que passaram pelo processo abortivo e discutir, à luz da Teoria de Callista Roy, as situações que as levaram ao aborto na adolescência e juventude. Constitui-se em um estudo descritivo de natureza qualitativa, que utilizou o Método História de Vida. A pesquisa foi submetida à análise e aprovação da Comissão de Ética da Fundação Municipal de Saúde e do Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí. Os sujeitos da pesquisa foram 14 adolescentes e jovens residentes no município de Teresina. Os dados foram colhidos em entrevistas abertas e foram analisados à luz da Teoria da Adaptação e no referencial teórico de autores que discorrem acerca do tema. O estudo apresenta uma categoria: Modos adaptativos apresentados por adolescentes e jovens durante o processo abortivo, segundo Callista Roy, cujos resultados foram agrupados por similaridade e pertinência com as seguintes subcategorias: 1) Modo fisiológico – manifestações corporais do abortamento; 2) Modo de autoconceito – sentimentos vividos frente ao abortamento espontâneo e inseguro; 3) Modo de função na vida real – razões que levaram ao abortamento e definição de papéis; 4) Modo de interdependência. Entre as razões para o abortamento espontâneo, foram constatadas a não realização do pré-natal, relações conflitantes de gêneros e familiares, traumas físicos, susto e erro profissional. No caso do abortamento inseguro, as razões referidas foram imaturidade, falta de compromisso na vida, desobediência aos pais, baixa condição financeira e interferência negativa de terceiros. A análise das entrevistas revelou a importância de estímulos como o de dar e receber amor, respeito e valor. Quanto à necessidade de integridade emocional, as entrevistas revelaram dependência afetiva e solidão. Este estudo sinalizou que a enfermeira, assim como os demais profissionais de saúde que prestam o cuidado a adolescentes e jovens, precisa estar atenta à necessidade de tecer, de forma coerente, uma avaliação dos estímulos aos quais essa população está exposta. Sugere-se que o cuidado deve ser de tal forma, que possa proporcionar a essas adolescentes e jovens assumirem uma nova postura diante desafios como o enfrentamento frente ao processo abortivo.

Descritores: Adolescência e juventude; Abortamento; Enfermagem; Adaptação

ABSTRACT

The scope of this work is to describe the experience of young people who went through the abortion process and discuss, by the focus of the Theory of Callista Roy, the situations that led to abortion in adolescence and youth. It constitutes a qualitative descriptive study, which used the Life History Method. The research was submitted for review and approval of the Ethics Committee of the Municipal Health and Ethics Committee of the Federal University of Piauí. The subjects were 14 adolescents and young residents in the city of Teresina. Data were collected from open interviews and analyzed according to the Theory of Adaptation and the theoretical reference of authors that broach about the theme. The study presents a category: adaptive modes presented by teenagers and youngsters during the abortion process, according to Callista Roy, whose results were grouped by similarity and relevance to the following subcategories: 1) physiological mode - physical manifestations of abortion, 2) self-concept mode - feelings lived in front of the unsafe spontaneous abortion, 3) Real life function mode - reasons for abortion and definition of roles, 4) Interdependence mode. Among the reasons for spontaneous abortion were found the not performance of the pre-natal, conflicting relationships of gender and relatives, physical trauma, shock and professional mistake. In the case of unsafe abortion, the reasons given were immaturity, lack of commitment in life, disobedience to parents, low monetary condition and negative interference of others parties. The analysis of interviews revealed the importance of stimuli as to give and receive love, respect and value. As the need for emotional integrity, interviews revealed affective dependency and loneliness. This study indicated that the nurse, as well as other health professionals who provide care to teenagers and youngster need to be mindful of the need to establish, consistently, an stimulus evaluation which this population is exposed. It is suggested that care should be such that can provide these adolescents and young people take a new approach to face challenges such as the front of the abortion process.

Keywords: Adolescence and youth; Abortion; Nursing; Adaptation

RESUMEN

El alcance de este trabajo es describir la experiencia de los adolescentes y jóvenes que pasaron por el proceso del aborto y discutir, a la teoría de Callista Roy, las situaciones que llevaron al aborto en la adolescencia y la juventud. Constituye un estudio cualitativo, descriptivo, que utiliza el método de la historia de vida. El estudio fue sometido a revisión y aprobación del Comité de Ética de la Salud Municipal y el Comité de Ética de la Universidad Federal de Piauí. Los sujetos fueron 14 adolescentes y jóvenes residentes en la ciudad de Teresina. Los datos fueron recogidos partir de entrevistas abiertas y analizadas de acuerdo a la teoría de la adaptación y el marco teórico de autores que hablan sobre el tema. El estudio presenta una categoría: los modos de adaptación presentado por adolescentes y jóvenes durante el proceso del aborto, de acuerdo con Callista Roy, cuyos resultados se agruparon por similitud y la relevancia con las siguientes subcategorías: 1) Manera fisiológica - las manifestaciones físicas del aborto, 2) Modo de auto-concepto - los sentimientos vividos frente el aborto espontáneo y peligroso, 3) función de modo en la vida real - las razones para el aborto y la definición de los papeles, 4) el modo de interdependencia. Entre las razones para el aborto espontáneo se constató no realización prenatal, relaciones conflictivas entre los géneros y la familia, traumas físicos, susto y negligencia profesional. En el caso del aborto inseguro, las razones dadas fueron la inmadurez, la falta de compromiso en la vida, la desobediencia a los padres, mala situación financiera y la interferencia negativa de los demás. El análisis de las entrevistas revelaron la importancia de los estímulos cuanto a dar y recibir amor, el respeto y el valor. La necesidad de integridad emocional, entrevistas revelaron la dependencia afectiva y la soledad. Este estudio señaló que la enfermera, así como otros profesionales de la salud que proporcionam atención a los adolescentes y jóvenes deben ser conscientes de la necesidad de establecer consistentemente una evaluación de los estímulos a los que esta población está expuesta. Se sugiere que el cuidado debe ser tal que puede proporcionar a estos adolescentes y jóvenes adoptar un nuevo enfoque para enfrentar desafíos futuros como el proceso del aborto.

Palabras clave: Adolescencia y juventud; Aborto; Enfermería; Adaptación

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Contextualização do problema e objeto do estudo.....	11
1.2	Questões norteadoras e objetivos.....	18
1.3	Justificativa e relevância do estudo.....	19
2	REFERENCIAL TEMÁTICO E TEÓRICO METODOLÓGICO.....	21
2.1	Referencial temático.....	21
2.1.1	Aspectos clínicos do aborto.....	21
2.1.2	Situação jurídica do aborto no mundo e no Brasil e Práticas de aborto inseguro.....	22
2.1.3	Sexualidade e gênero na adolescência e juventude.....	25
2.1.4	Processo de cuidar em enfermagem e políticas de atenção à saúde de adolescente e jovens.....	27
2.2	Referencial Teórico- Metodológico.....	32
2.2.1	Teoria de Callista Roy.....	32
2.2.2	O Método História de Vida.....	36
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	38
3.1	Natureza da investigação.....	38
3.2	O cenário e os sujeitos da pesquisa.....	38
3.3	Aspectos éticos da pesquisa.....	39
3.4	Produção e análise dos dados.....	40
4	VIVENCIA DE ADOLESCENTES E JOVENS FRENTE AO PROCESSO ABORTIVO.....	42
4.1	Caracterização dos sujeitos.....	42
4.2	Modos adaptativos apresentados por adolescentes e jovens durante o processo abortivo segundo Callista Roy.....	46
4.2.1	Modo fisiológico: Manifestações corporais do abortamento.....	46
4.2.2	Modo de autoconceito: Sentimentos vividos frente ao abortamento espontâneo e inseguro.....	50
4.2.3	Modo Fe função na vida real: Razões que levaram ao abortamento e Definições de papéis.....	59
4.2.4	Modo de interdependência: Dar e receber amor, respeito e valor.....	72
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
	REFERÊNCIAS.....	82
	APÊNDICE	
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema e objeto do estudo

Como autora deste estudo, tive a oportunidade de presenciar duas situações conflitantes de processo abortivo. A primeira experiência aconteceu com a minha irmã mais velha, que se casou adolescente, com 17 anos, quando ainda era estudante e se preparava para concurso. Ficou grávida e, sem orientação, treinando para provas de resistência física, a gravidez culminou em aborto, o que a deixou triste. A propósito disso, sobre as práticas de aborto, Singh e Wulf (1994) citam o trauma voluntário, em consequência de quedas ou atividades físicas excessivas, como prática de risco.

Os anos se passaram e ela teve dois filhos, em condições desfavoráveis, porque estava desempregada, e o esposo era trabalhador autônomo. Um ano após o segundo parto, ela engravidou novamente, o que deixou minha mãe indignada, incentivando-a a interromper a gravidez. As críticas eram duras, pois passava por dificuldades financeiras e já se encontrava na quarta gravidez, então ela resolveu fazer uso de chá abortivo, mas sem êxito. Surge aí um paradoxo: na primeira gravidez, ela chorou a perda, e na quarta gravidez, sofreu por não ter conseguido perder. É muito provável que, no seu íntimo, ela não quisesse praticar o aborto, porém se sentiu pressionada a fazê-lo.

A outra situação perturbadora ocorreu quando uma amiga ficou grávida aos 18 anos, e a família a obrigou a praticar o aborto com pessoas leigas. A pessoa que realizou o aborto foi bastante ríspida e taxativa ao afirmar que não se responsabilizaria por qualquer complicação que pudesse acontecer.

O interessante é que essa mesma amiga, mesmo com essa experiência dolorosa, voltou a engravidar, mas dessa vez a família não tomou conhecimento. Ela fez uso de medicação sistêmica e tópica para provocar o aborto, que foi realizado com êxito, que a fez sofrer ao lembrar. Não se consegue entender por que ela tinha conhecimento de métodos anticoncepcionais e não fazia uso dos mesmos, o que supostamente nos leva a pensar que tenha sido por receio de que alguém da família descobrisse. Na época, o preservativo masculino não era hábito nas relações sexuais, e o

controle da concepção e a contracepção eram responsabilidades exclusivas da mulher.

Conforme o Código Penal Brasileiro, o aborto é crime, e os seus Arts. 124 a 127 tratam das punições para a prática do aborto. A pena para a gestante que provoca aborto em si mesma ou com ajuda de terceiros, com seu consentimento, é de 1 a 3 anos de detenção (Art. 124); para aborto provocado por terceiros sem o consentimento da gestante, a pena é de 3 a 10 anos (Art.125); no caso de aborto praticado por terceiros em menor de 14 anos ou incapaz, cujo consentimento tenha sido obtido sob coação, a pena é de 1 a 4 anos (Art. 126). O Art. 127 trata da forma qualificada para o aborto provocado: as penas serão aumentadas em um terço nos casos de aborto provocado por terceiros, com ou sem o consentimento da gestante, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante venha a sofrer lesões corporais graves. A pena será duplicada se, devido a qualquer motivo, resultar em morte da gestante (BRASIL, 2008).

Nesse mesmo Código, o Art. 128 não pune o aborto provocado por médico em duas situações: Aborto necessário, quando não há outro meio de salvar a vida da gestante e quando a gravidez resulta de estupro, caso em que é necessário o consentimento da gestante ou do seu representante legal, quando legalmente incapaz (BRASIL, 2008).

O Código de Ética dos profissionais de Enfermagem também faz referência ao aborto no Art. 28 como prática proibida, contudo deixa facultada a participação desses profissionais nos casos de aborto previsto em Lei, ficando a critério da consciência de cada pessoa (COFEN, 2007).

Como enfermeira desde 1994, funcionária pública da Secretaria de Saúde do Piauí – SESAPI realizo consulta de enfermagem com mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Cotidianamente realiza consultas a adolescentes e jovens e, nessa experiência, observou que algumas delas não tinham preocupação com a gravidez. Algumas chegaram até a pensar em suicídio, e outra forma para resolver esse problema era o aborto.

Um fato marcante foi uma consulta que realizei com uma adolescente que, de acordo com a anamnese, estava passando por um processo de abortamento, fato a princípio negado por ela, que afirmava ser virgem. Como profissional, a orientação foi que ela não podia retornar a sua residência sem avaliação obstétrica. Foi convencida a ser avaliada, confirmou-se o aborto

retido e ela devia ficar internada. Essa adolescente chorou bastante, recusou-se a ficar internada, pois, para a família, ela era virgem e nunca tinha dormido fora de casa. Ela, então, pediu ajuda, pois se o seu pai soubesse a mataria. Essa foi uma situação muito difícil, pois me senti na obrigação de protegê-la.

O interesse pelo tema surgiu recentemente, a partir da realização de entrevistas com adolescentes para uma pesquisa do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí-UFPI, patrocinada pelo CNPq. Essa pesquisa foi intitulada “Gravidez na Adolescência: Fatores preditores da reincidência” teve a coordenação de uma professora que atua na área de saúde da mulher e foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFPI. Neste estudo, observou-se que muitas dessas adolescentes tiveram mais de uma gravidez, das quais um número significativo resultou em abortamento, provocado ou espontâneo. Em alguns casos, a gravidez não culminou em aborto, porém existiu a intenção de provocá-lo.

A incidência de aborto na adolescência constitui preocupação social. O atendimento a essa população também revela a necessidade de melhoria na qualidade da assistência, pois sem uma orientação adequada, essas adolescentes voltam a engravidar repetindo tanto a gravidez quanto o aborto (BRASIL, 2001).

Ao refletir sobre o aborto na adolescência e na juventude, surge como objeto de estudo desta investigação a vivência de adolescentes e jovens frente ao processo abortivo, permitindo que se faça uma análise da situação abortiva sob a ótica das próprias depoentes. Então é mister fazer uma abordagem tanto sobre a adolescência e a juventude como sobre o aborto.

A adolescência é uma fase da vida do ser humano marcada por mudanças físicas, psicoemocionais, mentais e sociais. As principais mudanças fisiológicas e morfológicas estão relacionadas a mecanismos neuro-hormonais do eixo hipotalâmico-gonadal. O período de transição entre a infância e a adolescência é denominado de puberdade, caracterizada pelo desenvolvimento gonadal dos órgãos sexuais e pelo aparecimento de características sexuais secundárias externa e internamente (BRASIL, 2002).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é um período compreendido entre 10 e 19 anos de idade, e a juventude, entre 15 e 24 anos. No Brasil, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente em seu Art. 2º, considera-se adolescente a pessoa com idade entre doze e

dezoito anos, contudo, em casos expressos em lei, esse estatuto excepcionalmente poderá ser aplicado para as pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade. Verifica-se, portanto, uma ligeira divergência no que se refere às faixas etárias adotadas pela OMS e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil. O estabelecimento de critérios cronológicos tem como principal objetivo nortear as investigações epidemiológicas e, a partir delas, traçar metodologias sociais de trabalho e de saúde pública, não podendo descartar que os critérios biológicos, psicológicos e sociais são indispensáveis na abordagem conceitual da adolescência e juventude (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007b).

A adolescência pode ser dividida em distintas etapas: 1. adolescência precoce, compreendida entre 10 a 14 anos, fase de transformações biológicas, quando o comportamento sexual ocorre conforme o comportamento do adolescente nessa fase. Nesse período, é comum os adolescentes se compararem uns com os outros, o que gera complexos de inferioridade para aqueles que ainda não se desenvolveram e conflitos para os já têm o corpo formado, mas não conseguem conciliar o corpo desenvolvido com a mentalidade imatura; 2. adolescência média, dos 15 aos 16 anos: os namoros normalmente iniciam nessa fase, as carícias são cada vez mais intensas, e muitas vezes levam à relação sexual com penetração, o que resulta em uma gravidez não planejada e, às vezes, também não desejada. Essa gravidez em geral ocorre entre a primeira e quinta relação sexual; 3. adolescência tardia, dos 17 aos 20anos, fase de maturidade sexual, em que as relações afetivas são mais estabilizadas e ocorrem de forma mais responsável (BRASIL, 2008; IBGE TEEN, 2010).

Neste estudo, considerou-se a classificação de adolescência e juventude adotada pela OMS, por ser a mesma adotada pelo Ministério da Saúde, e priorizaram-se as fases da adolescência média, adolescência tardia e juventude, por se tratar do período em que ocorre maior estímulo sexual e vulnerabilidade.

Quando a adolescente engravida, em consequência de sua imaturidade física, existe maior risco de aborto espontâneo, parto prematuro, maior índice de parto cesariano e hemorragias durante o parto por ruptura dos tecidos vaginais. As imaturidades emocionais e funcionais podem provocar a

dificuldade de amamentação e muitas vezes podem levar à depressão (IBGE TEEN, 2010).

Entre os fatores que têm contribuído para o aumento da incidência na gravidez na adolescência, pode-se citar a liberalidade sexual, que leva ao início precoce da atividade sexual; o preconceito sexual em relação à contracepção, uma vez que usar um método contraceptivo implica revelar sua vida sexual; a instabilidade emocional, que provoca o uso irregular ou mesmo o abandono de métodos contraceptivos, além da frequente troca de parceiros sexuais. Além desses, podem-se citar como fatores a dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos e falta de interação familiar, que significa ausência de uma educação sexual sadia. O medo da gravidez leva as adolescentes ao aborto inseguro com consequências sérias e muitas vezes irreversíveis, como o óbito (DAMIANI, 2003).

Dessa forma, os estudos de Levin (1969), Werebe (1979) e Schutt-Aine e Maddaleno (2003), com embasamento na teoria sobre a sexualidade desenvolvida por Freud, o “Pai da psicanálise”, revelam que a sexualidade na adolescência e na juventude surge em consequência do próprio desenvolvimento físico e hormonal, e o ato sexual em si, na maioria das vezes, é mera busca do prazer. Não se trata de irresponsabilidade, como muitos pensam, e tem como implicação a gravidez indesejada e o aborto, que pode levar ao óbito materno. Muitas vezes isso ocorre como resultado do meio no qual o adolescente ou o jovem estão inseridos ou por falta de políticas públicas direcionadas para esse público, que favoreçam comportamentos novos e saudáveis entre eles.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o abortamento é definido como a interrupção da gestação com conceito de peso inferior a 500 gramas ou com idade abaixo de 22 semanas completas. Pode-se classificá-lo, quanto à forma de expulsão do ovo, em espontâneo ou induzido. O abortamento que acontece antes de 4 semanas de gestação é denominado subclínico; entre 4 e 12 semanas, precoce; e após 12 semanas, tardio (CHAVES NETTO; SÁ, 2007).

Para Olinto e Moreira-Filho (2006), aborto induzido ou provocado é aquele que leva à interrupção da gestação devido a iniciativas próprias antes que o feto tenha condição de sobrevivida no meio extra-uterino, incluindo aqueles previstos em lei.

Nery e Tyrrell (2010) referem que a grande maioria das mulheres que abortam, seja de forma espontânea ou provocada, podem sofrer sérios danos físicos ou experiências traumáticas, necessitando muitas vezes de hospitalização e de cuidados especiais e, conseqüentemente, de assistência à saúde e serviços de Enfermagem de qualidade. É um problema de saúde pública que envolve questões ético-legais, políticas e de gênero, em que as autoridades competentes e os profissionais de saúde, especialmente as enfermeiras, não devem omitir-se.

O Brasil tem efetivado políticas públicas para garantir o nascimento, com iniciativas, como a ratificação da Convenção Americana de Direitos Humanos, em 25 de setembro de 1992, que se refere ao direito à vida desde a concepção, além da própria Constituição Federal Brasileira e o Estatuto da Criança e do Adolescente (MOISES *et al.*, 2005).

O aborto, que outrora fora excluído das discussões científicas e políticas, é atualmente uma das principais questões no que diz respeito à saúde e direitos reprodutivos. Seja por razões culturais, legais ou religiosas, a discriminação e os danos à saúde impostos às mulheres têm contribuído para uma precária assistência, culminando com o aumento da mortalidade e morbidade decorrentes do aborto. No Brasil, por força das leis restritivas, as mulheres ainda recorrem ao aborto inseguro. Desta forma, elas têm guardado sua dor em silêncio ou, no máximo, compartilham com pessoas de sua intimidade. Em se tratando de adolescentes, quase sempre elas não encontram apoio nos serviços de saúde, nas escolas ou no meio familiar (BRASIL, 2001; NERY; TYRRELL, 2010).

Os números reais de abortamento no mundo são desconhecidos, principalmente pela ilegalidade total ou parcial, o que dificulta os registros. Além disso, nem todas as mulheres procuram assistência pós-abortamento nos serviços públicos de saúde, ocorrendo desta forma sub-notificação dos casos e das complicações a eles associadas. A incidência de óbitos maternos por complicações decorrentes do aborto oscila em torno de 12,5% do total de óbitos e representa o terceiro lugar entre suas causas, variando entre os estados brasileiros. Dessa forma, os dados oficiais justificam a adoção de medidas preventivas de promoção da saúde reprodutiva (BRASIL, 2001).

