

Experiências de adolescentes e jovens da América Latina sobre aborto: revisão integrativa

Experiences of Latin American adolescents and young people on abortion: an integrative review

Experiencias de adolescentes y jóvenes latinoamericanos sobre el aborto: una revisión integradora

Nathanael de Souza Maciel <https://orcid.org/0000-0002-5088-011X>¹; André Sousa Rocha <https://orcid.org/0009-0001-9250-7428>²; José Mateus Bezerra da Graça <https://orcid.org/0000-0002-0401-2987>³; Livia Karoline Torres Brito <https://orcid.org/0000-0002-9535-3030>⁴; Kadson Araujo da Silva <https://orcid.org/0000-0001-6397-0686>¹; Anne Fayma Lopes Chaves <https://orcid.org/0000-0002-7331-1673>⁴; Tatiane da Silva Coelho <https://orcid.org/0000-0002-9810-6107>⁵; Camila Chaves da Costa <https://orcid.org/0000-0002-6996-1200>⁴

Resumo Este estudo objetivou identificar na literatura as experiências de adolescentes e jovens da América Latina sobre aborto. Trata-se de uma revisão integrativa que visou elucidar a seguinte questão: “Quais são as informações disponíveis sobre as experiências de jovens e adolescentes sobre o aborto na América Latina?” As fontes de dados utilizadas foram PubMed, SCOPUS, LILACS, BDENF, Embase e Web of Science. O corpus textual foi montado a partir de dados extraídos dos artigos incluídos. A análise dos dados foi realizada por meio do software Iramuteq. A amostra foi composta por 12 artigos. Foram elaboradas seis classes: interações familiares e sociais na decisão de interromper a gravidez; os meios e medos do aborto clandestino; paradigmas e estigmas nos cuidados de saúde antes e depois do aborto; o sofrimento da falta de autonomia e da falta de apoio; contos de terror sobre o aborto; e as dores, o medo de morrer e o alívio. Portanto, evidenciou-se uma complexa dinâmica de interações ao se decidir interromper uma gravidez. Assim, ilustra-se a urgência de discutir acerca de cuidados de saúde e políticas mais inclusivas para todas as jovens e adolescentes frente ao aborto.

Palavras-chave Aborto, Aborto induzido, Adolescente, Adulto jovem, América latina

Abstract This study aimed to identify the experiences of Latin American adolescents and young people abortion in the literature. This integrative review aimed to elucidate the following question: “What information is available about the experiences of young people and adolescents regarding abortion in Latin America?”. The data sources used were PubMed, Scopus, LILACS, BDENF, Embase, and Web of Science. The textual corpus was assembled from data extracted from the included articles. Data analysis was performed using the Iramuteq software. The sample consisted of 12 articles. Six classes were developed: family and social interactions in the decision to terminate a pregnancy; the means and fears of clandestine abortion; paradigms and stigmas in health care before and after abortion; distress for the lack of autonomy and lack of support; horror stories about abortion; and pain, fear of dying, and relief. Therefore, a complex dynamic of interactions when deciding to terminate a pregnancy was evidenced. This illustrates the urgency of discussing health care and more inclusive policies for all young women and adolescents regarding abortion.

Key words Abortion, Induced abortion, Adolescent, Young adult, Latin America

Resumen Este estudio tuvo como objetivo identificar en la literatura las experiencias de adolescentes y jóvenes en América Latina respecto al aborto. Se trata de una revisión integradora que tuvo como objetivo dilucidar la siguiente pregunta: “¿Qué información está disponible sobre las experiencias de jóvenes y adolescentes respecto al aborto en América Latina?” Las fuentes de datos utilizadas fueron PubMed, SCOPUS, LILACS, BDENF, Embase y Web of Science. El corpus textual se armó a partir de datos extraídos de los artículos incluidos. El análisis de datos se realizó utilizando el software Iramuteq. La muestra estuvo compuesta por 12 artículos. Se desarrollaron seis clases: interacciones familiares y sociales en la decisión de interrumpir el embarazo; los medios y los temores del aborto clandestino; paradigmas y estigmas en la atención sanitaria pre y post aborto; el sufrimiento de la falta de autonomía y la falta de apoyo; historias de terror sobre el aborto; y el dolor, el miedo a morir y el alivio. Por lo tanto, se evidenció una dinámica compleja de interacciones a la hora de decidir interrumpir un embarazo. Esto ilustra la urgencia de discutir la atención sanitaria y políticas más inclusivas para todas las mujeres jóvenes y adolescentes cuando se enfrentan al aborto.

Palabras clave Aborto, Aborto inducido, Adolescente, Adulto joven, América Latina

¹ Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. R. Alexandre Baraúna 1115, Rodolfo Teófilo. 60430-160 Fortaleza CE Brasil. nathanael.souza.inf@gmail.com

² Centro Universitário INTA-UNINTA. Itapipoca CE Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal RN Brasil.

⁴ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção CE Brasil.

⁵ Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza CE Brasil.

Introdução

O aborto envolve aspectos sociais, econômicos e culturais, sendo uma experiência vivida por pessoas em todo o mundo, independentemente do nível de rendimento do país, da região ou do estatuto legal¹. Contudo, os abortos realizados de forma insegura podem resultar em sequelas e óbito entre mulheres em idade reprodutiva, especialmente nos países latino-americanos com legislações mais restritivas^{2,3}.

Alguns países da América Latina criminalizam o aborto, sendo eles Peru, Paraguai, Venezuela, El Salvador, Nicarágua, Honduras e República Dominicana, exceto em casos extremos de risco à vida da mulher. Os demais permitem a interrupção legal da gravidez em casos específicos, como estupro, risco de vida para a mulher e anencefalia fetal⁴.

Além disso, essa região é marcada por desigualdades socioeconômicas e culturais. O acesso à educação sexual e reprodutiva e aos serviços de saúde varia consideravelmente entre os países, influenciando diretamente a legislação sobre o período gestacional permitido para o aborto legal¹.

A ausência de educação sexual nas escolas, combinada com tabus culturais e religiosos, contribui para uma importante lacuna educacional entre adolescentes e jovens sobre métodos contraceptivos e direitos reprodutivos⁵. Esse desconhecimento pode resultar em uma gravidez imprevista e tem impacto direto na saúde⁶. Contudo, a eficácia contraceptiva depende não somente do acesso à informação sobre o manejo adequado dos métodos, mas das relações de gênero, familiares e socioeconômicas, entre outros fatores.

Para lidar com a gravidez imprevista, adolescentes e jovens podem recorrer a métodos inseguros para interromper a gestação. Esses métodos frequentemente colocam em risco a vida e a saúde das jovens, levando a complicações graves. Além disso, o medo de julgamento social e possíveis repercussões legais podem impedir a busca por ajuda médica, agravando substancialmente os riscos⁷.

