

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE**

**LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE AS  
CONSEQUÊNCIAS DO ABORTO PROVOCADO PELAS ADOLESCENTES  
ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE CACUACO, III TRIMESTRE  
2023**

**Autora:** Cordeira Zinha Domingos

**Orientador:** Sebastião Maurício Mbassi. Lic.

**Luanda, 2024.**

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE**

**LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE AS  
CONSEQUÊNCIAS DO ABORTO PROVOCADO PELAS ADOLESCENTES  
ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE CACUACO, III TRIMESTRE  
2023**

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior  
de Angola, como requisito para obtenção do Grau de  
licenciatura em enfermagem, sob a orientação do Prof.  
Sebastião Maurício Mbassi, Lic.

**Autora:** Cordeira Zinha Domingos

**Orientador:** Sebastião Maurício Mbassi. Lic.

**Luanda, 2024**

**Cordeira Zinha Domingos**

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE AS  
CONSEQUÊNCIAS DO ABORTO PROVOCADO PELAS ADOLESCENTES  
ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE CACUACO, III TRIMESTRE  
2023**

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior  
de Angola, como requisito para obtenção do Grau de  
licenciatura em enfermagem, sob a orientação do Prof.  
Sebastião Maurício Mbassi, Lic.

**O JÚRI**

Presidente \_\_\_\_\_

1º Vogal \_\_\_\_\_

2º Vogal \_\_\_\_\_

Secretário \_\_\_\_\_

Classificação: \_\_\_\_\_

Data da Monografia 19 de Abril de 2024



## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, o Senhor Manuel Domingos e Helena Domingos por jamais terem medido esforços para me proporcionar um ensino de qualidade durante os anos de formação.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus todo poderoso por ter me dado o fôlego de vida e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos ao longo da formação.

Aos meus pais, incentivaram-me nos momentos difíceis e tendo compreendido as minhas ausências enquanto me empenhava na elaboração deste trabalho.

Ao meu Orientador por ter conduzido este trabalho com paciência e dedicação, sempre mostrando-se disponível a compartilhar todo o seu conhecimento.

Ao Instituto Superior de Angola (ISA) por tudo que tem feito na formação de quadro e na organização eficiente, com esforço de todos os envolventes.

Aos profissionais do Hospital Municipal do Cacuaco, pela colaboração e a gentileza demonstrada a quando da colheita de dados.

Aos colegas, amigos e conhecidos pela camaradagem e amizade vivida durante o período da nossa formação.

## EPÍGRAFE

Deixe suas esperanças, e não seus  
ferimentos, moldarem seu futuro.

“Robert Schuller”

## RESUMO

O conhecimento da incidência e das características do aborto provocado, sobretudo o ilegal é de grande interesse tanto para a saúde pública como para a demografia. Com o objectivo de descrever as consequências do aborto provocado por adolescentes. Para elaboração deste trabalho optou-se pelo estudo perspectivo com a pesquisa bibliográfica e descritiva. Constatou-se mais jovens nos serviços de saúde em comparação com os mais velhos. 92% dos profissionais de saúde são do sexo feminino, 92%, dos profissionais de saúde são residentes de município do Cacuaco, 46% dos profissionais de saúde do HMC, são casados; 46% dos profissionais de saúde do HMC, são licenciados; quanto a religião, 46% dos profissionais de saúde do HMC pertence à Bom Deus; correlação a profissão 69% são enfermeiros; Quanto às consequências do aborto provocado, sentimento remorso/culpa foi o mais relevante com 46%; 38% representou a duração de tratamento, concluindo espera-se ser possível minimizar os preconceitos e julgamentos morais que as dolescentes sofrem em seus contextos sociais e quando buscam por assistência pós-aborto.

**Palavras-chave:** Consequências, aborto, provocado, adolescente, Hospital.

## **ABSTRACT**

Knowledge of the incidence and characteristics of induced abortion, especially illegal abortion, is of great interest for both public health and demography. With the aim of describing the consequences of abortion caused by teenagers. To prepare this work, we opted for a perspective study with bibliographic and descriptive research. There were more young people in health services compared to older people. 92% of health professionals are female, 92% of health professionals are residents of the municipality of Cacuaco, 46% of HMC health professionals are married; 46% of HMC's healthcare professionals are licensed; As for religion, 46% of HMC health professionals belong to Bom Deus; correlation to profession 69% are nurses; Regarding the consequences of induced abortion, feeling remorse/guilt was the most relevant with 46%; 38% represented the duration of treatment, concluding that it is expected to be possible to minimize the prejudices and moral judgments that teenagers suffer in their social contexts and when they seek post-abortion assistance.

**Key Words;** Consequence, Abortion, Caused, Teenager, Hospital.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ECA:** Estatuto da Criança e do Adolescente

**EUA:** Estados Unidos da América

**HMC:** Hospital Municipal do Cacuaco

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**ONU:** Organização das Nações Unidas

**SIDA:** Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

## LISTA DE TABELAS

|                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1: distribuição da amostra segundo a faixa etária dos profissionais/saúde....      | 51 |
| Tabela 2: distribuição da amostra segundo o sexo dos profissionais/saúde.....             | 52 |
| Tabela 3: distribuição da amostra segundo a proveniência dos profissionais/saúde          | 53 |
| Tabela 4: distribuição da amostra segundo o estado civil dos profissionais/saúde...       | 54 |
| Tabela 5: distribuição da amostra segundo o nível estudantil dos profissionais/saúde....  | 55 |
| Tabela 6: distribuição da amostra segundo a religião dos profissionais/saúde.....         | 56 |
| Tabela 7: distribuição da amostra segundo a profissão.....                                | 57 |
| Tabela 8: distribuição da amostra segundo as consequências do aborto provocado            | 58 |
| Tabela 9: distribuição da amostra segundo a durabilidade do tratamento.....               | 59 |
| Tabela 10: Distribuição da amostra segundo factores responsáveis por causarem aborto..... | 60 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 1: distribuição da amostra segundo a faixa etária dos profissionais/saúde....     | 51 |
| Gráfico 2: distribuição da amostra segundo o sexo dos profissionais/saúde.....            | 52 |
| Gráfico 3: distribuição da amostra segundo a proveniência dos profissionais/saúde         | 53 |
| Gráfico 4: distribuição da amostra segundo o estado civil dos profissionais/saúde...      | 54 |
| Gráfico 5: distribuição da amostra segundo o nível estudantil dos profissionais/saúde.... | 55 |
| Gráfico 6: distribuição da amostra segundo a religião dos profissionais/saúde.....        | 56 |
| Gráfico 7: distribuição da amostra segundo a profissão.....                               | 57 |
| Gráfico 8: distribuição da amostra segundo as consequências do aborto provocado           | 58 |
| Gráfico 9: distribuição da amostra segundo a durabilidade do tratamento.....              | 59 |
| Tabela 10: Distribuição da amostra segundo factores responsáveis por causarem aborto..... | 60 |

# ÍNDICE

|                                                                                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>                                                        | <b>1</b>  |
| <b>CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>                                    | <b>5</b>  |
| 1.1. Definição de termos e conceitos .....                                        | 5         |
| 1.2. A adolescência e o significado da gravidez .....                             | 7         |
| 1.3. Contextualização histórica e epidemiologia da gravidez na adolescência ..... | 9         |
| 1.4. Factores determinantes da gravidez na adolescência .....                     | 11        |
| 1.5. Consequências da gravidez na adolescência .....                              | 15        |
| 1.6. Consequências do aborto provocado.....                                       | 19        |
| 1.6.1. As consequências físicas, psicológicas e sociais do aborto.....            | 19        |
| 1.6.2. A Síndrome Pós-Aborto (SPA) .....                                          | 19        |
| 1.6.3. Consequências físicas e psicológicas do aborto.....                        | 21        |
| 1.6.5. Aborto provocado e gestações futuras.....                                  | 25        |
| 1.6. Síndrome pós-aborto.....                                                     | 25        |
| 1.7. O que realmente pode ser considerada família.....                            | 26        |
| 1.8. A relação do câncer de mama ao aborto provocado .....                        | 27        |
| 1.8.1. Câncer de mama é uma possível consequência do aborto .....                 | 29        |
| 1.9. Aborto provocado .....                                                       | 30        |
| 1.10. Decisão sobre a interrupção da gravidez na descoberta da gravidez .....     | 32        |
| 1.11. Provoações para elaboração de novas políticas .....                         | 45        |
| <b>CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA.....</b>                                  | <b>47</b> |
| 2.1. Tipo de pesquisa .....                                                       | 47        |
| 2.2. Modelo da abordagem .....                                                    | 47        |
| 2.3. Níveis de estruturação de métodos.....                                       | 48        |
| 2.4. Técnica de recolha de dados .....                                            | 48        |
| 2.5. Instrumentos utilizados.....                                                 | 49        |
| 2.6. População e amostra .....                                                    | 49        |
| <b>CAPÍTULO III: DISCUSSÃO E RESULTADOS .....</b>                                 | <b>51</b> |
| 3.1. Apresentação dos resultados.....                                             | 51        |
| 3.2. Discussão dos resultados .....                                               | 61        |

|                                         |            |
|-----------------------------------------|------------|
| <b>CONCLUSÕES .....</b>                 | <b>632</b> |
| <b>SUGESTÕES .....</b>                  | <b>63</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b> | <b>64</b>  |
| <b>APÊNDICE</b>                         |            |
| <b>ANEXOS</b>                           |            |

## 1. INTRODUÇÃO

Minha trajetória académica e profissional na enfermagem sempre esteve voltada para as questões que permeiam a atenção a saúde da mulher e da adolescente.

O conhecimento da incidência e das características do aborto provocado, sobretudo o ilegal é de grande interesse tanto para a saúde pública como para a demografia. Não obstante, poucos são os estudos que se propõem a investigar sua ocorrência. Ocorre que a conotação de crime, que lhe é atribuída, dificulta sobremaneira sua abordagem.

Ao buscar a compreensão do fenómeno em estudo, pude compreender que, apesar da existência de acções voltadas para a saúde sexual e reprodutiva das adolescentes, ainda há muito que se fazer para a efectivação das intervenções estabelecidas, tendo em vista alcançar mudanças de comportamento e a manutenção do exercício da sexualidade com prazer e responsabilidade.

As pesquisas que estudam a saúde das adolescentes reflectem sobre os diversos aspectos biológicos, sociais e mentais. Verifica-se que as questões sobre a sexualidade se destacam, bem como as transformações corporais que são provocadas pelos hormónios sexuais. Berquó, (2015, p 97).