As taxas anuais de abortos inseguros por grupo de 1000 mulheres de 10 a 49 anos são diferentes em todo o país, com taxas mais baixas no Rio

Grande do Sul (11,4), mais elevadas no Amapá (45,2), e nos estados da região nordeste são maiores que 21,1. As regiões norte e nordeste apresentam maior incidência de aborto inseguro entre adolescentes de 15 a 19 anos e é uma das principais causas de mortalidade materna. A curetagem pós-abortamento é o segundo procedimento obstétrico mais realizado nos serviços de Saúde Pública (ADESSE; MONTEIRO, 2007).

Leocádio e Foltran (2007), em uma pesquisa sobre o Aborto Inseguro no Brasil, detectaram que ocorre em média 1 milhão de abortos por ano no Brasil, e o principal método abortivo é o uso de prostaglandinas, substâncias usadas legalmente sob prescrição médica para fins terapêuticos, mas proibidas para o público em geral e utilizadas ilegalmente como abortivo. De certa forma, o uso desse método reduziu de forma significativa o número de complicações pelo fato de não apresentar os mesmos riscos de objetos perfurantes ou medicamentos que podem lesar o trato genital e provocar perfurações uterinas ou infecções, que podem evoluir para septicemias ou até mesmo levar à morte.

Os mesmos autores referem que, por ser essa medicação de comercialização ilegal, tem um custo elevado e, conseqüentemente, é de difícil acesso para as mulheres de baixa renda. As mulheres mais informadas, com mais acesso a serviços de saúde e a métodos anticoncepcionais e com melhores rendas, têm complicações pós-aborto bem menores se comparadas àquelas em condições de vida menos favoráveis, ou seja, o problema do aborto anda lado a lado com o problema das desigualdades sociais de classes, raça e gênero no Brasil (LEOCÁDIO; FOLTRAN, 2007).

O Nordeste é uma das regiões de menor poder econômico no Brasil, onde as mulheres têm menos acesso aos serviços de saúde e que reúne as maiores taxas de analfabetismo, 18%, em detrimento com o sudeste, onde essa mesma taxa é de 6,6%, e o sul, com taxa de analfabetismo de 6% (IBGE, 2005). Essa situação implica diretamente na saúde reprodutiva da mulher nordestina.

Segundo o IBGE, a Taxa Média Geométrica de Crescimento Anual no Piauí reduziu de 1,43%, em 1991, para 0,86%, em 2005, período em que a população aumentou de 2.631.520 para 2.974.479 habitantes. A população feminina passou de 1.320.859 para 1.528.973 habitantes, representando um percentual de 15,7% nesse período. De 1995 a 2004, o número de pessoas de 15 anos ou mais não alfabetizadas no estado diminuiu de 35,1% para 27,3%,

porém o Piauí permaneceu apresentando taxas de analfabetismo (27,3%) acima da média brasileira (11,39%) e da Região Nordeste (22,43%). Esses dados confirmam a maior predisposição das piauienses às desigualdades sociais com conseqüente precariedade da assistência qualificada, principalmente quando se refere à educação e a saúde (BRASIL, 2007c).

Ressalta-se que as mulheres engravidam cada vez mais cedo, e o aborto passa a ser uma preocupação na adolescência e juventude. Em 2005, foram registrados 2.781 atendimentos a meninas de 10 a 14 anos e 46.504 a meninas de 15 a 19 anos para tratamento pós-aborto. Só no Nordeste, foram realizados 1.045 atendimentos a adolescentes entre 10 e 14 anos, e 17.579 meninas entre 15 e 19 anos realizaram curetagem ou aspiração manual intra-uterina (AMIU) após aborto no SIH/SUS (LEOCÁDIO; FOLTRAN, 2007).

No ano de 2005, no Piauí, mais de 98% das internações obstétricas foram de pacientes na faixa etária de 10 a 39 anos. No total, foram realizados 50.512 partos e 5.311 curetagens pós-aborto, dos quais 14.454 (28,6%) partos e 1.172 (22,1%) curetagens pós-aborto foram em mulheres na faixa etária de 10 a 19 anos de idade (BRASIL, 2007c).

O aborto tem sido bastante discutido mundialmente e, no Brasil, já existem várias discussões sobre essa temática, inclusive sobre sua descriminalização e legalização. Em levantamento feito pelo Ministério da Saúde, concluiu-se que nas discussões sobre a descriminalização do aborto existem dois extremos: um segmento defende que a mulher tem o direito de sempre decidir sobre o seu corpo e, conseqüentemente, de decidir sobre o feto uma vez que ele não tem vida independente; o outro declara que os direitos do feto se sobrepõem aos da mãe, uma vez que, desde o momento da fecundação, ele se torna um novo ser, portanto com direito à vida (BRASIL, 2009).

1.2 Questões norteadoras e objetivos

O aborto é uma realidade independente da percepção pessoal contra ou a favor, e uma das alternativas para uma assistência qualificada das adolescentes e dos jovens é conhecer a realidade por meio delas mesmas. Somente a partir de uma análise profunda de suas histórias é que se pode

traduzir seus discursos e compreender sua realidade, a fim de auxiliá-las em sua qualidade e perspectiva de vida.

Na procura por melhor compreender a problemática do aborto na adolescência e na juventude e com base no objeto de estudo, delimitaram-se as seguintes questões norteadoras: Por que adolescentes e jovens abortam? Como as adolescentes e jovens vivenciam o processo abortivo?

Com o intuito de aprofundar essa questão, os objetivos deste trabalho foram descrever a vivência de adolescentes e jovens que passaram pelo processo abortivo e discutir sobre as situações que as levaram ao aborto na adolescência e juventude, à luz da Teoria de Callista Roy.

1.3 Justificativa e relevância do estudo

Diante da problemática do aborto, os profissionais de saúde, em especial as enfermeiras, não podem fingir que o problema não existe e recusar-se a prestar uma assistência de qualidade. Para tanto, é urgente que se façam pesquisas sobre o tema, pois somente assim os profissionais saberão como se comportar dentro da realidade e prestar uma assistência de qualidade e humanizada. Neste contexto é necessário o estabelecimento de possibilidades e limites para o cuidado de enfermagem baseando-se nos princípios fundamentais da bioética que refere a autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

A justificativa para realização deste trabalho é o fato de os dados demonstrarem que é crescente a incidência da gravidez e do aborto na adolescência. Se as adolescentes e os jovens não tiverem um atendimento de qualidade nos serviços de saúde por profissionais capacitados, apoio e orientação adequada, além da reincidência da gravidez ocorrerá a reincidência do aborto, gerando, assim, um ciclo vicioso. Embora existam políticas públicas no país, promovidas pelo Ministério da Saúde, de atenção à saúde da criança, dos adolescentes e jovens e de atenção à saúde da mulher, o fato é que esta população não tem recebido a atenção devida.

Por meio deste trabalho, pretende-se contribuir, principalmente com a enfermagem em saúde da mulher, saúde reprodutiva, saúde pública e setores educacionais, por meio da prevenção, proteção e educação em saúde, melhorar os indicadores e proporcionar melhoria na qualidade de vida das

adolescentes e jovens. Uma vez que é de fundamental importância a preservação da saúde integral das mulheres e em especial das mulheres adolescentes e jovens, não se podem omitir os riscos provocados pela prática insegura do aborto.

Outro aspecto relevante é que os trabalhos científicos no Brasil que abordam o tema aborto na adolescência e juventude normalmente surgiram de temas que tratam da gravidez na adolescência. Espera-se, portanto, conhecer por meio deste estudo as razões deste fato, as interferências familiares e os papéis sociais e afetivos que levam à decisão pelo abortamento por parte das adolescentes e jovens.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO E TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1 Referencial Temático

Para melhor entendimento sobre o tema aborto na adolescência e juventude, é importante abordar algumas questões tais como: aspecto clínico do aborto; situação jurídica do aborto no Brasil e no mundo e práticas de aborto inseguro; sexualidade e gênero na adolescência e juventude; e processo de cuidar em enfermagem e as políticas de atenção à saúde de adolescentes e jovens. Este referencial temático resultou da realização da pesquisa de campo, a partir das falas dos sujeitos.

2.1.1 Aspectos clínicos do aborto

Abortamento é a interrupção da gravidez até a 20^a ou 22^a semana e com produto da concepção de peso inferior a 500g; o aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento. Das gravidezes diagnosticadas, 10 a 15% terminam espontaneamente em abortamento clínico (BRASIL, 2010, MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

Os abortamentos podem ser espontâneos ou provocados, e suas causas são diversas, de difícil definição, uma vez que depende de vários fatores, seja de caráter orgânico, decisão da própria mulher ou previsto em lei. As formas clínicas do abortamento São: ameaça de abortamento, abortamento completo, abortamento inevitável/incompleto, abortamento retido, abortamento infectado e o abortamento habitual, que passa-se a descrever (BRASIL, 2010, MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

A ameaça de abortamento incide em 25% das gestações. Nesse caso, o ovo encontra-se íntegro e viável, o sangramento por via vaginal é de pequena monta, podem existir cólicas, geralmente pouco intensas, o orifício interno do colo uterino encontra-se fechado e não existem sinais de infecção. No abortamento completo, que ocorre geralmente em gestações com menos de oito semanas, há a expulsão espontânea e total do feto e dos anexos e a cessação ou diminuição repentina do sangramento e da dor abdominal após a expulsão do material ovular. No abortamento inevitável, o ovo continua íntegro, porém inviável, permanecendo retido, e o orifício cervical interno encontra-se

aberto; as hemorragias são em geral mais abundantes que as da fase de ameaça, e o sangue tem cor viva. Então logo que o diagnóstico de abortamento inevitável for estabelecido, há que se seguirem as condutas mais indicadas para o esvaziamento uterino (CHAVES NETTO; SÁ, 2007; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

O abortamento retido caracteriza-se pela retenção do ovo morto ou *missed abortion*, ou seja, pela presença de embrião sem vida no saco gestacional íntegro e pela regressão dos sinais e sintomas da gestação. O colo uterino encontra-se fechado e não há perda sanguínea. O abortamento infectado é a complicação do abortamento incompleto e frequentemente está associado a procedimentos clandestinos para interrupção da gravidez indesejada. É um caso grave que deve ser tratado independentemente da vitalidade fetal, pois pode levar à peritonite e ao comprometimento do estado geral da gestante. O abortamento habitual é caracterizado pela ocorrência de três ou mais episódios, e é classificado como primário, quando a mulher nunca conseguir levar a termo qualquer gravidez, e secundário, quando houve uma gravidez a termo (CHAVES NETTO; SÁ, 2007; BRASIL, 2010).

Os sinais e sintomas do abortamento espontâneo irão depender das situações clínicas, nas quais o sangramento pode ser ausente ou intenso; a dor pode ser discreta ou ausente, ou haver sinais de peritonite; normalmente não há febre como há nos abortamentos infectados, e o orifício do colo uterino pode encontrar-se fechado ou aberto.

2.1.2 Situação jurídica do aborto no mundo e no Brasil e Práticas de aborto inseguro.

A Organização Mundial de Saúde classifica o aborto como seguro e inseguro, definindo este como um procedimento realizado por pessoas não habilitadas ou em condições precárias de saúde ou em ambas as situações e cujo objetivo é interromper uma gravidez não planejada. Quando esse procedimento é realizado em estabelecimentos de saúde adequadamente equipados e por profissionais capacitados em aborto, é extremamente seguro. Se as leis de um país não forem implementadas de maneira equitativa e acessível, garantindo infra-estrutura e qualificação profissional, alguns

procedimentos de aborto se tornam inseguros, mesmo sendo permitidos dentro dos critérios legais de cada país (SINGH *et al.*, 2009).

No mundo, em 2003, 41,6 milhões de gravidezes terminaram em abortamento, dos quais 19,7 milhões foram abortamentos provocados e inseguros, em sua grande maioria (97%) ocorridos nos países em desenvolvimento, onde as leis são restritivas ou a população tem pouco acesso a informações e ao planejamento familiar. Por ano, ocorrem 70 mil mortes maternas em consequência do aborto inseguro, principalmente em países africanos, Ásia, América Latina e Caribe (FREITAS, 2011).

Em 32 países, onde se concentram 6% de todas as mulheres em idade fértil, o aborto não está permitido legalmente em nenhuma situação, nem mesmo para salvar a vida da mulher. Em 36 países, o aborto induzido somente é permitido quando a vida da mulher corre riscos. Desses países, somente a Irlanda encontra-se em uma região desenvolvida, e alguns deles fazem exceções e permitem o aborto em caso de estupro, incesto ou malformação fetal. 59 países permitem o aborto para salvar a vida da mulher e para preservar sua saúde física. Desses países, 23 admitem o aborto também para proteger sua saúde mental (SINGH *et al.*, 2009).

Os mesmos autores relatam que em 14 países o aborto é permitido, entre os quais a Índia, nas três circunstâncias citadas anteriormente e também por razões socioeconômicas. Desses países, 8 encontram-se em desenvolvimento e 6 pertencem aos mais desenvolvidos, tais como Austrália, Finlândia, Grã-Bretanha, Islândia, Japão e Luxemburgo. Os 56 países restantes, onde se concentram 39% das mulheres em idade fértil, permitem o aborto sem restrições, contudo alguns requisitos devem ser seguidos: a interrupção da gravidez deve ser nas 12 primeiras semanas; para as adolescentes serem submetidas ao aborto, necessitam do consentimento dos pais; e na Turquia, as mulheres casadas necessitam do consentimento do esposo (SINGH *et al.*, 2009).

Desde 1997, 22 países ou áreas administrativas dentro dos países têm modificado suas leis referentes ao aborto. Em 19 países, houve a ampliação dos critérios para a permissão do aborto, e em 3, houve redução dos critérios. 40% das mulheres em idade reprodutiva entre 15 e 44 anos no mundo vivem em países com leis altamente restritivas, nos quais o aborto está totalmente proibido ou permitido unicamente para salvar a vida da mulher ou para proteger

sua saúde física ou mental. Praticamente todos os países com leis restritivas são países em desenvolvimento, onde se concentram 86% da população feminina em idade reprodutiva. Mundialmente, as taxas de aborto diminuíram entre 1995 e 2003 devido à diminuição nos números de aborto seguro, particularmente no leste europeu, passando de 45,5 milhões em 1995 para 41,6 milhões em 2003. Nesse mesmo período, houve uma discreta diminuição em relação ao aborto inseguro, de 19,9 milhões para 19,7 milhões (SINGH *et al.*, 2009).

Nas sociedades onde a prática de aborto é criminalizada, a obtenção de dados fidedignos quanto aos seus números é falha devido à falta de registro. Para superar essa lacuna, o Instituto Guttmacher criou uma equação que faz uma estimativa baseada no número de internações de mulheres com sequelas de aborto, seja espontâneo ou provocado. Sobre esse número, aplica-se uma fórmula para descartar os casos de aborto espontâneo e incluir o que se estima serem os casos de aborto inseguro que não resultaram em internação, o que seria: 20% das mulheres que sofrem aborto são hospitalizadas em consequência de suas complicações (1 internação para cada 5 abortos); 12,5% foi estimado como sub-registro (abortos realizados fora do SUS); foi descontada uma proporção de 25% de abortos por causas espontâneas. Assim, obteve-se a equação: Aborto Inseguro=Número de internação por abortamento $\times (5) \times (1,125) \times (0,75)$ (FREITAS, 2011).

Nos países em desenvolvimento, com leis restritivas, as mulheres que buscam o aborto inseguro normalmente recorrem a técnicas de riscos e a profissionais pouco capacitados, e algumas dessas mulheres induzem o aborto em si mesmas utilizando métodos perigosos ou recorrendo a medicamentos abortivos. A maioria é pobre e corre maior risco de ter complicações (SINGH *et al.*, 2009).

No Brasil, o abortamento não era punido, desde que praticado pela própria gestante, até 1830, ano em que foi introduzida no Código Criminal do Império a seção “infanticídio”, a qual trazia referências aos crimes contra a segurança da pessoa e a vida e condenava o aborto. O Código Penal de 1890 manteve a punição para mulheres que praticassem o aborto, contudo essa punição era amenizada no caso de gravidez decorrente de estupro, como forma de ocultar a desonra própria. Esse mesmo Código tratava o aborto como

legal e necessário quando não houvesse outro meio de salvar a vida da gestante (FREITAS, 2011).

O abortamento eletivo é previsto em Lei, conforme o Código Penal Brasileiro publicado no DOU de 31 de dezembro de 1940 no Art. 128, que cita que não se pune o aborto praticado por médico em duas situações: quando não há outro meio de salvar a vida da gestante (aborto terapêutico) e quando a gravidez resulta de estupro (aborto sentimental). As justificativas jurídicas para esses dois casos são, respectivamente, por considerar que a vida da gestante fará mais falta para a sociedade do que a do feto, que ainda será formado, e por considerar não ser justo obrigar a vítima de estupro a gerar um filho, fruto desse crime (BRASIL, 2009).

No Brasil ocorreram 54.339 internações decorrentes do abortamento nos seis primeiros meses de 2010, sendo 12 por hora. Utilizando a fórmula para cálculo do aborto inseguro, o resultado foi de 229.242,65 abortos inseguros no primeiro semestre. No Piauí, no ano de 2010, foram registrados 5.567 internações por abortamento, segundo registro na base de dados DATASUS (2011). Utilizando essa mesma fórmula, chegou-se a 23.485,8 abortos inseguros para esse período e, ao considerar que 24% dos abortamentos ocorrem entre os 18 e 24 anos, sobrevêm 5.636,6 abortamentos para esta faixa etária.

2.1.3 Sexualidade e gênero na adolescência e juventude

A puberdade ocorre de maneira similar para todos os indivíduos, contudo a adolescência é um fenômeno ímpar, que sofre influências sociais e culturais e vai se firmando de forma dinâmica no tocante ao caráter social, sexual e de gênero, ideológico e vocacional (BRASIL, 2007a).

Partindo desse princípio, a sexualidade, segundo Taquette (2008), é uma característica própria do ser humano, está presente desde o início de sua formação, e a libido são manifestações involuntárias. Ainda intra-útero, em imagens ultrassonográficas, podem ser visualizadas ereção peniana no sexo masculino e lubrificação vaginal no sexo feminino. As sensações sexuais acompanham todo o desenvolvimento do ser humano, na criança com a própria amamentação, porém é na puberdade que ocorre a intensificação dessas manifestações, proporcionada pelo desenvolvimento físico e psicológico. Nessa

fase, torna-se capaz de realizar o ato sexual propriamente dito com objetivo de obtenção do prazer sexual ou para procriação. O interesse sexual aumenta proporcionalmente ao desenvolvimento físico, observado pelo surgimento das características sexuais secundárias, com conseqüente alterações hormonais, favorecendo o prazer sexual sem finalidade reprodutiva com bastante evidência na adolescência.

Em relação ao desenvolvimento dos adolescentes, Taquette (2008) ainda cita que é possível se identificarem as distintas etapas do comportamento sexual com suas respectivas características, pois é durante a adolescência que o desenvolvimento sexual se torna pleno, e a gravidez pode surgir como conseqüência desse desenvolvimento. Compete aos profissionais de saúde desenvolver trabalhos direcionados para os adolescentes, aproveitando toda oportunidade para orientá-los sobre sexualidade, independentemente do tipo de serviço que eles procuram, e essa orientação deve ser livre de qualquer juízo de valor, conforme cada etapa do desenvolvimento do adolescente e do jovem.

Os adolescentes e jovens do sexo masculino têm tendência a ver as mulheres como objetos sexuais, e o sexo como uma maneira de provar sua masculinidade, visão que normalmente permanece na vida adulta. Fingem que têm muitas informações sobre sexo, muitas vezes procuram informações de outros adolescentes tão mal informados quanto eles e, embora ocorrendo o aumento no uso do preservativo masculino, atribuem às mulheres a responsabilidade pela saúde reprodutiva. Iniciativas brasileiras como PAPAI – Programa de Apoio ao Pai Adolescente, objetivam promover melhor equidade de gênero nas relações íntimas dos adolescentes (BARKER, 2008).

Até os anos 40 a sexualidade na adolescência não era discutida. Nessa época, as mulheres casavam-se cedo e cedo também tinham seus filhos, o que não se admitia era o sexo fora do casamento, uma vez que era tido como uma prática imoral, portanto proibida. Assunto discutido inicialmente nos anos 60, na década de 70 os estudos revelavam a gravidez na adolescência como sendo desfavorável por implicar partos cesarianos, partos prematuros, morte materna e perinatal, o que justificava tratar a gravidez na adolescência como sendo de alto risco, concepção contestada a partir dos anos 80, quando novos estudos evidenciaram que os riscos da gravidez na adolescência estão associados muito mais à primiparidade, ao baixo nível

socioeconômico, à baixa qualidade do pré-natal, ou mesmo à sua falta, do que à idade materna (MIRANDA; BOUZAS, 2008).

A decisão de interromper a gravidez não é rara entre as adolescentes e jovens, atitude observada predominantemente entre os de nível socioeconômico elevado e com melhores perspectivas de vida, e que pode gerar consequências graves. Logo, faz-se necessário haver discussões sobre a assistência adequada às adolescentes que, por algum motivo, foram submetidas ao processo de abortamento, devendo os profissionais ser imparciais e livres de preconceitos, embora as leis brasileiras considerem o aborto provocado como criminoso.