Ao constatar questões de estigma, acesso desigual a serviços de saúde e a influência de normas culturais, evidencia-se a necessidade de realizar este estudo, que aborda as experiências de adolescentes e jovens da América Latina a respeito do aborto. Essas lacunas no entendimento das complexas interações entre saúde, direitos reprodutivos, fatores socioeconômicos e culturais nessa região, sublinham a importância

deste estudo. Compreender essas experiências é essencial para a formulação de políticas públicas e intervenções que sejam eficazes e sensíveis às necessidades dessa faixa etária. Assim, objetivou-se identificar na literatura as experiências de adolescentes e jovens da América Latina sobre aborto.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa. As seguintes etapas foram adotadas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; apresentação da revisão e síntese do conhecimento⁸.

Em relação à questão de pesquisa, os critérios de elegibilidade foram fundamentados na população, fenômeno de interesse e contexto (PICo): adolescentes e jovens (população), aborto (fenômeno de interesse), América Latina (contexto). Dessa maneira, procurou-se elucidar a seguinte questão: quais são as informações disponíveis sobre as experiências de jovens e adolescentes sobre o aborto na América Latina?

Foi considerado o aborto induzido (também conhecido como terminação artificial da gravidez), definido como a completa expulsão ou extração de um embrião, ou feto de uma mulher, independentemente da duração da gravidez, após uma interrupção deliberada da gestação por meios médicos ou cirúrgicos, sem resultar em nascimento vivo⁹. Não foram considerados abortos espontâneos, natimortos, gravidez molar ou ectópica. Adotou-se ainda a definição da Organização Mundial de Saúde para adolescência (de 10 a 19 anos) e considerou-se que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos. Esses conceitos comportam desdobramentos, identificando-se adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos). Em estudos que incluíram participantes de diferentes faixas etárias, foram considerados apenas aqueles cuja medida de tendência central indicava que a maioria dos participantes se encontrava na faixa etária preconizada. As falas de indivíduos pertencentes a outras faixas etárias foram excluídas da análise. É importante destacar que, em estudos que incluíram ambos os sexos, apenas as percepções das mulheres foram utilizadas para a análise.

Quanto ao desenho, foram incluídos estudos originais, sem limitação em relação a idioma e

data de publicação. Foram excluídos pesquisas com resultados exclusivamente quantitativos, revisões de literatura, bem como aquelas que não atendessem à questão norteadora.

As seguintes fontes de dados foram utilizadas: Web of Science, National Library of Medicine (MEDLINE/PubMed), SCOPUS, Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações e Ciências da Saúde (LILACS), Embase e Base de dados de Enfermagem (BDENF).

A estratégia PICO foi utilizada para a busca dos descritores, baseando-se nos termos encontrados nos Medical Subject Headings (MeSH) e nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), assim como nos Emtree Terms, conforme os requisitos utilizados do PRESS Guideline¹⁰, conforme a Figura 1.

Os estudos foram organizados em uma biblioteca utilizando o *software* gerenciador de referências Rayyan, desenvolvido pelo Qatar Computing Research Institute (QCRI), e as duplicatas foram removidas. A seleção dos estudos ocorreu em duas etapas: a primeira com a leitura do título e do resumo, seguida da leitura do texto completo. Esse processo foi executado por dois revisores independentes, e eventuais divergências foram resolvidas por um terceiro revisor, visando confirmar a elegibilidade das publicações.

Os revisores foram previamente instruídos, para garantir o alinhamento na extração de dados. Cada estudo incluído recebeu um identificador, com o nome do autor e o ano da publicação. Eles utilizaram uma planilha contendo todas as variáveis a serem preenchidas, conforme estabelecido no roteiro de avaliação desenvolvido pelos autores. As variáveis relacionadas aos artigos incluíram: autor, ano de publicação, local, desenho metodológico, número de sujeitos, idade dos participantes, além das transcrições das falas das participantes. Os dados extraídos foram apresentados de forma descritiva.

A partir das falas das entrevistas encontradas nos estudos primários incluídos, construiu-se um *corpus* textual. A análise dos dados foi feita por meio do *software* Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), versão 0.7 alpha 2. Foram aplicadas análises de nuvem de palavras e a classificação hierárquica descendente (CHD), que organiza o *corpus* textual em classes de segmentos de texto que apresentam vocabulário semelhante entre si e diferente das outras classes. A CHD foi executada sobre os segmentos de texto (simples sobre ST), baseada no método de Reinert, recomendada quando se dispõe de textos longos¹¹.

Resultados

Foram identificados 1.251 artigos nas buscas nas bases de dados selecionadas para a revisão. Foram removidas 472 publicações duplicadas; após a leitura de títulos, resumos e descritores, 30 artigos foram analisados na íntegra. Desse, 18 foram excluídos por não responderem à questão norteadora. A amostra foi composta por 12 artigos. Na Figura 2 é apresentado o fluxo de seleção dos artigos.

Os locais das pesquisas incluem estados pertencentes a diferentes regiões do país, como Rio de Janeiro, Minas Gerais e Piauí. Além disso, as pesquisas se estenderam a outros países da América Latina, incluindo México, Colômbia, Equador, Peru, Chile e Uruguai. Os estudos englobam uma variedade de procedimentos metodológicos. As características dos artigos e da população dos estudos são apresentadas no Quadro 1.

Foi gerada uma nuvem de palavras a partir das falas dos participantes dos artigos primários (Figura 3). É possível verificar que as palavras mais evocadas foram: “saber”, “falar”, “dizer”, “querer”, “ficar”, “mãe”, “dar”, “medo”, “sentir”, “tirar”, “dia”, “médico”, “só”, “aborto” e “morrer”. Todas as palavras são pertinentes ao contexto de pesquisa relacionado ao aborto.

As palavras evocadas pelas mulheres que abortaram refletem emoções, preocupações e necessidades durante e após o procedimento. Revelam uma busca por informação (saber, falar, dizer), expressam desejos e intenções (querer, ficar), preocupações com as consequências (mãe, medo, sentir, morrer), além de termos diretamente relacionados ao procedimento (dar, tirar, dia, médico, aborto).

Na classificação hierárquica descendente, o *corpus* foi submetido a uma série de divisões sequenciais até originar as classes. Na primeira divisão, o *corpus* foi dividido em dois blocos: um incluía as classes 1, 2, 3 e 4, outro as classes 5 e 6. Posteriormente, os dois blocos foram subdivididos, resultando nas classes distintas 1, 2, 3, 4, 5 e 6. A Figura 4 ilustra a sequência de divisão pelas quais o *corpus* passou até gerar as seis classes propostas.