O exercício da sexualidade na adolescência, geralmente mostra seus resultados na área da saúde, como: a incidência das doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não planeada e aborto provocado; Correia, (2014 p 243).

A frequência dos abortos é similar nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, mas o aborto inseguro se concentra nos países, onde a situação socioeconómica é pior, o que demonstra que o aborto provocado nestes locais são problemas de saúde pública.

Estudos no mundo, tem destacado a proporção do aumento das mortes maternas atribuídas ao aborto provocado. As adolescentes grávidas, principalmente aquelas que não planearam engravidar, são mais sujeitas a retardar a decisão para abortar do que as mulheres mais velhas. Desta forma ocorre um risco maior de

exposição a consequências do acto, estando essas adolescentes mais vulneráveis as doenças e a morte pelo aborto clandestino.

Geralmente, as adolescentes desconhecem seus corpos e as consequências de suas atitudes relacionadas a sua vida sexual. Apesar das escolas ensinarem a anatomia nas aulas de biologia, e a educação sexual fazer parte do currículo escolar, os jovens não compreendem perfeitamente o funcionamento de seus corpos e das doenças que podem adquirir com o exercício da vida sexual. Berquó, (2015, p 34).

Os factores orgânicos que complicam o abortamento são: a eliminação parcial do feto, as infecções, lesões traumáticas como perfurações do útero, ferida das alças intestinais, infarto do útero e anexos (ovários, trompas de Falópio), intoxicações causadas pelas substâncias ingeridas para provocar o aborto, complicações renais e cardíacas. Berquó, (2015, p 90).

Os riscos crescem com o avanço da gravidez e a morte da mulher é a consequência mais severa, todavia a histerectomia com consequente esterilização da mulher é também outra grave consequência dessa situação. Barros, (2016, p 120).

A ilegalidade do aborto repercute nos dados sobre o tema e seu estudo apresenta dificuldades na obtenção dos dados facto que justifica este tema que tem como objectivo descrever as consequências do aborto provocado por adolescentes.

Iniciar um projecto de investigação sobre a forma de uma pergunta de partida constitui normalmente um primeiro meio para pôr em prática uma das dimensões essências do processo científico.

Tendo por base a citação do tema de investigação, surge a pergunta deste estudo.

**Quais são as consequências do aborto provocado pelas adolescentes atendidas no Hospital Municipal do Cacuaco no III Trimestre de 2023?**

- **Hipóteses**

Segundo Rodrigues, (2007, p34) “diz que formulação de hipóteses deriva necessariamente do problema de pesquisa. Para tal, deve-se ter em consideração o problema principal, pois são respostas antecipadas do problema em destaque.”

Para o estudo foi colocada a questão de investigação inerente a pergunta de partida e para a qual pretendemos obter supostas, ou seja, possíveis respostas seguintes:

**H.1:** As consequências do aborto provocado podem resultar em sentimento remorso/culpa.

- **Objectivos**

- Foi definido para esta investigação um objectivo geral e três objectivos específicos.

- **Geral**

- Descrever as consequências do aborto provocado por adolescentes.

- **Específicos**

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais de Saúde no Hospital Municipal do Cacuaco no III Trimestre de 2023.

2. Avaliar as consequências de aborto provocado.

3. Identificar a duração do tratamento realizado nas adolescentes.

- **Delimitação e limitação**

O investigador tem que optar por um tema, sendo a área de adolescência a que despertou mais o seu interesse, especificamente das consequências de abortos provocados pelas adolescente e a vinculação sendo uma área muito actual e pertinente, sendo limitação pelas adolescentes.

- **Justificativa**

A gravidez na adolescência é um problema que preocupa muitas pessoas, principalmente as famílias dos adolescentes, os profissionais que trabalham directa

ou indirectamente com adolescentes e a sociedade em geral que também sofre as consequências deste problema.

O estudo justifica-se pelo facto de a maioria das pesquisas sobre o aborto ser advinda da área jurídica, devido aos aspectos legais em torno deste, e da área médica, principalmente da enfermagem, dando ênfase a aspectos médicos e dados epidemiológicos. Há, assim, uma carência de estudos que levem em consideração os aspectos psicossociais e existenciais envolvidos no tema;

A presente pesquisa poderá fornecer subsídios para uma melhor capacitação dos profissionais de saúde na atenção prestada a essas adolescentes (prevista pela Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento) como também poderá suscitar uma maior discussão do papel da mulher adolescente na sociedade contemporânea.

- **Estrutura do trabalho**

Este trabalho está estruturado da seguinte maneira:

- Introdução;
- Capítulo I: Fundamentação teórica;
- Capítulo II: Metodologia de pesquisa;
- Capítulo III: Discussão e Resultados
- Conclusões;
- Sugestões
- Referências bibliográficas.

# **CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

## **1.1. Definição de termos e conceitos**

### **Consequência:**

É um termo que caracteriza o resultado, reacção ou efeito produzido de um acontecimento ou uma acção. Normalmente este termo está relacionado com a causa ou frequência que ocorre seguida a um conjunto de condições relativas a uma acção. Barros, (2016, p 123).

Segundo Carvalho, *et al.* (2019 p 63). Trata-se de uma relação entre um conjunto de sentenças e uma sentença, na qual o primeiro acarreta o segundo.

No nosso ponto de vista: muitas vezes a tradução é confundida e associada com música. Mas na verdade usamos essa expressão quando alguém aceita a responsabilidade por algo que tenha feito, quando a pessoa encara os factos.

### **Aborto:**

De acordo Diniz, (2018, p 212) é interrupção de uma gravidez resultante da remoção de um feto ou embrião antes deste ter a capacidade de sobreviver fora do útero.

Segundo Barros, (2016, p 234). É uma iterrupção precoce de uma gestação antes que o feto seja capaz de sobreviver fora do corpo da mãe.

Na visão de Almeida, (2019, p 98). É o término voluntário de uma gravidez por cirurgia ou medicamentos.

No nosso ponto de vista é um termo utilizado para designar interrupção da gravidez antes do período perinatal, ou seja quando ainda não há viabilidade do feto.

### **Provocado:**

Verbo transitivo, intransitivo e pronominal; tentar fazer agir ou reagir como reacção; desafiar, incitar; excitar; fazer propositadamente. Dicionário Online (2014 p 609).

Adjectivo, que se provocou ou que foi alvo de provocação. Dicionário Online (2014 p 609).

Particípio passado do verbo provocar; o mesmo que: estimulado, promovido, vituperado, ocasionado, originado, suscitado, irritado, desafiado, reptado.

Dicionário Online (2014 p 609).

### **Adolescente:**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência é delimitada como o período entre os 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias, o período de 20 à 24 anos é considerado como juventude. Vieira *et al.* (2018, p 165).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) delimita adolescentes entre 12 e 18 anos, 11 meses e 29 dias; Carvalho, (2019, p 54).

Na nossa óptica é caracterizada por mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais, constituindo-se em importante momento para a adopção de novas práticas, comportamentos e ganho de autonomia.

### **Hospital:**

O hospital pode ser definido como “a parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, Enríquez, (2021, p 50).

Do latim hospitālis (“casa de hóspedes”), um hospital é o estabelecimento destinado ao diagnóstico e ao tratamento de doentes, onde se pratica também a investigação e o ensino. O termo também é usado, em sentido figurado, para fazer alusão a qualquer casa onde haja muitos doentes, Bayley, (2021, p 78).

O conceito de hospital tem as suas origens no vocábulo hospes (“hóspede” ou “visita”) do qual resulta hospitalitas (“hospitalidade”). Com o passar do tempo, a noção passou a dizer respeito à qualidade de acolher/hospedar alguém bem e com satisfação. Antigamente, um hospital era um local onde se exercia a caridade a

peessoas pobres, doentes, órfãs, idosas e a peregrinos, acolhidos por monges e freiras. Nieto-Olivar, (2021, p 90).

Num hospital o paciente (como é chamada a pessoa que recebe tratamento nesse local) tem acesso a diferentes tratamentos e o diagnóstico dos diferentes tipos de doenças pode ser de vários tipos, tais como laboratorial, clínico, cinesiológicofuncional. O termo “hospital” foi usado no século XVI por influência do termo em francês “hôpital” do século XII, ambos derivados do latim. O surgimento dos hospitais, um pouco diferentes do que temos hoje, se deu na idade média. Queiroz, (2021, p 89).

## **1.2. A adolescência e o significado da gravidez**

A adolescência é considerada uma etapa de desenvolvimento (físico, moral, espiritual e social) especial; com direito à protecção, à vida e à saúde, mediante a efectivação das políticas públicas e define que o Sistema de Saúde se responsabilize por estas acções. Sendo considerada por Wieczorkiewicz e Souza (2010) uma população prioritária no que se refere à atenção à saúde. “a palavra adolescência deriva do verbo latino *adolescere*, significando crescer ou crescer até a maturidade”, Vieira *et al.* (2018, p 165).

Na adolescência ocorrem profundas mudanças, caracterizadas principalmente por crescimento rápido, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social. “Nas alterações biológicas, ocorrem grandes transformações do corpo e o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, sendo comum o interesse pelo sexo e o início das primeiras relações sexuais” Pereira, et al. (2016. P 137).

Enquanto a adolescência inicial coincide com as primeiras modificações corporais da puberdade, a adolescência final, tanto na teoria como na prática, não estabelece critérios rígidos. Ser adolescente seria sair da dependência da infância, buscando uma independência na vida adulta, não uma independência sem restrições, mas uma interdependência sadia com a sociedade, a escola a família e o ambiente em que vivem Bayley, (2021, p 88).

“Os adolescentes, nesta fase de transição, passam por dificuldades relativas ao seu crescimento físico e amadurecimento psicológico, sexualidade, relacionamento familiar, crise econômica, violência, uso e/ou abuso de drogas, inserção no mercado de trabalho e outras”. No entanto, as experiências que eles vivenciam variam de acordo com a sociedade que estão inseridos e de que forma esta vai reagir com este adolescente. Na busca pela própria identidade e definição do papel de jovem, em meio a tantas experiências é difícil assumir a responsabilidade de uma gravidez geralmente indesejada na adolescência, Enríquez, (2021, p 60).

