

Itinerários de solidão: aborto clandestino de adolescentes de uma favela da Zona Sul do Rio de Janeiro, Brasil

Itineraries of solitude: clandestine abortion among adolescents in a *favela* in Rio de Janeiro's South Zone, Brazil

Itinerarios de la soledad: aborto clandestino de adolescentes en una favela de la zona sur de Río de Janeiro, Brasil

Wendell Ferrari ¹
Simone Peres ¹

doi: 10.1590/0102-311X00198318

Resumo

O artigo apresenta os resultados da pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevistas semiestruturadas em profundidade com dez adolescentes moradoras de uma favela da Zona Sul do Rio de Janeiro, Brasil, com idades entre 15 e 17 anos, e com experiência de aborto ilegal praticado entre 12 e 17 anos. Buscou-se examinar de modo mais efetivo a questão do aborto ocorrido na adolescência e as estratégias usadas pelas adolescentes para concretizá-lo em contexto ilegal. Foram evidenciados os métodos utilizados, os locais de realização e a maneira pela qual aconteceu o processo de realização do aborto. Os abortos foram realizados em clínicas clandestinas; no apartamento do amigo de um dos parceiros; e por meio do uso do remédio Cytotec (misoprostol). Os valores pagos variaram entre R\$ 500,00 e R\$ 2.500,00, e todos foram realizados sem o conhecimento ou participação dos responsáveis pelas adolescentes. Uma adolescente teve de recorrer a um serviço de saúde por conta de complicações resultantes do aborto. As entrevistadas contaram com amigas e/ou parceiros, e quase todas se encaminharam sozinhas para realizar o aborto, o que deve motivar uma reflexão sobre os riscos corridos e a solidão dessas adolescentes para a realização de um ato inseguro e ilegal. Conclui-se que o estudo sobre o aborto nesse momento da vida representa contribuições importantes para a compreensão da sexualidade e reprodução na adolescência.

Aborto; Adolescente; Gravidez na Adolescência; Sexualidade; Direitos Sexuais e Reprodutivos

Correspondência

W. Ferrari
Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Av. Pasteur 250, Rio de Janeiro, RJ 22290-250, Brasil.
wendellferrari@psi@gmail.com

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.



Introdução

No Brasil, o ponto nevrálgico dos estudos sobre aborto permanece sendo a ilegalidade. Pesquisas ainda são escassas e normalmente se referem à internação de mulheres na rede pública de saúde, com base em dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), e à mortalidade materna, por meio de dados provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), fato que dificulta o dimensionamento do problema em âmbito nacional ^{1,2}.

Portanto, os estudos são restritos a universos empíricos particulares, em razão dos obstáculos impostos pela ilegalidade. Dessa forma, pensar no aborto e em suas intersecções com temas como sexualidade e contracepção ou nas questões multidimensionais vinculadas ao assunto no Brasil exige reconhecer que a maioria dos trabalhos tem visões parciais do problema diante das limitações impostas pela ilegalidade ^{1,3,4}.

Quanto às particularidades de mulheres adolescentes, os dados são ainda mais escassos ^{5,6}. A exigência de autorização dos responsáveis por meio de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) amplifica as dificuldades de realizar estudos sobre aborto induzido nesse período do ciclo da vida ^{1,7}.

Segundo estudos mais abrangentes ^{1,2}, observa-se concentração (entre 72% e 78%) da experiência do aborto induzido entre adolescentes mais velhas, de 17 a 19 anos, dados estes que se referem à idade na realização do último aborto. Entretanto, esses trabalhos evidenciam a necessidade de ampliar o recorte etário das pesquisas tradicionais, incluindo meninas de 10 a 14 anos, possivelmente pela constatação do começo da vida sexual, destacando que 17% dos abortos realizados no Brasil foram feitos por adolescentes de 12 a 18 anos, sendo 26% entre 12 e 15 anos, e 74% entre 16 e 17 anos ².

Quando tais estudos se voltam para a adolescência, seguem tendências sociais de gravidez, mostrando adolescentes fora da escola e do mundo laboral, em situação de dependência econômica de familiares e/ou do companheiro ^{1,2}. Portanto, existem indicadores importantes no Brasil que reforçam a preocupação com a prática do aborto clandestino e inseguro entre adolescentes, apesar dos diversos obstáculos, destacando-se, por exemplo, que garotas de até 15 anos possuem maior peso na mortalidade por aborto do que por outras causas ¹.

Tendo como pano de fundo esses dados, os trabalhos recentes reforçam a lacuna de estudos sobre o tema ^{1,2,4,5,6,7,8}. Assim, evidencia-se a falta de conhecimento sobre como as adolescentes decidem pelo aborto, como têm acesso a instrumentos abortivos e como compram e recebem remédios para abortar ⁹. Também não se sabe muito a respeito dos indicadores de desigualdade social ligados à prática, como classe, geração e raça ¹⁰. Mais, ainda é escasso o conhecimento sobre itinerários de abortos realizados por adolescentes, sobre o universo simbólico e o impacto moral, físico, psicológico e reprodutivo dessa prática em suas trajetórias biográficas ^{7,11}.

Portanto, este trabalho compartilha com outros autores ^{12,13} a crítica à invisibilidade do aborto ilegal entre adolescentes, objetivando discutir as especificidades da prática nessa etapa do ciclo da vida. Visando a suprir a escassez de dados sobre itinerários e processos decisórios de aborto ilegal envolvendo adolescentes, este estudo focaliza a realidade empírica de dez adolescentes de 15 a 17 anos que realizaram aborto ilegal entre 12 e 17 anos de idade.

Metodologia

Trata-se de estudo qualitativo pautado nos fundamentos da pesquisa social em saúde. Por ser um tema sensível numa realidade social complexa, elegeram-se entrevistas individuais em profundidade com adolescentes, a fim de descrever e compreender detalhadamente os sentidos que elas possuem sobre o processo decisório e os itinerários de aborto.

A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEP-CFCH-UFRJ), sob o parecer nº 1.359.048 (CAAE: 51609315.1.0000.5582). Cumpriram-se todas as exigências para garantir confidencialidade, ética e a segurança dos sujeitos. As entrevistas seguiram roteiro semiestruturado, tendo a pesquisa GRAVAD ¹² como referência. O roteiro de entrevista incluiu temas como iniciação

amorosa e sexual, contracepção, gravidez e itinerário do aborto, processo decisório, eleição do método, participação ou não do parceiro, recursos financeiros e redes de apoio.

Para selecionar as participantes adotou-se o método “bola de neve”¹⁴, no qual uma participante indica outras da mesma rede de sociabilidade, e assim por diante. Elas eram contactadas por uma adolescente da mesma rede, sendo informadas da necessidade prévia de autorização dos pais para a inserção na pesquisa. O critério de seleção foi ter idade entre 12 e 18 anos incompletos, recorte de acordo com o *Estatuto da Criança e do Adolescente*¹⁵ e com a *Resolução nº 466/2012* do Conselho Nacional de Saúde¹⁶.