Classe 1 – Interações familiares e sociais na decisão de interromper a gravidez

O aborto é uma experiência estigmatizada, com implicações familiares e sociais. As narrativas a seguir apresentam a síntese de experiências de mulheres com a decisão de interromper a gravidez, revelando as interações e motivações.

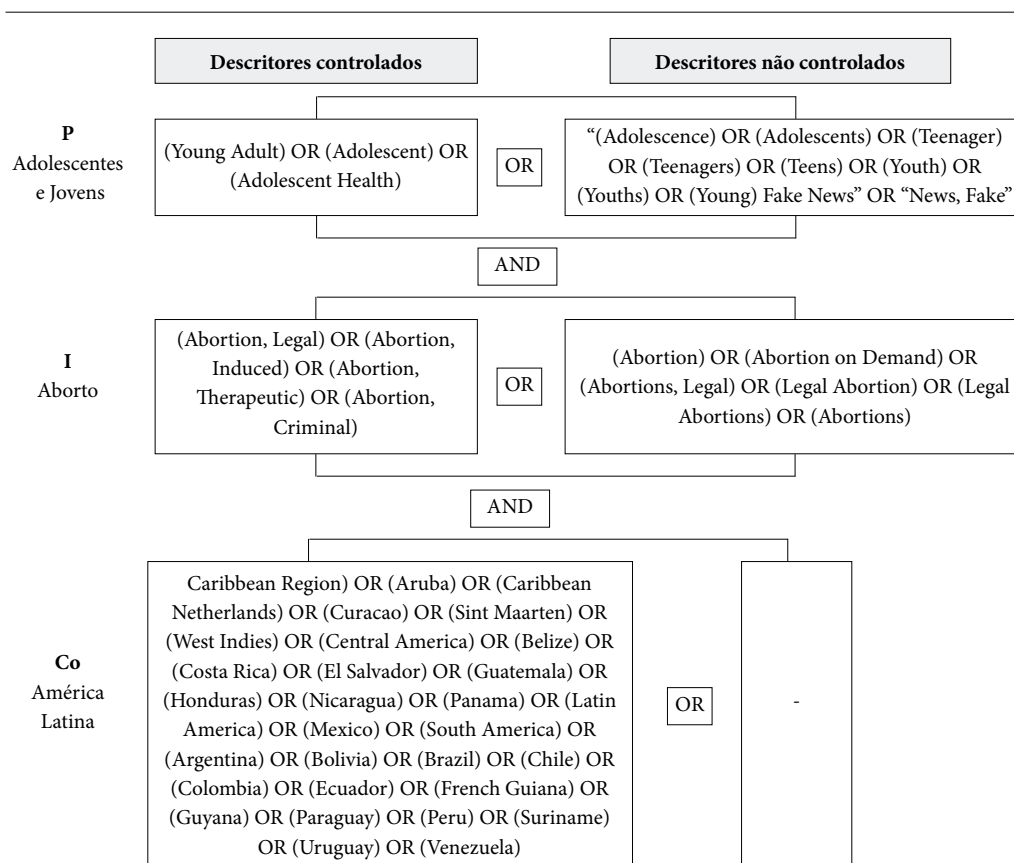


Figura 1. Descritores empregados na estratégia de busca para população, fenômeno de interesse e contexto. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024.

Fonte: Autores.

As mães das gestantes exercem forte influência na decisão de abortar. Um estudo relata tentativas de esconder a gravidez da mãe, sabendo que ela não aceitaria¹⁴. Em contraste, outro relato descreve que, após a tentativa de aborto, uma ultrassonografia revelou que o feto estava vivo. Apesar de a mulher não querer continuar com a gravidez, foi convencida pelos profissionais de saúde e pela mãe a internar-se para tentar manter a gestação¹⁸. Outra participante explica que sua mãe é “mãe solteira” e ela não queria repetir a mesma história¹³. Estava determinada a concluir seus estudos e proporcionar o melhor para seu filho¹³.

Em relação aos outros membros da rede familiar, há relatos de que a gestante omitiu de seu pai a gravidez¹⁶. Quanto aos pais dos parceiros, alguns relatos indicam contentamento. A sogra até interpretou a gravidez como um sinal de Deus, indicando que a gestante era a mulher certa para o filho dela¹⁷. No entanto, a decisão sobre

o que fazer com a gravidez ainda dependia de uma conversa entre os pais de ambos os jovens¹⁷.

As relações de amizade foram a maior base para as adolescentes que buscavam aborto^{14,17}. Menciona-se que as amigas, de quem menos se esperava apoio, foram as que mais apoiaram, ao passo que a família foi menos compreensiva¹⁷. Contudo, no seio familiar, as irmãs surgem como uma ponte de apoio e amizade para posterior revelação à família²¹.

Quanto ao parceiro, apresenta-se uma fala de que a jovem não precisaria dele para nada durante a gravidez, preferindo não contar sobre o aborto¹⁶. Em oposição, outra conta que, ao descobrir a gravidez, o parceiro ficou feliz¹⁷. Relata-se, ainda, que ambos se prepararam psicologicamente para a possibilidade de o aborto medicamentoso não funcionar, considerando a opção de um aborto instrumental¹³.

Na decisão de interromper a gravidez, considera-se a influência da idade, a situação eco-