Acredita-se que na fase da adolescência, mais especificamente durante a puberdade, o indivíduo sofre mudanças corporais e hormonais significativas, fazendo com que o adolescente sinta-se preparado fisicamente e interessado em ter relações sexuais. E são dessas relações que frequentemente, podem ocorrer uma gravidez indesejada, Enríquez, (2021, p 34).

Pereira, et al. (2016. P 133), reconhecem a sexualidade como um comportamento de saúde psicológica que influencia pensamentos, sentimentos, ações, relações interpessoais; o sentir-se saudável física e psicologicamente. O desenvolvimento da sexualidade é fundamental para o crescimento da identidade adulta do indivíduo, determinando sua auto-estima, relações afetivas e inserção na estrutura social, porém o adolescente na maioria das vezes é incapaz de racionalizar as consequências futuras decorrentes do seu comportamento sexual, deparando-se frequentemente com situações de risco, como uma gravidez não planejada.

A gravidez na vida de uma adolescente pode provocar inúmeras modificações na sua rotina diária e na vida das pessoas que fazem parte da sua vida, dependendo das reações e ações da própria adolescente, familiares, companheiro ou simplesmente progenitor, esta adolescente poderá se afastar dos estudos, dos momentos de lazer que passava com os amigos, passando a se preocupar com os cuidados necessários com a gestação, casamento, nascimento da criança e emprego, Lima, et al. (2018, p 66).

Segundo Bayley, (2021, p 88), apesar da gravidez e maternidade fazerem parte do desenvolvimento e crescimento humano, deve acontecer de forma racional, linear e com possibilidades de planejamento, pois pode produzir efeitos deletérios sobre o

desenvolvimento biológico e psíquico, com possíveis efeitos prejudiciais à inserção na vida social de uma adolescente.

Apesar de normalmente os adolescentes fazerem parte de um grupo considerado menos exposto ao risco de adoecer e morrer, cada vez mais se observa eventos de morbimortalidade nesta faixa etária, dos quais se destaca a gravidez precoce Bayley, (2021, p 28). Este evento aumentou significativamente nos últimos anos, impondo a necessidade de uma Política Nacional que ofereça orientações básicas para nortear estas adolescentes. Sendo estas tratadas não somente pelo setor saúde, mas também por diferentes sectores da sociedade, centrados em intersectorialidade, parcerias e rede social e familiar.

### **1.3. Contextualização histórica e epidemiologia da gravidez na adolescência**

Segundo (ONU, 2016), apesar do tema gravidez na adolescência ser um tema contemporâneo e preocupante por se tratar de um problema social e de saúde pública, abordado por diferentes áreas do conhecimento e por vários autores, demonstram que este tema possui uma contextualização histórica como citado no parágrafo a seguir:

Desde o século XVIII e XIX, o tema infância tem sido amplamente discutido, sendo que propostas educacionais para a criança têm sido abordadas muito anteriormente desde a antiguidade clássica. Ao término do século XVIII, modificações se fizeram presentes no que diz respeito à imagem materna e sua importância. Surgem numerosos argumentos publicados que chamam atenção da mulher para as suas funções maternas, é nesta fase que se iniciaram campanhas para que a mãe assumisse sua função de lactante, (ONU, 2016).

As mulheres tinham filho cada vez mais cedo, à expectativa de vida era curta fazendo com que as mulheres iniciassem a vida sexual após a primeira menstruação.

Até o início do século, a gravidez na adolescência era vista como facto habitual para a sociedade da época, não sendo relacionada a factores psicológicos, mas também a factores económicos que determinam o modelo da sociedade. Engravidar aos 14, 15 ou 16 anos não era um problema, pois os casamentos e maternidade era atividade valorizada pelas mulheres, Lima, (2018, p 96).

Com a emancipação feminina que ocorreu em 1969, passaram a existir outras perspectivas em relação às jovens. Espera-se hoje que elas tenham uma profissão, que tenham uma vida sexual prazerosa, e que planejem, se querem ou não ter filhos e quando tê-los. Pereira, et al. (2016. P 137).

Nos últimos anos vem ocorrendo à queda de fecundidade total, ou seja, o número de filhos por mulher com idade acima de 18 anos. Em 1968 as mulheres tinham em média 3,5 filhos, já em 1996 esta estatística diminuiu para 2,5 filhos em média. Em vez de diminuir como vem acontecendo com as mulheres com mais de 20 anos de idade, a fecundidade nas adolescentes vem aumentando principalmente entre as garotas de baixa escolaridade e situação financeira menos favorecida. Lima, et al. (2018, p 88).

A população de adolescentes representa cerca de 20% a 30 % da população mundial, um quantitativo que vem aumentando, em particular nas zonas urbanas de países em desenvolvimento. Esse dado demonstra o quanto esse grupo é representativo e sinaliza a necessidade de implementação de políticas de saúde direcionadas para a sexualidade característica dessa fase da vida humana (Lima et al. (2018, p 76).

Os adolescentes estão iniciando cada vez mais cedo as práticas de relações sexuais. Segundo estudos do Queiroz, (2021, p 76), dentre adolescentes brasileiros com faixa etária entre 12 e 17 anos, 32,8 % já haviam tido relações sexuais. Sendo mais preocupante quando se analisa o tempo aproximando entre o início das relações sexuais de uma jovem e a busca por um serviço de saúde para orientação anticoncepcional.

Este tempo gira em torno de 1 ano, e aproximadamente metade das gestações na adolescência ocorre nos primeiros seis meses após a adolescente se tornar sexualmente activa, e um quinto destas ocorrem no primeiro mês de relação sexual. A taxa de fecundidade de adolescentes, de 15 a 19 anos, aumentou de 9% em 1980 para 14% em 1991 e 20% em 2000 (ONU, 2016).

Destacaram ainda que os maiores aumentos foram entre as jovens menos escolarizadas, mais pobres, e que viviam em áreas urbanas. Em 1993 e 1998, o percentual de partos em mulheres de 10 a 14 anos, realizados pelo Sistema Único de

Saúde - SUS, cresceu 31% e, na faixa etária de 15 a 19 anos, houve um acréscimo de 19%, representando no Brasil a primeira causa de internação de adolescentes de 10 a 14 anos de idade, Queiroz, (2021, p 98).

A gestação na adolescência ganha visibilidade como problema de saúde, a partir da década de 70, com o aumento proporcional da fecundidade em mulheres com 19 anos de idade ou menos. No período de 1965 a 2006, a fecundidade geral declinou aproximadamente de seis filhos para 1,8 filhos por mulher, verificando-se diferenças regionais e entre as mulheres de diferentes graus de escolaridade, e aquelas com menos tempo de estudo apresentaram taxas mais elevadas. Ao contrário da fecundidade geral, a fecundidade adolescente aumentou sua participação relativa, no mesmo período, passando de 7,1%, em 1970, para 23%, em 2006, Peres, (2019, p 207).

Para Heilborn, (2019, p 67), o conhecimento da contextualização histórica e do perfil epidemiológico da gravidez na adolescência talvez possa contribuir na elaboração de políticas de prevenção de gravidez precoce adequadas para essa população.

#### **1.4. Factores determinantes da gravidez na adolescência**

“A gestação precoce é multifactorial e sua etiologia está relacionada a aspectos de ordem biológica, familiar, psicológica, social e estrutural como falta de estratégias adequadas para prevenção da gravidez nesta fase” (sendo assim, “precisa ser analisada em todas as suas dimensões” Peres, Heilborn, (2019, p 97).

Segundo o Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente (Fusco, 2017), a gestação na adolescência possui múltiplas causas:

- Diminuição da idade da menarca,
- Iniciação sexual cada vez mais precoce;
- Falta ou inadequação das informações quanto à sexualidade e aos métodos Contraceptivos;
- Baixo acesso aos serviços de saúde;
- Não utilização de métodos por receio que seus pais descubram que está tendo Relações sexuais;

- Busca de confirmação da fertilidade;
- Pensamento mágico (isto nunca vai acontecer comigo);
- Presença de um desejo,
- Consciente ou inconsciente, de engravidar;
- Ocorrência de gestação na adolescência em familiares e pessoas próximas como Modelos sociais;
- História e presença de conflitos familiares;
- Abuso de drogas;
- Faltas regulares às aulas e reprovações escolares,
- Expectativas e perspectivas educacionais e profissionais ausentes ou baixas;
- Falta de uma comunicação aberta entre pais e filhos.

Para Lima, et al. (2018, p 88), além dos factores acima citados, a gravidez na adolescência apresenta factores mais intensamente relacionados: menarca cada vez mais precoce; maior permissibilidade da vivência da sexualidade; precocidade da iniciação sexual; o desejo consciente e inconsciente de ficar grávida; vontade de contrariar os pais; dificuldades para práticas anticoncepcionais; características próprias da adolescência; ausência de projecto de vida; influência da mídia, incentivando, cada vez mais cedo, a iniciação sexual; falta de políticas públicas de saúde, educação, assistência social, que trabalhem de maneira mais efectiva com esse grupo; e, sobretudo, falta de diálogo no âmbito de suas famílias, que oriente os adolescentes na vivência de sua sexualidade.

De acordo (Fusco et al, 2017) também destacam os factores de risco já citados como o início da actividade sexual precoce, uso de drogas líticas e ilícitas, falta de informações quanto a sexualidade e métodos contraceptivos, evasão escolar ou baixo nível de escolaridade, precariedade socioeconómica, ausência de oportunidades de trabalho futuro, repetição de modelo familiar ou de amigas, falha na educação sexual, implicando em falta de conhecimentos sobre concepção e a escassez de serviços de planeamento familiar.

Os factores relacionados aos desejos das adolescentes também podem ser prováveis motivos para o acontecimento da gravidez nesta faixa etária como colocado por (Fusco et al, 2017), desejo inconsciente de ficar grávida; alternativa para sair de casa, da escola e ficar livre da pressão dos pais, contrariando ordens familiares; desejo de prender o namorado; carência afectiva; alívio da sensação de depressão e isolamento; desejo de ter mais poder, chamar a atenção para si; projecto de vida da

adolescente, sendo uma escolha tomada como um meio de inserção social, visto que tal objectivo não é facilmente alcançado através de outros meios de condução à mobilidade social.

#### • **Início Precoce da vida sexual**

Cada vez mais cedo, a fase da adolescência vem chegando para meninos e meninas. A capacidade de procriação surge neste momento de desenvolvimento, juntamente com as responsabilidades que o adolescente ainda não possui capacidade para enfrentar sozinho. Assim o início de suas actividades sexuais cada vez mais precoces leva ao aumento da incidência da gravidez na adolescência, principalmente nos países em desenvolvimento esta precocidade do início da relação sexual associada a falta de informações contribuem para um maior risco de gravidez na adolescência, Lima B. et al. (2018, p 56).