As entrevistas só foram realizadas após leitura e assinatura do TCLE pelos responsáveis e pelas adolescentes, no qual foram incluídos todos os temas que seriam tratados nas entrevistas, com destaque à investigação sobre o significado que jovens entre 12 e 18 anos dão à iniciação amorosa e/ou sexual, à sexualidade, à gravidez, ao aborto e à contracepção.

Foi informado aos pais sobre a necessidade de assinatura do termo de assentimento pelas adolescentes após a assinatura do TCLE por eles. Adicionalmente, foram dadas informações por telefone aos responsáveis sobre esclarecimentos da pesquisa. Das 10 assinaturas necessárias, nove foram dadas por mães e uma pela avó. Só se estabeleceu contato com a entrevistada após a informante-chave ter obtido sua autorização. Assim se evitou qualquer tipo de constrangimento ou quebra de sigilo¹⁷, garantindo às adolescentes liberdade para aceitar ou recusar participar da pesquisa, que lhe exigiria tratar de sexualidade e de seus “segredos” com o pesquisador.

O primeiro contato com potenciais entrevistadas foi intermediado por uma adolescente de 15 anos, frequentadora da organização não governamental onde o primeiro autor trabalhava como psicólogo. A adolescente indicou conhecidas/amigas de seu círculo social, as quais indicaram ao menos uma jovem da mesma rede. Não houve recusa ou falta à entrevista agendada.

As entrevistas duravam em média uma hora e aconteceram em locais escolhidos pelas adolescentes, sendo oito na organização não governamental (ONG), uma numa lanchonete “do asfalto” e outra num espaço público da favela, em horário de pouca circulação de pessoas. Nesses dois últimos casos, as adolescentes comentaram que “não queriam ser vistas” por profissionais da ONG ou por moradores ao adentrarem na instituição, com o intuito de preservar seu “segredo”. Os dados da pesquisa foram arquivados sem identificação, com senha, em equipamento protegido na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e todos os nomes utilizados neste artigo são fictícios. As respostas foram observadas com base na análise de conteúdo temática e categórica¹⁸.

Resultados e discussão

Perfil das participantes, de suas famílias e parceiros

Conforme o Quadro 1, as adolescentes tinham de 15 a 17 anos no momento da entrevista e realizaram aborto entre 12 e 17 anos. No tocante a religião, metade delas declarou-se “sem religião”. Quanto à cor/raça autodeclarada, nove adolescentes se declararam como “negra” ou “parda” e apenas uma se autodeclarou como “branca”. Esse dado está de acordo com a literatura^{1,2} sobre aborto ilegal no Brasil, que evidencia maior frequência do ato entre mulheres de menor escolaridade, pretas e pardas e mostra que mulheres jovens e negras recorrem com maior frequência ao aborto inseguro devido às suas condições financeiras.

Todas as adolescentes moravam com a mãe; estas engravidaram na adolescência ou juventude, entre 15 e 24 anos. Três adolescentes (1, 2, 3) não moravam com o pai e quatro delas (1, 2, 3 e 6) moravam também com a avó. Sete adolescentes (1, 2, 3, 4, 5, 7 e 10) narraram que suas mães eram “mega católicas” e três (6, 8 e 9) disseram que suas mães eram “mega evangélicas”. Todos os responsáveis tinham inserção profissional/ocupação que exigem baixa qualificação e pouca escolaridade, como diarista, cabeleireira, motorista de ônibus e porteiro. Nove adolescentes estudavam no momento da ocorrência do aborto, entre o sétimo ano do Ensino Fundamental e o segundo do Ensino Médio, séries compatíveis com suas idades. Apenas uma adolescente (10) não estudava, tendo começado a trabalhar como comerciante após sua primeira gravidez, aos 15 anos, levada a termo.

Quadro 1

Caracterização sociodemográfica das entrevistadas e contexto da gravidez.

Caracterização das adolescentes						Contexto da gravidez	
	Nome	Idade	Raça *	Escolaridade	Aborto aos	Idade do parceiro	Status do parceiro
(1)	Bianca	15	Branca	1ª ano do Ensino Médio	14	23	"Namorado"
(2)	Deise	16	Negra	7ª ano do Ensino Fundamental	12	42	"Namorado" **
(3)	Joice	16	Parda	1ª ano do Ensino Médio	14	20	"Namorado"
(4)	Flávia	16	Parda	1ª ano do Ensino Médio	15	17	"Ficante"
(5)	Larissa	16	Parda	2ª ano do Ensino Médio	14	38	"Namorado" **
(6)	Ana	16	Negra	1ª ano do Ensino Médio	15	19	"Ficante"
(7)	Evelin	17	Negra	2ª ano do Ensino Médio	15	20	Episódica ***
(8)	Kelly	17	Negra	1ª ano do Ensino Médio	16	25	"Namorado"
(9)	Renata	17	Parda	3ª ano do Ensino Médio	16	28	"Ficante"
(10)	Mara	17	Negra	Ensino Fundamental completo	17	23	Episódica ***

N: 10 adolescentes participantes da pesquisa por idade, no momento da entrevista, em ordem crescente.

* Raça autodeclarada pelas adolescentes entrevistadas;

** Apesar das adolescentes (2,5) narrarem que seus parceiros eram seus "namorados", ambos eram casados;

*** "Episódica" não é uma categoria nativa. As entrevistadas narraram que a gravidez foi fruto de "sexo com qualquer um".

Quanto ao *status* do relacionamento mantido na ocasião do primeiro aborto, metade mencionou o parceiro como "namorado". A diferença de idade entre os parceiros na gravidez resultante em aborto foi muito grande em alguns casos (2, 3, 5, 8 e 9). Essa diferença é considerada mais representativa quando superior a cinco anos ¹².

Com efeito, diferenças de idade muito grandes podem estar associadas a fatores de risco em adolescentes: diversas formas de violência, desigualdade e discriminação de gênero, exposição a doenças/drogas, atitudes relacionadas ao uso de preservativos e contraceptivos, assim como à ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez e abortos inseguros, além de conflitos com a lei e violências ¹⁹.

Nesses casos, quando a diferença de idade é muito desigual, muitas vezes a dominação masculina está internalizada como natural, que as meninas não se questionam, nem suas mães, sobre a legitimidade ou a ilegalidade das relações estabelecidas com homens muito mais velhos e experientes, nem sobre qual seria a razão das escolhas feitas pelas adolescentes por homens com quem estabelecem e mantêm relações veladas marcadas por violências e abusos ²⁰.

Processo decisório

- **Compartilhamento da notícia da gravidez e decisão pelo aborto**

Compreende-se itinerário como o conjunto de ações até a realização do aborto ^{21,22}, que envolve o processo decisório pelo ato (rede de interlocutores e de apoios materiais, informações para viabilizar o aborto, justificativas acionadas), métodos acionados, procedimentos usados e desdobramentos da prática do aborto ^{2,21,22}.