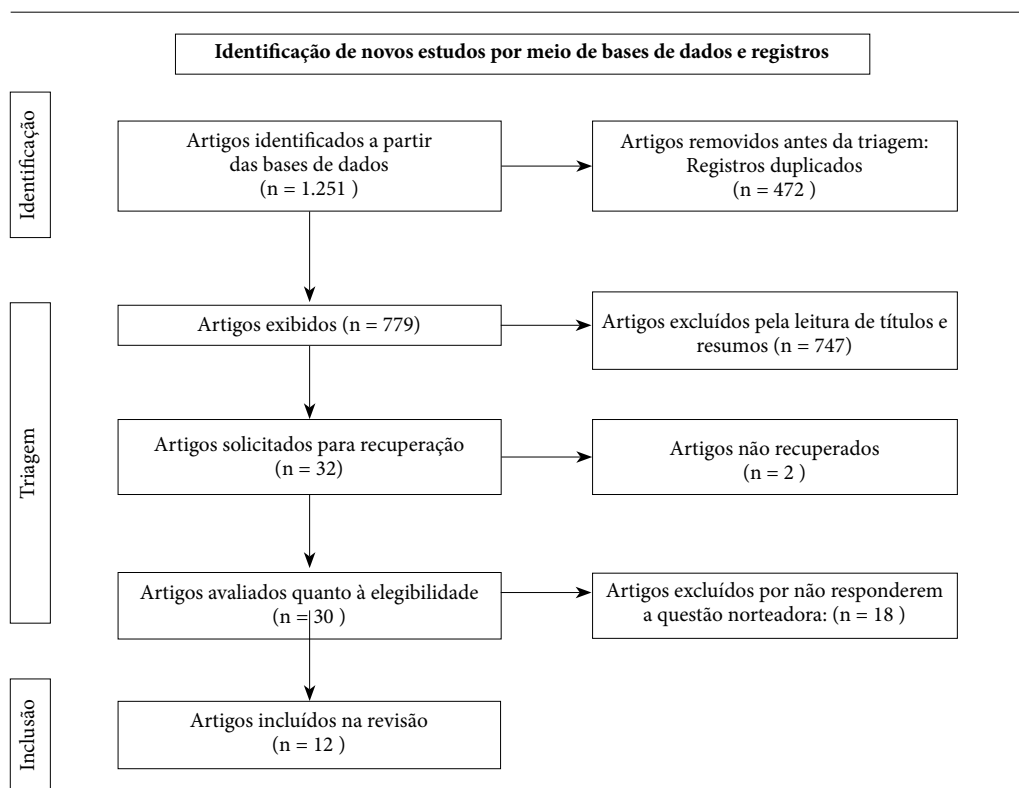


Figura 2. Fluxograma de elegibilidade dos artigos. Fortaleza, Ceará, 2024.

Fonte: Autores (2024).

nômica e a falta de preparo psicológico. A gestante e o parceiro estavam apenas estudando, sem meios para sustentar um filho, além de o relacionamento ainda ser recente²¹. Além disso, ela queria continuar estudando^{13,21} e ainda não sabia o que queria para sua vida, muito menos para um bebê²¹.

Classe 2 – Os meios e medos do aborto clandestino

Esta categoria descreve experiências de jovens mulheres com abortos clandestinos, uso de medicamentos como misoprostol, busca por clínicas ilegais e o medo das consequências legais desse procedimento.

O misoprostol foi o meio mais comumente citado pelas jovens nos estudos^{12,15,16,20,23}, sendo uma droga facilmente acessível e de baixo custo^{14,16}. Uma jovem relata que sua mãe a levou para fazer um exame de gravidez e, ao dar positivo, imediatamente a levou para comprar remédios abortivos¹⁴. Evidenciam-se, ainda, os contextos de vulnerabilidade ao se relatar a restrição

da comercialização do produto em periferias urbanas após a ocorrência de um aborto envolvendo pessoas relacionadas ao crime organizado¹⁶.

Quanto aos medos, relatam-se dúvidas referentes à efetividade dos comprimidos^{20,23}, bem como inquietações acerca da necessidade de buscar clínicas para a realização de aborto após falha no uso de medicamentos, preocupações com sua fertilidade e o medo de ser descoberta por estar sangrando^{12,20}. Descreve-se também o medo intenso de ser descoberta ao comprar os comprimidos abortivos^{20,21}. Além disso, relatam-se os receios de precisar de atendimento de saúde decorrente de alguma complicação²³, em virtude da possibilidade de que comprimidos fossem encontrados e isso resultasse em denúncia ou prisão^{15,21,23}. Destaca-se o relato da decisão do profissional de saúde de não registrar a ocorrência para evitar problemas legais¹⁵.

Quanto aos atores envolvidos nesse processo, as amigas desempenham papel fundamental ao indicarem os locais para realização do aborto¹² e contribuírem financeiramente para o procedimento¹⁶.

Quadro 1. Sumarização metodológica dos incluídos na revisão. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024.

Autor (Ano)	Objetivo	Local	Desenho	Nº de sujeitos (idade)
Carvalho e Paes (2014) ¹²	Analisar a experiência de mulheres jovens que recorreram ao aborto clandestino.	Cabo Frio, Brasil	Pesquisa social	16 (18 a 29)
Lafaurie <i>et al.</i> (2005) ¹³	Recolher informações sobre as experiências das mulheres com o uso do misoprostol ou metotrexato mais misoprostol.	México, Colômbia, Equador e Peru	Entrevistas em profundidade	49 (Mediana de 23)
Domingos <i>et al.</i> (2013) ¹⁴	Compreender a experiência de mulheres que provocaram o aborto na adolescência por imposição da mãe.	Minas Gerais, Brasil	Fenomenologia social de Alfred Schutz	3 (18 a 20)
Madeiro e Rufino (2017) ¹⁵	Recuperar histórias de violência institucional entre mulheres que provocaram o aborto em condições ilegais e inseguras	Teresina, Brasil	Entrevista semiestruturada	62 (18 a 24)
Ferrari; Peres (2020) ¹⁶	Focalizar a realidade empírica de dez adolescentes de 15 a 17 anos que realizaram aborto ilegal entre 12 e 17 anos.	Rio de Janeiro, Brasil	Entrevistas semiestruturadas	10 (12 a 17)
Flores; Arroyo (2021) ¹⁷	Documentar os imaginários sobre o aborto que um grupo de adolescentes grávidas em situação de vulnerabilidade no México.	Morelia, Michoacán, México	Entrevista semiestruturada	12 (15 a 19)
Nunes; Medeiro; Diniz (2013) ¹⁸	Caracterizar os métodos, o percurso e as redes de apoio das adolescentes para a interrupção da gestação.	Teresina, Brasil	Estudo misto com entrevistas semiestruturadas	131 (10 a 19)
Ferrari; Peres; Nascimento (2018) ¹⁹	Explorar o tema da iniciação sexual na adolescência, com foco nas narrativas de dez jovens com experiência de aborto induzido.	Rio de Janeiro, Brasil	Pesquisa social	10 (12 a 18)
Manríquez <i>et al.</i> (2017) ²⁰	Explorar as formas pelas quais as pílulas abortivas medicamentosas são obtidas e utilizadas por estudantes universitários no Chile em um contexto clandestino.	Santiago, Chile	Entrevistas semiestruturadas	30 (17 e 26)
Ituart; Gómez (2021) ²¹	Examinar o processo de tomada de decisão e o acesso à interrupção voluntária da gravidez em adolescentes de Montevidéu.	Montevidéu, Uruguai	Entrevistas semiestruturadas	14 (17 a 19)
Heilborn <i>et al.</i> (2012) ²²	Reunir material de cunho etnográfico sobre os percursos concretos e simbólicos de jovens mulheres e seus parceiros em busca de solução para uma gravidez imprevista.	Rio de Janeiro, Brasil	Estudo sócio antropológico baseado em entrevistas	30 (18 a 27)
Duarte; Moraes; Andrade (2018) ²³	Analisar narrativas sobre as experiências de abortar disponíveis em uma comunidade online.	Pesquisa online conduzida no Brasil	Etnografia virtual	18 (13 a 19)

Fonte: Autores.