A iniciação sexual precoce tem sido mencionada como uma das causas da gravidez nesta etapa do ciclo vital, podendo trazer como consequência, além de uma gravidez não planejada, a contaminação com doenças sexualmente transmissíveis, pois as transformações vivenciadas pelos adolescentes fazem com que vivam intensamente sua sexualidade, manifestando-a muitas vezes através de práticas sexuais desprotegidas Costa & Hardy (2019, p 65).

#### • **Mídia**

“Um ponto muito relevante a ser considerado é que na mídia ocorre uma banalização do corpo, havendo um estímulo da sexualidade, passando a pessoa a ser vista como objecto” , “transformando fatos que gerariam problemas na vida real em situações que se resolvem da melhor maneira possível na tela”, (Fusco, 2017), como a gravidez na adolescência.

#### • **Família**

Casos anteriores de gravidez precoce na família da jovem são apontados como um factor predisponente segundo Costa & Hardy (2019, p 65), para que a história se repita. “Valores familiares se confrontam com informações duvidosas, distorcidas e contraditórias dos meios de comunicação, dando aberturas para atitudes de desafio e

autoafirmação dos jovens, algumas vezes resultando em gravidez indesejada” Lima B. et al. (2018, p 39).

Além de os pais não oferecerem as devidas informações sobre o assunto, até por acreditarem ser essa uma tarefa da escola e/ou dos serviços de saúde, muitas vezes elementos culturais, como casos de gravidez em outras mulheres adolescentes da família, influenciam fortemente, o comportamento dos jovens, comprometendo o exercício saudável da sexualidade Peres, Heilborn, (2019, p 67).

Lima, et al. (2018, p 32), apontam outros factores familiares que podem contribuir para a gravidez na adolescência. Famílias desestruturadas pelo desemprego, falta de condições sócio-económico e cultural, falta de amor e diálogo, excesso de conflitos interpessoais e o uso de drogas lícitas e ilícitas.

#### • **Escola**

A escola é tida como um factor protector no que tange ao problema gravidez na adolescência, assim o sistema educacional brasileiro deve estar alerta aos altos índices de adolescentes fora da escola que engravidam por falta de informações Costa & Hardy (2019, p 65). As meninas que apresentam baixa escolaridade têm piores perspectivas de futuro, dessa maneira, a gravidez se torna um meio para ser alguém na vida, ou pelo menos ser mãe, exercendo um papel de responsabilidade na sociedade Bruno, (2021, p 34).

#### • **Equipa de Saúde**

“A educação sexual deve ser provida antes da iniciação sexual da adolescente, devendo os envolvidos na tarefa estar convencidos de que a educação sexual não incentiva a prática sexual e sim, torna-a consciente”. As falhas no fornecimento de informações e programas voltados aos adolescentes quanto à sexualidade, reprodução e métodos contraceptivos pelas equipas de saúde contribuem para que, este grupo busque informações com amigos, internet, etc., muitas das vezes apreendem e disseminam informações inadequadas, que juntos ao pensamento “mágico” característico da adolescência e da sua imaturidade possam condicionar riscos acrescidos, como a gravidez precoce Bruno, (2021, p 34).

- **Violência sexual**

Lima, et al. (2018, p 32), relatam que a violência sexual ou constrangimento, resultantes de estupro, contribuem para um número significativo de casos de gravidez na adolescência.

- **Uso de preservativo**

O não uso do preservativo, devido a disposição social para usá-lo naquele momento ou não tê-lo consigo, ou falta de acesso a ele nas unidades básicas de saúde, também é um factor fortemente associado à gravidez precoce. Além da gravidez não planeada, outro problema é a contaminação com as doenças sexualmente transmissíveis, em especial, a SIDA (Fusco, 2017).

- **Aspectos socioeconómicos**

Apesar de a gestação precoce estar presente em todas as classes sociais o que se observa em vários estudos, é o auto índice de gravidez na adolescência nas camadas sociais com menor poder aquisitivo, estando esta intimamente ligada à pobreza. A falta de um projecto de vida, de oportunidade para continuar os estudo e conseguir um bom emprego, para muitas meninas a maternidade é vista como um “passaporte”, uma alternativa para a suas vidas Costa & Hardy (2019, p 69).

- **Pensamento mágico**

O “pensamento mágico” é próprio do adolescente. Ele acredita que nada de ruim pode lhe acontecer, inclusive a gravidez, mesmo apresentando vida sexual activa e conhecendo o método anticonceptivo, não o usam devido ao pensamento mágico, sendo muitas vezes surpreendidas quando a gravidez é confirmada, Peres, Heilborn, (2019, p 99).

## **1.5. Consequências da gravidez na adolescência**

Segundo o Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente, “as consequências terão maior ou menor gravidade de acordo com a idade, paridade, adesão ao pré-natal, ganho ponderal e factores socioeconómicos e culturais”. Bayley, et al (2021, p 78), afirmam que existe diferença entre as meninas da classe social alta e baixo quanto ao quesito gravidez na adolescência.

Para as adolescentes que possuem condições financeiras melhores, a gestação é um empecilho para seu futuro, enquanto que para as adolescentes mais pobres a adolescência é o único futuro. A maternidade na adolescência tem um impacto negativo nas condições físicas, emocionais e econômicas das adolescentes, afetando completamente seu modo de vida trazendo grandes repercussões no contexto social e de saúde pública (Fusco, 2017).

#### • Consequências biológicas

Como consequências biológicas relacionadas à gravidez precoce, a mãe poderá apresentar anemia, principalmente se possuir baixa renda, facto ligado directamente a má alimentação e maior incidência de verminoses, menor ganho de peso, hipertensão arterial, doenças sexualmente transmissíveis, maior risco de desenvolver doenças e morte durante o parto e puerpério, abortos e partos prematuros Bayley, et al (2021, p 28).

Má formação fetal, crescimento fetal alterado, desproporção feto-pélvico, hemorragia feto materna, problemas com a cavidade amniótica, recém-nascido com baixo peso, infecção puerperal, dentre outras, sendo que, as implicações obstétricas normalmente estão relacionadas à imaturidade física das futuras mães adolescentes Costa & Hardy (2019, p 175).

“Dentre as principais causas de óbito por complicações da gravidez, parto e puerpério, destacam-se os estados hipertensivos, as infecções puerperais, as hemorragias e os abortos, principalmente nas adolescentes que não foram assistidas no pré-natal” (Fusco, 2017).

A morbimortalidade infantil ainda é elevada em países em desenvolvimento, principalmente entre os filhos de mães adolescentes. Devido ao baixo poder aquisitivo e acesso restrito aos recursos de saúde, as adolescentes grávidas não recebem o apoio necessário para acompanhar a gestação nem orientação quanto aos cuidados básicos a fim de garantir o bem estar da criança. Assim, deixa-se de salientar, por exemplo, a importância da amamentação, e conseqüentemente, podese observar maior mortalidade infantil, principalmente por doenças gastrintestinais e respiratórias (Fusco, 2017).

Ainda no que diz respeito à saúde do recém-nascido, a gestação na adolescência encontra-se associada à prematuridade, baixo peso ao nascer, morte perinatal, epilepsia, deficiência mental, transtornos do desenvolvimento, déficit de aprendizagem, cegueira, surdez, aborto natural, morte na infância. Queiroz, (2021, p 38).

Para (Fusco, 2017), a prematuridade do recém-nascido trás maiores risco para adaptação a vida extra-uterina: “além de uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de doenças. Os riscos da gestação na adolescência ainda estão associados à baixa adesão ao atendimento pré-natal demonstrado pelas adolescentes. Cabe ressaltar que o acompanhamento pré-natal tem efeito protector sobre a saúde da gestante e do recém-nascido, uma vez que contribui para uma menor incidência de mortalidade materna, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal.”

#### • **Consequências sociais e psicológicas**

A gravidez na adolescência além das consequências biológicas para a mãe e para o bebê, traz consequências sociais e psicológicas como relatado por vários autores. Queiroz et al, (2021, p 75). “aborda algumas consequências psicossociais da gravidez na adolescência. São elas: limitação de oportunidades vocacionais, estudo interrompido, persistência na pobreza, separação dos pais do bebê e repetição da gravidez”. O Protocolo de Saúde do Adolescente abrange algumas consequências sociais e psicológicas a mais, que podem ser encontradas em decorrência de gestações não planejadas:

- Ocorrência de abortos provocados,
- Dependência financeira dos adultos,
- Abandono ou interrupção dos estudos,
- Dificuldade de retorno à escola,
- Profissionalização deficiente e dificuldade de inserção no mercado de trabalho com manutenção do ciclo de pobreza,
- Falta de apoio e/ou isolamento social e familiar,
- Maior risco de separação conjugal,
- Ausência do pai durante a gestação e a vida da criança,
- Sentimento de insegurança,

- Maior risco de depressão e suicídio e maior risco de exploração sexual (Tarducci, 2017).

Muitas adolescentes ao engravidarem abandonam a escola, muitas vezes por vergonha dos colegas ou dos professores e outras vezes porque sofrem com as acusações dos pais dos alunos, dizendo que as mesmas são um mau exemplo para seus filhos, assim a escola deixa de funcionar como factor protector numa segunda gravidez, que muitas vezes acontecem dois a três anos após a primeira gravidez (Tarducci, 2017).

A evasão escolar ou o rendimento escolar diminuído daquelas adolescentes que não pararam de estudar podem ser as consequências mais preocupantes citadas por todos os autores, pois a falta de formação profissional conduz a falta de emprego ou a empregos informais, perpetuando o ciclo de pobreza que é tido como uma das principais causas que leva as adolescentes a engravidarem, além de permanecerem dependentes financeiramente dos pais, muitas vezes sofrendo abuso familiar tanto à mãe quanto à criança (Fusco, 2017).

“A percepção mais difundida é a de que as jovens interrompem sua trajectória profissional e escolar para se dedicarem a um filho, sendo a gravidez, nessa época, considerada um retrocesso, tanto na vida dessas mães quanto do ponto de vista social” Queiroz, (2021, p 55).

Além disso, tem-se observado que muitas adolescentes grávidas optam por isolar-se do convívio da sociedade e do seu ciclo de amizades (Tarducci, 2017), podendo agravar condições de vida, quando leva ao aumento do número de gravidez, de abortamento, do consumo de cigarros e drogas ilícitas.