Miranda e Bouzas (2008) enfatizam ainda que o grande fracasso na prevenção da gravidez na adolescência se deve ao desconhecimento dos reais motivos que levam as adolescentes a ficarem grávidas.

No relatório que sintetiza estudos de 20 anos sobre o aborto no Brasil descreve que os estudos brasileiros que tratam sobre o aborto na adolescência normalmente emergiram de estudos que tratam da gravidez na adolescência, portanto não se trata ainda de um tema independente. As adolescentes que abortam têm entre 17 e 19 anos, possuem relacionamento estável, dependem economicamente da família ou do companheiro, não planejam a gravidez, usam como método abortivo principalmente medicamentos e chás e representam de 7% a 9% do total de abortos em mulheres em idade fértil. Estudo com adolescentes puérperas constatou que de 12,7% a 40% tentam o aborto antes de optarem por prosseguir com a gravidez. Pesquisas qualitativas revelam que 73% das jovens com idades compreendidas entre 18 e 24 anos cogitam a possibilidade de abortar antes de resolverem manter a gravidez (BRASIL, 2009).

2.1.4 Processo de cuidar em enfermagem e as políticas de atenção à saúde de adolescentes e jovens

Tradicionalmente na enfermagem o cuidado era entendido por intervenções denominadas cuidados de enfermagem, cujo objetivo era valorizar a técnica e materiais utilizados, pouco existindo a valorização do ser humano. Assim, as ações eram privilegiadas em detrimento ao ser humano. Em síntese

a enfermagem não cuidava, realizava sua prática centrada em tarefas. (WALDOW, 2004)

Para que a enfermagem possa desempenhar suas atividades com qualidade na assistência à saúde de adolescentes e jovens, é imprescindível a arte de cuidar, pois expressa a humanização enaltecendo o espírito de quem cuida. Nesse sentido, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), em parceria com o Ministério da Saúde, desenvolveu o Projeto Acolher, com o objetivo de promoção e desenvolvimento de ações integradas, no sentido de proporcionar transformações na maneira de pensar e agir na enfermagem no seu processo de cuidar, renovando seu compromisso com a integridade da assistência a adolescentes e jovens brasileiros.

Entre as atividades desenvolvidas por esse projeto, destaca-se a elaboração de um livro, em 2000, cujo título é “Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro”, que além de ser um incentivo à produção científica permitiu conhecer experiências da enfermagem junto aos adolescentes e jovens brasileiros, e a sua abordagem inclui deste um contexto histórico a propostas de ações na perspectiva de trabalho com adolescentes e jovens dentro do seu próprio meio social. Como contribuição à sociedade, a ABEn continua a nortear a assistência a ser prestada a adolescentes e jovens através da revista eletrônica “Adolescer - Compreender, Atuar, Acolher”.

O cuidado não consiste em uma simples técnica ou um procedimento. Na verdade, é uma arte que pressupõe a técnica, portanto as ações desenvolvidas na enfermagem, assim como o pensamento que orienta essas ações, refletem uma filosofia por meio da qual se prevê a afirmação de valores, crenças, conceitos, descrevendo os conhecimentos, os significados e as experiências dos elementos que dão conotação à prática da enfermagem, os quais incluem crenças da natureza do ser humano, da enfermagem, do meio ambiente, da sociedade e seus relacionamentos. As ações de enfermagem somente deixarão de ser mera técnica se a prioridade da ação for direcionada ao ser a quem se dedica o cuidado, em uma relação interpessoal, de tal maneira, que possam existir confiança por parte de quem recebe o cuidado e envolvimento, responsabilidade e respeito por parte do cuidador (WALDOW 2008).

Boff (2007, p.33) refere-se ao cuidado como a essência do ser, sem o qual o ser humano se desintegra e morre, portanto o “cuidar é mais que um

ato, é uma atitude”, que gera múltiplos atos permitindo a atenção e a garantia do bem-estar do ser a ser cuidado.

Neste contexto, para o planejamento das atividades de promoção e atenção à saúde de adolescentes e jovens, é importante que os cuidadores avaliem as características dessa população nos diversos aspectos, entre eles os sócio-demográficos e culturais, assim como os aspectos subjetivos, como desejos, valores, insatisfações, ídolos, vínculo com a família, amigos e percepções. Medidas que possibilitam a identificação dos principais problemas, a seleção de prioridades e a definição de estratégias (BRASIL, 2007b).

No setor Saúde, entre as obrigações na atenção ao adolescente, a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente determinam “a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias” como garantia de prioridade. A saúde sexual e a saúde reprodutiva têm lugar privilegiado no tocante à construção de autonomia do adolescente e do jovem, embora se reconheça que o meio social no qual muitos estão inseridos é marcado por diversas formas de desigualdade de gênero, raça, cor, orientação sexual, assim como as diferenças culturais e as desigualdades sócio-econômicas nas diferentes regiões do país. Constitui-se, portanto, um desafio para as políticas nacionais de atenção à saúde de adolescentes e jovens, de tal modo a atender a demanda em suas distintas condições de vida considerando essas desigualdades (BRASIL, 2007d).

Portanto, as políticas de atenção à saúde de adolescentes e jovens são baseadas na própria Constituição Federal Brasileira de 1988, que em seu Art. 196 define saúde como direito de todos e dever do Estado, visando à redução do risco de doenças e de outros agravos e acesso igualitário aos serviços de saúde. Nesse sentido, foram estabelecidos diretrizes e princípios que deverão ser seguidos no Sistema Único de Saúde (SUS) e modelos de atenção à saúde do adolescente e do jovem, tendo como suporte o Estatuto da Criança e do adolescente. Entre os princípios do SUS, a integralidade representa uma condição essencial na assistência aos adolescentes nos diferentes níveis de atenção, permitindo contemplar as necessidades desse grupo (BRASIL, 2007a).

A sexualidade humana é uma construção histórica, cultural e social. Adolescentes e jovens são considerados pessoas sexuadas, porém pouco livres e autônomas, o que os coloca em situação de vulnerabilidade tanto no

plano pessoal, social e institucional. Como agravante, tem-se observado que é pequena a procura de adolescentes e jovens por serviços de saúde no Brasil, porque para eles não parece ser um lugar importante para encontrar informações confiáveis sobre sexualidade (BRASIL, 2007d).

Diante dessas questões, os serviços e as ações voltadas para a sexualidade de adolescentes e jovens incluem como seus componentes a sexualidade, saúde sexual e reprodução, educação sexual, anticoncepção, planejamento familiar, prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino e de mama, atendimento ginecológico, DSTs/AIDS, gravidez, parto e puerpério. Não deixando de contar com a parceria de instituições de ensino para que, por meio do diálogo livre, aberto, transformador e democrático, possa inserir os adolescentes e jovens no meio social como sujeitos de direitos (BRASIL, 2007d).

Na Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizado em Viena em 1993, foram reconhecidos pela primeira vez os direitos das mulheres e meninas. Em seu item 18, define que:

Os direitos humanos das mulheres e das meninas são inalienáveis e constituem parte integral e indivisível dos direitos humanos universais. A plena participação das mulheres, em condições de igualdade, na vida política, civil, econômica, social e cultural nos níveis nacional, regional e internacional, e a erradicação de todas as formas de discriminação, com base no sexo, são objetivos prioritários da comunidade internacional. (BRASIL, 2007c. p.33)

Do mesmo modo, na IV Conferência Mundial da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre População e Desenvolvimento do Cairo em 1994, na qual o Brasil é signatário, portanto acata a execução de políticas públicas brasileiras. Em 2005, foi elaborado um documento: “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade de governo”, prioridade esta que deve ser contemplada por ações, como ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis pelo SUS; elaboração de manuais técnicos e cartilhas educativas; capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para assistência em planejamento familiar e atenção integral à saúde de adolescentes e jovens; ampliação do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas; implantação e melhoria de serviços para atenção às mulheres e aos adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica, e para atenção

humanizada às mulheres em situação de abortamento e Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2007d).

As políticas de atenção à saúde dos adolescentes e jovens têm priorizado por sua individualidade, autonomia e independência como um direito e exercício de cidadania. Faz-se também necessário o envolvimento de profissionais competentes e comprometidos, que possam permitir que esses adolescentes e jovens desenvolvam suas potencialidades, consigam manter sua harmonia interna, sua qualidade de vida e de relacionamentos afetivos de forma segura e livre de riscos.

A UNESCO (United Nations Education Scientific and Cultural Organization) (2010), com a finalidade de fornecer uma educação em sexualidade, clara, bem informada, cientificamente fundamentada, baseada nos valores universais, respeitando os direitos humanos e baseada em evidências, elaborou um manual intitulado “Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade”, direcionado a profissionais e tomadores de decisão nos setores da Educação e Saúde. Partiu-se do pressuposto de que a sexualidade é um aspecto fundamental da vida humana, com dimensões físicas, psicológicas, espirituais, sociais, econômicas, políticas e culturais, e diretamente relacionada à questão de gênero.

A enfermeira, na qualidade de cuidadora e educadora, deve estar inserida e desenvolver esse papel por meio de uma educação sexual efetiva, de forma a transmitir aos adolescentes e jovens informações adequadas conforme a idade, incluindo oportunidades para que eles explorem suas atitudes e valores e sejam capazes de fazer escolhas informadas em sua vida sexual. Assim, reduzem-se as informações errôneas, aumentam-se os conhecimentos corretos, esclarecendo e fortalecendo valores e atitudes positivas e melhorando a percepção sobre grupo de pares e normas sociais.

Entre as boas práticas identificadas em instituições educacionais, incluem-se as sessões em educação sexual ou oficinas (denominação no Brasil), que devem ser ministradas para grupos de, no mínimo, doze, pois nessas sessões devem ser abordados temas que incluem tanto os fatores de riscos sexuais como fatores protetores, e sua abordagem demanda tempo, portanto a média de duração de cada sessão é de 50 minutos, devendo ser transmitida de forma sequenciada e por pessoas que tenham interesse em ensinar, sente-se bem e confortável ao discutir sobre sexualidade, ter

capacidade de comunicação e habilidade no uso de metodologia participativa (UNESCO, 2010).

Ao se fazer análise deste referencial observa-se que na prática profissional de enfermagem o cuidado deve ser expresso com a humanização através de ações que proporcione assistência de qualidade a adolescentes e jovens. Neste sentido a Associação Brasileira de Enfermagem vem estimulando produções científicas que abordem temas referentes a esta população como também ações de trabalho que visem a inserção de adolescentes e jovens no meio social com autonomia e livres para o exercício da cidadania. Quanto às políticas de atenção a saúde de adolescentes e jovem nota-se avanços através de ações governamentais que tem promovido ampliações de programas já existentes e criação de novas estratégias no sentido de inserir adolescentes e jovens nos diferentes níveis de atenção.

2.2 Referencial Teórico- Metodológico

Para coleta de dados e análise dos depoimentos, utilizou-se o Método História de Vida, com embasamento na Teoria de enfermagem: O Modelo de adaptação de Roy.

2.2.1 Teoria de Callista Roy

A teoria sustenta o cuidado científico da enfermagem e serve para melhorar a qualidade desse cuidado a partir da educação, da prática e investigação, sendo importante para o crescimento profissional da enfermagem.

As descrições iniciais do Modelo de adaptação de Callista Roy remontam aos tempos de universitária na Escola de Enfermagem da Califórnia. Os princípios desse modelo se encontram sustentados por suposições filosóficas do humanismo e veracidade, esse termo foi criado pela teorista e teve como apoio a também teorista Dorothy E. Johnson.

As primeiras publicações desse modelo sugeriram na década de 70. Com o aperfeiçoamento da Teoria, Roy estabeleceu conceitos-base do Modelo para a enfermagem, definidos como: 1. Nível de adaptação, que representa a capacidade de a pessoa responder positivamente numa dada situação; 2.

Respostas adaptáveis, aquelas que promovem a integridade dos objetivos do sistema humano; 3. Subsistema cognitivo, citado como processo de resistência, que envolve quatro canais cognitivo-emotivos, a saber: processamento cognitivo e da informação, aprendizagem, avaliação e emoção; e 4. Subsistema regulador, que se trata de um processo de resistência que responde automaticamente através dos sistemas endócrino, químico e neurológico (ROY, ANDREWS, 2001).

O Modelo de adaptação de Roy orienta a enfermagem interessada na adaptação fisiológica, assim como aquela centrada na adaptação psicossocial. Os níveis de adaptação são processos de trocas permanentes por meio de estímulos, que é aquilo que provoca a resposta, e de veracidade, que é um princípio da natureza humana que certifica um objetivo comum da existência. São três as classes de estímulos: 1. estímulos focais, que são estímulos internos ou externos que mais confrontam imediatamente a pessoa; 2. estímulos contextuais, que são todos os estímulos que contribuem para o efeito do estímulo focal; e 3. estímulos residuais, que aludem a um fator ambiental, dentro ou fora da pessoa, cujos efeitos na situação atual são obscuros (McEWEN; WILLS, 2009).

Mecanismo de resistência ou processo de enfrentamento são modos inatos ou adquiridos de responder a mudanças do ambiente, cujo objetivo na enfermagem é a promoção da adaptação, contribuindo para a saúde, qualidade de vida e morte com dignidade.

No Modelo de adaptação de Roy, “Saúde” se refere a um estado ou processo de ser e de tornar-se uma pessoa total e integrada. “Humanismo” se refere à pessoa e às dimensões subjetivas da experiência humana como o ponto central para o conhecimento e valorização. “Respostas ineficazes” são aquelas que não promovem a integridade, nem contribuem para os objetivos da adaptação. Isto é, elas podem na situação imediata, ou se continuarem por algum tempo, ameaçar a sobrevivência da pessoa e o crescimento. “Pessoa” é o indivíduo que é descrito como um todo e que compreende as partes que funcionam segundo uma unidade para o mesmo objetivo, ou seja, “sistema adaptativo humano” (McEWEN; WILLS, 2009).

Para visualizar o processo de resposta inerente aos subsistemas reguladores e cognitivos e aos níveis de adaptação, Roy e Andrews (2001) elaborou quatro categorias ou modos adaptáveis que servem como base para

avaliação. Esses quatro modos foram classificados como modo fisiológico, autoconceito, modo de função na vida real e modo de interdependência.

O modo fisiológico é associado à forma como a pessoa responde como ser físico aos estímulos do ambiente, que pode resultar em respostas adaptáveis e ineficazes, indicando se os mecanismos de resistência orgânica são capazes de se adaptar ao estímulo que os compromete. Nesse modo são identificadas cinco necessidades básicas: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso e proteção, incluindo ainda os sentidos, fluidos e eletrólitos, funções neurológica e endócrina, consideradas como mediadores da atividade reguladora da ação integrando as funções fisiológicas que podem afetar a integridade dos outros modos.

O modo de autoconceito advém especificamente sobre os aspectos psicológicos e espirituais da pessoa. As necessidades básicas deste modo são definidas como integridade psíquica e espiritual, ou seja, a pessoa tem a necessidade de saber quem é, para que possa ser ou existir com um sentido de unidade. Essa integridade é imprescindível para a manutenção da saúde, uma vez que problemas de adaptação nessa área podem interferir na capacidade de cura da pessoa, e a enfermeira deve ter conhecimento do modo de autoconceito para ser capaz de avaliar comportamentos e estímulos que influenciam a pessoa, pois o autoconceito é composto de crenças e sentimentos que a pessoa guarda sobre si mesma e é formado a partir de percepções internas e dos outros, as quais conduzem o seu comportamento.

O modo de função na vida real é o modo social que se refere aos papéis que a pessoa ocupa na sociedade, ou seja, como se comporta uma pessoa com determinada posição na sociedade em relação a outro que ocupa outra posição nessa mesma sociedade. Está relacionado à forma como a pessoa desempenha os papéis que se esperam dela, portanto a necessidade básica nesse modo foi identificada como integridade social.

O modo de interdependência é o modo final de adaptação de Roy e está relacionado ao dar e receber amor, respeito e valor, ou seja, comportamento receptivo e comportamento contributivo, cuja necessidade básica é definida como adequação emocional. No estabelecimento das relações de interdependência, tem-se como fator significativo as pessoas mais importantes para o indivíduo e os outros que contribuem para suas satisfações e que são definidos como sistema de apoio.

Roy descreve o receptor dos cuidados de enfermagem em termo de um sistema holístico adaptável. O termo adaptável significa que o sistema humano tem a capacidade de se ajustar efetivamente às mudanças no meio ambiente e afetá-lo. O processo de enfermagem é executado em seis passos: (1) avaliação do comportamento, (2) avaliação do estímulo, (3) diagnóstico de enfermagem, (4) estabelecimento de objetivos, (5) intervenção e (6) avaliação.

O holismo, palavra de origem grega que significa “todo”, abrange a ideia de conjunto e as propriedades de um sistema; não engloba apenas a esfera física, ou seja, apenas a soma de seus componentes, mas também as mais altas manifestações do espírito humano. (WALDOW, 2010).

A utilização de uma teoria no processo de cuidado auxilia na especificação de variáveis, nas relações entre si, além de proporcionar direcionamento para o processo de enfermagem. Diante do objeto deste estudo, vivência de adolescentes e jovens no processo abortivo, seguindo a orientação da teoria, o principal receptor do cuidado é a pessoa, representada por adolescentes e jovens, foco principal do cuidado, ou seja, o sistema holístico adaptável. Também representado pela família, a comunidade e a sociedade em que essas pessoas estão inseridas, assim também carentes de intervenções de enfermagem que possam auxiliar no processo adaptativo de respostas ou resultados.

Diniz (2006) enfatiza que essa teoria enfoca o sistema, que é um conjunto de partes interligadas formando um todo, no qual ocorre um processo de troca permanente através de estímulos focais, contextuais e residuais. O principal estímulo neste estudo foi a gravidez que gerou o mecanismo de resistência, cujas respostas foram influenciadas por diversos estímulos contextuais, como a opinião dos pais e do companheiro, a imaturidade física e psíquica e a condição socioeconômica e cultural. Desse mecanismo, foram gerados os diversos comportamentos com respostas adaptáveis e ineficazes, entre elas, o aborto.

Brandalize e Zagonel (2006) referem que um marco conceitual direciona para a ação do cuidado, adequando-o conforme cada situação e em relação às respostas da pessoa que vivencia as transições de papéis, uma vez que alguns aspectos são mais afetados que outros, conforme os estímulos aos quais são submetidos.

O uso dessa teoria proporcionou identificar os principais problemas de enfermagem que envolvem os quatro modos adaptativos entre adolescentes e jovens frente ao processo abortivo para, a partir deles, discutir soluções que contribuam para saúde da pessoa como um sistema adaptável, conforme suas necessidades fisiológicas, seus autoconceitos, dentro dos seus grupos sociais e nas suas relações afetivas.

2.2.2 O Método História de Vida

O método História de Vida teve origem na Etnografia, termo de origem grega, em que *Ethnos* significa raça ou povo, e, quando em combinação com *gráfico*, refere-se à ciência que estuda o comportamento dos seres humanos, considerando os seus modos de vida e cultura (DENZIN, 2007).

A expressão “relatos de vida” surgiu na França há mais de três décadas, quando o termo utilizado nas ciências sociais era “história de vida” ou *life history*. Bertaux (1981;2005) fez uma distinção entre *life history* e relatos de vida ou *life story*. A primeira se refere à história vivida por uma pessoa e, além da narração dos indivíduos ou grupos sociais, eles podem ser investigados através de documentos. A segunda trata de uma descrição aproximada do real vivido, seja ele objetivo ou subjetivo, referido pelos próprios sujeitos, através de entrevista narrativa em que um pesquisador solicita aos sujeitos que descreva sua experiência vivida.

Atualmente Bertaux (2010) solicita ao pesquisador que faça a distinção clara entre a história real de uma vida, da narrativa que o sujeito faz dela, pois no Método História de Vida trata-se de várias narrativas de vidas de pessoas que se encontram ou se encontravam em situações similares em um meio social, onde se procura absorver os conhecimentos sobre suas experiências diretas em uma determinada situação ou acontecimento por meio da análise de seus conteúdos.

Neste estudo, utilizou-se esse método, em que os primeiros relatos da investigação ou fase de exploração serviram como base do conhecimento da problemática. Com o desenvolvimento da pesquisa, foi sendo possível conhecer os fenômenos mais e menos interessantes do processo, no qual os sujeitos, adolescentes e jovens, eram livres para falar sobre suas vivências

frente ao processo abortivo, conforme elas fossem fluindo de suas mentes, dando a eles o devido valor e respeitando as suas individualidades.

A fase analítica do processo de investigação continuou até atingir o ponto de saturação. Segundo Bertaux (2005; 2010), compete ao investigador selecionar os relatos de vida das pessoas cujas experiências sirvam de exemplo a uma extensa pauta das relações e dos processos sociais estudados.

A técnica para obtenção dos dados foi a entrevista aberta e prolongada e dispensou um roteiro prévio, ficando a critério dos próprios sujeitos da pesquisa a condução das respostas.