- **Mães fora do processo decisório**

Após a confirmação da gravidez, as adolescentes compartilharam a notícia com as amigas também adolescentes, e algumas (2, 3, 4, 5, 8 e 9) incluíram conversas com os parceiros. Nenhuma delas compartilhou a notícia com a mãe. O argumento mais citado pelas participantes para não contar às mães

sobre a gravidez foi ligado à religião, devido a uma provável moralidade religiosa da mãe frente ao aborto, visto como “pecado”.

Com medo de envolver as mães no processo decisório pelo aborto, as adolescentes usaram estratégias que contaram com amigas, alguns parceiros ou com rapazes do tráfico. A estratégia bastante “incomum” usada pelas adolescentes, de não contar à família, contraria algumas pesquisas sobre gravidez e aborto na adolescência^{7,12,21}, pois na maioria dos trabalhos a mãe ou a família do rapaz é frequentemente acionada frente à limitação das adolescentes para responsabilizar-se e executar uma decisão que depende de autonomia financeira.

“Não acho que minha mãe ia deixar eu tirar. Ela é mega católica. Ela diz que é errado adolescente transar, imagina engravidar e tirar, ela acha que é pecado. Eu acho que eu ia acabar tendo o bebê se falasse pra ela” (Flávia, 16 anos, aborto aos 15, parceiro de 17 anos, “ficante”).

De fato, o temor expresso na fala anterior corrobora a manutenção da cultura do silêncio sobre a prática do aborto²³, como também o reconhecimento de que as adolescentes aprendem desde cedo a importância de manter sigilo quando se encontram diante da decisão de abortar, como forma de não sucumbir a adversidades, oposições, conflitos e hostilidades provenientes do contexto familiar. Isso implica para as adolescentes distanciamento e a tendência de se manterem resguardadas em silêncio, pois, em geral, identifica o medo de não serem compreendidas em suas realidades, situação que pode exigir um difícil e fracassado processo de negociação, obrigando-as a ter um filho²⁴.

- **Amigas: fonte de “proteção” e solidariedade**

Se as mães e os pais foram excluídos do processo decisório e do itinerário de aborto, as entrevistadas foram incisivas sobre a participação das amigas, também adolescentes, que emergem como grandes confidentes e companheiras no itinerário do aborto das jovens (1, 2 e 3). Sempre presentes, elas ajudaram financeiramente, deram dicas de sites e lugares para realizar o aborto, além de conselhos e palavras de apoio e acolhimento no momento pós-aborto. As amigas são citadas como “anjos”, “médicas” e “psicólogas”. No tocante às necessidades centrais de uma adolescente, tais pares constituem nesse momento os elos mais importantes²¹. Além disso, as palavras e gestos dirigidos às amigas, indicadores de intimidade e de reconhecimento mútuo, são essenciais ao convívio nesse momento de muitos desafios²⁵ e de aumento da vulnerabilidade em função da pouca idade e pouca experiência para identificar alguns dos riscos²⁴.

“A conversa com elas foi ótima. Elas me deram altas dicas de como fazer, me passaram alguns sites na internet e disseram que iam me ajudar em tudo! Me deram dicas pra não ir pra praia e pra não transar logo rápido. Muitas delas já tinham feito e disseram que era de boa, pra eu não ficar com medo! Elas foram minhas psicólogas!” (Ana, 16 anos, aborto aos 15, parceiro de 19 anos, “ficante”).

O que as distingue é o quanto cada uma delas se converte em importante fonte de “autoexperiência”²⁵. Ressaltam-se a pouca idade das amigas das entrevistadas (entre 14 e 23 anos) e o fato de muitas delas já terem passado pela experiência de aborto, além de todas conhecerem pelo menos uma outra adolescente que já havia feito aborto ilegal. Em várias entrevistas observou-se que elas conheciam alguma adolescente que tinha passado pela mesma experiência que a delas: *“Conheço várias amigas pra indicar! Aborto na favela é muito comum!”*. Assim, para essas jovens, os laços com as amigas é uma estratégia de apoio afetivo e financeiro, de suporte, fonte de dicas e orientações.

- **Status dos relacionamentos e a pressão dos parceiros**

Uma questão foi relevante como fator determinante para a decisão sobre o desfecho de uma gravidez inesperada na adolescência: o status da relação e a pressão dos parceiros para a realização do aborto^{7,11}.

Poucas meninas falam sobre a não aceitação da gravidez sem recorrer ao argumento do parceiro, o que denota a dificuldade e os limites sociais e morais impostos ao aborto. As decisões sobre compartilhar ou não a gravidez com os parceiros, bem como a diferença de idade entre eles, são fatores importantes para compreender os itinerários, o método e o local de realização do aborto clandestino. Os dez casos são emblemáticos da subordinação do projeto reprodutivo ao tipo de envolvimento com rapazes, e revelam mais uma vez que a decisão pelo aborto é sempre condicionada pela dinâmica dos relacionamentos afetivos. Assim, a interrupção de uma gravidez não está necessariamente vinculada ao

não desejo de maternidade, mas ao contexto afetivo-sexual²⁶. A descrição das quatro (1, 6, 7 e 10) adolescentes que não compartilharam a notícia da gravidez com o parceiro mostra como isso aconteceu:

“Ah, contei não. Preferi pegar meu dinheiro e não contar pra ele. Não precisei dele nem pra isso, aí achei melhor nem contar mesmo! Não sei se ele ia querer ter esse filho! Homem só atrapalha!” (Mara, 17 anos, aborto aos 17, parceiro de 23 anos, gravidez de uma relação sexual episódica).

A importância do tipo de relação amorosa e/ou sexual é destacada em estudos com diferentes camadas sociais^{5,9,27}, denotando o quanto não se sentir em um relacionamento estabelecido é determinante para fazer um aborto. No caso das entrevistadas, supõe-se que a decisão pelo aborto sem a participação do parceiro decorreu do fato de a gravidez ter sido de uma relação “eventual”, do tipo “ficante”.

Outras seis (2, 3, 4, 5, 8 e 9) entrevistadas noticiaram a gravidez ao parceiro. Destaca-se novamente que as adolescentes que engravidaram de homens muito mais velhos retrataram um tipo de arranjo com situações assimétricas de poder de gênero, que devem ser levadas em consideração:

“Falei com ele desesperada. Esperava que ele fosse me apoiar. Ele já tinha duas filhas e disse que eu estragaria a vida de dele. Ele me chamou de burra e que eu não tomei o anticoncepcional direito. Ele colocou pressão dizendo que seria melhor pra mim, tirar. Como eu confiava nele, estava muito assustada, aceitei” (Deise, 16 anos, aborto aos 12, parceiro de 42 anos, “namorado”).