A gravidez na adolescência, desejada ou não, provoca muitos empecilhos no ambiente pessoal, familiar e social, interrompendo por vezes o processo de desenvolvimento da adolescência, fazendo com que as responsabilidades e os papéis da vida adulta sejam desempenhados antes do tempo Costa & Hardy (2019, p 225).

Psicologicamente a gravidez é vivida como um período de muitas perdas como da confiança da família, expectativas para o futuro devido o abandono da escola, abandono do namorado por não aceitar a gestação e ao mesmo tempo a gravidez é

vivida como um período de ganho de responsabilidade que a adolescente ainda não está preparada para assumir, muitas vezes gerando problemas psicológicos como a baixa autoestima, vivência de alto nível de estresse, sintomas depressivos nos casos em que a gravidez foi indesejada Costa & Hardy (2019, p 64).

## **1.6. Consequências do aborto provocado**

O aborto provocado é a interrupção intencional da gravidez, resultando na morte do nascente. É uma prática clandestina por excelência e carrega a marca da reprovação. Às vezes, pretende-se justificar o aborto como a única saída para situações angustiantes que uma gravidez não desejada pode trazer. No entanto, a pior angústia vem depois do aborto, Bayley, (2021, p 28).

### **1.6.1. As consequências físicas, psicológicas e sociais do aborto**

Pode-se constatar que, originadas sob inspiração cristã, as legislações contrárias ao abortamento sempre contaram com o apoio de diferentes igrejas, que se opuseram tenazmente a todas as tentativas de legalizá-lo. Bruno, (2021, p 34).

De acordo Queiroz, (2021, p 35). A vasta transformação das idéias e dos costumes que se operou na segunda metade do século XX em grande parte do mundo, principalmente o industrializado, levou à novas posturas, baseadas no entendimento de que a mulher tem o direito de controlar o próprio corpo e, portanto, deveria ser livre para decidir a interrupção da gravidez. E o direito ao corpo do bebê, a mãe teria?

O direito à vida é inviolável e inalienável. A mãe é guardiã da vida e não proprietária absoluta da mesma. Será observado que, em mulheres suscetíveis, a interrupção da gravidez pode precipitar uma reação psiconeurótica ou mesmo psicótica. Alguns psiquiatras afirmam que cada aborto é uma experiência carregada de riscos sérios para a saúde mental. Bezerra, (2021, p 43).

### **1.6.2. A Síndrome Pós-Aborto (SPA)**

Recentemente, terapeutas têm observado pavores irracionais e depressões ligadas às experiências abortivas, e rotularam o problema como “Síndrome Pós-Aborto”. O aborto é, antes de tudo, um procedimento físico, o qual produz um choque no sistema nervoso e que deve provocar um impacto na personalidade da mulher, uma

vez que somos um todo, cujas partes não existem separadas, mas integradas: corpo e psiquismo. Além das dimensões psicológicas, cada mulher que se submeteu a um aborto deve encarar a morte de seu filho que não nasceu como uma realidade social, emocional, intelectual e espiritual. Lima, et al. (2018, p 32).

Alguns terapeutas trabalharam com mulheres que tentaram ignorar os efeitos do aborto, e acreditam que quanto maior a rejeição, maior a dor e a dificuldade quando a mulher resolve finalmente enfrentar a realidade da experiência abortiva.

Admite-se que, mesmo mulheres lesadas pelas suas experiências abortivas, podem, de boa fé, alegar não terem sofrido reacções adversas já que os sentimentos foram reprimidos, não havendo noção consciente dos mesmos. Além disso, nessa perspectiva, quanto maior a repressão, maior a rejeição e maior pode ser o dano à personalidade da mulher. Lima, et al. (2018, p 27).

Os defensores do aborto advogam que somente as mulheres com problemas psicológicos anteriores têm dificuldade em suportar as experiências abortivas. As próprias mulheres discordam dessa proposição. Contudo, pode ser verdade que mulheres com problemas prévios sejam mais susceptíveis às reacções mais graves. Quais são os problemas que uma mulher que provocou um aborto deve encarar? Principalmente, a necessidade de enfrentar a realidade sobre o acto de provocar um aborto Bezerra, Queiroz, (2021, p 49).

A verdade é que, quando uma mulher aceita submeter-se a um aborto, ela concorda em assistir a execução de seu próprio filho. Isso também vai contra a realidade biológica da mulher, que é plasmada precisamente para cuidar e nutrir o seu filho ainda não nascido. O aborto é tão contrário à ordem natural das coisas que, automaticamente, induz uma sensação de culpa. Peres, (2019, p 38).

Defensores da prática do aborto sustentam que se uma mulher se sente culpada é porque alguém “colocou a culpa nela”. Ao contrário, as mulheres pertencentes ao movimento de Mulheres Vitimadas pelo Aborto relatam que a culpa se manifestou e cresceu com a própria experiência abortiva; foi parte da reacção própria ao aborto e não infundida nelas por outras pessoas; Pereira, et al. (2016. P 137).

A maioria das mulheres que se submeteram a abortos teria preferido outra solução para o problema. O aborto não é definitivamente uma solução fácil de um grave problema, mas um ato agressivo que terá repercussões na vida da mulher e é nesse sentido que ela é vítima do seu próprio aborto. Heilborn, (2019, p 65).

### **1.6.3. Consequências físicas e psicológicas do aborto**

Segundo Pereira, et al. (2016. P 139). Basicamente, três tipos de fenômenos psíquicos podem ocorrer nas mulheres ao fazer aborto:

- Sentimentos de remorso e culpa;
- Oscilações de ânimo e depressões;
- Choro imotivado, medos e pesadelos.

Quanto ao sentimento de culpa, já tentaram atribuí-lo à crenças religiosas. Certamente, há sentimentos de culpabilidade originados por convicções religiosas, mas a maior parte destes sentimentos posteriores ao aborto tem muito pouco que a ver com a crença religiosa. O aborto viola algo de muito profundo na natureza da mulher. Peres, Heilborn, (2019, p 67).

Ela é naturalmente a origem da vida e é normal que a mulher grávida esteja consciente de que cresce uma criança dentro dela. A mulher que aborta voluntariamente sabe que matou o seu filho. Podem surgir neste contexto sentimentos de auto-defesa: *“ainda não estava formado”*; *“eu não tinha condições de educar como eu deveria”*; *“nasceria para sofrer”*, etc”. Peres, (2019, p 87).

A maioria das mulheres pratica o aborto em uma situação desesperadora de medo ou insegurança. Por mais liberta que a mulher esteja dos padrões morais e religiosos, por mais consciente da impossibilidade de levar a termo sua gestação, por mais indesejada que tenha sido a gravidez, abortar é uma decisão que, na grande maioria das vezes, envolve angústia. Enríquez, (2021, p 20).

Para alguns psiquiatras, cada aborto representa uma experiência carregada de riscos sérios para a saúde mental, devendo ser proibido. Por outro lado, há estudiosos que afirmam que a reação psicológica adversa acarretada pelo aborto provocado é menos grave frente à reação ao nascimento de uma criança indesejada. Mas, como

comprovar essa afirmação? Sabe-se que muitas mães, ao verem seu bebê, passam a acolher, proteger e amar aquele filho. Nieto-Oliver, (2021, p 89).

Outras que resolveram doar seus filhos a alguém se arrependem disso antes mesmo dele nascer ou após seu nascimento. Assim, o que é o natural nas diversas manifestações de vida no planeta é o instinto de sobrevivência que luta para continuar a viver. Creio que uma criança, se pudesse falar, pediria para não ser sacrificada. Enríquez, (2021, p 24).

Algumas até mesmo trocam de lado na rua para não cruzar com uma mãe que venha com um carrinho de bebê em sua direção. A dificuldade em lidar com bebês gera um trauma. Não sem conexão com essa realidade, 45% dos abortos são reincidências. A possibilidade de interromper outras gestações se torna quatro vezes maior do que na primeira. Nieto-Oliver (2021 p 67).

- Queda na auto-estima pessoal pela destruição do
- próprio filho;
- Frigidez (perda do desejo sexual);
- Aversão ao marido ou ao amante;
- Culpabilidade ou frustração de seu instinto materno;
- Desordens nervosas, insônia, neuroses diversas;
- Doenças psicossomáticas;
- Depressões;
- Consequências psicológicas nos demais membros da família:
- Problemas imediatos com os demais filhos, tais como: agressividade dos filhos e medo destes de que os pais se separem; sensação de que a mãe somente pensa em si (insegurança e desconfiança do amor gratuito da mãe).
- Consequências psicológicas sobre o pessoal médico envolvido:
- Estados patológicos que se manifestam em diversas formas de angústia, sentimento de culpa, depressão, tanto nos médicos quanto no pessoal auxiliar, por causa da violência contra a consciência;
- Os abortos desmoralizam profissionalmente o pessoal médico envolvido, porque a profissão do médico é a de salvar a vida, não a de destruí-la.
- Consequências sociais do aborto
- O relacionamento interpessoal entre os esposos ou futuros esposos, frequentemente, fica comprometido depois do aborto provocado;

- Antes do matrimônio: muitos jovens perdem a estima pela jovem que abortou, diminuindo a possibilidade de casamento;
- Depois do casamento: hostilidade do marido contra a mulher, se não foi consultado sobre o aborto; hostilidade da mulher contra o marido se foi obrigada a abortar. Culpabilização mútua também pode ocorrer;
- Perigo de filhos prematuros e excepcionais, com todos os problemas que isso representa para a família e a sociedade;

Numa perspectiva espiritual, temos consciência de que recebemos do Criador de forma gratuita e amorosa o dom precioso vida. Portanto, viver é condição para usufruir do amor humano e divino. A vida é a oportunidade única e irrepetível para cada pessoa que é sabiamente tecida no ventre materno e destinada à usufruir e participar ativamente da felicidade de amar e ser amado. No seu desígnio amoroso, o Pai tudo fará para que seus filhos resgatados da sombra da morte por Seu Filho unigênito conheçam, experimentem e escolham livremente esse Amor que reconstrói e cura todas as feridas humanas Correia, (2018, p 65).

Interromper a vida é, portanto, contrariar um desígnio divino de felicidade para a humanidade e para cada ser humano. Justificar essa interrupção por causa de circunstâncias desafiantes de qualquer natureza é reduzir nossa capacidade de intervir na realidade e de construir as condições adequadas para acolher a vida nascente e favorecer em tudo que ela se desenvolva e se realize. Pontes, (2018, p 90).