A experiência de relatar sua história de vida oferece ao sujeito uma oportunidade de rebuscar o significado que se encontrava obscuro em sua vida, o que implica uma dimensão ética do estudo e traz uma contribuição que consideramos essencial (SILVA *et al.*, 2007).

Além do aspecto já referido, há o vínculo de confiança que se estabelece entre pesquisador e sujeito. Santos e Santos (2008) ressaltam que, com o Método História de Vida, a enfermeira tem maior aproximação com os sujeitos, o que oportuniza e enriquece o relacionamento interpessoal e o pesquisador aprende a ouvir o sujeito que vivenciou a temática de que trata o seu objeto de estudo.

A narrativa de vida tem função expressiva, o pesquisador vai além do que ouve, o conteúdo poderá ser maior do que o imaginado e ele não deixa de publicar tais forças de expressão (BERTAUX, 2010).

Para interpretação dos dados foi utilizada a técnica da análise temática, na qual por meio dos relatos foram identificados os discursos que tinham relação com o tema e posteriormente foi realizado o agrupamento em categorias.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Natureza da Investigação

Estudo descritivo de natureza qualitativa, nos moldes de entrevista não-estruturada, que utilizou o Método História de Vida, por se tratar de um testemunho de experiências vividas por um determinado grupo em que o investigador marcará a orientação para o seu objeto de estudo.

Gaulejac (2005) aponta que o objetivo do método da história de vida é ter acesso a uma realidade que ultrapassa o narrador. Isto é, por meio da história de vida contada da maneira que é própria do sujeito, tentou-se compreender o universo do qual ele faz parte. Isso nos mostra a faceta do mundo subjetivo em relação permanente e simultânea aos fatos sociais.

3.2 O cenário e os sujeitos da pesquisa

No Método História de Vida, não existe padronização quanto ao cenário, que pode ser diverso e em conformidade com o objeto do estudo. Os dados foram coletados, após contato prévio com os sujeitos, para ser feita a ambientação, o que facilitou a realização das entrevistas, com flexibilidade em relação ao local da mesma, pois deveria ser o mais cômodo possível tanto para o entrevistador como para o entrevistado. Assim, nove entrevistas ocorreram na casa da própria adolescente ou jovem; três, no ambulatório de consulta pré-natal e ginecológica de enfermagem; e duas, em outros locais escolhidos em comum acordo entre entrevistadora e sujeitos.

Os sujeitos da pesquisa foram 14 mulheres, residentes no município de Teresina, que passaram pelo processo abortivo enquanto adolescentes e jovens. Oito delas foram identificadas em pesquisa anterior, portanto já havia existido contato prévio, e outras seis no ambulatório de consulta pré-natal e ginecológica de enfermagem, onde a autora trabalha. Esses sujeitos foram escolhidos a partir das relações já desenvolvidas. Os números de entrevistas realizadas foram de acordo com o ponto de saturação, ou seja, até o momento em que não se obtinham mais fatos novos e dignos de acréscimo, referentes ao objeto de estudo. As depoentes foram identificadas no texto por números cardinais sequenciados.

As entrevistas foram gravadas por meio de aparelho eletrônico MP4 e, ao mesmo tempo, foram observadas as manifestações faciais e corporais das mulheres e suas entonações de voz durante a entrevista, que foram transcritas com o máximo de fidelidade possível. Realizou-se a leitura e releitura do material para melhor compreensão, organização dos relatos e dados das observações realizadas durante as entrevistas; posteriormente elas foram classificadas e analisadas.

3.3 Aspectos éticos da pesquisa

Foi mantida a identidade dos participantes com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais. Os nomes ou o material que indique a participação dos sujeitos na pesquisa não serão divulgados, assim como a identificação em qualquer publicação que possa resultar deste estudo.

Um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) foi apresentado às participantes e assinado por elas, após receberem as informações necessárias referentes à pesquisa, conforme orientação da resolução de 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

Como os sujeitos jovens tinham idade superior a 18 anos no momento da entrevista, não houve necessidade de autorização dos pais. As que se recusaram a participar da pesquisa foram excluídas. Esclareceu-se quanto à existência de desconforto e garantiu-se risco mínimo para os sujeitos que se submeteram à coleta dos dados. Elas informadas quanto à importância de sua participação e o fato de estarem ajudando os profissionais a entenderem e a esclarecerem dúvidas sobre o aborto na adolescência e juventude, revertendo em benefício para outras mulheres.

A pesquisa foi submetida à análise da Comissão de Ética da Fundação Municipal de Saúde (FMS) e do Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí – CEP/UFPI e foi aprovada sob CAAE Nº 0297.0.045.000-10. (Anexo B)

3.4 Produção e análise dos dados

Para a produção dos dados, a técnica utilizada foi a de entrevistas abertas e prolongadas com a seguinte pergunta norteadora: “Fale a respeito de sua vida que tenha relação com processo abortivo antes, durante e após o mesmo”. (Apêndice A)

De acordo com Bertaux (2010), no Método História de Vida não tem roteiro preestabelecido, ficando a critério das depoentes a condução da entrevista, porém duas atitudes devem ser evitadas pelo pesquisador: falar demais e não ser impassível, o que exige do pesquisador habilidades para identificar a história realmente vivida e ser capaz de identificar as três distintas classes da realidade, que são: a realidade histórica empírica, a realidade física e semântica, formada pelo que o sujeito sabe e pensa sobre a trajetória de sua vida até determinado momento; e a realidade discursiva, que corresponde ao que o sujeito quer dizer acerca do que sabe ou pensa que sabe sobre sua experiência vivida.

A princípio, houve certa dificuldade em obter os depoimentos conforme o método sugere, pois, apesar de explicar para as depoentes sobre o tema e sobre sua liberdade para falar à vontade, observou-se que algumas tiveram certo receio em falar sobre o assunto, fazendo várias pausas durante a entrevista. No decorrer das demais entrevistas, pôde-se perceber uma boa receptividade das mulheres e foi possível a comunicação e o estabelecimento da relação de confiança. Vários aspectos foram observados, algumas demonstraram tranquilidade ao falar sobre o aborto, mas a maioria foi envolvida por emoção. Foram frequentes os episódios de choro, ao relatar o vivido, contudo houve vários momentos de descontração e risos.

Em uma comunicação entre duas pessoas, são identificados três canais distintos: a comunicação verbal, expressa pelas próprias palavras; a entonação de voz; e a comunicação não verbal, detectada pelos gestos, movimentos dos olhos e expressão do rosto. As gravações não detectam a comunicação não verbal, portanto, captam somente 10% de toda a mensagem emitida e compete ao entrevistador no método História de Vida transcrever não somente as falas dos depoentes, mas como também a entonação de voz (BERTAUX, 2005).

A produção dos dados ocorreu no período de janeiro a maio de 2011, quando as entrevistas tornaram-se saturadas ou não revelavam fatos novos em relação às entrevistas anteriores, o que Bertaux (2005) cita como sendo o momento em que o entrevistador tem a sensação de não estar mais acrescentando nada ao seu conhecimento em relação ao objeto de estudo.

Neste trabalho, a análise dos dados foi feita pela categorização e interpretação dos resultados, à luz da Teoria da adaptação de Roy, e baseou-se na fundamentação teórica dos autores da temática e do método História de Vida. Este método recomenda a leitura e releitura de todo o material transcrito imediatamente após a gravação da entrevista para, a partir disso, realizar a categorização. Segundo Deslandes (2007), o primeiro passo é homogeneizar, ou seja, cada categoria deve ser obtida seguindo os mesmos princípios, e posteriormente se deve analisar exaustivamente todo o material. Quando um determinado aspecto não for contemplado nessa categoria, deve-se fazer outra categorização exclusiva, ou seja, cada aspecto só pode ser classificado em uma categoria, e concreta, pois deve ser de fácil entendimento e adequada, uma vez que deve estar de acordo com o conteúdo e objetivos da pesquisa.

Bertaux (2010) orienta que, logo após cada entrevista, o pesquisador transcreva todo o conteúdo que percebeu, tentando descrever a atitude geral dos sujeitos em relação ao tema, ao pesquisador e em relação à sua própria história, procurando concentrar o pensamento naquilo que lhe causou mais surpresa ou choque e aproveitando essas reflexões para obter uma boa análise do trabalho.

Posteriormente à categorização das narrativas, foram estabelecidas relações entre elas e o referencial teórico para proceder à análise de conteúdo.

4 VIVÊNCIAS DE ADOLESCENTES E JOVENS FRENTE AO PROCESSO ABORTIVO

A análise dos resultados foi feita a partir da caracterização dos sujeitos e modos adaptativos apresentados por adolescentes e jovens durante o processo abortivo, segundo Callista Roy.

Foram identificadas manifestações corporais, citadas como sinais e sintomas e consequência de abortamento; sentimentos diversos; razões que levaram as adolescentes e jovens tanto ao abortamento espontâneo como ao abortamento inseguro; definição do papel social diante da condição frente ao abortamento espontâneo e opção pelo abortamento inseguro. Também foi possível identificar a relação de interdependência dessas adolescentes e jovens, que ora demonstraram carência afetiva, ora evidenciaram possuir um sistema de apoio eficaz, representado pelas pessoas de maior significado para elas.

Dessa forma, procurou-se identificar e compreender a vivência de adolescentes e jovens que passam pelo processo abortivo, de modo a auxiliar os profissionais de saúde, educadores e o poder administrativo a prestarem o cuidado de formar, a prevenirem situações de vulnerabilidade e reduzirem danos para essas adolescentes e jovens, enquanto sistema holístico dotadas de direitos e deveres.

4.1 Caracterização dos sujeitos

Para fins de caracterização das mulheres que tiveram aborto quando adolescentes e jovens foram coletados os dados sobre os aspectos sócio-demográficos, que incluíram: idade, procedência, escolaridade, religião, situação conjugal, ocupação/profissão, renda familiar e antecedentes obstétricos, que se referem ao número de gestações, partos e abortos. Encontram-se dispostos nos Quadros 1 e 2 a seguir:

Quadro 1. Perfil dos sujeitos segundo dados sócio-demográficos

Identificação	Idade	Renda	Estado civil/Situação conjugal	Profissão /Ocupação	Escolaridade	Procedência	Religião
Dep.1	19	1 SM	União estável	Estudante	EMI	Teresina	Católica
Dep.2	22	3 SM	União estável	Coladeira	EMI	Teresina	Não tem
Dep.3	23	1SM+BF	União estável	Do lar	EFC	Teresina	Católica
Dep.4	22	1 ½ SM	União estável	Doméstica	EMI	Teresina	Católica
Dep.5	24	> 1SM	União estável	Cozinheira	EFI	São Mateus - MA	Católica
Dep.6	23	> 1SM	União estável	Doméstica	EFI	Teresina	Católica
Dep.7	24	1 SM	União estável	Doméstica	EFI	Oeiras	Católica
Dep.8	23	3 SM	Solteira	Assistente financeira	ESI	Teresina	Católica
Dep.9	24	1SM+BF	Solteira	Doméstica	EFC	Teresina	Católica
Dep.10	23	12 SM	Casada	Professora	ESC	Teresina	Católica
Dep.11	20	5 SM	União estável	Estudante	EMC	Parnaíba	Não tem
Dep.12	18	> 1SM	União estável	Estudante	EMC	Teresina	Católica
Dep.13	24	<20 SM	Casada	Enfermeira	ESC	Teresina	Católica
Dep.14	21	1 SM	Casada	Do lar	EMC	Teresina	Católica

Legenda:EFI= Ensino fundamental incompleto EFC= Ensino fundamental completo EMI= Ensino médio incompleto EMC= Ensino médio completo ESI= Ensino superior incompleto ESC= Ensino superior completo. SM= Salário mínimo BF= Bolsa família

Observou-se no Quadro 1 que as mulheres que vivenciaram o aborto na adolescência e juventude se encontravam na faixa etária compreendida entre 18 e 24 anos. No que tange ao estado civil/ situação conjugal, doze eram casadas ou possuíam relacionamento estável e apenas duas eram solteiras. Quanto à escolaridade, oito não completaram o ensino médio, três possuíam o ensino médio completo, uma tem ensino superior incompleto, e duas possuíam ensino superior completo.

Quanto à profissão/ocupação, quatro relataram serem domésticas, três estudantes, uma coladeira¹, uma assistente financeira, uma professora, uma enfermeira e duas do lar. No que se refere à renda familiar, três tinham rendimento menor que um salário mínimo e oito das entrevistadas recebiam entre 1 e 3 salários mínimos. Dessas, duas contavam com ajuda do programa bolsa família, e três tinham rendimento igual ou superior a cinco salários mínimos. No que se refere à procedência, treze eram do estado do Piauí, das quais onze de Teresina, uma de Oeiras, uma de Parnaíba e apenas uma do estado do Maranhão.

Pesquisa realizada por Dinis e Medeiros (2010) mostrou que das mulheres que abortaram no Brasil, 23% tinham ensino fundamental incompleto, e 12% concluíram o ensino médio. A opção pelo aborto cresce conforme a idade, indo de 6%, dos 18 aos 19 anos, a 22%, entre 35 a 39 anos, e essas mulheres na sua maioria eram católicas.

Nery e Tyrrell (2010) destacam que, entre as possíveis causas para a alta incidência do aborto entre adolescentes, destaca-se a situação socioeconômica e cultural desfavorável, o que envolve a baixa escolaridade, desemprego na família, moradia em condições precárias ou falta de moradia e pouca opção de lazer, o que torna essas adolescentes e jovens mais predispostas a adoecer e morrer.

No aspecto religioso, doze se identificaram como católica, embora não frequentando a igreja com assiduidade, e apenas duas manifestaram não ter religião.

Rosado-Nunes (2009) citam que, nas pesquisas acadêmicas, a relação aborto-religião é pouco explorada, especialmente no tocante à religião católica, uma vez que esta é extremamente expressiva no Brasil, arraigada de poder político. Assim, trabalhar esse tema expõe questões altamente problemáticas, pois as concepções religiosas opõem-se à edificação feminina da reprodução.

Para proporcionar maior visibilidade de fatores que podem influenciar no abortamento, foram colhidos dados referentes aos antecedentes obstétricos, como número de gestações, partos e abortos dos sujeitos entrevistados, que se encontram representados no Quadro 2 a seguir:

¹ Trabalha colando artefatos de couro como sapatos, bolsas, cintos e outras.

Quadro 2. Perfil dos sujeitos segundo antecedentes obstétricos

Identificação	Gestação	Partos	Abortos		
			Espontâneo	Provocado	Total
Dep.1	01	00	01	00	01
Dep.2	04	03	01	00	01
Dep.3	05	04	01	00	01
Dep.4	03	01	02	00	02
Dep.5*	04	02	01	00	01
Dep.6	04	03	01	00	01
Dep.7	02	01	01	00	01
Dep.8*	02	00	00	01	01
Dep.9	04	03	01	00	01
Dep.10	06	03	00	03	03
Dep.11*	04	02	00	01	01
Dep.12*	02	00	01	00	01
Dep.13	05	04	01	00	01
Dep.14*	02	00	01	00	01

(*) Encontravam-se grávidas no momento da entrevista.

Quanto aos antecedentes obstétricos, o Quadro 2 mostra que treze das depoentes tiveram entre duas e seis gestações. Duas depoentes eram múltiparas; quatro, tercíparas; duas, secundíparas; duas, primíparas; e quatro, nulíparas. Das quatorze mulheres, doze tiveram um aborto, e duas tiveram mais de um aborto. Quanto ao tipo de aborto, onze tiveram espontâneo, e três, provocados.

Estudo realizado no Brasil sobre aborto constatou que apenas de 9,5 a 29,2% de todas as mulheres que abortam já tinham filhos, o que sugere que o aborto é utilizado como método de planejamento familiar quando outro método contraceptivo falha ou não é usado corretamente. Quando feita a comparação idade e número de filhos, o grupo que menos induz o aborto são as adolescentes (BRASIL, 2009).

4.2 Modos adaptativos apresentados por adolescentes e jovens durante o processo abortivo, segundo Callista Roy

O estudo apresenta uma categoria, “Modos adaptativos, apresentados por adolescentes e jovens durante o processo abortivo, segundo Callista Roy”, e 4 subcategorias: Modo fisiológico: manifestações corporais do abortamento; Modo de autoconceito: sentimentos vividos frente ao abortamento espontâneo e Inseguro; Modo de função na vida real: razões que levaram ao abortamento e definições de papéis; Modo de interdependência: dar e receber amor, respeito e valor. Os resultados foram revelados pela similaridade e pertinência durante o discurso das depoentes.

4.2.1 Modo fisiológico: manifestações corporais do abortamento

Nessa subcategoria, as manifestações corporais do abortamento destacaram como problemas adaptativos que antecederam o abortamento espontâneo e inseguro os distúrbios dos sentidos, como dor e febre, o desequilíbrio de fluidos e eletrólitos, causado pelo sangramento. Eis os relatos:

[...] Aí foi quando eu comecei a sentir dores, dor forte na minha barriga, aí eu tava começando a dar febre[...] (Dep.4)

[...] Eu quase morro porque perdi muito sangue, eu tinha começado o pré-natal já estava com um mês e quinze dias, mesmo assim eu quase morro [...] (Dep.5)

[...] Aí dessa queda eu comecei a passar mal, senti muitas dores e veio o sangramento (Dep. 7)

[...] Após eu ter ingerido os remédios, (medicação para indução do aborto) eu passei um mês dando hemorragia sem imaginar que o bebê ainda estava vivo ainda, aí após um mês foi que fui para a maternidade [...] (Dep. 8)

Eu sofri muitas dores, dores terríveis que até eu gritava, inclusive eu nem sei se tinha anestesia ou alguma injeção, eu não recordo disso, só sei que eu sentir muita dor, era quase a dor de parir, porque puxava, arregaçava mesmo, eu nem sei como foi que eu me salvei dessa [...] no segundo aborto tomei cytotec (referindo ao misoprostol) introduzi eu acho que era assim eu nem me lembro mais porque dessas coisas eu tento esquecer, mas parece que eu tomava um e introduzia outro ou eram dois, eu não lembro estou confusa neste momento, sinceramente se você me perguntar eu não sei, não lembro

mais porque eu tentei apagar essas situações da minha mente ainda tem umas falhas assim porque é difícil apagar totalmente, mas eu não sei dizer a receita e prefiro apagar mesmo para que ninguém saiba, que ninguém faça. [...] (Dep.10)

Dor forte na barriga e febre, perda de sangue dor e sangramento hemorragia, dores e esquecimento foram citados pelas depoentes 4, 5, 7, 8 e 10, respectivamente.

A dor foi a manifestação mais citada, à exceção das depoentes 5 e 8, que citaram somente o sangramento. No relato da depoente 10, foi identificado que a mesma informa esquecimento, apresenta, portanto déficit de memória intencional provavelmente como mecanismo de defesa de sua personalidade.

O modo fisiológico de Roy está relacionado aos fenômenos químicos e físicos envolvidos nas funções e atividades humanas, e a enfermeira deve ter conhecimento sobre a função normal do corpo para ser capaz de reconhecer variações da norma, baseada no próprio nível de adaptação da pessoa e nos comportamentos que indicam problemas com o funcionamento fisiológico. (ROY; ANDREWS, 2001).

No abortamento inseguro, as manifestações físicas dependem do método empregado, porém a dor e o sangramento sempre estão presentes. Entre os sintomas clínicos que antecedem o abortamento inevitável, o sangramento moderado e as dores costumam estar sempre presentes. No abortamento completo, ocorre cessação ou diminuição repentina do sangramento e dor abdominal. No abortamento incompleto, a dor é persistente e com intensidade progressiva, e o sangramento vaginal é intenso e incessante (CHAVES NETTO; SÁ, 2007, BRASIL, 2010).

Foi observado que, na indução do processo abortivo, as adolescentes e jovens tiveram predileção pelo uso do misoprostol, só uma das depoentes recorreu a outras práticas, neste caso ocorreu a procura por clínica clandestina para prática do aborto e foi utilizado instrumentais cirúrgicos.

O misoprostol é uma prostaglandina E1 metil análoga, que foi originalmente sintetizada e comercializada com objetivo de auxiliar no tratamento de Síndrome dispéptica do trato gastrointestinal, como gastrite e úlcera. A sua utilização como adjuvante na interrupção da gravidez inicial foi amplamente divulgada e utilizada por seu efeito abortivo, o que dificultou a comercialização com fins terapêuticos e a tornou restrita no país, devido ao

seu uso indevido (BRASIL, 2001). Este fármaco consta na lista de medicamentos C1 (substâncias sujeitas a controle especial) cujas receitas devem ser emitidas em duas vias válidas por 30 dias após a prescrição somente no estado emitente (BRASIL, 2007).

FREITAS (2011) cita que estudos que identificou o perfil de mulheres que abortam no Brasil, como a síntese da UnB-UERJ de 2009 assinala que mais da metade das mulheres que declararam ter feito um aborto usaram o misoprostol, método preferencial das adolescentes, acompanhado por chás, não havendo praticamente registro de métodos perfurantes ou acesso a clínicas privadas. Outro estudo da Anis-Unb de 2010 mostra que 48% das mulheres que abortaram fizeram uso de algum tipo de medicamento. Um dos consensos nesses estudos é que o uso desse medicamento em domicílio e o acesso à assistência hospitalar imediata para curetagem por aborto incompleto reduziram a gravidade das sequelas.