Figura 3. Nuvem de palavras geradas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024.

Fonte: Autores (2024).

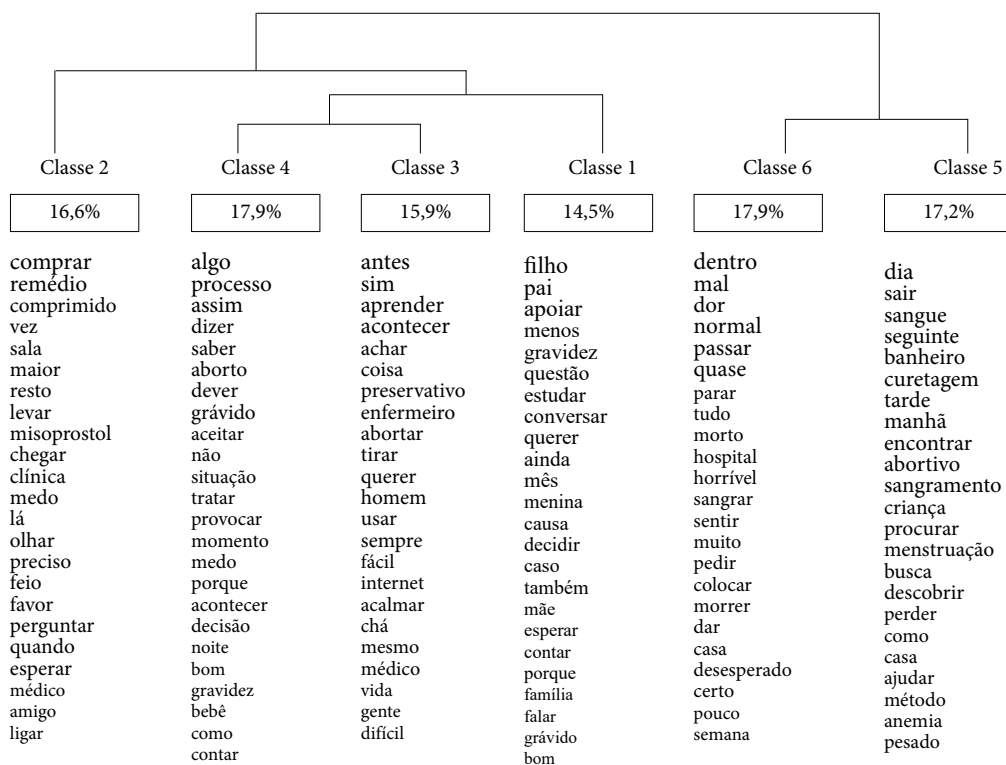


Figura 4. Dendrograma da classificação hierárquica descendente. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024.

Fonte: Autores (2024).

Relata-se ainda que uma jovem conseguiu o dinheiro com seu pai sem que ele soubesse a finalidade¹⁶. A mãe surge nesse contexto após uma tentativa de aborto mal-sucedida e a necessidade de recorrer a uma clínica¹². Além disso, outros sentimentos são revelados, como o isolamento e a solidão que acompanham a decisão²⁰. Apesar de ter pessoas ao lado, muitas jovens se sentiram sozinhas na decisão que tomaram²⁰.

Classe 3 – Paradigmas e estigmas nos cuidados de saúde antes e depois do aborto

O eixo central desse bloco de relatos gira em torno do acesso limitado a informações de saúde sexual e reprodutiva e da importância da educação sexual sobre práticas contraceptivas. Além disso, há uma ênfase no estigma social e religioso por parte dos profissionais de saúde após o aborto.

Relata-se a dificuldade de participar dos atendimentos de planejamento reprodutivo devido aos horários conflitantes com seu trabalho¹². Mesmo quando conseguia ir, era aconselhada apenas a usar preservativos, sem receber informações sobre outros métodos contraceptivos¹². Essa fala revela a fragilidade da educação em saúde, uma vez que é contrariada quando outra mulher destaca a complexidade do problema: a dificuldade de resistir à insistência de parceiros mais velhos de não usar preservativos¹⁹.

Diante dessa lacuna, comenta-se o aprendizado sobre métodos contraceptivos na internet, antes mesmo de aprender na escola¹⁹. Após passar por um aborto, relata-se a incorporação de novos aprendizados e amadurecimento. As mulheres começaram a ver os homens de modo diferente e insistindo no uso de preservativos, um sentimento de ganho de uma nova perspectiva sobre suas relações e responsabilidades¹⁹.

Os cuidados em saúde voltam à tona quando a mulher fala acerca do desejo de ser ouvida, ter suas dúvidas esclarecidas e de receber um remédio para aliviar a dor do procedimento abortivo, mas não obteve esse apoio. Ela sente que o objetivo dos profissionais na assistência após o aborto era castigá-la, com um profissional comentando que, se ela não quisesse sentir dor, deveria ter pensado antes^{15,20}. Um profissional ressaltou que a prioridade no atendimento é para mulheres que vão ter bebês, enquanto aquelas que optam por abortar precisam aprender a esperar¹⁵.

Compartilham-se várias experiências de maus-tratos e culpabilização por parte dos profissionais de saúde durante o processo de aborto, entrelaçados a preceitos religiosos. Um

profissional de saúde disse que ela deveria se arrepender pelo pecado e orar¹⁵, o que se soma à fala da crença da mãe católica de que também não aceitaria a decisão do aborto¹⁶. Isso expõe uma postura passiva e de aceitação da mulher aos diversos tipos de agressões sofridas, o que é reforçado pelo relato de que, após o aborto, apesar da crueldade, os profissionais sempre querem o bem do paciente¹⁵.

Classe 4 – O sofrimento da falta de autonomia e da falta de apoio

Esta classe aborda as experiências traumáticas de mulheres que passaram por abortos, incluindo sentimentos de incerteza e riscos à saúde e segurança.

Uma mulher descreve a incerteza e o medo durante um aborto clandestino, em que não tinha certeza se as reações de seu corpo eram normais ou se algo estava dando errado. Ela buscou informações sobre o procedimento para garantir eficácia e segurança, temendo pela própria vida em certo momento²⁰. É evidente que o fato de ser ilegal tornou o processo desesperador, pois não havia outra opção, e o medo de morrer ou ser presa não a impediu de prosseguir com o procedimento²³.