Embora este assunto seja tratado como uma questão de saúde da mulher, existe um silêncio mortal sobre quais são as consequências do aborto. Entre os problemas espirituais, morais e sociais, os problemas físicos e psicológicos são evidentes. Uma leitura sugerida para entender bem quais são as consequências do aborto, sua história e propósito, além dos grupos interessados em sua legalização, é Precisamos Falar Sobre Aborto: Mitos e Verdades. Cavalcante, (2018, p 90).

A ênfase, entretanto, será dada sobre a saúde da mulher, física e mental. O conjunto de problemas que será apresentado deve ser considerado por todos aqueles que reflectem sobre a legalização do aborto, pelas mulheres que pensam em abortar

caso engravidem de forma indesejada, e especialmente por aquelas que já são mães de filhos nascidos ou não-nascidos. Egito, (2018, p 97).

As consequências que serão descritas reflectem a situação de abortos provocados e não dos abortos espontâneos. Estes últimos acontecem sem a intenção da mãe por complicações do organismo, doenças, impactos e outras complicações. São casos menos preocupantes, mas é necessário ter avaliação do obstetra, que é o médico que acompanha a gestação da mulher, a fim de garantir a segurança, bem-estar e saúde da mãe e do bebé. Egito, (2018, p 98).

Ele avaliará se o aborto espontâneo deixou focos de sangramento, infecções, malformações e assegurará a limpeza do útero retirando os tecidos de um aborto incompleto. O aborto provocado, por outro lado, vem acompanhado de uma triste série de problemas. Egito, (2018, p 98),

#### **1.6.4. Efeitos colaterais do aborto na mulher**

Os efeitos colaterais físicos do aborto podem ser:

- Perfuração do útero, se o aborto for realizado pelo método de sucção;
- Ruptura do colo uterino;
- Histerectomia, que é a remoção do útero devido a complicações severas;
- Hemorragia uterina, também causada por pílulas abortivas;
- Inflamação pélvica;
- Infertilidade;
- Gravidez ectópica, na qual o óvulo é fertilizado fora do útero, como nas tubas uterinas, por exemplo;
- Parto futuro prematuro;
- Infecção por curetagem mal feita;
- Aborto incompleto, quando os restos da placenta podem não ser completamente removidos do útero, o que pode levar a infecções graves;
- Comportamento autopunitivo;
- Transtorno alimentar;
- Embolia pulmonar;

- Insuficiência cardíaca.

Como o aborto é um procedimento invasivo, ocorre uma baixa em todo o estado de saúde da mulher, uma vez que o sistema imunológico também é afectado. Esta lista de complicações tende a aumentar com o tempo de gravidez, porque quanto mais desenvolvido o bebé estiver, piores serão as consequências para a mulher. Alguns métodos específicos aumentam as consequências do aborto. Por exemplo, 20 a 30% dos abortos realizados por sucção ou dilatação fetal e curetagem (DC) reduzem a fertilidade e a reprodução da mulher; Maia, (2018, p 101).

Nos EUA, o segundo maior risco de fatalidade uma vez envolveu o aborto salino. As mulheres morriam porque uma forte solução salina era introduzida no útero. Desta forma, a criança era queimada viva para depois ser extraída, mas muitas vezes a mãe morria junto com ela. Outro factor frequente de mortes maternas envolve a anestesia mal administrada e reações de rejeição do corpo, devido a alergias ou doses equivocadas. Após o procedimento de aborto, a busca por consultas médicas por causas físicas aumenta em 80%. Maia, (2018, p 104).

#### **1.6.5. Aborto provocado e gestações futuras**

As consequências físicas do aborto também prejudicam as futuras gestações. Supondo que uma mulher tenha abortado por causa de uma gravidez não desejada, quando ela realmente desejar ter um filho, poderá enfrentar problemas, reflexos do passado. Por causa do aborto provocado, o risco de abortos espontâneos nas próximas gestações será dez vezes maior. Os futuros filhos das mulheres que fizeram abortos também correm maior risco de nascerem com deficiência por causa dos danos cervicais uterinos. Pontes, (2018, p 65).

#### **1.6. Síndrome pós-aborto**

40% dos casos de aborto levam à depressão. A síndrome pós-aborto é análoga à síndrome do estresse pós-traumático, como aquela vivida pelos soldados que retornaram da guerra do Vietnã. O conjunto de consequências envolve depressão, ansiedade, enjoo, culpa, pesadelos e baixa autoestima. É muito difícil assistir à execução do próprio filho dentro de si, matá-lo sem que ele sequer tenha nascido. A contrariedade natural e biológica causada pelo aborto é algo que permanece na consciência.

As mães que pertencem ao Movimento de Mulheres Vitimadas pelo Aborto relatam que a culpa se manifestou e cresceu com a própria experiência abortiva; parte da reação própria ao aborto e não algo infundido nelas por outras pessoas. O aumento do número de consultas por razões psicológicas aumenta em 180%. Nos consultórios, observou-se que as mulheres apresentaram mais dificuldades.

- 79% de culpabilidade e incapacidade de perdoar a si mesmas;
- 63% de aumento do medo em relação à próxima gravidez;
- 55% informaram pesadelos relacionados com o aborto;
- 49% têm dificuldade em permanecer na presença de bebês;
- 67% relataram-se emocionalmente sobrecarregadas;
- 2x mais propensão ao abuso de álcool; □ 5x mais propensão ao uso de drogas ilícitas;
- 10x mais propensão ao uso de cânabís (liamba).

As consequências do aborto induzido também estão relacionadas ao suicídio. 60% das mulheres que abortam têm pensamentos suicidas e 28% das que abortaram duas ou mais vezes realmente tentam o suicídio. De acordo com um estudo realizado pela *Bowling Green State University, Aborto y salud mental: Síntesis cuantitativa y análisis de investigaciones*, o risco de abuso no consumo de cânabís ou liamba aumenta 200%; de álcool, 110%; de depressão, 37%; problemas de ansiedade, 34% e suicídio, 42%. Os resultados foram apresentados pelo professor de psicologia da Universidade de Otago, David M. Ferguson. E os efeitos psicológicos estendem-se à família e aos médicos e enfermeiros envolvidos.

## **1.7. O que realmente pode ser considerada família**

### **• Os terceiros**

A equipa médica envolvida com o aborto também enfrenta problemas. A cena de crianças sendo retiradas em pedaços do útero deixa sua marca. Os profissionais de saúde envolvidos relatam pesadelos recorrentes, pensamentos obsessivos sobre o aborto, depressão, angústia, fadiga física, baixa autoestima, crise de identidade, sentimento de culpa, resistência para ir ao trabalho, sentimento de desassossego e fixação em imagens relacionadas ao aborto.

Os problemas descritos são mais intensos em profissionais que realizaram procedimentos abortivos contra sua própria consciência, por imposição dos hospitais

e pressão social. O aborto também apresenta um efeito desmoralizante, pois o médico se vê contrariando o que deveria fazer: salvar vidas, não assassiná-las.

Abaixo, um exemplo de um relato de uma enfermeira:

*“Sonho com fetos, com todos que trabalham comigo: sonho com abortos, um atrás do outro, baldes cheios de sangue salpicados pelas paredes, árvores repletas de fetos rastejando. ‘Façamos um aborto!’, diziam com uma lascívia nauseabunda. Comecei a gritar, estava submergida em uma visão de soluções de dores fustigantes, de ser estendida e desmembrada por uma série de instrumentos que cumprem a função para que foram feitos. Despertei quase sem poder respirar e imaginei mesas de cozinha, agulhas de tecer manchadas de sangue e as mulheres que em solidariedade apertavam almofadas em suas bocas para evitar que seus gritos passassem pelas paredes de seus departamentos”. Pereira, et al. (2016. p 1176.).*

Finalmente, uma das principais doenças directamente ligadas ao aborto que, curiosamente, nem sequer é mencionada. O aborto está directamente ligado ao câncer de mama.

Segundo Pereira, et al. (2016. p 169), “Outubro Rosa” é uma campanha comum que tem como objectivo prevenir o câncer de mama. Muitas pessoas aderem e se solidarizam com as mulheres que passam por isso. A contradição, entretanto, é que uma das principais causas deste problema é o aborto e não se fala sobre isso.

Os primeiros estudos científicos que mostraram o aborto induzido como um factor de aumento de risco para o câncer de mama foram realizados em 1957. São décadas de estudos, registos e pesquisas. Estudos feitos no mundo inteiro nos últimos 10 a 15 anos têm comprovado a consistência desta relação. Propositamente, os tradicionais veículos de comunicação e as grandes organizações que têm entre seus clientes, investidores e financiadores, grandes fundações e empresas ligadas à indústria bilionária do aborto, ignoram o facto.

## **1.8. A relação do câncer de mama ao aborto provocado**

Em setembro de 1997, uma abortista renomada, Janet Daling, disse ao *Los Angeles Daily News*:

“Tenho três irmãs com câncer de mama, e eu abomino as pessoas que bagunçam dados científicos para apoiar sua própria agenda, seja favorável ou não ao aborto. Eu adoraria

não ter encontrado qualquer associação entre o câncer de mama e o aborto, mas nossa pesquisa é sólida como rocha e nossos dados são precisos”.

Um estudo feito no Irã, com outros realizados nos Estados Unidos, China e Turquia; demonstra que o aborto é uma das principais causa do câncer de mama.

Em 2007, Patrick Carroll do PAPRI (*Pension and Population Research Institute*) em Londres intitulado “A Epidemia do Câncer de Mama” também demonstrou que o aborto é a principal causa desta enfermidade. O aborto provocado duplica a possibilidade do câncer de mama; Pereira, V.N. et al. (2016. p 167).

Uma mulher com menos de 32 anos que aborta na primeira gravidez tem 140% a mais de possibilidade de desenvolver câncer de mama, em relação a que não fez aborto. A Dra. Angela Lanfranchi, entre as principais especialistas em câncer de mama nos Estados Unidos, conduziu uma revisão sistemática em 28 estudos epidemiológicos publicados em todo o mundo abordando o tema.

O Life Site News analisou 14 estudos científicos sobre o assunto e descobriu que, na média geral, os estudos apontam que a experiência do aborto pode aumentar em 439% o risco de câncer de mama. Egito, (2018, p 76).