Há tendência de a adolescente compartilhar a notícia da gravidez em um relacionamento com um parceiro declarado como “namorado”, e a reação deste frente à gravidez é determinante para o desfecho pelo aborto, evidenciando que a reprovação masculina é crucial para a adolescente abortar. O homem, nesse caso, arca com os custos financeiros e não apoia a adolescente de forma presencial e emocional, como apontado em outras pesquisas que analisam a participação masculina no processo decisório de interrupção da gravidez^{28,29}. Os trabalhos também evidenciam que ainda predomina uma visão corrente da responsabilidade feminina no tocante à reprodução, deixando à sombra discussões mais aprofundadas sobre as assimetrias de gênero nas investigações sobre reprodução, gravidez e aborto nessa etapa da vida.

A experiência masculina no processo é permeada por estereótipos que devem ser compreendidos com base na ótica relacional de gênero e dos padrões culturais experienciados pelos dois, pois são fatores determinantes para o envolvimento dos homens na reprodução²⁸.

Itinerários

Os Itinerários foram divididos em três subitens, conforme o local ou o método dos abortos: Itinerário 1 – abortos realizados na “clínica da favela”; Itinerário 2 – abortos realizados em “clínicas fora da favela”; Itinerário 3 – abortos com o uso do misoprostol (remédio conhecido popularmente como Cytotec). Relacionamos os Itinerários com as seguintes variáveis: idade das entrevistadas, idade dos parceiros, compartilhamento da gravidez (com família, parceiros ou amigas), tipo de relacionamento (“namorado”, “ficante” ou “relação sexual episódica”) e meio de aquisição do dinheiro necessário (amigas, parceiros, traficantes ou familiares).

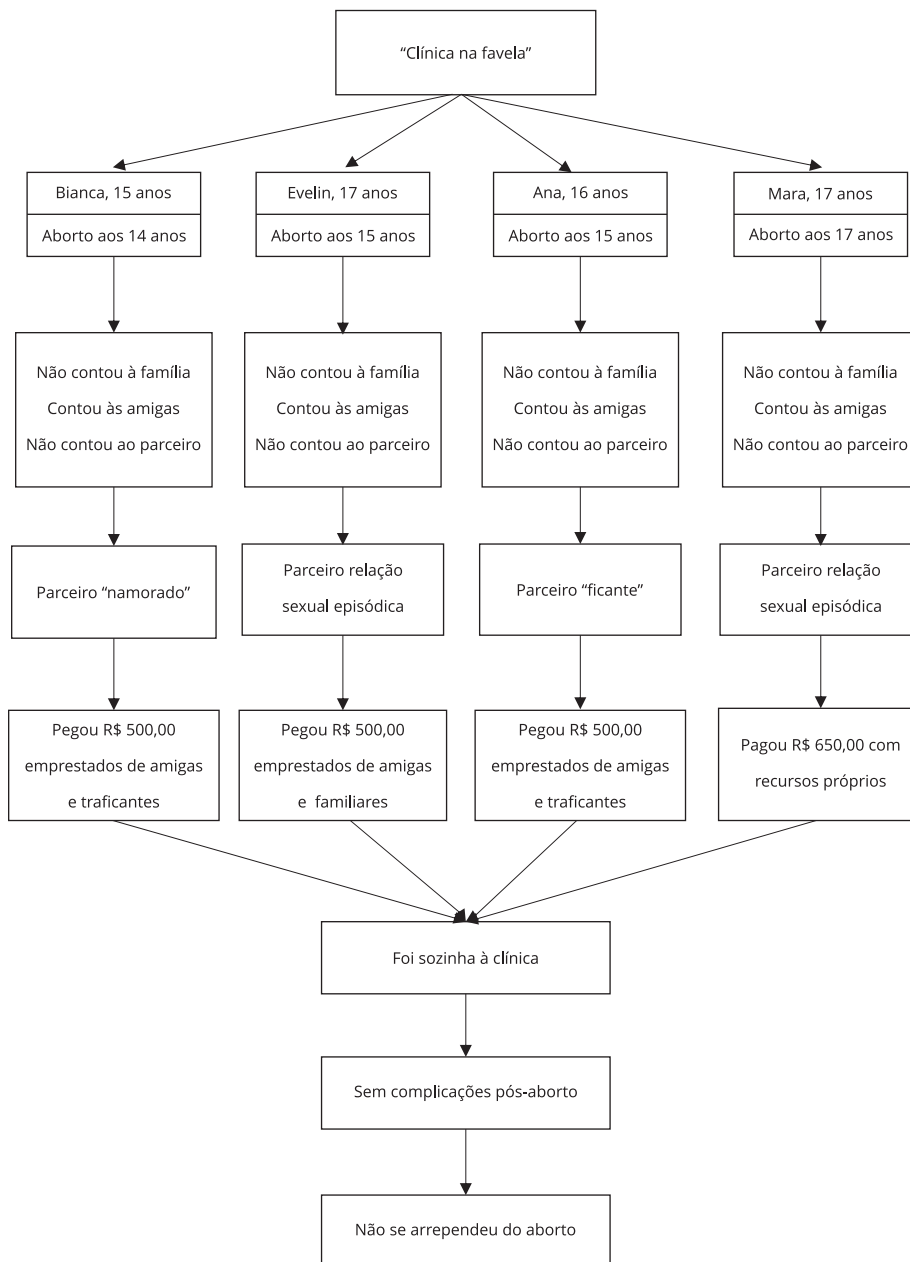
Na análise do Itinerário, o estudo mostrou que, na maioria das vezes, a diferença de idade entre os parceiros apresentou relação com o método/local escolhido para a realização do aborto, já que isto tinha relação com a disponibilidade dos recursos financeiros exigidos.

No Itinerário 1 (Figura 1), localizam-se as adolescentes 1, 6, 7 e 10, que realizaram o aborto na “clínica da favela” onde moram. Elas não compartilharam o aborto com a família nem com os parceiros, somente com as amigas. Foram sós à clínica apelidada da “casa da bruxa”, e não tiveram nenhuma complicação. O valor pago variou entre R\$ 500,00 e R\$ 650,00, sempre em dinheiro e à vista:

“A clínica é bem pequena, imunda! Parece um lugar pra cachorro dormir, é horrível! Tinha sangue no lençol também, tudo muito escuro, parecia filme de terror. Eu tomei uma anestesia e ‘apaguei’ na hora. Aí ela tinha um machadão, tipo foice, aí eu fechei os olhos, e não senti mais nada. Eu dormi na casa de uma amiga nesse dia, não sabia como ia ser. Eu sangrei bem pouquinho durante a noite, mas não tinha mais nada lá dentro, ela tirou tudo! Eu dormi bastante e depois voltei pra casa, depois fui pra escola normal” (Evelin, 17 anos, aborto aos 15, parceiro de 20 anos, gravidez de uma relação sexual episódica).