Uma mulher descreve sua experiência de curetagem após o aborto provocado, mencionando que foi realizada sem anestesia, o que causou muito sofrimento¹². Outra mulher relata que, durante o procedimento, o médico realizou um toque vaginal sem explicação prévia, deixando-a desconfortável e sem saber o que esperar. Um segundo médico repetiu o procedimento sem fornecer explicações claras, enquanto ela chorava. A mulher foi culpabilizada pelo aborto e recebeu orientação para se acalmar¹⁵.

Uma mulher recebeu apoio psicológico de amigas que já haviam passado por abortos, mas optou por não contar ao parceiro e guardar o dinheiro para o procedimento¹⁶.

Classe 5 – Contos de terror sobre o aborto

Os relatos dessa classe destacam os locais para realização de aborto inseguros e ilegais. Relata-se que o aborto inseguro é feito na casa da própria adolescente^{12,20}, havendo tensão e medo associado, ao lado do quarto dos pais, pensando que seria encontrada sangrando no dia seguinte, sem saber o que iria acontecer²⁰.

Há relatos das dificuldades para induzir o aborto com medicamentos, sendo necessárias várias doses. Isso culminou em complicações,

sendo as hemorragias as mais recorrentes^{12,23}. Conta-se que a criança não saiu após a primeira dose e que, com cerca de dois a três meses de gestação, ela precisou tomar outra dose para o feto ser expelido, acompanhado por sangramento intenso¹².

Relata-se o desespero após a falha do método e a procura por clínicas ou pessoas que realizassem aborto, mas sem êxito. Após uma semana, o namorado conseguiu mais comprimidos²³. Outro relato expõe que o processo foi marcado por sentimento de culpa devido à sua criação religiosa¹².

Os trechos dos artigos destacam os imaginários associados aos espaços onde ocorrem procedimentos de aborto. Descreve-se um ambiente assustador e insalubre, comparado a um “filme de terror”, com lençóis sujos de sangue e instalações precárias que lembram um local inadequado para descanso, evocando uma atmosfera de medo e desespero¹⁹. A descrição de clínicas ilegais e sujas sugere um ambiente de risco extremo, onde as mulheres se sentem vulneráveis e temem pela própria vida²⁰. A referência a filmes mexicanos intensifica a sensação de suspense e perigo, ilustrando a angústia enfrentada ao buscar um aborto em condições clandestinas²⁰.

Classe 6 – As dores, o medo de morrer e o alívio

Esta classe descreve as experiências traumáticas de aborto. Inicialmente, relatam-se as intensas dores físicas enfrentadas durante o procedimento¹⁴. Vários relatos descrevem intensos temores em relação à própria vida^{12-14,16}. Uma mulher quase morreu devido à perda acentuada de sangue ou outra complicação, sendo levada de ambulância enquanto ainda sangrava^{12,14,22}. Outra sentiu inicialmente um forte mal-estar e arrependimento profundo¹⁴, buscando conforto por meio de orações na igreja¹³. Apesar de tentativas com remédios caseiros, outra pessoa acabou gravemente enferma no hospital¹⁴. Após o procedimento, outras descreveram um estado de mal-estar intenso, sangramento abundante e medo de não sobreviver¹⁵. Houve também relatos de paranoia, com receio de ser descoberta ou presa¹⁶ e de ser mal atendida no hospital²³.

Uma mulher descreveu a experiência com o procedimento de curetagem após complicações iniciais¹². Outra mencionou a necessidade de suportar dor intensa para remover resíduos uterinos, enfrentando dificuldades para obter atendimento médico imediato devido à alta demanda de partos¹⁵. Uma terceira relata ter sido

submetida a um procedimento que “tiraram a ferro”¹². Isso contrasta com a experiência de uma jovem sobre a falta de dinheiro para realizar uma aspiração¹³.

Por fim, após o procedimento de aborto, relata-se tranquilidade e alívio pelo procedimento ter sido bem-sucedido, embora tenha enfrentado uma semana de sangramento intenso que necessitou de cuidados médicos¹². Outra pessoa relatou ter sangrado pouco durante a noite após o procedimento, sentindo-se aliviada ao ver que tudo havia sido removido¹⁶.

Discussão

As interações familiares e sociais desempenham papel importante na decisão das adolescentes de interromper a gravidez. Os estudos focam frequentemente na gravidez precoce e suas repercussões no contexto familiar e social, mas não investigam suficientemente a dinâmica entre mãe e filha no que diz respeito à decisão pelo aborto. É fundamental incluir a família, em especial as mães, nas ações de prevenção da gravidez na adolescência e também nas situações em que a gravidez já ocorreu, ao se cogitar a possibilidade do aborto, com a criação de espaços de diálogo para a tríade profissional de saúde/adolescente/família¹⁴.

Uma revisão da literatura forneceu visão das variáveis demográficas e ideológicas subjacentes às atitudes em relação ao aborto. Variáveis como idade, religiosidade e conservadorismo se correlacionam negativamente com o apoio ao aborto, enquanto a abertura à experiência se correlaciona positivamente. Esses achados revelam que as atitudes em relação ao aborto são substancialmente influenciadas por fatores pessoais e culturais, indicando a necessidade de considerar tais dimensões ao discutir políticas e intervenções relacionadas ao aborto²⁴.

Além disso, a decisão de interromper a gravidez afeta mulheres em condições de vulnerabilidade, como as imigrantes, aquelas com baixo nível socioeconômico ou sem filhos, um problema exacerbado pelas desigualdades econômicas e sociais características da América Latina. Esses fatores podem representar um risco significativo para o desencadeamento de problemas de saúde mental. Todavia, aspectos como a qualidade do ajustamento conjugal e a satisfação com a assistência à saúde revelam-se importantes fatores de proteção²⁵.

A experiência das jovens latino-americanas com seus caminhos para o aborto revela que

esses percursos são moldados por suas raças e classes sociais. Jovens brancas de classes médias geralmente têm itinerários lineares e curtos, apoiadas por redes de suporte. Em contraste, jovens negras de classes populares enfrentam itinerários complexos e prolongados, com redes de apoio frágeis e frequentemente experimentam solidão durante o processo decisório. É importante destacar que essas diferenças evidenciam como raça, classe social e privilégio influenciam profundamente os caminhos individuais das jovens na busca pelo aborto²⁶.

Diante disso, uma combinação de fatores leva as mulheres a recorrerem ao misoprostol informalmente: conhecimento incompleto sobre a lei do aborto, em países cuja prática é descriminalizada, medo das consequências legais onde o aborto é crime, receio do estigma social e o desejo por um processo mais rápido e privado. Medicamentos obtidos informalmente permitem que gestantes façam o aborto em seus próprios espaços, especialmente quando o sistema formal de saúde se mostra indisponível, de difícil acesso ou cercado por riscos sociais e legais²⁷.