Outra meta-análise foi feita pelo Dr. Yubei Huang. Foram avaliadas 36 pesquisas científicas sobre a relação entre câncer de mama e aborto na China. Os resultados foram publicados na revista *Cancer Causes and Control*.

Os resultados foram:

- Consequência de um aborto: 44% de chance de desenvolver câncer de mama;
- Dois abortos: 76% de chance;
- Três abortos ou mais: 89% de chance.

De acordo (Critelli, 2016) no Reino Unido, somente em 2015, de acordo com dados governamentais, 38% dos abortos foram feitos em mulheres que já tinham feito um aborto antes. Nos Estados Unidos, em média 40% dos abortos por ano são feitos por mulheres que já fizeram 1 ou 2 abortos em sua vida. Na Rússia, o número médio de abortos por mulher varia de 7 a 8. Todas estas mulheres estão dispostas ao câncer, conscientemente ou não. Em 2007, outro estudo abrangente foi publicado. Os

registros oficiais de casos de câncer de mama em nove países da Europa foram analisados:

- Dinamarca.
- Escócia;
- Finlândia;
- Gales;
- Inglaterra;
- Irlanda do Norte;
- República Checa; □ República da Irlanda;
- Suécia.

O estudo apresenta um gráfico apontando a correlação entre a incidência de câncer de mama e o aumento dos índices de aborto por cada 1.000 mulheres, com os dados da Inglaterra e País de Gales, no período de 1998 a 2004. O crescimento dos casos de aborto e câncer de mama tiveram um comportamento extremamente semelhante.

#### **1.8.1. Câncer de mama é uma possível consequência do aborto**

O aborto interrompe a vida da criança e todos os processos que estavam acontecendo no corpo da mãe. Na gravidez, o corpo inicia uma completa modificação hormonal para que o ambiente seja propício ao desenvolvimento da criança. Pereira, et al. (2016. p 139). No processo de maturação das mamas, inerente à gestação, aumentam-se os níveis de estrogênio que, juntamente com outros hormônios, prepara o corpo da mulher para a amamentação.

Lóbulos, aglomerados de tecidos mamários, são desenvolvidos no seio e passam por um processo de maturação. Eles desenvolvem-se do seu estado básico, menos estáveis (lóbulos tipo 1 ou tipo 2) até os estados mais maduros, que são mais estáveis (lóbulos tipo 3 e tipo 4). Os mais maduros são significativamente menos propensos a serem a causa de quaisquer problemas. Egito, (2018, p 78).

O problema é que o aborto interrompe de forma inesperada todo o processo da gravidez. Logo, o desenvolvimento dos lóbulos também é interrompido, desestabilizando este processo hormonal e celular. Após a 32ª semana de gestação, os lóbulos se desenvolveram até o tipo 4, já são capazes de produzir leite e seu estágio de maturação protege a mulher contra o câncer de mama; (Chumpitaz, 2020).

Com o nascimento, os lóbulos tipo 4 passam por um processo de retorno ao tipo 3, mantendo as alterações epigenéticas que protegem a mulher contra o desenvolvimento de câncer de mama. O desenvolvimento do câncer está ligado aos lóbulos de tipo 1 e 2, ainda em um estágio instável. E este não é o único problema. Mulheres com histórico de um aborto enfrentam 2,3 maiores riscos de ter câncer de colo de útero, em comparação com mulheres sem histórico de aborto. Mulheres com dois ou mais abortos enfrentam um risco 4,92 vezes maior.

Outros tipos de câncer também têm um risco maior de desenvolvimento após abortos simples ou múltiplos, como por exemplo o de ovário, cervical e de fígado. Paradoxalmente ou não, o que pode ajudar a prevenir esses tipos de câncer é, justamente, ter o bebê.

### **1.9. Aborto provocado**

O aborto provocado é um tema bastante polêmico e estigmatizado, sendo alvo de muitas críticas e discussões principalmente no que se refere aos seus aspectos legais, bioéticos e religiosos. O presente estudo, embora considere tais aspectos, não tem o intuito de aprofundar essa discussão; (Chumpitaz, 2020).

A proposta deste trabalho consiste em desenvolver reflexões acerca do aborto provocado, sob uma óptica distinta daquelas sob as quais comumente esse fenômeno é interpretado. Neste estudo, o aborto provocado é considerado uma prática real e frequente na vida de muitas mulheres, repercutindo, inevitavelmente, na sua dimensão existencial e psicossocial, de forma única e singular, (Critelli, 2016).

Partindo de uma perspectiva fenomenológico-existencial, buscamos ouvir o que as mulheres autoras do aborto tinham a dizer a respeito de sua experiência, de como se sentiram, de como se encontravam as suas existências naquele momento e quais implicações essa escolha tem e teve para as suas vidas, considerando o contexto psicossocial, cultural e histórico em que vivem. Garcia (2017, p 875).

A perspectiva fenomenológico-existencial é uma reflexão sobre o modo humano de ser-no-mundo, buscando compreender os significados que o homem atribui ao mundo e o sentido que um fenômeno tem para determinada pessoa. A fenomenologia pensa o homem em sua quotidianidade e historicidade e no eterno movimento de vir-

a-ser, isto é, ele está em constante mudança e qualquer saber ao seu respeito somente pode ser relativo e provisório (Critelli, 2016).

Na maioria dos países em desenvolvimento, o aborto é considerado um grave problema de saúde pública, sendo uma das maiores causas de morte materna. A grande parte desses abortos é realizada de forma insegura, devido às legislações punitivas de alguns países, principalmente na América Latina (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2001), Garcia (2017, p 875).

Em Angola, como em todo o mundo, o aborto provocado, além da questão legal, é perpassado por factores morais e religiosos, tornando a discussão do tema bastante delicada e complexa. Acima de tudo, ainda está arraigado em nossa cultura o papel da mulher como mãe. Essa visão é partilhada também por Pedrosa & Garcia, (2017, p 56), que consideram que a sociedade atribui à mulher a maternidade como destino.

Culturalmente, a maternidade é considerada inerente à mulher, é a sua condição, criando-se, assim, a ideia da mãe boa e perfeita, aquela que se sacrifica e ama os filhos instintiva e incondicionalmente. Segundo Trindade & Enumo (2022, p 675), culturalmente é como se a mulher já nascesse preparada para ser mãe; no entanto, alguns autores como (Ariés 2019) & (Badinter 2019) mostram que o cuidado materno é uma construção social advinda de mudanças históricas, políticas e económicas. A mulher biologicamente nasce preparada para gerar e parir uma criança, mas não necessariamente para amá-la, cuidar dela e a proteger.

Nesse sentido, ir contra esse "destino", como é o caso da mulher adolescente que provoca o aborto, é bastante conflituoso. Ela se torna estigmatizada para a sociedade, sendo vista como uma criminosa, uma pecadora e uma pessoa fria e sem sentimentos. Somam-se também a isso o preconceito e a falta de preparo da própria equipa de saúde, a primeira a ter contacto com a mulher adolescente que aborta Costa & Hardy (2019, p 65).

Devido a esse contexto histórico-cultural, na maioria das vezes, as mulheres adolescentes tomam a decisão e passam pelo processo de aborto sozinhas e desamparadas. Algumas pesquisas mostram que o aborto provocado é extremamente difícil e doloroso para a mulher, podendo trazer graves consequências físicas e psicológicas Boemer & Mariutti, (2016, p 776). Segundo Pedrosa e Garcia (2017, p 875), a decisão de realizar um aborto é vivenciada com muita ansiedade e medo, principalmente da reacção da família e do parceiro, do julgamento das pessoas, das possíveis sequelas e até da morte.

Além disso, o estudo favorecerá a discussão acerca da saúde da mulher no contexto da saúde pública, no sentido de pensar-se em melhores estratégias de planeamento familiar. Sobretudo, acrescentará ao campo da Psicologia, principalmente no que se refere à perspectiva fenomenológico-existencial. (Machado, 2017).

A intenção deste estudo não é focalizar o aborto em si, como algo concreto e objectivado, mas lançar um olhar para a história de vida dessas adolescentes, histórias essas singulares, e escutar, como diz Bonaventure (2018, p 13), "o que a vivência do aborto tem a revelar em toda a sua pluralidade de aspectos".

Dessa forma, esta pesquisa pretendeu dar voz adolescentes para que elas pudessem expressar seus significados e sentidos sobre a vivência do aborto. Dar voz, nessa perspectiva, é deixar o ser expressar o seu discurso de forma autêntica, oferecer um espaço para que a pessoa possa efectivamente dizer da sua experiência, proporcionando, assim, um maior desvelamento do fenómeno em questão AmatuZZi, (2018, p 86).

#### **1.10. Decisão sobre a interrupção da gravidez na descoberta da gravidez**

Observa-se que as mulheres, antes de constatarem a gravidez, passaram por um estágio de desconfiança, embasadas pela ocorrência de uma relação sexual desprotegida, seguida de atraso menstrual e mudanças corporais. Essas últimas apresentaram-se como essenciais para as participantes suspeitarem ou mesmo constatarem o estado de gravidez, situação ocorrida, especialmente, pela experiência em gestações anteriores, (Chumpitaz, 2020).

O facto de a maioria das participantes já ter vivenciado anteriormente uma ou mais gestações as levou a ter certeza sobre sua condição diante dos sintomas específicos do período gestatório. Acredita-se que isso ocorreu devido ao estabelecimento de um processo mental capaz de promover comparações entre a situação actual e o passado, permitindo às mulheres resgatarem lembranças de gestações anteriores e as informações adquiridas nestas para confirmarem seus pressentimentos, (Foucault, 2015).

Salienta-se que esse processo mental também se deu entre as primigestas, as quais, em geral, recorreram à vivência de pessoas próximas, objectivando comprovar ou refutar suas interpretações quanto às mudanças já estabelecidas em seus corpos.

De modo geral, a pesquisa aponta que a vivência do aborto está bastante atrelada aos papéis femininos construídos cultural e socialmente. Essa experiência não poderia ser diferente, tendo em vista que esses papéis também constituem as mulheres. Embora a forma como cada uma delas enfrenta o aborto possa ter sido semelhante, suas motivações e seus sentidos revelaram-se singulares, (Machado, 2017).

A pesquisa revela que o aborto é uma das muitas possibilidades que permeiam a existência de uma mulher, mesmo que histórica, cultural e legalmente seja considerado "errado" pela sociedade e pela própria mulher que o realiza. Como diz (Critelli 2016), não pertencemos a nada e a coisa alguma de forma fixa, nós estamos, a partir da nossa afectação, sempre em mudança, (Chumpitaz, 2020).