Figura 1

Itinerário 1: abortos clandestinos inseguros realizados na “clínica da favela”.



A adolescente Evelin ilustra como conseguiu o total do dinheiro:

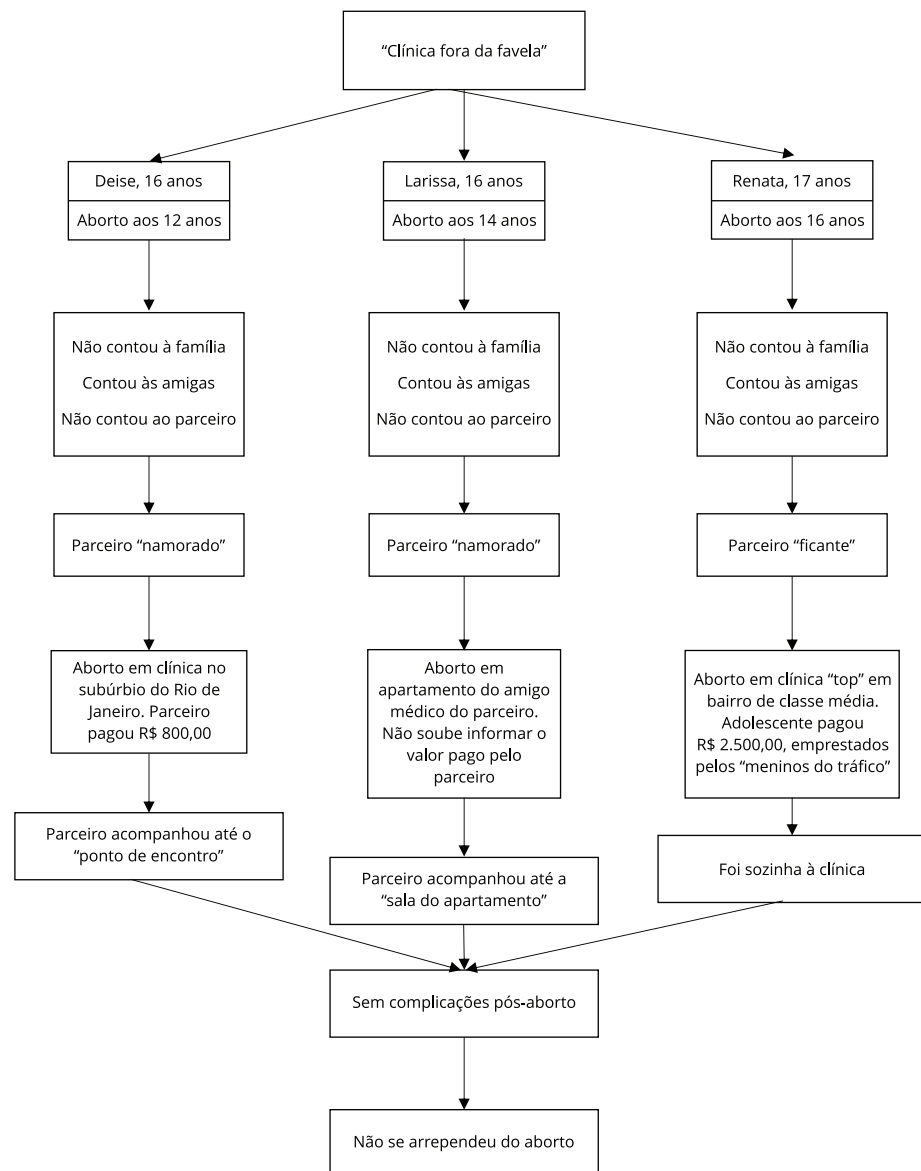
“Minhas amigas me emprestaram uma parte. Lembro também que pedi 200 reais pro meu pai, falei que queria de aniversário, mas era mentira, né, meu aniversário faltava um mês ainda. Falei que ia fazer uma tatuagem bem grande! Aí ele me deu, já é quase todo o dinheiro, né? Aí pedi 50 reais pro meu irmão porque queria ir numa festa, aí ele me deu! Na época eu já tinha uns 50 reais guardados. Aí umas amigas me emprestaram o resto e eu consegui juntar tudo. Depois meu pai me perguntou da tatuagem, menti que tinha sido assaltada, não podia falar a verdade pra ele!” (Evelin, 17 anos, aborto aos 15, parceiro de 20 anos, gravidez de uma relação sexual episódica).

Destaca-se que as adolescentes emprestaram dinheiro de amigas e de traficantes da favela, que cobravam juros semanais. Para pagar os traficantes, as adolescentes “faziam bicos de trabalho” nas praias, emprestavam mais dinheiro de amigas, e algumas mentiam para os pais para conseguir o dinheiro total. Entre ameaças e riscos, as narrativas demonstram a necessidade de maior reflexão quanto à vulnerabilidade da aproximação das adolescentes com o tráfico e quanto a sua submissão/sujeição aos parceiros, que em sua maioria eram mais velhos ou de outra posição social.

No Itinerário 2 (Figura 2) estão as três adolescentes que realizaram aborto em “clínicas fora da favela”: a primeira numa “clínica da Zona Oeste” da cidade (2), a segunda no “apartamento de um amigo médico” (5), e a terceira em uma “clínica top” localizada em bairro de classe média da cidade (9). Nenhuma jovem deste grupo compartilhou o aborto com a família, mas todas contaram para os parceiros e amigas. O ponto importante é que os recursos financeiros foram obtidos com parceiros (2 e 5) ou com amigas e com o tráfico na própria favela (9). A narrativa de Renata (9) ilustra esse exemplo:

Figura 2

Itinerário 2: abortos clandestinos inseguros realizados em “clínicas fora da favela”.



“A clínica era ‘top’, não era qualquer uma não! Fui super bem atendida. Conversei com o médico antes, com a enfermeira. Ela super me acalmou. Não tenho do que reclamar. Eu estava com muito medo de fazer em qualquer lugar, sabe? Ai conversei com uma amiga que disse que uma amiga dela, que era mó patricinha, tirou nesse lugar e me indicou pra tirar lá. Fui mega bem acolhida! Parecia que eu tinha cortado o cabelo!” (Renata, 17 anos, aborto aos 15, clínica “top” em bairro de classe média, parceiro de 28 anos, “ficante”).

Duas adolescentes (2 e 5) tiveram o pagamento do aborto feito pelo parceiro. Já Renata (9), que não teve apoio financeiro do parceiro, disse que começou a trabalhar em uma livraria de um bairro da Zona Sul para pagar o empréstimo de R\$ 2.500,00 feito por traficantes da favela onde morava. A adolescente, que recebia um salário mínimo na livraria, pagou R\$ 3.200,00 ao tráfico, devido aos juros. Ainda relatou as constantes ameaças de morte que recebeu durante os seis meses em que durou a dívida, pois, para os traficantes, a adolescente *“estava demorando muito pra pagar a quantia total”*.