A ausência de um acesso legal ao aborto na América Latina fortalece uma dinâmica em que a proibição não impede sua realização, mas resulta na vulnerabilidade e desassistência das mulheres. Mesmo sob um sistema de controle biopolítico rigoroso, surgem formas de resistência por meio de instituições não oficiais que atendem às necessidades de uma população estigmatizada e julgada²⁸.

Nesse ínterim, efetivar políticas que promovam o acesso a conhecimentos de saúde reprodutiva de qualidade e em tempo hábil podem colaborar para que as mulheres em todos os contextos tenham as informações necessárias para tomar decisões nos limites legais, sem comprometer sua saúde. Contudo, enfatiza-se que as intervenções educativas sobre aborto precisam se alinhar não apenas às estipulações legais, mas às realidades vividas pelas mulheres no território²⁹.

A manutenção da criminalização do aborto não se deve apenas à hipocrisia ou “moralismo”, está profundamente enraizada na preservação de uma ordem social que depende do controle da sexualidade e da capacidade reprodutiva das mulheres, especialmente as mais vulneráveis. Desse modo, a defesa do aborto como crime está mais relacionada à manutenção desse controle do que à proteção da vida dos “nascituros”. A retórica da “defesa da vida”, usada por neo-conservadores, mascara a violação dos direitos das mulheres. Portanto, é crucial desmascarar

essa estratégia e promover uma visão de justiça reprodutiva que vincule saúde e direitos reprodutivos à justiça social e aos direitos humanos²⁶.

Neste estudo, a internalização da culpa pela própria mulher e a cultura de culpabilização são evidentes nos cuidados em saúde. Os discursos biopolíticos proferidos pelos profissionais reproduz culpa e sofrimento, dificultando o enfrentamento após o procedimento. Em contraste, o feminismo empodera as mulheres em suas decisões. Isso ocorre porque os discursos que naturalizam e romantizam a maternidade são interiorizados, tratando-a como algo intrínseco às mulheres, necessário para manter o papel de figura maternal e fraterna que historicamente as identificou na sociedade e ainda hoje as subjetivam²⁸.

O sofrimento da falta de autonomia e de apoio no processo de aborto foi evidenciado pelos relatos de abuso físico, psicológico e verbal, resultando em ações que fazem com que a mulher se converta em objeto de intervenção profissional devido à sua posição de inferioridade. Nesse contexto de análise, é preciso investir em iniciativas como a revisão curricular na formação de profissionais de saúde, abrangendo discussões sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, educação contínua para profissionais em serviço, com foco nas políticas de humanização durante o parto, e fiscalização das práticas hospitalares³⁰.

Independentemente de valores morais, deve-se observar a conjuntura jurídica de cada país sobre o tema, pois a falta de conhecimento acerca das leis que regulamentam o aborto representa um sério problema no campo da saúde. Um profissional mal informado pode cometer um crime, praticando um aborto ilegal, ou pode negar à mulher a oferta de um serviço considerado juridicamente legal e acessível em serviços de saúde pública³¹.

É importante mencionar que estar acompanhada do parceiro revelou-se um fator de proteção contra constrangimento e vergonha. Mulheres negras e latinas descreveram experimentar ou temer o julgamento com base em estereótipos historicamente enraizados em suas comunidades, relacionados à sexualidade e à maternidade. Esses estereótipos perpetuam a ideia de hipersexualização e irresponsabilidade materna, o que pode potencializar sentimentos de culpa e ansiedade. A pressão social e cultural para satisfazer as expectativas irreais colaboram para o isolamento e a estigmatização, complicando o acesso a cuidados de saúde mental e apoio emocional adequados³².

Diante dos achados, enfatiza-se que gênero, raça/cor e classe social se cruzam para impactar de forma desigual a saúde das pessoas com útero³³, incluindo adolescentes, que enfrentam vulnerabilidades específicas. Destaca-se que intervenções sociais podem tanto reproduzir desigualdades quanto promover a autonomia e o direito à decisão sobre a reprodução³³. Assim, deve-se identificar e enfrentar opressões, contribuindo para políticas mais justas e inclusivas, alinhadas com os direitos humanos e a justiça social.

Uma limitação do estudo é a restrição ao foco exclusivo nas experiências de aborto entre adolescentes e jovens na América Latina. Essa escolha pode restringir a aplicabilidade dos resultados a outros grupos demográficos ou contextos geográficos fora do escopo especificado, o que deve ser considerado ao interpretar e aplicar os achados do estudo. Além disso, as pesquisas tratam do tema do aborto para a população menor de 18 anos, tendo por conseguinte um limite no entendimento do processo do aborto clandestino apenas para esse grupo etário. Outras limitações incluem a falta de representatividade temporal em estudos mais antigos e mais recentes em contextos culturais variados na América Latina, onde políticas e atitudes em relação ao aborto podem diferir significativamente entre países, pois alguns legalizaram o aborto enquanto outros não.

Considerações finais

Ao explorar os estudos sobre o aborto em adolescentes e jovens da América Latina, evidenciou-se uma complexa dinâmica de interações familiares e sociais ao decidir interromper uma gravidez. As experiências abordaram os meios de acesso e os medos do aborto clandestino, bem como as repercussões legais. Também são discutidos os estigmas nos cuidados de saúde antes e depois do aborto, destacando a falta de apoio adequado e a culpabilização por parte dos profissionais, revelando as experiências traumáticas de mulheres com relação a cuidados de saúde seguros e apoio emocional. Relatam-se condições inseguras e ilegais em que alguns procedimentos são realizados e experiências dolorosas, medo de morrer durante o procedimento e alívio após um aborto bem-sucedido.

É fundamental considerar os avanços legais em países latino-americanos como Uruguai, Argentina, Colômbia e México, que legalizaram o aborto em diversas circunstâncias como medida de saúde pública e direitos humanos. Tais conquistas foram impulsionadas por movimentos feministas que defendem a justiça social, a equidade de gênero e a proteção da infância. Assim, ilustra-se a urgência de discutir cuidados de saúde e políticas mais inclusivas para todas as jovens e adolescentes diante da questão do aborto.

Colaboradores

NS Maciel, AS Rocha, JM Graça, LKT Brito, KA Silva, AFL Chaves, TS Coelho e CC Costa contribuíram com a concepção e delineamento ou análise e interpretação dos dados, redação do artigo ou revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Declaração de disponibilidade de dados

As fontes de dados utilizados na pesquisa estão indicadas no corpo do artigo.