Esses mesmos estudos, contudo, mostram que o uso do misoprostol não eliminou os riscos do abortamento inseguro e suas sequelas, uma vez que sua eficácia para provocar o aborto depende da dose e do tempo de gestação, assim como da qualidade da assistência hospitalar, isso sem avaliar a dimensão dos danos mentais.

A ação do misoprostol se dá principalmente no amadurecimento do colo, e a via vaginal determina contrações mais regulares em detrimento à via oral, porém a absorção por via vaginal varia de acordo com cada mulher. Portanto há diferenças de doses para se obter abortamento completo, que se não ocorrer, deverá ser complementado pelo abortamento cirúrgico, devido aos riscos de sangramentos acentuados e teratogenicidade (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

Existe a hipótese sobre o efeito teratogênico do misoprostol no feto quando não for suficiente para induzir o aborto. A Síndrome de Möbius, que foi descrita por Von Graefe em 1880 e por Moebius em 1892, é uma doença rara, não progressiva, caracterizada por paralisia congênita do VI e VII nervos cranianos e paralisia facial bilateral total ou parcial ou associada a outras anomalias, em consequência da paralisia desses nervos. Sua etiologia aponta para a agressão ao feto entre a quarta e quinta semanas de gestação, provocando agenesia dos núcleos dos pares cranianos no tronco cerebral, lesões supra e pós nucleares, resultantes de eventos hipóxicos ou isquêmicos,

entre os quais se pode citar a utilização de misoprostol, talidomida, álcool, benzodiazepínicos e cocaína durante o primeiro trimestre de gravidez. (MARAMBAIA *et al.*, 2008).

Entre as manifestações corporais consequentes do abortamento, a dor e o desequilíbrio de fluidos e eletrólitos foram as principais consequências fisiológicas que ocorreram após o abortamento. As depoentes assim se expressaram:

[...] depois que cheguei em casa senti muita dor de cabeça, aí não retornei, aí comprei o remédio e fiquei boa[...].(Dep.5)

Eu tinha sangrado muito e ficouuuu.... Parece quase um mês aí eu fiz uso de mastruz essas coisa... Depois ficou normal e pronto. (Dep.7)

[...] Aí eu fiquei para poder fazer a curetagem, para tirar os resíduos que tinham ficado, eu estava dando hemorragia, um mês sangrando direto e o sangue não parava de jeito nenhum, eu ia era morrer, era muito sangue...(Dep.8)

As depoentes referiram muita “dor de cabeça” após o abortamento, sangramento abundante e prolongado, quando fizeram uso de “mastruz” e houve a necessidade de realização de curetagem.

Cefaléia foi a manifestação sensitiva após abortamento referida pela depoente 5, que informou ainda não ter sentido necessidade de procurar assistência hospitalar. O sangramento foi relatado pela depoente 7, que, da mesma forma, não procurou o serviço de saúde, preferindo o uso de terapias através de plantas medicinais. Já no caso da depoente 8, ela se viu obrigada a procurar cuidados hospitalares, pois estava com sangramento incessante, do tipo hemorrágico, então não teve alternativa, senão procurar o serviço de saúde.

O Ministério da Saúde em sua norma técnica - Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2010) menciona que complicações físicas imediatas, como hemorragias, infecções, perfurações de órgãos e infertilidade se somam a transtornos subjetivos, ao se vivenciar o ônus de uma escolha inegavelmente difícil num contexto de culpabilização e de penalização do abortamento. Portanto os profissionais devem ficar atentos quanto aos sinais e sintomas que necessitam de atendimentos imediatos, tais como cólicas por tempo prolongado, sangramentos por mais de duas semanas, dor intensa e/ou

prolongada, febre, calafrios ou mal-estar geral e desmaios. A necessidade de uma atenção oportuna é imperiosa, dada a dificuldade das mulheres em reconhecer sinais de possíveis complicações, aliada ao fato de que o medo e a vergonha são fatores que podem retardar a busca de cuidado.

Essa omissão geralmente ocorre por medo de represália por partes dos profissionais de saúde, o que pode dificultar o diagnóstico preciso de enfermagem, portanto compete a enfermeira fazer abordagens no acolhimento dessas mulheres, principalmente adolescentes e jovens, através da escuta e observação atenta, pois nem tudo é dito verbalmente, identificando riscos e avaliando as necessidades de cada caso estabelecendo assim ações no sentido de resolução ou encaminhamento para serviços especializados, com a finalidade de assegurar a saúde e a vida.

Quanto ao uso de plantas medicinais com finalidade terapêutica é um método utilizado desde tempos remotos cuja ação se fundamenta no acúmulo de informações transmitidas de gerações em gerações. No Brasil sua utilização tem o apoio do Ministério da Saúde através de Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (BRASIL, 2006a).

Destarte o uso do mastruz ou Erva de Santa Maria é popularmente utilizado pelos seus efeitos no tratamento de parasitoses, como analgésico, sedativo e fungicida, contudo não se descarta a procura pelo profissional de saúde para uma melhor avaliação de sinais e sintomas de doenças.

4.2.2 Modo de autoconceito: sentimentos vividos frente ao abortamento espontâneo e inseguro

Segundo o modo de autoconceito, nessa subcategoria, descrevem-se os sentimentos vividos a respeito do abortamento espontâneo e inseguro.

Os “Sentimentos vividos frente ao abortamento espontâneo” dizem respeito às gravidezes planejadas e, às vezes, não planejadas. É o que mostram os depoimentos a seguir:

[...] pelo menos a minha gravidez foi muito esperada, por mim e por meu marido e a gente estava assim..., Ave Maria super ansiosos para essa criança vir. Aí quando eu soube que o meu bebê estava morto, eu fui encaminhada rapidamente para fazer o aborto, aí estava lá abalada com o que estava acontecendo porque eu não esperava que isso fosse acontecer. (Dep.1)

[...] Esse aborto não foi provocado até porque a minha filha foi morar com a minha irmã e eu fiquei só com o meu segundo marido e ele queria que eu engravidasse, eu estava planejando mesmo, porque era o primeiro filho dele, aí quando eu soube que era aborto eu chorei, chorei muito, meu esposo também achou ruim, mas com três meses eu engravidei de novo....Tem gente que acha que eu fiz o aborto, mas não foi.(Dep.9)

[...] não queria perder, não queria jogar fora, imagina se a gente perde uma mãe, imagina se você perde um filho... É a mesma dor, no tempo em que eu perdi eu chorei muito, já era para ele estar com 2 anos por aí (pausa choro)....Não foi porque eu quis, se eu pudesse ele estava aqui comigo agora, agora eu estava criando ele, poderia ser até uma menina, porque o que eu mais quero é uma filha...uma mulher, se vier um homem seria satisfeita do mesmo jeito. Me arrependo de ter me desligado muito, se eu pudessem voltar atrás eu cuidava até mais, não queria sair perdendo, porque tem gente que fala; - há eu abortei! E não to nem aí. Não é a questão de não estar nem aí, é uma vida de uma pessoa que vai nascer, vai crescer e vê o que tem no mundo. (Dep.12)

[...] quando cheguei em casa foi muito frustrante pois pensar em você casar e logo no seu primeiro filho você perder, então foi assim muito triste, eu pedi para minha mãe ficar comigo para mim dar apoio, eu chorei muito porque é uma coisa que nenhuma mulher quer perder um filho, principalmente sendo o primeiro, ou qualquer um, eu falo o primeiro mas eu acho que qualquer um agente sente, a dor é muito grande o sofrimento é muito grande é intenso, entendeu? (Dep.13)

Espera ansiosa pelo filho, tristeza com choro pela perda e chegada em casa sem o filho e arrependimento por não ter ficado atenta aos sinais e sintomas da gravidez, foram os sentimentos revelados pelas depoentes.

Conforme as depoentes 1 e 9, suas gravidezes foram planejadas e, em ambos os casos, foram acometidas de surpresa. A ansiedade foi substituída pela tristeza e pela dor da perda para o casal.

Nos depoimentos 12 e 13, a gravidez não foi planejada, porém era desejada. A depoente 12 compara a dor do abortamento à perda de um filho, manifestando-se aqui um sentimento de luto. Para a depoente 13, a frustração de não ter o filho foi a causa de maior tristeza.

Nessas falas, pode-se perceber que são vários os sentimentos pelos quais as adolescentes e jovens passam ao vivenciar o processo de abortamento espontâneo, e o sentimento de perda com o desejo de ter o filho,

a ansiedade e a tristeza foram observados naquelas que planejaram ou não a gravidez.

A ansiedade não resulta de nada que ameace o sentido de autoconsistência da pessoa, ou seja, não impede que o eu pessoal resista para manter o equilíbrio, pois é definida como uma dificuldade dolorosa da mente devido a uma ameaça vaga e inespecífica, contudo uma resposta suave a moderada pode levar a pessoa a confrontar o acontecimento ameaçador de forma adaptável. Por outro lado uma resposta severa de ansiedade pode impedir a tentativa de adaptação, pois algumas vezes tem origem em um problema primário, e é necessária a eliminação deste para a solução do outro (ROY; ANDREW, 2001).

Para Vilaça (2006), o aborto é uma experiência de morte, morte do instinto materno e da esperança, encerrando a espera feliz de chegada de um novo ser por quem se anseia.

Neste sentido, Nery *et al.*, (2006) destacam que, entre os sentimentos que trazem maiores repercussões psicossociais em mulheres que vivenciaram o abortamento espontâneo, estão a tristeza, a preocupação, o desejo de ter o filho vivo, assim como a perda de sonhos e esperança.

Esse sentimento quanto ao modo adaptativo de Roy pode comprometer a integridade psíquica, uma vez que incide sobre os aspectos espirituais e psicológicos da pessoa, gera comportamentos ineficazes quanto ao eu pessoal, implica diretamente em seu equilíbrio, ideais e no eu moral-ético-espiritual e causa danos à sua auto-estima.

Contudo, para algumas adolescentes, o aborto espontâneo vem para solucionar um problema que elas poderiam ter, é o que se pode observar no depoimento 2.

[...] do aborto eu não tenho lembranças nenhuma, aliás, para mim foi uma coisa boa, já que foi na primeira gravidez e espontâneo e eu era muito jovem e não precisou provocar.
(Dep.2)

Essa depoente informa não ter lembranças do aborto e cita como um episódio bom na sua vida, uma vez que era jovem e não pretendia ter filhos naquele momento.

Segundo Souza *et al.*, (2001), para muitas adolescentes nem sempre a gravidez é indesejada, pois pode significar realização e felicidade como consequência de um momento prazeroso. Porém, para algumas, o resultado positivo de gravidez pode significar tristeza, medo, insegurança e até mesmo desespero, pois a gravidez não estava nos seus planos.

Sentimento de alívio pode surgir temporariamente após o abortamento, transformando-se numa ausência de emoções, contudo, posteriormente, é possível surgir outro tipo de sentimento (VILAÇA, 2006).

Constataram-se ainda as questões de relações de gênero, conflitos familiares e mágoa retratados neste depoimento.

[...] Saia com os amigos ficava até tarde (*referindo ao esposo*) e isso me preocupava, coisas que eu acho que toda mulher passa no relacionamento e eu passei justamente na gravidez [...] até hoje eu guardo mágoa por causa disso, fui morar com ele com a mãe dele na casa da mãe dele aí a coisa só foi piorando, ele é muito fechado, não sei se pela criação, pois eu considero a mãe dele da mesma forma, a mãe dele é muito fechada, não é de conversar e ele também não é de demonstrar sentimentos... cheguei a me separar, depois agente voltou, isso acontece é uma coisa que eu prefiro deixar para trás, não adianta eu ficar me magoando...eu fui uma inocente nessa situação eu não sabia o que era isso, passar pelo que eu passei, mas passei. Não foi porque eu quis, nunca tive essa vontade coisa que muitas mulheres tem...Eu nunca tive, ao contrário, sempre tive muita vontade de ser mãe[...] (Dep. 14)

A depoente 14 menciona que o esposo saía com os amigos, ficava até tarde fora de casa, causando-lhe preocupação durante o período da gravidez e guarda mágoa até hoje, e o fato de ir morar na casa da sogra só piorou a situação.

Com o abortamento, surgiu o sentimento de mágoa dessa depoente em relação ao esposo e à família dele, pois, além de causar preocupação ao sair com os amigos, como se fosse solteiro, tinha pouco diálogo e tampouco demonstrava sentimento. Morar na casa da sogra só intensificou esse conflito.

Quando se refere à questão de gênero, os meninos geralmente são socializados para ser auto-suficientes e independentes, para não mostrar emoções, nem procurar ajuda em momentos de estresse (BARKER, 2008).

Neste contexto várias pesquisas mostram que tanto quanto as adolescentes, os adolescentes experimentam estresse ou confusão durante

momentos específicos da vida, além de pressão social para se definir como homem de verdade, e manifestam agressividade e competitividade, tais como: Barker e Loewenstein (1997) que falam sobre as atitudes relacionadas à masculinidade, paternidade e violência contra mulheres, Miedzian (1991) que discorre sobre o papel masculino e a violência e Mosher e Tomkins (1988) que trata do papel masculino no aspecto social e cultural. Esses adolescentes também querem ter o direito de ficar mais tempo fora de casa, e o grupo de amigos é o espaço em que aprende a ser homem, espaço esse geralmente machista, em que as mulheres são vistas como objetos, a conquista sexual é valorizada, enquanto a intimidade e respeito nos relacionamentos não são enfatizados (BARKER, 2008).

A mágoa é um diagnóstico de enfermagem que pode ser aplicado em qualquer situação que indique perda e muitas vezes está associada a outro problema de adaptação, como o que foi evidenciado neste depoimento.

Para Roy e Andrew (2001), a mágoa não é uma patologia, mas sim um processo para cura constituída de quatro fases distintas: (1) choque e descrença, (2) apreensão da perda, (3) tentativa de lidar com a perda e (4) restituição final e resolução. Os estímulos comuns para o autoconceito influenciam os comportamentos de mágoa, e a enfermeira, por meio de sua sensibilidade, aplicação de teorias e da observação, será capaz de identificar os estímulos focais, estabelecer objetivos e realizar intervenções.

Sentimentos de negação e culpa foram identificados nos depoimentos a seguir:

[...] Quando voltei para casa levei uma vida normal mesmo, como se nada tivesse acontecido porque se eu for ficar assim pensando, a minha tia disse que a pessoa às vezes até adocece, fica com depressão, essas coisas assim, eu então fingi assim como se eu nunca tivesse tido gravidez de gêmeos e tivesse perdido, fiquei normal mesmo, como se tivesse ganhado o neném[...] (Dep.4)

[...] estava grávida de 3 meses e o meu erro era por que eu não sabia, se eu tivesse feito os exames antes eu não tinha abortado, pois eu não sabia que estava grávida[...] (Dep.6)

A negação de uma gravidez que teve como consequência um aborto foi uma forma citada de alívio da dor e uma maneira para evitar distúrbios

psicológicos devido à perda, segundo a depoente 4, pois cita que quando retornou da maternidade, passou a levar uma vida normal, como se nada tivesse acontecido e, sob a orientação da tia, procurando esquecer o episódio.

A culpa foi revelada no depoimento 6, pois a depoente, embora afirmando que não sabia da gravidez, supõe que se tivesse feito exames precocemente teria evitado o aborto. Essa depoente estava no primeiro trimestre e cita que seu erro foi não saber que estava gestante e não fazer os exames.

Tomando como base esses depoimentos, Freire (2009) cita que o aborto espontâneo pode representar uma dor narcísica. Para Freud, o narcisismo é um desenvolvimento da libido em que o adulto cuida do corpo, posterior ao auto-erótico, em que a primeira escolha objetual é o seu próprio eu, porém com a capacidade de projetar esse cuidado em outro ser. Na gravidez esse objeto é o feto, que faz parte do interior feminino quando grávida. Nesse caso, considerando o feto como parte do corpo da grávida, o aborto provoca profunda dor, ocorrendo um luto melancólico que pode levar à perda da auto-estima e desejo de autopunição.

Os “Sentimentos vividos frente ao abortamento inseguro” aqui revelados deixam vir à tona que as adolescentes e jovens provocam o aborto e sofrem com este ato. Entre os sentimentos manifestados por elas, destacam-se arrependimento, consolo álibi, incoerência, culpa, contrariedade e sentimento de dor. Segundo as falas das depoentes 8 e 10:

[...] O que eu fiz foi errado e eu tinha que procurar a melhorar, aí foi que comecei a me dedicar aos estudos, procurara a ajudar dentro de casa trabalhar, procurar outro rumo, pois eu ví que aquele ali não era o certo, de “raiação”, de negócio de sair, namorando sem se prevenir, então eu ví que o que eu estava fazendo não tava certo [...] porque o que eu fiz eu sei que vou pagar um dia, mas espero que Deus me perdoe, mas o que fiz foi o que infelizmente foi o que achei, naquele tempo abortar para mim era a melhor solução, e não era a melhor solução, porque uma criança não tem culpa dos atos que a gente faz[...] Depois eu refletir e não aconselho a ninguém fazer o que fiz porque o que fiz foi errado e agradeço a Deus por estar viva[...] (Dep. 8)

Na sua concepção, reconhece como um erro a prática do aborto, que tinha que ter se dedicado aos estudos e não deveria ter namorado sem preservativo e sabe que um dia será castigada, mas achou que abortar

naquela época era a melhor solução. Hoje reflete que não era, pois uma criança não tinha culpa do seu ato e não aconselha a ninguém fazer o que ela fez.

Nesse depoimento, a adolescente reconhece que suas atitudes foram inconsequentes e erradas e hoje se arrepende do que cometeu no passado e, embora supondo que será castigada por Deus, pede perdão.

A Insensatez, incoerência, culpa e dor foram os sentimentos identificados no relato da depoente 10. Vide relato:

[...] Aí eu estava refletindo que as pessoas, elas até parecem que já nascem imprudentes, já é de dentro de si esta questão da imprudência, já vem quando nascem já vem com ela, porque por mais informações que se tenha hoje, agente continua pecando, errando em certas situações, inclusive esta que é o aborto. Eu lembro quando era adolescente eu não sabia muita coisa, mas alguma coisa eu já sabia sobre essa questão do aborto, não porque minha família falava, minha mãe, meu pai, ninguém, mas porque eu ouvia alguém comentar, ainda assim eu fui inconsequente, eu acredito também que seja o que acontece até hoje com os adolescentes [...] Hoje eu tenho três filhos do sexo masculino e eu penso que cada aborto que eu fiz era uma menina, hoje eu fiz uns exames depois eu tentei engravidar e não consigo mais, meu marido tem um certo problema aí, eu creio que nem é dele, eu acho que a culpa maior é minha porque inclusive eu fiz vários exames um para saber como é que estava as trompas, o útero está ótimo, está tudo bem, mas uma das trompas foi interditada, só funciona de um lado, pelo que eu entendi pela explicação da ginecologista e eu acredito, não sei se é impressão, que seja por conta dos abortos que tem essa consequência terrível e que hoje eu tento engravidar e não consigo imagino também que seja por conta da idade, não sei bem se é castigo de Deus, mas eu acho que Deus não se mete nessas coisas de castigo não, não culpo ele não, a questão é a imprudência mesmo do que eu fiz, porque eu fiz, e eu creio que seja uma consequência e pesa muito com certeza e como pesa... que cada vez que imagino nessa situação que eu relembro, eu fico assim, emocionada, como eu estou agora, as vezes eu não chego a chorar mas eu reflito bastante sobre o que eu já fiz. [...] o ideal é evitar e continuar gostando, brincando e gozando, mas evite porque pode ter consequências drásticas pelo menos é o que eu sinto hoje diante da minha vontade enorme de ter uma filha ou um filho hoje e eu me vejo incapaz e isso dói demais [...] (Dep.10)

Ela cita que na época da adolescência, mesmo tendo pouco conhecimento, sabia das consequências de um aborto e, mesmo na vida

adulta, com mais conhecimentos, foi reincidente quanto à prática do aborto e, segundo ela, continuou cometendo os mesmos erros.

Para essa depoente, as pessoas cometem erros por serem imprudentes, pois, apesar de terem conhecimento sobre determinado tema, como no caso o aborto, continuam com atos e atitudes inconsequentes. Confirma que tinha o desejo de ter uma filha e crê que todos seus abortos eram do sexo feminino, por isso só tem filhos do sexo masculino, acreditando ainda que o atual problema de infertilidade esteja diretamente ligado aos seus abortos anteriores.

O aborto provocado envolve a perda de um filho e um luto difícil de fazer, principalmente quando a dor psicológica e a espiritual por ele causadas foram silenciadas pela sociedade. A mulher que aborta tem dificuldade de compreender sua própria tristeza e perda, parecendo paradoxo, uma vez que se tratou de um ato voluntário (VILAÇA, 2006).