Considera-se o relato da adolescente Renata como o mais emblemático. Como visto nos Itinerários 1 e 2, a falta de recurso financeiro acaba se tornando mais uma vulnerabilidade para as jovens que, sem apoio familiar, aproximam-se do tráfico para concretizar o aborto. A dificuldade em encontrar recursos financeiros também é um fator apontado por diversos trabalhos sobre aborto^{1,2,21}. Contudo, pode-se afirmar que a falta de recursos financeiros é ainda mais delicada quando se trata de mulheres com baixo grau de escolaridade, pobres e negras, como as deste estudo.

No Itinerário 3 (Figura 3) estão as três adolescentes que fizeram uso do misoprostol. Duas tomaram o remédio em suas casas e sozinhas, e a terceira o fez em companhia do namorado. Destaca-se que existem obstáculos para a aquisição de misoprostol na favela, porque ele não pode ser vendido diretamente a mulheres:

“Aqui era baratinho, o Cytotec. Uma cartela era fácil de comprar! Mas os traficantes perceberam que só menina comprava. Ai chegou uma vez que uma menina que namorava um traficante comprou o remédio. Ai os caras falaram pro traficante que ela tinha comprado. O cara ficou puto porque ela ia tirar um filho dele. A menina até fugiu, ele disse que ia matar ela! Ai pararam de vender. Ai voltaram a vender, mas foi ai que não deixam mais vender pra mulher. Só homem pode comprar! Nem mulher mais velha pode comprar!” (Deise, 16 anos, aborto aos 12, parceiro de 42 anos, “namorado”).

Essa realidade surpreendente se deve, em parte, à proibição imposta pelos traficantes como meio de controlar a decisão de abortar. Somente homens são “autorizados” a adquirir o misoprostol, o que sinaliza profundo controle sobre a reprodução. O medicamento utilizado em três abortos deste estudo foi adquirido e pago pelos parceiros das participantes, simbolizando uma forma sutil e eficiente de dominação masculina recorrente³⁰. Pelas narrativas, pode-se constatar que a disponibilidade de compra e venda do misoprostol está implantada numa vulnerável e perigosa rede para as adolescentes, que as aproxima e sujeita ao tráfico³¹, fazendo-as reféns e expondo-as não somente ao risco de produtos adulterados, mas também ao comércio ilegal do misoprostol e à maior subordinação frente aos parceiros e às leis da favela.

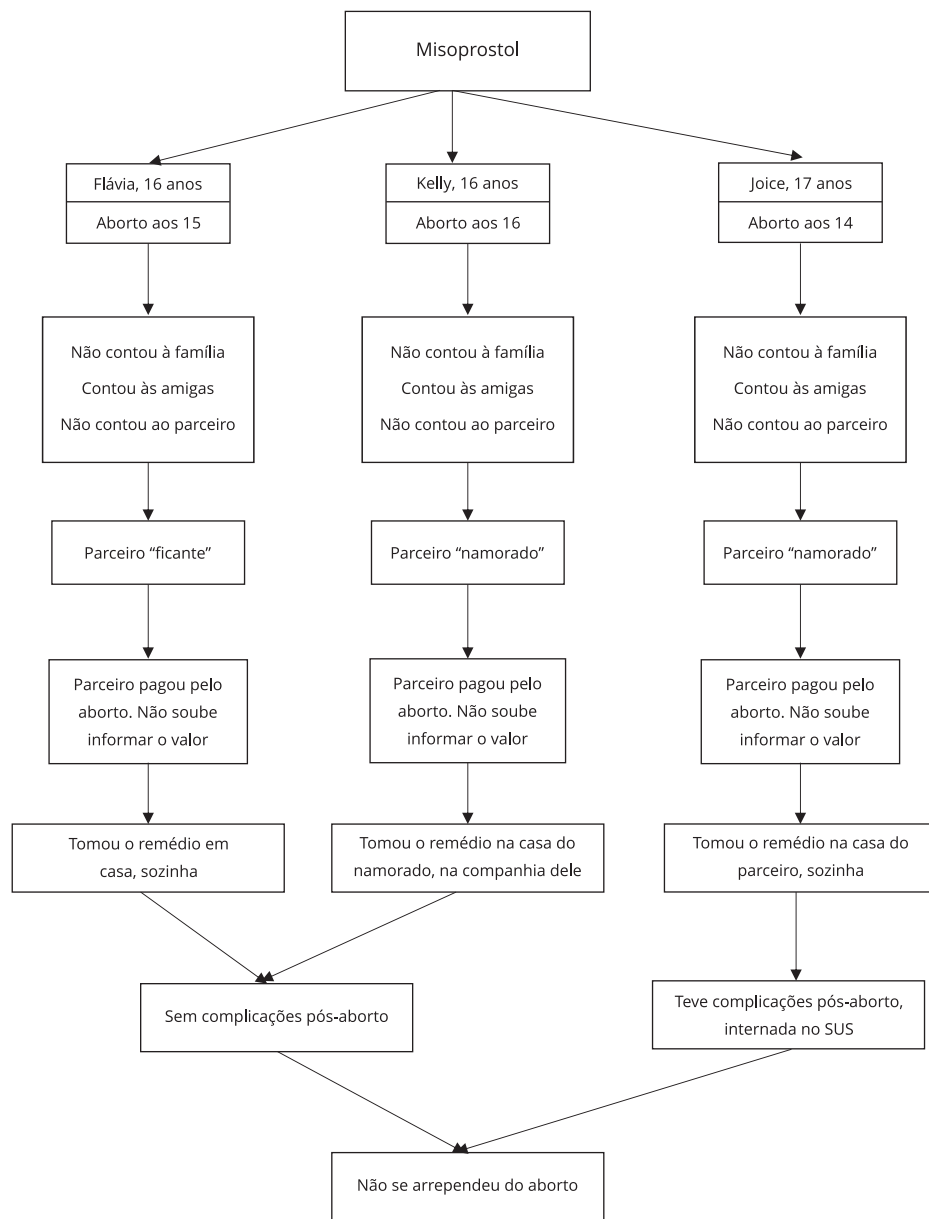
Complicação pós-aborto: mais medo e discriminação

Joice foi a única participante que teve complicações pós-aborto, sentindo fortes dores e sangrando “muito”. A adolescente ligou para sua jovem irmã, que a levou ao Sistema Único de Saúde (SUS):