Referências

1. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, Kwok L, Mothe A, Alkema L. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Glob Health* 2020; 8(9):e1152-e1161.
2. World Health Organization (WHO). Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo [Internet]. 2022 [acessado 2025 out 19]. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789240045163>
3. Bonan C, Reis APD, Rodrigues AP, Menezes GMS, McCallum CA, Duarte NIG, Macedo U, Santana MDS, Oliveira DCC, Domingues RMSM, Leal MC. Health care itineraries for women in situations of abortion: methodological aspects of a qualitative study for Birth in Brazil II survey. *Cad Saude Publica* 2024; 40(4):e00006223.

4. Galli B. Challenges and opportunities for access to legal and safe abortion in Latin America based on the scenarios in Brazil, Argentina, and Uruguay. *Cad Saude Publica* 2020; 36(Supl. 1):e00168419.
5. Chandra-Mouli V, Akwara E, Engel D, Plessens M, Asnake M, Mehra S, Lemeris J, Lane C. Progress in adolescent sexual and reproductive health and rights globally between 1990 and 2016: what progress has been made, what contributed to this, and what are the implications for the future? *Sex Reprod Health Matters*. 2020; 28(1):1741495.
6. Assis TSC, Martinelli KG, Gama SGN, Santos Neto ET. Pregnancy in adolescence in Brazil: associated factors with maternal age. *Rev Bras Saude Materno Infant* 2022; 21(4):1055-1064.
7. Nunes MDS, Madeiro A, Diniz D. Maternal deaths due to abortion among adolescents in Piauí, Brazil. *Saude Debate* 2020; 43(123):1132-1144.
8. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. The integrative review method in organizational studies. *Gest Soc* 2011; 5(11):121-136.
9. Organização Mundial da Saúde (OMS). CID-11 para Estatísticas de Mortalidade e de Morbidade [Internet]. [acessado 2024 jun 24]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/pt>
10. McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C. PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *J Clin Epidemiol* 2016; 75:40-46.
11. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: a free software for analysis of textual data. *Temas Psicol* 2013; 21(2):513-518.
12. Carvalho SM, Paes GO. Young women's experiences in clandestine abortion – a sociological approach. *Saude Soc* 2014; 23(2):548-557.
13. Lafaurie MM, Grossman D, Troncoso E, Billings DL, Chávez S. Women's perspectives on medical abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: a qualitative study. *Reprod Health Matters* 2005; 13(26):75-83.
14. Domingos SRF, Merighi MAB, Jesus MCP, Oliveira DM. The experience of women with abortion during adolescence as demanded by their mothers. *Rev Lat Am Enferm* 2013; 21(4):899-905.
15. Madeiro AP, Rufino AC. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. *Cien Saude Colet* 2017; 22(8):2771-2780.
16. Ferrari W, Peres S. Itineraries of solitude: clandestine abortion among adolescents in a favela in Rio de Janeiro's South Zone, Brazil. *Cad Saude Publica* 2020; 36(Supl. 1):e00198318.
17. Rangel-Flores Y, Jimenez-Arroyo V. Imaginary about abortion in a group of marginalized pregnant adolescents in Mexico. *Saude Soc* 2021; 30(3):e200175.
18. Nunes MD, Madeiro A, Diniz D. Histories of induced abortion among adolescents from Teresina in the State of Piauí, Brazil. *Cien Saude Colet* 2013; 18(8):2311-2318.
19. Ferrari W, Peres S, Nascimento M. Experiment and learning in the affective and sexual life of young women from a favela in Rio de Janeiro, Brazil, with experience of clandestine abortion. *Cien Saude Colet* 2018; 23(10):2937-2950.
20. Manríquez IP, Standen CM, Carimoney AÁ, Richards A. Experience of clandestine use of medical abortion among university students in Chile: a qualitative study. *Contraception* 2018; 97(2):100-107.
21. Ituarte ML, López-Gómez A. Adolescents faced with the decision to terminate a pregnancy in a context of legal abortion. *Cad Saude Publica* 2021; 37(2):e00235219.
22. Heilborn ML, Cabral CS, Brandão ER, Faro L, Cordeiro F, Azize RL. Abortion itineraries in a clandestine context in the city of Rio de Janeiro – Brazil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1699-1708.
23. Duarte NIG, Moraes LL, Andrade CB. Abortion experience in the media: analysis of abortive paths shared in an online community. *Cien Saude Colet* 2018; 23(11):3337-3346.
24. Osborne D, Huang Y, Overall NC, Sutton RM, Petersen A, Douglas KM, Sibley CG. Abortion attitudes: an overview of demographic and ideological differences. *Polit Psychol* 2022; 43(S1):29-76.
25. deMontigny F, Verdon C, Meunier S, Gervais C, Côté I. Protective and risk factors for women's mental health after a spontaneous abortion. *Rev Lat Am Enferm* 2020; 28:e3350.
26. Lima NDF, Cordeiro RLM. "My life can not stop": abortive itineraries for young women. *Rev Estud Fem* 2020; 28:e58290.
27. Ortiz J, Blades N, Prada E. Motivations for using misoprostol for abortion outside the formal healthcare system in Colombia: a qualitative study of women seeking postabortion care in Bogotá and the Coffee Axis. *Reprod Health* 2024; 21(1):76.
28. Velleda KL, Oliveira SG, Casarin ST. Induced abortion and its stigmas: a Foucauldian problematization in nursing. *Cad Pagu* 2022; 60:e226418.
29. Hinson L, Bhatti AM, Sebany M, Bell SO, Steinhaus M, Twose C, Wilkins K, Ouedraogo L, Ouedraogo R, Ouedraogo M. How, when and where? A systematic review on abortion decision making in legally restricted settings in sub-Saharan Africa, Latin America, and the Caribbean. *BMC Womens Health* 2022; 22(1):415.
30. Trajano AR, Barreto EA. Obstetric violence from the perspective of health professionals: gender as a defining factor in childbirth care. *Interface (Botucatu)* 2021; 25:e200689.
31. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, Rossier C, Gerdtts C, Tunçalp Ö, Johnson BR, Johnston HB, Alkema L. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet* 2016; 388(10041):258-267.
32. Altshuler AL, Ojanen-Goldsmith A, Blumenthal PD, Freedman LR. "Going through it together": being accompanied by loved ones during birth and abortion. *Soc Sci Med* 2021; 284:114234.
33. Bourguignon AM. Interseccionalidade, direitos humanos e justiça reprodutiva: avaliação crítica em saúde sexual e reprodutiva. *Saude Debate* 2024;48(142):e9113.

Artigo apresentado em 30/07/2024

Aprovado em 26/06/2025

Versão final apresentada em 28/06/2025

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Matos Fonseca