A decisão de abortar pode trazer significados diversos na vida de quem o pratica. É possível afirmar que a infertilidade após os episódios de abortamentos, sejam espontâneos ou provocados, geram transformações na vida da mulher e ocasionam alterações na qualidade de sua adaptação (HELENO, 2010).

Na narrativa a seguir, a depoente afirma que não tinha a intenção de praticar o aborto, porém aceitou praticá-lo por incentivo do companheiro. Eis o relato:

[...] eu sinceramente eu não queria tomar remédio para poder perder, mas ele disse que era o melhor, aí eu também aceitei [...] Eu não queria, e acho que todo mundo que faz um aborto, nunca é porque quer, a pessoa que está grávida, a maioria não quer, sempre é influenciada por alguém. Entendeu? Porque no fundo eu acho que ninguém quer passar por isso. Aí depois que eu fiz o aborto, mesmo assim a gente ficou junto, aí ele se arrependeu, eu também me arrependi, mas não podia mais fazer nada[...] O aborto foi horrível e quem tiver juízo não faça isso nunca porque não vale a pena, nossa é horrível a gente tem que pensar muito bem antes de engravidar porque para fazer aborto não é nada bom...Dói e tudo mais é muito ruim, sem falar na sensação que a pessoa fica assim, pois de certa forma ali era uma vida, era uma criança aí fica com um peso na consciência enorme[...] (Dep.11)

A depoente 11 afirma que não queria tomar remédio abortivo, mas, por iniciativa do namorado, terminou aceitando, depois ambos se arrependeram. Afirma ainda como sendo horrível o abortamento.

A adolescente decidiu abortar utilizando medicação, porém hoje, defende que a prevenção da gravidez é a melhor opção para quem não quer ter filhos, porque o processo de abortamento foi uma experiência ruim que causou tanto dor física como peso na consciência. Afirma ainda que, na prática do aborto, sempre tem um cúmplice na tomada de decisão. Nesse caso, foi o namorado que achou que era o mais conveniente. Contudo, emergiu o arrependimento para ambos, sentimento de culpa e sensação que cometeram um crime.

Culpa é o julgamento que uma pessoa faz sobre a sua transgressão pessoal que pode ter caracteres sociais, morais ou éticos e legais. Ela pode ser dividida em dois tipos: (1) culpa real, que ocorre quando a pessoa viola conscientemente um código ético-moral; e (2) a culpa falsa, que surge a partir de uma voz interior de acusação, é destrutiva e conduz a um sentimento de inutilidade que reprime a energia psíquica necessária para lidar com situações de estresse e cura (ROY; ANDREW, 2001).

Segundo Souza Filho (2008), existem divergências teóricas quanto ao início da vida humana e aquisição da personalidade civil. Portanto para definir aborto como crime é necessário primeiramente definir o que é vida e quando ela começa. Na busca por esclarecimento nas ciências jurídicas, observa-se que não se sabe com detalhes sobre os métodos de aborto e quando de fato ocorre o início da vida ou os períodos da gravidez em que o aborto é mais nocivo à gestante.

A Síndrome Pós Aborto é citada na literatura como perturbações emocionais e psicológicas sentidas por algumas mulheres após abortamento voluntário, atingindo uma prevalência de 19% nos estados Unidos. As características são semelhantes à Perturbação de Pós Stress Traumático (PPST), porém com características específicas. Entre os sintomas que são elencados como peculiares, há a negação e a supressão, que são mecanismos de defesa da personalidade, cuja finalidade é proteger a pessoa de emoções intoleráveis durante algum período em sua vida. Quando a pessoa não consegue lidar com a situação, surgem as principais manifestações da mente e do corpo, como a culpa que pode ser acompanhada

de vergonha, baixa auto-estima e depressão, insônia, tristeza, desespero e pesadelos. Às vezes a mulher pode tornar-se sexualmente disfuncional ou incapaz de manter relações sexuais ou tornar-se dependente de substâncias químicas (VILAÇA, 2006).

Ainda é importante referir que os sintomas de Síndrome Pós Aborto podem ocorrer em curto ou longo prazo, havendo casos em que aparecem logo depois do aborto, e em outros somente depois de 40 anos ou mais. Diante deste fato, Spindola e Santos (2003) enfatizam que, no método História de Vida, é permitido ao investigador penetrar na trajetória histórica da pessoa, facilitando a compreensão da dinâmica das relações existentes ao longo de suas vidas.

Paralelamente, no momento atual não existem evidências científicas que demonstrem que mulheres que provocaram aborto tenham tido síndrome pós-traumática. Portanto, por falta dessa evidência, a Associação Psiquiátrica Americana não reconhece a existência de Síndrome Pós Aborto (ADESSE; GALLI, 2009).

Quanto ao aborto provocado e a questão de gênero, Nery e Tyrrell (2010) enfatizam que entre os adolescentes e jovens que cometem o aborto, ocorrem com maior frequência entre jovens com pouca experiência, principalmente em adolescentes que não tiveram orientações prévias sobre métodos contraceptivos, gravidez e sobre os riscos e complicações do aborto e que um dos caminhos para redução do aborto e a morbimortalidade materna e perinatal é a educação em saúde.

4.2.3. Modo de função na vida real: razões que levaram ao abortamento e definições de papéis

Nesta subcategoria destacaram-se as razões que levam ao abortamento e definições de papéis.

a) Razões que levaram ao abortamento

As razões que as depoentes expuseram acerca do aborto espontâneo envolvem aspectos variados, como: a não realização do pré-natal, as relações conflitantes com esposo, relações de gênero e conflitos familiares, traumas

físicos, susto e erro profissional. É o que se constata nas falas contidas nesta subcategoria:

O meu aborto ocorreu na primeira gravidez, foi espontâneo, eu estava com quatro meses... Aí fez a curetagem (balançando a cabeça com a expressão de indiferença).... Nunca fiz pré-natal em nenhuma das minhas gravidezes [...] (Dep. 2)

A depoente informa que finalização da primeira gravidez ocorreu no 4º mês gestacional através de abortamento espontâneo e que não realizou o pré-natal. A não realização do mesmo pode ter sido a causa do abortamento informado pela depoente 2, que não demonstrou preocupação pela ocorrência, uma vez que foi conveniente para ela.

Sabe-se que aproximadamente 15% das gestações diagnosticadas terminam em abortamento espontâneo, porém uma assistência pré-natal qualificada reduz os riscos de complicações para mãe e para o feto, por meio da identificação de alterações significativas na fisiologia, de possíveis fatores de risco e identificação de infecções com a realização de exames com objetivo de prevenção de doenças ou minimização de seus efeitos (CHAVES NETTO; SÁ, 2007; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

É através do acolhimento precoce para uma assistência pré-natal que os profissionais têm a possibilidade de ouvir as queixas da mulher, do casal ou da família, permitindo que expressem suas preocupações e angústias, a fim de assegurar no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2006b).

Para se ter uma assistência de qualidade no pré-natal e puerpério, o Ministério da Saúde estabeleceu parâmetros, entre os quais: captação precoce da gestante com realização de, no mínimo, seis consultas no pré-natal e uma puerperal; realização de atividades educativas; estímulo ao parto normal e fisiológico, em que seja realizado anamnese e exame clínico-obstétrico; disponibilização e realização de exames laboratoriais, imunização, avaliação do estado nutricional, atendimento à gestante com problemas ou comorbidade, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência, entre outros. (BRASIL, 2006b)

Nesse sentido, pode-se identificar falha dos profissionais de saúde quanto ao monitoramento dos indicadores de processo, de resultados e

impacto, os quais fornecem subsídios para organização da assistência obstétrica e neonatal.

Transtornos emocionais e conflitos familiares foram fatores desencadeadores para o abortamento espontâneo da depoente 4, haja vista que a família duvidava da fidelidade dela em relação ao pai da criança. É o que diz seu relato:

No começo da minha gravidez eu estava querendo muito, não tem?² Mas foi começando a família do bebê ficar interferindo na minha vida e na nossa vida... na minha e do meu namorado... ela dizia que o menino não era filho dele, não sei o quê... [referindo-se a sogra]. Aí com isso eu fui ficando triste, triste mesmo, até que chegou um ponto e com quatro meses eu fui fazer uma ultrassonografia aí o doutor viu que na minha barriga tinha uma criança morta e a outra estava viva, aí eu fiquei triste demais [...] Aí eu levava a gravidez normal, como se estivesse tudo bem com os dois, aí chegou com quase cinco meses, não cinco meses direito, aí eu fui fazer outra ultrassom que o médico disse para eu retornar de novo para eu fazer a ultrassom. Aí quando eu retornei aí ele viu que a outra criança estava morta aí eu chorei, fiquei desesperada [...] (Dep.4)

A depoente refere que queria muito a gravidez, mas a sua sogra passou a dizer que o seu filho não era o pai da criança, o que lhe causou muita tristeza. Ao realizar a ultrassonografia com 4 meses revelou tinha um feto morto e outro vivo e no 5º mês após outra ultrassonografia mostrou que o outro feto estava morto o que a fez entrar em desespero.

A gravidez para essa adolescente foi muito desejada, mas as interferências da família do companheiro foram mais fortes, tão intensas, que chegaram a comprometer o relacionamento do casal e, de certa forma, contribuíram para o abortamento espontâneo.

A família é uma célula social na qual as pessoas têm a liberdade de expressarem suas intimidades espontaneamente. Uma família desprovida de afeto, em que habitam a agressão, indiferença e pouca comunicação, promove péssimos resultados influenciando negativamente no comportamento dos adolescentes e jovens, pois é na família que o indivíduo busca apoio e resolução para os seus problemas, principalmente nos parentes mais próximos como pais e irmãos (REY, 1993; BARATIERI; VIEIRA; MARCON, 2011).

Nesse mesmo sentido, o desequilíbrio na família foi mencionado por Nery e Tyrrell (2010) como um fator que leva as jovens à predisposição ao aborto por despreparo no enfrentamento do problema.

As razões referidas pela depoente 14 que contribuíram para ocorrência do abortamento foram sofrimento com incompreensão e descaso do parceiro, fazendo-a sofrer por ter raiva, tristeza e momentos de angústia. É o que está descrito a seguir:

Bom eu já tive um aborto eu tinha vinte anos quando sofri o aborto, e na minha opinião eu sofri por que eu passava muita raiva eu comecei sentindo cólicas depois veio o sangramento, aí o sangramento foi aumentando, foi aumentando e eu não conseguir segurar a minha gravidez, foi bem difícil, foi bem triste, depois eu passei sei lá foi bem complicado para mim que era a primeira gravidez, que eu sempre tive vontade de ser mãe, não foi fácil... Eu já era casada e meu marido era louco para ser pai, só que não foi um bom momento eu achava que era mas não foi, ele não foi o melhor marido do mundo naquele momento, não foi um bom companheiro naquele momento, me fez sofrer, chorar, passar raiva, então eu acho que foi por isso[...]Eu na verdade eu o culpo e já falei várias vezes que o fato de eu ter perdido o meu filho, foi por causa dele porque eu estava me cuidando, se bem que eu estava fazendo algumas coisas em casa mas eu já não estava mais lavando roupas, não estava mais fazendo nada dentro de casa justamente para evitar que eu perdesse mais mesmo assim eu não tinha aquela calma, eu não tive muitos momentos de sossego nessa fase eu acho que foi por isso sim, eu acho que foi a principal causa, assim que eu abortei[...] (Dep. 14)

A depoente 14 demonstra que sentia raiva do esposo e, por causa disso, passou a apresentar cólicas e sangramentos e, em seguida, tristeza, e diz que seu esposo não foi um bom marido, pois ele a fez sofrer e o culpa pelo aborto ter acontecido.

Na concepção dessa depoente, o principal motivo que levou ao aborto foi a raiva que ela sentia. Experimentou episódios de tristeza por ter perdido a oportunidade de ser mãe, já que era algo que ela tanto almejava.

Mariutti (2010), em sua tese que trata da associação do abortamento à depressão, autoestima e resiliência, identificou que foram poucas as mulheres que tiveram problemas de relacionamentos familiares, sociais ou com o

² Expressão utilizada na qual a pessoa faz essa interrogação para saber se estar sendo compreendida.

parceiro, contudo as que tiveram manifestaram transtornos depressivos que influenciaram negativamente em sua qualidade de vida.

Traumas físicos foram as causas de abortamentos citadas pelas depoentes 5, 7, 12.

Eu peguei uma queda e perdi muito sangue [...] eu tinha começado o pré-natal já estava com um mês e quinze dias, mesmo assim eu quase morro [...] (Dep.5)

Quando aconteceu eu estava com 2 meses de menstruação atrasada, só que eu não sabia que estava grávida e não cheguei a procurar o médico, mas eu sentia enjôo, a mesma coisa que senti da minha segunda menina, aí eu não procurei o médico e nem nada, foi quando eu tive uma queda na casa da minha patroa, eu trabalhava neste tempo, aí dessa queda eu comecei a passar mal, senti muitas dores e veio o sangramento [...] (Dep. 7)

[...] eu perdi de uma queda que eu tive na escola, eu escorreguei, cair e bati com as costas e no outro dia eu comecei a sentir dores no pé da barriga, comecei a me sentir mal na hora de caminhar... Aí depois disso desceu a menstruação, quando desceu eu senti cólicas, mas só que três vezes mais forte, aquela dor forte, começou a sair sangue, aqueles toros de sangue grandão... Só que eu não falei com o meu parceiro o que tinha acontecido, isso ele só veio saber depois que eu suspeitei que fosse gravidez, não sabia, fui desligada, não prestei atenção na minha menstruação porque ela era sempre regular todo mês vem naquela data, só um mês que não veio e assim, logo eu tinha 14 anos, entre 14 e 15 anos, desligada e nem fui atrás, só que eu me arrependo porque foi uma vida que foi fora, só me arrependo disso, que se eu soubesse que estava grávida mesmo eu tinha cuidado melhor, tinha ido para o hospital, tinha feito os exames normalmente, só que quando a pessoa não é ligada, não está nem aí [...] (Dep.12)

Queda com presença de sangramento, dor e a não procura por início precoce para as consultas pré-natal foram episódios alegados como causas para o abortamento citados pelas depoentes.

Qualquer doença materna grave ou traumatismo pode levar ao abortamento, o primeiro evento que leva ao sangramento é consequência da hemorragia da decídua basal com posterior necrose tecidual. O sangramento através do colo dilatado leva ao diagnóstico de aborto inevitável (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

As depoentes 6 e 9 referiram o susto como motivo do abortamento, comumente citado entre as mulheres que abortam. Eis as falas:

[...] Aí um gato pulou em cima de mim, não tem? Aí eu não sabia que estava grávida, aí eu fui parar no hospital, aí o médico disse que eu estava grávida de 3 meses e o meu erro era por que eu não sabia, se eu tivesse feito os exames antes eu não tinha abortado, pois eu não sabia que estava grávida...eu não usava método para evitar gravidez e nem era casada e minha menstruação esta sem vim...nesse dia eu fui dormir na casa da minha colega e um gato preto pulou em cima de mim aí eu mi assustei. (Dep. 6)

Eu ia saindo do banheiro, aí fiquei assim parada perto do fogão, quando um sapo passou para dentro do banheiro a eu peguei... vi aquilo aí me assustei , aí foi passando, passei uma semana , aí no final da semana comecei a derramar sangue, pensando que era menstruação e não era, pensando que iria passar... e fui derramando sangue e as coisas piorando, eu estava era perdendo e não sabia. (Dep.9)

A depoente 6 relata que não fazia uso de método contraceptivo e estava com a menstruação atrasada, foi dormir na casa de uma amiga, e um gato preto pulou em cima dela, o que lhe causou o susto. Para a depoente 9 o susto foi ocasionado por um sapo quando a mesma saia do banheiro, pois depois disso apresentou sangramento que foi intensificando.

Nery *et al.*, (2006) citam que o susto torna o organismo tenso e, na mulher gestante, pode funcionar como fator desencadeante de estresse, portanto pode contribuir para a ocorrência do abortamento espontâneo. Contudo não se descarta a possibilidade de que o mesmo esteja relacionado a outros fatores alheios ao conhecimento da gestante.

Traumas físicos associados a procedimentos médicos foram as razões referidas pela depoente 13 como causa do aborto. Conforme o relato:

[...] eu acho que no primeiro mês ou foi no segundo mês de casada eu engravidei, eu não estava fazendo uso de contraceptivo, mas como eu achava que a frequência não estava muito grande por conta da saúde eu achava que não ia engravidar logo, quando eu engravidei, eu não fiquei assim triste, lógico que eu estava pensando em curtir mais o casamento passar mais um ano para depois engravidar, eu já era formada, já estava trabalhando no hospital, aí quando surgiu a gravidez, foi surpresa, não fiquei triste porque de qualquer maneira era um filho, meu primeiro filho e eu não iria ficar triste, mas eu não planejei por isso não foi uma coisa toda

planejada porque eu achava que não ia ser possível engravidar logo por conta desse problema de saúde do meu esposo, mais aí logo que eu soube... que a minha menstruação faltou, que eu soube que estava grávida, eu fui fazer a consulta médica aí coincidiu que neste período eu estava tendo aula na auto-escola para aprender a dirigir, estava tendo aula e quando eu fui colocar o carro na garagem da nossa casa, tinha duas rampzinhas na garagem que eu me desequilibrei, acho que devido o nervoso na hora de colocar o carro desviou um pouco e o carro caiu, os pneus saíram rampa e eu bati direto na coluna, teve uma pancada meio forte na coluna, foi um susto eu bati com a cabeça e depois dessa batida no carro eu comecei a sentir cólicas e eu notei que havia saído um pouquinho de sangramento, um sangramento assim, que só apontou, um sangramento assim escurecido tipo uma borrinha de café e aquilo me deixou nervosa, eu fiquei preocupada, então eu lembro que eu fui lá nesse médico que eu estava fazendo o meu pré-natal... falei do acidente e que estava com essas cólicas, se eu tivesse o conhecimento que eu tenho hoje nessa área obstétrica, ginecológico-obstétricas, quando o médico quis me tocar, fazer o toque até para constatar a questão de dilatação como era que estava, como eu não estava com um sangramento abundante como só apontou eu talvez tivesse pedido para ele não fazer o toque, porque o que eu imaginei foi que depois do toque que ele realizou o sangramento começou a vir de uma forma mais...ele falou não o seu colo não está dilatado vamos tentar fazer uso de uma medicação... então ele se baseou apenas pelo toque que ele fez, então ele fez o toque, passando alguns dias e desta vez ele achou que estava dilatado o colo uterino, então disse que aguardasse mais um pouco, aí não parou o sangramento e as cólicas continuavam aumentando aí culminou com o abortamento. Dep. 13

A depoente não desejava engravidar naquele momento, contudo não estava usando método contraceptivo por acreditar que a pouca frequência nas relações sexuais e o estado debilitado do esposo evitariam uma possível gravidez. Ela ainda atribui como causa inicial para a ocorrência do aborto o trauma físico provocado pela batida do carro na coluna, associado ao susto, porém acredita que a causa final tenha sido a realização do exame feito pelo profissional de saúde por toque vaginal.

O toque vaginal diante de um sangramento transvaginal na primeira metade da gravidez tem como finalidade avaliar a dilatação cervical. No caso de abortamento inevitável, o orifício interno encontra-se dilatado com mais de 2 centímetros e o útero endurecido, as cólicas são de intensidade crescente e cedem com uso de anti-espasmódico. A onda contrátil uterina se origina nos marca-passos situados nos cornos uterinos e se propaga para o restante do útero em sentido descendente, mais intensas nas proximidades dos marca-

passos e menos intensas e duradouras à medida que segue em direção ao colo uterino. É provável que a dor apareça somente após as 15mmhg, por ser essa a intensidade mínima necessária para distender o segmento uterino e tracionar a cérvix (CHAVES NETTO; SÁ, 2007). Portanto, supõe-se que o toque vaginal nessa situação não foi o fator desencadeante de abortamento uma vez que as ondas contráteis não se iniciam no colo.

No que tange às razões que levaram ao abortamento inseguro, segundo o Modelo adaptativo de Roy, observou-se nos depoimentos transição de papéis ineficazes, tanto no papel primário, baseado pela idade em relação à maturidade sexual, como no papel secundário, em que se podem detectar conflitos demonstrados pela falta de capacidade de assumir novas tarefas, como assumir um filho ou uma família, funções duradouras, e pela falta de conhecimento ou falta de educação.

As razões que levaram ao abortamento inseguro foram diversas, conforme os depoentes 8, 10 e 11 a seguir:

A depoente 8 assim se manifestou:

“Bom era um período de juventude, adolescente, assim não tinha reconhecimento de como ter uma vivência mais aprofundada sobre relação sexual e tudo e, aí meu Deus (risos) naquele tempo eu sai demais, não tinha muito compromisso..né? Quando adolescente os pais conversam com a gente mas a gente sempre procura a desviar do caminho certo, aí com 17 ou 19 anos eu engravidei e de inicio eu pensei duas vezes de abortar ou ter, mas como naquele tempo eu não trabalhava, os meus pais eram quem sustentavam a casa e eu era muito nova, ai eu pensei duas vezes em abortar, só que foi complicado... Na decisão de aborta a gente sempre tem algumas coleguinhas para colocar a gente no fogo, aí você tem aquele incentivo...mulher tira! Aborta!Vamos tomar remédio! Você tem ajuda das amiguinhas, das colegas que se dizem ser amigas, uma colega minha arranjou os remédios para mim, ela comprou ou melhor me emprestou o dinheiro e eu comprei quatro remédios, quatro cytotec, tomei dois e injetei dois. (Dep.8)

A depoente 8 relata que, por ser um período da juventude, ela não tinha o conhecimento sobre relações sexuais, saía muito e não tinha compromisso e, mesmo os pais orientando, ela não seguia o caminho correto. Então surgiu a gravidez e, como ela não trabalhava, dependia dos pais e era muito nova, com a ajuda de uma amiga resolveu abortar.