“Eu fui na casa dele, ai ele tinha os comprimidos. Ele fez questão de colocar ‘lá’ pra garantir que eu tava usando. Foi na casa dele, depois do almoço. Nunca vou esquecer. Ai ele foi trabalhar, me deixou sangrando o dia inteiro sozinha, chorando. Eu comecei a passar muito mal, sangrar muito, tinha certeza que ia morrer. Fiquei desesperada! Tava sofrendo muito, com muita dor, ai me veio paranoia de que eu ia ser descoberta e presa, que meu segredo ia parar na polícia. Eu liguei chorando pra minha irmã, eu tava sangrando e com muita dor. Ai ela foi me buscar. Nossa, foi a pior parte! Minha irmã foi comigo e falou pra eu falar que tinha tido um aborto espontâneo. Quando falei pra enfermeira, ela me olhou com uma cara feia, falou pra eu esperar. Esperei mó tempão, quando comecei a gritar, dizendo que ia morrer, ai que me levaram pra sala lá com um médico. Ele perguntou o que tinha acontecido, falei que tinha sido um aborto espontâneo. Ele me perguntou se tinha sido mesmo, e eu falei que sim. Ai, depois de um tempo ele falou pra eu esperar em uma sala que tinha duas grávidas, eu tenho certeza que ele fez de propósito. Ai eu fiquei olhando aquelas duas mães sentadas, eu chorando e sangrando. Pedi pra minha irmã entrar, a enfermeira falou que não podia entrar ninguém. Mais uma vez eu tava sozinha. Ai o médico foi lá com uma cara feia e falou que eu ia evacuar o resto do bebê. Ai ele tirou o resto do

Figura 3

Itinerário 3: abortos clandestinos inseguros realizados com misoprostol.



SUS: Sistema Único de Saúde.

bebê e disse pra eu ir embora e não voltar lá nem se tivesse morrendo. Ele disse com essas palavras, me julgando” (Joice, 16 anos, aborto aos 15, pelo uso do remédio misoprostol, na casa do namorado, de 20 anos, sem a presença dele).

Destaca-se nas narrativas o medo que as adolescentes têm de ser presas, de morrer ou de ter seu “segredo” descoberto por causa de algum tipo de complicação. No caso de Joice, esse medo é mais emblemático, pois foi a única que finalizou o aborto em uma unidade de saúde do SUS. O relato da adolescente demonstra a dificuldade das equipes de saúde em lidar com essa questão ilegal, pois

ainda persistem julgamentos morais e éticos por parte de profissionais, negligências nos atendimentos e penalização subjetiva das mulheres, configurando grave violência institucional que precisa ser enfrentada ^{32,33}.

Sentimentos depois que tudo acaba: “alívio”

Nenhuma adolescente se arrependeu do aborto (Itinerários 1, 2 e 3). Os sentimentos mais citados foram “alívio” e “sem arrependimento”. A incerteza quanto às complicações também apareceu em todas as narrativas:

“Eu não me arrependo! Foi um alívio! E tipo, fui lá numa quinta-feira e tirei na sexta, segunda já tinha que trabalhar. Você só fica torcendo pra que tudo dê certo pra você não morrer e aparecer em casa e no trabalho na segunda viva e salva” (Mara, 17 anos, aborto aos 17, parceiro de 23 anos, gravidez de uma relação sexual episódica).

Nenhuma adolescente citou algum arrependimento após a realização do aborto, quando solicitada a falar. Uma das formas mais comuns de “vitimização” da mulher pela realização do aborto é a culpa moral. Costuma-se socialmente recorrer a esse tipo de racionalização para marcar a existência da sacralidade da vida e imputar moral e legalmente as mulheres ³⁴. Ainda assim, é fator crucial para a compreensão deste estudo considerar que as jovens do universo empírico em questão, embora sujeitas a muitas vulnerabilidades, se encontravam em posição de dizer que não se arrependeram de realizar o aborto, mesmo que a um custo e risco elevados para suas vidas.

Considerações finais

Numa fase da vida em que as adolescentes estão ingressando na vida afetiva e sexual, a identificação com o grupo de amigas intensifica-se e o controle dos familiares ou responsáveis é reduzido ³⁵. Portanto, a possibilidade de responder aos apelos afetivos e sexuais sustenta a hipótese do não compartilhamento do aborto com a família e alguns dos parceiros. Por um lado, o aborto decorre da “autonomia” conquistada frente à reprodução ³⁶ e, de outro, do caráter ético das emoções e sentimentos ³⁷ envolvidos nas decisões frente às mudanças em curso nas trajetórias biográficas.

Todas as entrevistadas encontraram um modo para realizar o aborto, com ou sem o apoio do parceiro ou por pressão deste, e sem o conhecimento das mães e dos pais. É preciso mencionar principalmente as dificuldades encontradas por elas para a obtenção de recursos financeiros para viabilizar o ato, por meio de empréstimos e acordos feitos com amigas e com os próprios traficantes da favela, tendo em vista o contexto delas marcado por diferentes vulnerabilidades sociais, como falta de recursos próprios, ausência de participação das famílias, a solidão para alcançar seus objetivos, inexperiência frente à gravidez, o que lhes expõe a riscos morais, psicológicos e físicos ^{38,39}.

Diferentes discriminações de gênero e de idade, e também a violência, estiveram presentes e reproduzidas em cada uma das dez trajetórias e itinerários de abortos clandestinos e inseguros analisadas. A diferença de idade entre os pares pode ser considerada substancial, tendo em vista o tempo de experiência de vida e nos relacionamentos das adolescentes.

Está-se diante de um universo de adolescentes muito jovens que viabilizaram o aborto clandestino, de forma solitária e em contextos de riscos. Para além do avanço na discussão da legalização do aborto, deve-se também considerar o aborto induzido como um evento legítimo relativo à reprodução das adolescentes, temática pouco discutida em suas especificidades, para assim resguardar direitos e enfrentar os processos de exclusão social, opressões de gênero e injustiças sociais no âmbito da sexualidade e da reprodução no início da trajetória reprodutiva, como observados neste estudo.

Colaboradores

W. Ferrari foi responsável pela revisão da literatura, coleta, organização e análise do material empírico da pesquisa, elaboração da dissertação que resultou em parte do presente artigo e revisão final do texto. S. Peres foi responsável pela revisão da literatura, análise do material empírico da pesquisa, pela orientação da dissertação e organização conjunta na discussão dos dados e revisão final do artigo.

Informações adicionais

ORCID: Wendell Ferrari (0000-0002-4597-5309); Simone Peres (0000-0001-7352-8664).

Agradecimentos

Agradecemos às dez adolescentes que participaram das entrevistas. Agradecemos pela confiança, pela reciprocidade, pela sinceridade e pela coragem de compartilhar seus segredos nesta pesquisa.