O não conhecimento acerca da sexualidade, a falta de compromisso e os desvios dos caminhos ensinados pelos pais contribuíram para que essa adolescente ficasse grávida, mas na decisão de abortar, tiveram como principais motivos o fato de não trabalhar e ser sustentada pelos pais, além do incentivo de colegas que se diziam amigas.

Foram vários os fatores que contribuíram para a ocorrência do aborto inseguro na vida da depoente 8: a imaturidade, a falta de compromisso na vida, a desobediência ao pais, a baixa condição financeira associada ao desemprego e a interferência negativa de terceiros.

A imaturidade ou inocência contribuíram para que a depoente 10 engravidasse, contudo os motivos que a levaram ao aborto estavam diretamente relacionados ao papel que ela poderia representar para a família ou sociedade, como relato a seguir:

Eu tinha meus 13 a 14 anos por aí eu me envolvi com um rapaz, um namorado, gostava muito na verdade, eu o amava, assim eu achei que amava, não sei, nem sei se era amor ou só inocência, início de romance e a gente se envolve, então eu conheci este rapaz, me envolvi e engravidei, ao engravidar minha mãe, sabia como era e como é, observou fez com que eu fizesse o aborto por conta da família, porque realmente na época era mais complicado se não abortasse e ficasse grávida sem o companheiro ao lado para assumir a criança, era mais complicado ainda. Então por conta disso ela, primeiro queria mandar “capar” o rapaz mas fazendo isso não iria resolver o problema, então ela pediu ajuda de uma amiga, de uma amiga para realizar o aborto porque não aceitava de forma alguma, logo porque talvez meu pai me matasse ou minha avó morresse e o drama seria terrível e para evitar essas coisas ela achou que a única solução era essa, eu não a culpo inclusive, eu não a condeno por conta disso, eu entendo a situação dela, o desespero dela, inclusive eu já pedi desculpas a Deus por isso e eu jamais queria que ela ficasse como ela ficou na época, pois se eu tivesse levado a gravidez a diante não se sabe quais seriam as consequências, mas sei que seriam terríveis, então com a ajuda dessa amiga então foi realizado o aborto[...] (Dep. 10)

A depoente 10, por supor que amava o namorado, envolveu-se a ponto de engravidar. A mãe, ao tomar conhecimento, por não aceitar que se tornasse mãe solteira, obrigou-a a abortar por conta da família e, com a ajuda de uma amiga, levaram-na a abortar. Relata também não saber quais seriam as consequências em sua vida se tivesse levado a gravidez até o final, mas afirma que seriam desastrosas.

A depoente se envolveu aos 13 anos com um rapaz, acreditando que fosse amor e acabou por engravidar. Realizou o aborto por determinação de sua mãe, por conta da família, principalmente pela não aceitação de uma mãe solteira no seio familiar. Ela refere não saber quais seriam as consequências em sua vida se tivesse levado a gravidez até o final, mas afirma que seriam desastrosas.

A falta de apoio familiar por questões sociais e a questão de gênero foram os motivos que levaram a depoente 10 à prática do aborto, pois não ficaria bem o papel de mãe solteira, comprometendo a integridade social da família.

Em consequência do desespero para adiar ou não a decisão de ter um filho, decorrente das coações sociais, muitas mulheres se arriscam a morrer, induzindo elas próprias o aborto ou procurando ajuda de pessoas não preparadas, ou de profissionais de saúde não qualificados (OMS, 2005).

Nery e Tyrrell (2010) citam que um dos motivos que levam o adolescente a praticar o aborto é o medo da reação dos pais diante de uma gravidez inesperada e indesejada, mas essa decisão pode levar a implicações físicas e psicológicas.

Maternidade precoce, baixa condição financeira e incentivo do namorado foram os motivos que fizeram que a depoente 11 optasse por realizar o aborto.

[...] Primeiro eu fui casada, tive duas filhas, aí não deu certo por que....não deu certo aí eu separei, aí minha mãe resolveu que eu deveria terminar os meus estudos, aí eu vim para Teresina, para casa da minha tia, aí eu conheci este meu namorado, a gente passou mais de um ano juntos aí eu engravidei, aí depois que eu engravidei a gente achou que era cedo demais para ter mais uma criança até porque a gente ainda não tinha casa para morar, ele trabalhava e eu ainda não tinha terminado o que eu vim fazer, que era estudar e não tinha terminado, aí a gente resolveu...Eu sinceramente eu não queria tomar remédio para poder perder, mas ele disse que era o melhor, aí eu também aceitei, ele deu um jeito de arrumar uns comprimidos chamados cytotec, ele comprou e eu tomei....Foram quatro comprimidos, dois por cima e dois por baixo, aí passou a noite toda, aí quando foi no outro dia de manhã desceu o sangue, aí eu fiquei esperando até o meio dia, aí eu fui para a maternidade sentindo muita cólica, aí chegou lá eu fiz a curetagem, e foi assim.... (Dep. 11)

A depoente 11 já havia tido outros dois filhos, e os seus pais a enviaram para outra cidade com a finalidade de conclusão dos estudos. Lá ela ficou grávida e, sem ter onde morar com o filho, pois estava vivendo na casa da tia, e sem trabalho, dependendo do namorado, ela e o namorado chegaram ao acordo de que a melhor opção era o aborto. Então ele comprou medicamento abortivo e ela fez o uso.

Essa adolescente descreve que abortou por achar que era cedo para ter filhos, que uma criança naquele momento ia interferir na conclusão dos seus estudos, que não tinha condição financeira ou competência para manter uma família, decisão incentivada e apoiada pelo namorado.

Estudo realizado por Nader *et al.*, (2008), sobre os aspectos sócio-demográficos e reprodutivos do abortamento induzido, em suas conclusões revela que a falta de estabilidade marital e o não desejo da gravidez são fatores que influenciam na opção pelo abortamento. A mulher e o parceiro não souberam escolher o momento certo para ter um filho, o que mostra ausência de planejamento em relação à procriação. Neste mesmo estudo das mulheres que interromperam a gravidez, 47,6% foram aconselhadas a abortar.

A dificuldade financeira pode influenciar a mulher na decisão de interromper a gravidez. Elas argumentam que não podem assumir uma gravidez sem ter como oferecer qualidade de vida para o filho principalmente em relação à alimentação e educação (NERY; TYRRELL, 2010).

b) *Definições de papéis*

Para definição de papéis, existem vários estímulos que podem afetar a adaptação, entre eles estão a cultura da pessoa, a família, fase de desenvolvimento, integridade psicológica, eficácia cognitiva e o ambiente interno e externo.

Os papéis, que são de três tipos, são definidos como as unidades de funcionamento da sociedade, e existe correlação entre eles: 1. Papel primário, atribuição baseada na idade, sexo e fase do desenvolvimento, ou seja, comportamento que uma pessoa toma durante um determinado período de crescimento na vida; 2. Papel secundário, atitude que a pessoa assume para levar a cabo as tarefas associadas à fase de desenvolvimento e ao papel primário; e 3. Papel terciário, função livremente escolhida por uma pessoa,

temporária por natureza e frequentemente associada à execução de uma tarefa de menos valor no desenvolvimento atual da pessoa.

Essa definição de papéis depende de dois tipos de comportamentos: os instrumentais, cujo objetivo é o domínio de papel representado por ações físicas, que têm orientação a longo prazo, e comportamentos expressivos, que envolvem os sentimentos e atitudes e cujo objetivo é direto e imediato. (ROY, ANDREWS, 2001)

Existem ainda requisitos para o desempenho de papéis, tais como: consumidor refere-se a quem ou o que se beneficia do desempenho dos comportamentos de um papel de uma pessoa; recompensa é o que o indivíduo recebe pelo desempenho dos comportamentos num papel; acesso se refere às facilidades/Conjunto de circunstâncias e disponibilidade de materiais ou ferramentas para desempenhar os comportamentos de papéis; e cooperação/colaboração é a quantidade de tempo que é dada ao indivíduo para desempenhar os comportamentos dos papéis. (ROY, ANDREWS, 2001).

Nesta perspectiva, para a cuidadora desenvolver um cuidado significativo, é indispensável que ela tenha o conhecimento dos hábitos, padrões e comportamentos da clientela (WALDOW, 2010).

Essa subcategoria foi representada pelas seguintes falas:

[...] As adolescentes só pensam nisso, que quando engravidam pela primeira vez principalmente nesta idade, não pensam duas vezes, há vou abortar, vou tomar remédio, vou tirar, a primeira coisa que pensa porque tem medo da rejeição da família, a sociedade também julga muito por a pessoa ser solteira e não ter uma pessoa do lado. A sociedade estar aí para julgar ai então vem o aborto [...] (Dep. 8)

Nesse depoimento, o papel primário é representado pela adolescente que ficou grávida, o papel secundário é aquele pelo qual ela precisa optar em assumir o papel de ser mãe solteira ou abortar, o comportamento instrumental diante da decisão é tomar remédio para abortar, e o expressivo é o medo do julgamento social. Então, para essa adolescente, o aborto foi a decisão mais correta para o momento. Para a enfermagem, esse comportamento é considerado adaptável se satisfizerem as expectativas do papel.

No depoimento a seguir, fica evidente a influência da sociedade na função da vida real quanto à integridade social do indivíduo, chegando a sobrepor-se à integridade física, ao ponto de levá-lo a atos que poderiam ser

fatais, e a depoente 10 menciona que, se tivesse que morrer ao cometer o aborto, isso seria melhor que suportar a pressão da sociedade.

Eu tive mais dois abortos, cheguei a fazer curetagem e tudo e que também foi por opção minha, opção pela pressão social e pensando nos outros como sempre, inclusive da primeira vez eu não pensei em mim de forma alguma, eu queria era resolver a situação e se o melhor era isso, pois que viesse o que viesse nem que fosse a morte, o que eu queria era resolver a situação, eu não tinha instrução nenhuma, a informação direta era da minha mãe, que era a pessoa mais próxima, meu pai era muito para lá, mais prá lá do que pra cá, da minha avó, de tios, de tias, ninguém comentava sobre isso. Hoje é que está aí no mundo, mídia, todo mundo sabe, nos filmes, nas novelas, nas escolas, tantas informações, antes nas escolas não se falava nisso, eram cheias de pudor, mas hoje não, hoje está mais fácil de entender as coisas a gente é porque é inconsequente mesmo, é tanto que eu repetir, não da mesma forma mas repeti o aborto e já era adulta praticamente em meus 22 a 23 anos fiz outro aborto e continuei agindo praticamente da mesma forma daquela adolescente que supostamente não tinha muita informação e o terceiro aborto foi do mesmo jeito, tinha muita informação, mas por conta da situação em que eu vivia fiz novamente o aborto, o aborto como? Tomei cytotec [...] (Dep.10)

A depoente 10 é reincidente quanto à prática do aborto inseguro, teve 2 abortos, nos quais realizou curetagem. Menciona que foram realizados de forma consciente, porém sob pressão social e sem pensar nos riscos próprios, assumindo até mesmo a morte. Ao mesmo tempo diz que a prática do aborto não se deve à falta de conhecimento e, sim, é resultado de um ato inconsequente. Aos 22 ou 23 anos praticou outro aborto.

Quando essa depoente diz “foi por opção minha, opção pela pressão social e pensando nos outros, como sempre”, na verdade ela pensou na integridade social, ela assumiu o papel, não por opinião, mas por condição. Embora o papel primário surja em fases distintas da adolescência e juventude, o papel secundário assumido foi o mesmo de abortar, definido pela depoente como um ato imprudente. Pode-se inferir que o comportamento aqui revelado é considerado ineficaz, pois as expectativas de papéis não foram satisfeitas. No papel de transição ineficaz, foi a falta de conhecimento e de educação e a escassez de papéis modelo que causaram a ruptura.

O cuidado é uma forma de ser, é a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros, pode-se ainda dizer que é o

modo de “ser-no-mundo” (BOFF, 2007) onde o ser constrói seu próprio ser, a autoconsciência e sua própria identidade. Ser mãe é mais do que uma função, é um modo-de-ser, figura exemplar do cuidado, pois é por meio das mães que cada um aprende ser mãe de si mesmo, na medida em que aprende a aceitar-se e a perdoar as próprias fraquezas.

A omissão da situação de grávida e abortamento foi o que aconteceu com a depoente 11.

[...] Quanto a minha família ela não soube, porque o meu pai é muito rígido minha mãe nossa [...] (Dep.11)

A depoente 11 cita que, devido à rigidez do pai e da mãe, sua família não chegou a tomar conhecimento da sua gravidez e aborto.

A subjetividade desse depoimento revela o não dito, pois o modelo de papel pelo qual ela se orientou foi representado por seus pais, e para que ela tivesse a integridade social, ela manteve em segredo uma atitude em seu papel secundário, embora não esteja expresso diretamente no seu depoimento.

A mulher, ao optar pelo aborto, faz isso de forma solitária, acompanhada de sofrimento físico e psicológico (NERY; TYRRELL, 2010).

4.2.4 Modo de interdependência: dar e receber amor, respeito e valor

Esse modo envolve interações sociais, porém sobre as relações mais próximas que se darão através da satisfação das relações com os outros.

São sete os estímulos mais importantes quando se avalia o modo de interdependência: (1) expectativa do relacionamento e consciência das necessidades, (2) capacidade de cuidar de ambas as pessoas, (3) nível de auto-estima, (4) nível e tipo de capacidade de interação, (5) presença do outro no ambiente físico, (6) conhecimento sobre amizade e relações, e (7) desenvolvimento da idade e tarefas. (ROY; ANDREWS, 2001)

A solidão foi observada como problema adaptativo nas relações de interdependência da depoente 4 e ela assim se expressa:

Eu andava triste, mas eu estava mais triste mesmo porque o pai da criança não queria mais nada comigo, porque a mãe

dele tava falando um bocado de coisas para ele, falando que a criança não era dele e nem nada. Aí andava triste [...] (Dep. 4)

A depoente 4 relata que o motivo da sua tristeza era o desprezo do pai da criança em relação a ela e os comentários da mãe do companheiro. Nesse depoimento, a adolescente mantém uma relação de interdependência direta com o pai da criança, sendo a tristeza e a solidão os resultados do seu distanciamento.

Segundo Roy e Andrews (2001), a solidão é um estado grave e inaceitável para a maioria das pessoas, trata-se de um problema de adaptação, uma experiência inexcusavelmente desagradável e de luta, ligada a uma retirada inadequada da necessidade de intimidade humana. Dessa forma, no momento em que essa adolescente mais necessitou do apoio de seu companheiro, teve a solidão, o abandono e a incompreensão frente à vivência do abortamento.

Para Boff (2004), a relação de interdependência entre as pessoas é um evento concreto e indispensável à vida e, sem o cuidado recebido e ofertado, os seres estarão sujeitos ao fracasso absoluto, predispondo-se ao isolamento e comprometendo suas funções físicas ou psíquicas.

No depoimento a seguir foi identificada uma relação de interdependência entre a adolescente e a família.

Aqui em casa foi complicado porque minha mãe sempre me deu forças, mas nesse tempo você sabe, sempre tem uma certa rejeição da família, abortar, tirar uma criança, pessoa nova, mas meus pais me deram muita força e eu consegui superar o acontecimento[...]. É procurar o melhor rumo, é os estudos, é trabalhar é procurar escutar a família, que sempre o que acontece com essas adolescentes nessa idade é isso: não escuta a família e acaba se decepcionando com as consequências da vida, que o mundo está aí, o mundo ensina mesmo, e hoje em dia as adolescentes que não escutam os pais não têm uma melhor vivência não [...] aí procurei outro rumo, e que hoje graças a Deus é uma vida totalmente diferente, hoje já estou cursando ensino superior, minha família me dá toda a força, eu trabalho, tenho meu transporte sou independente e estou grávida de novo. (Dep. 8)

A depoente 8 fala que, mesmo sua mãe lhe dando apoio, teve rejeição familiar por conta da realização do aborto, contudo conseguiu superar a situação com a ajuda e apoio dos pais, pois, segundo ela, quem não obedece

aos pais e não os ouve acaba por se decepcionar, e termina por aprender com o mundo. Depois de superado o conflito, ela retornou aos estudos, conseguiu sua independência financeira e é capaz de assumir uma nova gravidez.

Essa depoente, ainda que tivesse conflito de papéis com a família, demonstrou possuir um sistema de apoio eficaz representado por seus pais, que foram capazes de desenvolver assimilação, que a fez mudar de comportamento, portanto adaptação eficaz.

No relato que segue, a depoente teve na figura materna o sistema de apoio. Assim se manifesta:

[...] A respeito da minha mãe ... depois que passou nunca mais ela tocou naquele assunto, não teve mais nenhum comentário, nenhuma pergunta, nem direta nem indireta, sempre me tratou muito bem e graças a Deus ela nunca deixou de me dá a mão, meu pai eu não posso dizer nada porque certamente ele nunca soube dessa situação é o que eu penso[...] (Dep.10)

Essa depoente menciona que após a ocorrência do aborto, ela e sua mãe nunca mais tocaram no assunto, nem indiretamente, e afirma que a mãe nunca deixou de lhe dar apoio, fato que não ocorria em relação ao pai até porque a mesma supõe que o pai nunca tomou conhecimento deste episódio.

Na concepção da depoente 10, o apoio materno sempre existiu, sempre foi tratada muito bem pela mãe, mas não é possível falar o mesmo do pai. Nesse depoimento, a mãe foi a pessoa mais importante na relação de dar e receber amor, valor e respeito, e o não dito revela que o seu silêncio sobre o assunto tenha sido uma forma de alívio da dor para ambas e que provavelmente tenha contribuído para o amadurecimento delas.

Mudança de comportamento e adaptação eficaz foi o que se observou no depoimento a seguir, como resultado de uma boa relação.

Engravidei de novo, agora desta vez resolvemos não fazer a mesma coisa, né? A gente está juntos arrumamos uma casa, nós vamos morar juntos na nossa casa, porque até agora nós moramos na casa dos pais dele e ele ganha muito bem, dá para fazer a casa, me sustentar e criar o filho e dá para eu terminar de estudar e poder ser feliz novamente. (Dep.11)

A depoente diz estar grávida novamente e ela, juntamente como o companheiro, resolveram manter a gravidez e procurar um lugar onde os dois

pudessem morar sem depender dos pais dele, já que ele trabalhava e ganhava o suficiente para sustentar a família.

Comportamento de recepção e doação foi observado nesse depoimento, quando ela fala que arrumaram a casa para morarem juntos, ele vai sustentá-la e criar o filho e serão felizes. Existe cumplicidade, contribuindo para qualidade de vida nessa relação.

Dependência afetiva é o que foi identificado na narrativa da depoente 14. Eis o relato:

Eu estou com ele até hoje é porque eu gosto, as amigas dizem para mim que se fosse qualquer outra mulher no mundo não estaria com ele... eu raciocino mas eu gosto dele (choro) só que não vale a pena...hoje nosso casamento continua, não é a melhor relação que eu poderia imaginar é o jeito dele e eu tenho que me acostumar, mas eu percebo assim que a maioria das coisas que eu preciso dele eu posso contar, então não é de todo mau o que estou vivendo[...] (Dep.14)

A depoente 14 expõe que gosta do esposo, mas não tem apoio das amigas para permanecer na relação. Ela reflete e chega à conclusão de que gosta dele, embora não valha a pena, mas justifica que essa é a sua maneira de ser e é ela quem precisa mudar por sentir que tem um lado compensatório e de todo não é mau, pois ele dá alguma coisa que, para ela, tem significância ou seja, no momento ele é a pessoa de maior valor.

A depoente aqui demonstra gostar e sofre, pois, mesmo sendo incentivada pelas amigas a não manter a relação conjugal, ela utiliza a desculpa de dizer que no todo não é mau, e que precisa se adaptar ao modo dele, pois de certa forma para ela ele dá alguma coisa que para mesma significa afeto.

Ao analisar este depoimento fica claro a relação de interdependência significativa dela em relação ao esposo, contudo este não oferece a segurança e conforto necessário para adequação efetiva uma vez que ela menciona não valer a pena, mas mantém o relacionamento por gostar e, assim, ocorre o dar e o não receber.

As expectativas das pessoas que estão envolvidas na relação afetam a qualidade desta, pois se uma pessoa espera que o afeto seja manifestado através de aproximação física ou lembranças de datas que para o outro são importantes, é necessário que ambos tenham conhecimento disso para que a

relação seja aumentada, da mesma forma a capacidade de cada pessoa de dar carinho, ou seja, prestar os cuidados que produzem crescimento, contribui para qualidade na relação (ROY; ANDREWS, 2001).

Diante do que foi exposto por essas adolescentes e jovens nessa subcategoria, existe claramente a interdependência emocional. Principalmente devido ao momento de fragilidade em que elas se encontram, dar e receber amor respeito e valor são essenciais para manter a qualidade de vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do Método História de Vida, este trabalho oportunizou que as adolescentes e jovens expusessem suas vivências frente ao processo abortivo, permitindo uma melhor compreensão dos multifatores que levam à sua ocorrência, quer seja de forma espontânea ou insegura, proporcionando uma visão mais detalhada de suas consequências para essas pessoas nos aspectos físicos, psíquicos e sociais, uma vez que permite uma interação maior entre o pesquisador e o sujeito, favorece a conexão entre o pessoal, o individual e o social, auxilia, compreende e apreende de forma mais aprofundada a multicausalidade do processo abortivo.

Quanto à caracterização dos sujeitos, as adolescentes e jovens em sua quase totalidade dizem viver atualmente relacionamento conjugal estável. Contudo, em seus depoimentos, foi possível observar que a maioria teve mais de um relacionamento, inclusive com novas gravidezes e novos abortamentos, cujas causas foram citadas como imaturidade e espírito de aventura. Os sujeitos pertencem predominantemente a classes sociais desfavorecidas, com baixa escolaridade, o que contribui para seu baixo poder aquisitivo. Entretanto, também há mulheres em condições socio-econômicas favoráveis, com escolaridade regular, inclusive com pós-graduação, o que leva a acreditar que o aborto está presente em todas as classes sociais.

Quanto aos antecedentes obstétricos, treze das adolescentes e jovens tiveram mais de uma gestação, e os abortamentos foram em geral espontâneos, o que provavelmente justifica a reincidência da gravidez em decorrência do desejo de ser mãe, adiado pelo abortamento. Os abortamentos provocados foram citados como atos conscientes, inclusive houve recorrência, porém em nenhuma das situações a iniciativa foi individual, sempre com a participação de outras pessoas do convívio social das adolescentes e jovens e, que, certamente, tiveram importância decisória para esse evento. Portanto, fica evidente que o direcionamento do cuidado não deve ser somente para a pessoa, mas também para o meio, uma vez que os fatores condicionantes do processo abortivo dizem respeito tanto à instância individual quanto à social.

A utilização do referencial teórico de Callista Roy, que trata a pessoa como um sistema adaptável dotada de mecanismos de resistência, cujas respostas são condicionadas aos estímulos aos quais está exposta, facilitou a

compreensão sobre as principais necessidades comprometidas nos quatro modos adaptativos, favorecendo uma melhor compreensão sobre a aplicação do Processo de Enfermagem e uma resolução mais efetiva do cuidado.

No modo fisiológico, cuja necessidade básica é a integridade física, foram identificados problemas comuns de adaptação em relação ao abortamento espontâneo e ao abortamento inseguro, e distúrbios dos sentidos, como dor e febre, e desequilíbrio de fluidos e eletrólitos em consequência do sangramento foram as manifestações mais evidenciadas com intensidade e duração variável.

A procura por um serviço de saúde para a solução do problema geralmente se deu por iniciativa própria e às vezes por um período longo de espera, ficando elas expostas a efeitos físicos graves. O cuidado de Enfermagem deve estar direcionado a desenvolver atividades preventivas que possam auxiliar as adolescentes e jovens a evitar o abortamento, caso não seja possível uma atenção qualificada que lhes proporcione reconhecer sinais e sintomas de possíveis complicações oportunamente.

A integridade psíquica é fundamental para a manutenção da saúde da pessoa no Modo de autoconceito. Neste estudo foram identificados comportamentos e estímulos que tiveram influência neste modo, revelados pelos sentimentos vividos pelas adolescentes e jovens frente ao abortamento espontâneo e inseguro. Entre os sentimentos relacionados ao abortamento espontâneo, verificam-se a perda com desejo de ter o filho, revelando uma experiência de morte, a ansiedade, que funciona como estímulo para solução do problema, a culpa, a negação e a tristeza, manifestados por aquelas adolescentes e jovens que desejavam a gravidez interrompida. O alívio foi percebido por parte de adolescentes que não tinham a pretensão de engravidar, dispensando assim o aborto provocado.

A mágoa foi retratada como resultado das relações de gênero e familiares conflitantes, pois estes conflitos podem ter contribuído para o abortamento espontâneo uma vez que foram marcantes no período gestacional. Embora a mágoa seja um processo adaptativo, antes da resolução do problema, ela pode causar danos psíquicos.

Todos os abortos inseguros deste estudo aconteceram ou por iniciativa ou por consentimento das adolescentes e jovens, portanto voluntários, e o que pôde se perceber é que todas apresentaram algum sofrimento psíquico, entre

eles o arrependimento, consolo álibi, incoerência, culpa e sentimento de dor. Portanto é de fundamental importância que os profissionais que acolhem essas pessoas o façam de forma humanizada e sejam capazes de prestar o cuidado de forma digna, com respeito, sem julgamentos e imposições de valores, pois para muitas o desconforto da alma é pior que o desconforto físico.

O modo de função da vida real incide sobre o papel que a pessoa ocupa na sociedade, sendo a integridade social a necessidade básica deste modo. Ao analisar o desempenho de papéis no meio social, puderam-se visualizar as razões pelas quais as adolescentes e jovens abortam, seja espontânea ou voluntariamente. Também foi possível apreender a importância da sociedade na definição de papéis dessas adolescentes e jovens. Considerando a evolução da espécie humana, os seres têm necessidades naturais de passar por transformações para se adaptarem ao meio em que vivem.

Na ocorrência do abortamento espontâneo, as adolescentes e jovens fizeram afirmações e suposições quanto aos motivos dos abortamentos. Entre eles ressaltaram a não realização do pré-natal, as relações conflitantes de gênero e familiares, traumas físicos, susto e erro profissional. O que pode ser observado é que mesmo de forma inconsciente, a função de papel dessas adolescentes e jovens esteve comprometida socialmente, pois, para sociedade, a adolescente deixou de ser menina para ser mulher, implicando novas situações a serem vivenciadas e novos fatores que condicionam a adaptação.

As adolescentes e jovens citaram vários motivos que as levaram ao abortamento inseguro, como maternidade precoce, baixa condição financeira e incentivo de pessoas próximas, entre as quais referiram amigas, esposo e familiares. Contudo, ao analisar os seus depoimentos foi possível verificar que, na verdade, foram vários os motivos da gravidez, porém o fator determinante para o abortamento foi o papel que as mesmas poderiam representar socialmente para a família como adolescentes e jovens grávidas, sem estrutura econômica e sem companheiro.

Diante deste fator é preciso rever em relação às orientações que os pais das adolescentes e jovens recebem em relação à educação dos filhos, pois eles podem não ter consciência de que eles são fatores determinantes na opção pelo aborto de suas filhas adolescentes e jovens.

Na definição de papéis sociais, a adolescência e juventude é o papel primário. O papel secundário foi o que precisaram assumir em decorrência de um fato novo que surgiu em suas vidas, a gravidez. Então, entre assumir a gravidez, ser mãe solteira ou abortar, para elas a melhor atitude foi o abortamento, como resposta adaptável, pois, diante de algumas circunstâncias, era a melhor resposta que poderia contribuir para sua sobrevivência e integridade social.

No modo de interdependência, perceberam-se problemas de adaptação e adaptação eficazes. Entre os problemas de adaptação, cita-se a solidão e a oferta e o não recebimento do amor, respeito e valor. Na adaptação eficaz, o apoio familiar e do esposo, como pessoa mais importante no relacionamento, foram fundamentais para o crescimento da pessoa, adequação afetiva e relações satisfatórias e recíprocas. Assim, para a Enfermagem, como a profissão da arte do cuidado e que tem como filosofia a humanização, as relações interpessoais conflitantes tornam-se um tópico gerador de preocupações. Portanto, o profissional de enfermagem precisa ficar atento para detectar a necessidade de adequação afetiva que incorpora a necessidade de ser cuidado e do cuidar.

Percebe-se que a decisão pelo processo abortivo transcende o desejo das adolescentes e jovens na manutenção ou término da gravidez e implica um planejamento mais acurado do cuidado, tanto nas atividades preventivas quanto nas curativas.

O estudo aqui realizado sinalizou que a enfermeira, assim como os demais profissionais de saúde que prestam o cuidado às adolescentes e jovens, precisam estar atentos, não somente à pessoa como um sistema holístico adaptável, mas à necessidade de fazer, de forma coerente, uma avaliação dos estímulos aos quais essa pessoa está exposta e avaliação do comportamento para se poder chegar a um diagnóstico preciso, com estabelecimento de objetivos e metas, de tal forma que possa proporcionar a essas adolescentes e jovens assumirem uma nova postura diante de desafios, como o enfrentamento do processo abortivo. Esse cuidado deve ser estendido à família e ao meio no qual estas adolescentes e jovens estão inseridas, procurando compreender e atender suas necessidades, além de orientar quanto às medidas preventivas, promovendo adaptações eficazes e melhorando na qualidade de vida.

Tal assistência torna-se imperiosa para proporcionar às adolescentes e jovens que se encontram no processo abortivo subsídios para um melhor entendimento do panorama em que se encontram, buscando sempre oferecer uma melhor alternativa para as questões conflitantes vivenciadas em seu ciclo vital.

REFERÊNCIAS

ADESSE, L.; MONTEIRO, M. F. G. **Magnitude do aborto no Brasil: Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais**. Ipas Brasil, IMS UERJ, 2007.

ADESSE, L.; GALLI, B. **Mitos e verdades sobre o aborto**. IPAS Brasil, IMS UERJ, 2009

BARATIERI, T.; VIEIRA, V. C. L.; MARCO, S. S. A visão da adolescente com reincidência Gestacional sobre a família. **Esc Anna Nery**. v. 15, n.2, p. 261-269, 2011.

BARKER, G.; LOEWENSTEIN, I. Where the Boys Are: Attitudes Related to Masculinity, fatherhood and violence toward women among low Income adolescent males in Rio de Janeiro, Brazil. **Youth & Society**. v. 29, n. 2, p. 166-196, 1997.

BARKER, G. A saúde do homem adolescente: uma perspectiva de gênero aplicada ao masculino. *In*: **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília, DF, 2008. p. 223-230

BERTAUX, D. **Biography and society: the life history approach in life history approach in the sciences**. Beverly Hills: Sace Publications, 1981.

_____. **Los relatos de vida**. Barcelona: Edicions Bellaterra, S.L ,2005

_____. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. Natal,RN: EDUFRN; São Paulo, Paulus, 2010.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

_____. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 13. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC n.º 27, de 30 de março de 2007**, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos controlados – SNGPC, estabelece a implantação do módulo para drogarias e farmácias e dá outras providências. Disponível: <http://www.anvisa.gov.br> Acesso em 10 de outubro de 2011.

BRASIL. **Código Penal e Constituição Federal**. Obra coletiva de autoria da editora Saraiva com a colaboração de Antonio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Livia Céspedes. 46. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Parto, **aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001.

_____. **A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica/Ministério – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Marco legal**: Saúde um direito de adolescente. Brasília, DF, 2007a.

_____. **Saúde integral de adolescentes e jovens**: orientação para a organização de serviços de saúde. Brasília, DF, 2007b.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Piauí / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007c.

_____. **Marco teórico e referencial**: Saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescente e jovens. Brasília, DF, 2007d

_____. Sexualidade, gênero e saúde reprodutiva. *In*: **Saúde do adolescente**: competências e habilidades. Brasília, DF, 2008.

_____. **Comunicação e mídia para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual**. Brasília, DF, 2009.

_____. **Aborto e saúde pública no Brasil**: 20 anos. Brasília: DF, 2009.

_____. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Disponível: < www.sbhh.com.br/pdf/etica/PesqSeresHumanos> Acesso em 23 de outubro de 2010.

_____. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica/Ministério – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRANDALIZE, D. L.; ZAGONEL, I. P. S. Um marco conceitual para o cuidado ao familiar da criança com cardiopatia congênita à luz da Teoria de Roy. **Cogitare Enferm.** v.11, n.3, p.264-70, set/dez. 2006.

CHAVES NETTO, H.; SÁ, R. A. M. **Obstetrícia básica**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem, **Resolução COFEN-311 de 08 de fevereiro de 2007**, que trata da Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.

DAMIANI, F. E. Gravidez na adolescência: a quem cabe prevenir? **Rev Gaúcha Enferm.** v. 24, n.2, p. 161-8, ago.2003.

- DENZIN, N. K.; LINCON, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: ARTMED, 2007.
- DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. rev. e atual. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- DINIZ, S. N. **A prática docente dos enfermeiros de instituições de saúde: sua fundamentação nos referenciais teóricos de enfermagem** [tese]. Universidade Guarulhos, 2006.
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.15, suppl.1, p. 959-66. 2010.
- FREITAS, A. **Aborto: guia para profissionais de comunicação**. Recife: Grupo Curumim, 2011.
- FREIRE, T. C. G. O aborto é uma dor narcísica irreparável? **Revista mal-estar e subjetividade** – Fortaleza – v. IX, n. 3, p. 1007-1022, set.2009.
- GAULEJAC, V. **La société malade de la gestion: idéologie gestionnaire, pouvoirmanagérial e harcèlement social**. Paris: Seuil. 2005.
- HELENO, M. G. V. Eficácia adaptativa de mulheres com história de abortamento, pacientes de um Ambulatório de Reprodução. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.62, n.3,p 1-114, 2010.
- INSTITUTO GUTTMACHER. **Aborto a Nível mundial: uma década de progresso desigual**, publicado em 2009 no endereço <<http://www.guttmacher.org/pubs/Aborto-a-nivel-mundial.pdf>> Acesso em 9 de maio de 2011
- IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004-2005**.
- IBGE teen. **Jovens mães**. Disponível em <www.ibge.gov.br/ibgeteen/index.htm> Acesso em 28 de abril de 2010
- LEOCÁDIO, E.; FOLTRAN, P, J. **Morte e negação: abortamento inseguro e pobreza**. BEMFAM, maio, 2007.
- LEVIN, M. Healthy sexual behavior. **Pediatr. Lin. N. Am.** Vol. 16, p.329-32,1969
- MARAMBAIA, O; *et al.* Síndrome de Moebius associada a Misoprostol. **ACTA ORL/Técnicas em Otorrinolaringologia** - Vol. 26, n.3, p. 169-172, 2008.
- MARIUTTI, M. G. **Associação do abortamento com depressão, autoestima e resiliência** [tese]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: SP, 2010
- McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MIRANDA, A. T. C.; BOUZAS, I. C. S. Gravidez. *In: Saúde do adolescente: competências e habilidades*. Brasília, DF, 2008. p. 242-254

MIEDZIAN, M. **Boys will be boys**: breaking the link between masculinity and violence. New York: Anchor Books, 1991.

MOSHER, D.; TOMKINS, S. Scripting the macho man: hypermasculine socialization and enculturation. **The Journal of Sex Research**. v. 25, n. 1, p. 60-84, 1988

MOISES, E. C. D; *et al.* **Aspectos éticos e legais do aborto no Brasil**. 1. ed. Ribeirão Preto: FUNPEC-Editora, 2005.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia Fundamental**. 12. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

NADER, P. R. A. Aspectos sociodemográficos e reprodutivos do abortamento induzido de mulheres internadas em uma maternidade do município da Serra, Espírito Santo. **Esc Anna Nery Rev Enferm**.v.12, n.4, 699-05, dez, 2008.

Nery, I. S; *et al.* Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. **Rev. Enferm. UERJ**.v.14, n.1, 67-73, jan, 2006.

NERY, I. S.; TYRELL, M, A, R. **O aborto provocado e a questão de gênero**: mulher em evidência e as evidências das mulheres para as bases da assistência de enfermagem. 2. ed. Teresina: EDUFPI, 2010.

OLINTO, M. T. A.; MOREIRA-FILHO, D. C. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, 365-75, fev, 2006.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Aborto Incompleto**: Educação para uma maternidade segura: módulos de educação. – 2. ed. Printed in Portugal, Gráfica Maiadouro, S.A.Maio 2005

REY, F. G. **Personalidad**: salud Y modo de vida. México: Unam Iztacala. 1993.

ROSADO-NUNES, M. J. Aborto e religião: as pesquisas no Brasil. In: ROCHA, M.I.B.; BARBOSA, R. M. **Aborto no Brasil e países do Cone Sul**: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. - Campinas: Núcleo de Estudos de População – Nepo /Unicamp, 2009.

ROY, C.; ANDREWS, H. A. **Teoria da Enfermagem**: O modelo de Adaptação de Roy. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

SANTOS, I. M. M.; SANTOS, R. S. A etapa de análise no método história de vida: uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Texto contexto Enferm**, Florianópolis , vol.17, n.4, p. 714-19. Out-dez. 2008.

SCHUTT-AINE, J. Y MADDALENO, M. **Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas**: Implicaciones en programas y políticas, OPAS, Organización Panamericana de la Salud Washington, 2003.

SILVA, A. P; *et al.* "Conte-me sua história": reflexões sobre o método de História de Vida. **Mosaico: estudos em psicologia**. Vol. I ,n.1, p. 25-35. 2007.

SINGH, S.; WULF, D. **Estimated levels of induced abortion in six Latin American Countries. International Family Planning Perspectives**, v. 20, p. 413, 1994.

SINGH, S; *et al.* **Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress**, New York: Guttmacher Institute, 2009.

SOUZA, V. L. C; *et al.* Aborto entre adolescentes. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 9, n.2, p. 42-47, 2001.

SOUZA FILHO, G. A. A situação jurídica do aborto no Brasil. **Rev. Ciên. Jur. e Soc. da Unipar**, v. 11, n. 2, p.371-383, jul./dez. 2008.

TAQUETTE. S. R. Sexualidade na adolescência. *In*: **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília, DF, 2008. p. 205-212.

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade**: Uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde. Tradução: Rita Brossard. Paris 07 SP, France, 2010.

VILAÇA, M. J. Síndrome Pós Aborto. **Alameda digital**: atualidades, idéias e cultura. v. 1, n. 4, dez, 2006.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

_____. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

_____. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

WEREBE, M. J. G. Estudo sobre a sexualidade do adolescente: análise crítica. **Ciênc. Cult.** Vol.31, p.373-8,1979

WHO – World Health Organization. Disponível em:
<[HTTP://www.who.int/topic/adolescent_health/en/](http://www.who.int/topic/adolescent_health/en/)> Acesso em: 15 de agosto de 2010.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE A - Roteiro da Entrevista

1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

1.2 Características sócio-demográficas

- a. Idade
- b. Procedência
- c. Escolaridade
- d. Situação conjugal/estado civil
- e. Religião
- f. Ocupação/profissão
- g. Renda familiar

1.2. Antecedentes obstétricos

- a. Gestação
- b. Paridade
- c. Aborto

2. VIVÊNCIAS DE ADOLESCENTES E JOVENS FRENTE AO PROCESSO ABORTIVO

“Fale a respeito de sua vida que tenha relação com processo abortivo antes, durante e após o mesmo”.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM

ANEXO A - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido

Título do estudo: Vivências de Adolescentes e Jovens Frente ao Processo Abortivo

Pesquisadora responsável: Inez Sampaio Nery

Colaboradora: Ivanilda Sepúlveda Gomes

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí – Departamento de Enfermagem

Telefone para contato: 3215-5862

Local da coleta de dados: Teresina-PI

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa de forma totalmente voluntária que permitirá compreender questões que tenham relação com sua vivência frente ao processo abortivo. Antes de concordar em participar desta pesquisa é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivos do estudo: É descrever através do Método História de Vida os sentimentos vivenciados por adolescentes e jovens que passaram pelo processo abortivo, promover discussão sobre as causas que as levaram ao aborto na adolescência e avaliar a qualidade da assistência multiprofissional e prevenção de situações de vulnerabilidade para as adolescentes e jovens referente ao processo abortivo.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em falar a respeito de sua vida que tenha relação com sua vivência frente ao processo abortivo, a qual será gravada para posteriormente ser analisada.

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

Riscos. Existe um desconforto e risco mínimo para você que se submeter à coleta dos dados sendo que se justifica pelo fato de você estar ajudando aos

profissionais a entender e esclarecer dúvidas sobre o aborto na adolescência e juventude, revertendo em benefício para outras.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.



Nome	Assinatura do Participante	Local e data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Local e data

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI tel.: (86) 3215-5737 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM

ANEXO B – Carta de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa

 MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFPI REGISTRO CONEP: 045	
---	---	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Vivência de adolescentes e jovens frente ao processo abortivo
CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0297.0.045.000-10
Pesquisador Responsável: Inez Sampaio Nery

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Outubro/2011 Relatório final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 14/10/2010

Teresina, 15 de Outubro de 2010.


Prof. Dr. Carlos Efnando da Silva
 Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
 COORDENADOR