Referências

1. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
2. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:653-60.
3. Luna N. A polêmica do aborto e o 3º Programa Nacional de Direitos Humanos. *Dados* 2014; 57:237-75.
4. Silva RS, Fusco CLB. Aborto provocado: uma realidade ilegal. In: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, organizador. *Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. 2009. <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/ebook/article/view/49/47> (acessado em 19/Mar/2019).
5. Menezes GMS. Aborto e juventude: um estudo em três capitais brasileiras [Tese de Doutorado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2006.
6. Berquó E, Garcia S, Lima L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. *Rev Saúde Pública* 2012; 46:685-93.
7. Peres SO, Heilborn ML. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1411-20.
8. Monteiro MFG, Adesse L, Drezett J. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões: Brasil, 1995 a 2013. *Reprod Clim* 2015; 30:11-8.
9. Silveira P, McCallum C, Menezes G. Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2016; 32:e00004815.
10. Menezes GMS, Aquino EML, Silva DO. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1431-46.
11. Ferrari W, Peres S, Nascimento M. Experimentação e aprendizagem na trajetória afetiva e sexual de jovens de uma favela do Rio de Janeiro, Brasil, com experiência de aborto clandestino. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:2937-50.
12. Aquino EML, Almeida MC, Araújo MJ, Menezes G. Gravidez na adolescência: a heterogeneidade revelada. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond/Editora Fiocruz; 2006. p. 309-60.

13. Área Técnica de Saúde da Mulher, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. Abortamento Previsto em lei em situações de violência sexual. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
14. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.
15. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 16 jul.
16. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União 2013; 13 jun.
17. Diniz D. Ética na pesquisa em ciências humanas: novos desafios. Ciênc Saúde Colet 2008; 13:417-26.
18. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
19. Tronco CB, Dell'Aglio DD. Caracterização do comportamento sexual de adolescentes: iniciação sexual e gênero. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia 2012; 5:254-69.
20. Cordeiro F. Negociando significados: coerção sexual em narrativas de jovens brasileiros [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2008.
21. Heilborn ML, Cabral CS, Brandão ER, Faro L, Cordeiro F, Azize RL. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro - Brasil. Ciênc Saúde Colet 2012; 17:1699-708.
22. Diniz D, Medeiros M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. Ciênc Saúde Colet 2012; 17:1671-81.
23. Souza ZCSN, Diniz NMF. Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. Texto & Contexto Enferm 2011; 20:742-50.
24. Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
25. Mattos P. O reconhecimento na esfera do amor: para uma discussão sobre os paradoxos da transformação da intimidade. Síntese 2016; 43:421-42.
26. Bajos N, Ferrand M. Introduction. In: Bajos N, Ferrand M, editors. De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues. Paris: Inserm; 2002. p. 1-17.
27. Cecatti JG, Guerra GVQL, Sousa MH, Menezes GMS. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. Rev Bras Ginecol Obstet 2010; 32:105-11.
28. Brito RS, Tavares MSG. Quatro fases do homem no contexto da reprodução. Natal: Observatório RH Nesc/Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2011.
29. Venturi G. Homens falam sobre aborto: uma pesquisa em São Paulo e Recife. Católicas pelo Direito de Decidir 2013. <http://catolicas.org.br/wp-content/uploads/2014/07/Pesquisa-HomensFalamSobreAborto.pdf> (acessado em 19/Mar/2019).
30. Bourdieu P. A dominação masculina. Educação & Realidade 1995; 20:133-84.
31. Diniz D, Madeiro A. Cytotec e aborto: a política, os vendedores e as mulheres. Ciênc Saúde Colet 2012; 17:1795-804.
32. Wiese IRB, Saldanha AAW. Aborto induzido na interface da saúde e do direito. Saúde Soc 2014; 23:536-47.
33. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
34. Mori M. A moralidade do aborto: sacralidade da vida e o novo papel da mulher. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1997.
35. Ferraz E, Ferreira IQ. Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida. In: Vieira EM, Fernandes MEL, Bailey P, McKay A, organizadores. Seminário gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família; 1998. p. 47-54.
36. Chatel MM. Não ter filhos: uma revolução. In: Chatel MM, organizador. Mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução. Rio de Janeiro: Campo Matemático; 1995.
37. Solomon RC. Fiéis às nossas emoções: o que elas realmente dizem. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2015.
38. Castel R. A discriminação negativa: cidadãos ou autóctones? Petrópolis: Editora Vozes; 2008.
39. Adesse L, Jannott CB, Silva KT. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. Ciênc Saúde Colet 2016; 21:3819-32.

Abstract

This article presents the results of a qualitative study based on semi-structured in-depth interviews with ten adolescents, aged between 15 and 17 years, who live in a favela in the South Zone of Rio de Janeiro, Brazil, and who had experienced an illegal abortion between the ages of 12 and 17. We sought to examine more effectively the issue of abortion in adolescence and the strategies employed by adolescents in order to have an abortion within an illegal context. We unveiled the methods that were used, the locations where abortions took place and the manner in which the process of having an abortion happened. The abortions took place at clandestine clinics; at the apartment of a partner's friend; and using the medication "Cytotec" (misoprostol). The values paid for the abortion ranged between BRL 500.00 and BRL 2,500.00 and all took place without the knowledge or participation of the adolescents' legal guardians. One adolescent had to seek out a health service due to complications from the abortion. Informants relied on friends and/or partners and almost all were alone when they had their abortions, which should motivate a reflection regarding the risks taken and the solitude experienced by these adolescents in order to undergo an unsafe and illegal act. We conclude that the study of abortion at this life stage makes an important contribution to understanding sexuality and reproduction in adolescence.

Abortion; Adolescent; Pregnancy in Adolescence; Sexuality; Reproductive Rights

Resumen

El artículo presenta los resultados de la investigación cualitativa, realizada mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad, con diez adolescentes residentes en una favela de la zona sur de Río de Janeiro, Brasil, con edades entre 15 y 17 años, y con experiencia de aborto ilegal, practicado entre los 12 y 17 años. Se buscó examinar de modo más efectivo la cuestión del aborto ocurrida en la adolescencia y las estrategias usadas por las adolescentes para concretizarlo en un contexto ilegal. Se evidenciaron los métodos utilizados, los locales de realización y la manera mediante la cual se dio el proceso de realización del aborto. Los abortos se realizaron en clínicas clandestinas; en el apartamento del amigo de uno de las parejas; y a través del uso del medicamento "Cytotec" (misoprostol). Los valores pagados variaron entre BRL 500,00 y BRL 2.500,00 y todos se realizaron sin el conocimiento o participación de los responsables de las adolescentes. Una adolescente tuvo que recurrir a un servicio de salud, debido a las complicaciones resultantes del aborto. Las entrevistadas contaron con amigas y/o parejas y casi todas se dirigieron solas a abortar, lo que debe motivar una reflexión sobre los riesgos asumidos y la soledad de estas adolescentes para la realización de un aborto inseguro e ilegal. Se concluye que el estudio sobre el aborto en ese momento de la vida representa contribuciones importantes para la comprensión de la sexualidad y reproducción en la adolescencia.

Aborto; Adolescente; Embarazo en Adolescencia; Sexualidad; Derechos Sexuales y Reproductivos

Recebido em 18/Out/2018

Versão final rerepresentada em 09/Mai/2019

Aprovado em 20/Mai/2019