Então o aborto, enquanto uma possibilidade real e fática na vida das adolescentes, precisa ser encarado para que, ao invés da intolerância, haja uma compreensão e um espaço de acolhimento. Não propomos a aceitação do aborto, mas uma flexibilização dos valores e crenças da sociedade que muitas vezes, de tão rígidos, nos impedem de enxergar e compreender o sofrimento de uma mulher ao tomar essa decisão, (Almeida & Bandeira, 2014).

O que estamos sugerindo é uma mudança de atitude, uma abertura para o diferente, mesmo que não concordemos com a situação. Tal mudança em relação ao aborto poderá ajudar essas mulheres adolescentes a minimizar o seu sofrimento e até a ressignificá-lo, assumindo de forma mais consciente e responsável a sua escolha. No campo da saúde, cabe uma maior problematização das políticas públicas de atenção ao abortamento, devendo os profissionais assumir uma atitude que é, acima de tudo, ética, (Chumpitaz, 2020).

A prática do aborto voluntário é reconhecida oficialmente como grave problema de saúde pública desde a década de 1990, quando foram realizados, pela Organização das Nações Unidas (ONU), fóruns no intuito de discutir os direitos das mulheres como direitos humanos. Dentre tais eventos, a Conferência Internacional de

População e Desenvolvimento (1994) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (1995), realizadas, respectivamente no Cairo e em Pequim, se destacaram por requererem dos países signatários atenção especial ao aborto, solicitando, inclusive, revisão das leis proibitivas a esse evento. Tal solicitação tinha o propósito de minimizar os agravos à saúde feminina decorrentes da realização desse ato em condições precárias (ONU, 2016).

Embora o Estado angolano tenha participado das referidas conferências, poucos foram os avanços nas questões legais referentes ao aborto voluntário. Entretanto, as restrições jurídicas em torno desse evento não interferem na busca das mulheres por formas clandestinas para interromperem uma gravidez. (Diniz & Medeiros, 2017).

A interrupção gestacional, espontânea ou induzida, em período que não proporcione ao feto condições de sobrevivência extrauterina, é definida como aborto (Delmanto et al., 2016). Cerca de 10 a 15% das gravidezes resultam em aborto espontâneo; contudo, estima-se que outros 10% das situações de abortamentos, que são atendidos pelos serviços de saúde, resultem das mais diversas práticas de interrupção da gravidez (Brasil, 2016), calculando-se 1,4 milhões de abortamentos anuais praticados de forma insegura no país (Mikael-Silva & Martins, 2016), o que configura importante problema de saúde pública por estar entre as principais causas de mortalidade materna (Brasil, 2016).

Dados da *Pesquisa Nacional do Aborto* mostram que 13% das mulheres entre 18 e 39 anos recorreram a alguma prática abortiva alguma vez na vida (Diniz & Medeiros, 2017). Contudo, sabe-se que esses números podem estar subestimados, uma vez que aspectos culturais, religiosos, morais e legais inibem as mulheres a declararem as práticas abortivas com as quais tiveram contacto ao longo da vida (Brasil, 2016).

A maioria dos países desenvolvidos permite a prática do aborto dentro das primeiras 12 semanas de gravidez, por reconhecerem a impossibilidade de desenvolvimento do sistema nervoso central do feto nesse período (Vianna, 2017). Tal legalização foi conquistada com a segunda onda de movimentos feministas, nos anos

sessenta e setenta do século XX, especialmente nos países europeus e em alguns estados norte-americanos (Machado, 2017).

Vale salientar que, nos países que já passaram pelo processo de descriminalização do aborto, não houve aumento nos índices do procedimento (Vianna, 2017). Contudo, em Angola, actualmente, o aborto induzido é criminalizado, sendo permitido legalmente apenas quando a gravidez resulta de estupro, quando a vida da mãe estiver em risco ou quando o feto apresentar anencefalia (Costa & Júnior, 2015).

As dificuldades contemporâneas de descriminalizar o aborto onde ele ainda é considerado ilegal decorrem do crescente movimento fundamentalista neoconservador pró-família, sustentado por discursos movidos por princípios morais e religiosos (Machado, 2017). Na Argentina, a Igreja Católica promove ataques a eventos que possuem como pautas o aborto seguro e outras pertinentes as mulheres, visando a fragilizar o movimento feminista (Tarducci, 2017).

Sempre que há movimento que estimule as discussões em prol da legalização do aborto, crescem as articulações entre forças parlamentares e religiosas com vistas ao clamor social para compor a oposição, pois, em sua narrativa, defendem que se o zigoto e o embrião derivam de matéria humana, eles precisam ser compreendidos como “pessoa” e como “sujeito pleno de direitos”, sobressaindo o direito do conceito ao das mulheres e assim inviabilizando o direito pleno das mulheres de decidirem sobre seus corpos. Desta forma, a defesa em prol do Estado Laico é uma importante bandeira feminista na luta pela descriminalização do aborto (Machado, 2017).

Desdobramentos acerca do aborto são problematizados desde o início da década de 1980 nos Estados Unidos da América (EUA), levando-nos a pensar além do direito do conceito ou das mulheres envolvidos nas questões morais, isto é, coloca-se as questões económicas em evidência. Se é de direito realizar a interrupção da gravidez, os sistemas de saúde devem garanti-la, e, considerando-se o contexto dos EUA, onde a saúde é custeada pelo cidadão, como ficariam as mulheres que não possuem dinheiro ou acesso a tais sistemas? Se não há financiamento por parte do Estado, também não há compromisso moral em sustentar tal financiamento (Sher, 2019).

As questões morais relacionadas à escolha pessoal de realizar ou não um aborto são influenciadas por diversas motivações como: as percepções da mulher sobre a maternidade e as condições emocionais para gerar e manter um filho com qualidade de vida. A interrupção da gravidez pode ser considerada uma decisão de carácter moral, porém o direito de realizá-la faz parte de condições básicas de autonomia sobre o próprio corpo, algo a ser priorizado no exercício da democracia. Nesse sentido, a discussão dessas pautas coloca a sociedade diante da desnaturalização dos mecanismos de controlo e das hierarquias de dominação, instigando reflexões e deslocamentos no que temos por padrões de normalidade nas esferas de gênero, sexualidade e reprodução (Almeida & Bandeira, 2014).

Responsável por ditar normas de comportamento e planeamento de vida, o dispositivo da maternidade intensifica a execução de técnicas de controlo sobre o corpo e sexualidade feminina, criando um contexto no qual questionar o papel social designado às mulheres as torna menos cidadãs (Biroli, 2014).

As produções científicas sobre o tema envolvem aspectos relacionados à legalização do aborto (Almeida & Bandeira, 2014), à percepção dos profissionais de saúde e assistência prestada diante de casos de abortamento (Lemos & Russo, 2014), reflexões sobre a discriminação e os estigmas arraigados a esse tema (Rabay & Soares, 2018).

Nesse sentido, essa pesquisa torna-se relevante por dar voz às mulheres adolescentes que passaram pela experiência de provocar o aborto, já que foram localizadas poucas publicações trazendo a perspectiva das adolescentes que praticaram aborto. Além disso, utilizar o referencial foucaultiano permitirá problematizar o tema no espaço da saúde, da educação formativa, bem como social. (Rabay & Soares, 2018).

Sabe-se que as estatísticas oficiais relativas a essa prática, em geral, são obtidas por meio do número de internações hospitalares. Essa fonte, porém, não se apresenta fidedigna. Isso porque, ao buscarem por assistência pós-aborto, existe o receio das mulheres de serem presas caso confirmem no ambiente hospitalar a interrupção da gravidez. Ademais, questões de cunho moral e religioso tendem a fazê-las silenciar suas experiências abortivas por medo de julgamentos dos profissionais e, inclusive, das pessoas de seu convívio (Brasil, 2016).

Por tais razões, o itinerário abortivo apresenta-se como um percurso sigiloso, ao qual muitas adolescentes se submetem em busca dos meios para efectivar a decisão de abortar. Segundo Diniz & Medeiros (2017, p 45), entende-se por itinerário abortivo a trajectória percorrida para concretização do aborto, dividida em etapas que se iniciam com a constatação do atraso menstrual e a suspeita da gravidez até os cuidados pós-aborto.

Relativo ao que se pode denominar primeira etapa desse itinerário, é nessa fase que ocorre a descoberta da gravidez e a decisão por interrompê-la, estando tal período permeado de intensa subjectividade, relacionada aos contextos sociais vivenciados por cada mulher. Estudos revelam inúmeros factores predisponentes para as mulheres decidirem pelo aborto, dentre os quais se destacam as dificuldades financeiras, o número de filhos nascidos vivos, o receio de interromper projectos profissionais, um relacionamento amoroso instável e a rejeição da gravidez pelo parceiro (Pereira et al., 2017).

Compreende-se, portanto, ser esse primeiro momento de desconfiança e comprovação do ciclo gestatório um período em que a mulher reflecte sobre suas condições de vida, analisando-as para decidir pôr um fim à gestação, não sendo algo realizado de forma impulsiva como idealizado no senso comum. É importante frisar ser esse processo decisório permeado de dúvidas e temores, principalmente, pelos preceitos religiosos disseminados na sociedade ocidental, os quais recriminam a prática do aborto, considerando-a, segundo Aguirre (2016, p 98), uma desordem moral grave, pois, elimina deliberadamente a vida de um inocente.

Mediante o exposto, conhecer como é vivenciada a decisão abortiva e as interacções estabelecidas pelas mulheres nessa etapa do itinerário do aborto apresenta fundamental relevância para ampliar o conhecimento acerca desse fenómeno. Ao compreender melhor esse contexto, acredita-se ser possível suscitar reflexões entre os profissionais de saúde actuates na área obstétrica, visando à promoção de uma assistência pautada na integralidade, isenta de preconceitos e julgamentos morais. Sendo assim, a presente investigação buscou analisar a vivência de mulheres no processo decisório do aborto provocado; (Carvalho & Paes, 2014).

Para Marcon (2015, p 76), ao suspeitar da gravidez, a mulher estabelece uma consciência acerca da possibilidade de existência real daquela, tornando-se mais alerta às alterações corporais. Nesse sentido, passa a buscar mecanismos de negação dos sintomas ou começa a se preparar para ter suas dúvidas confirmadas, podendo isso ocorrer a partir de conhecimentos adquiridos em experiências pregressas ou realização de exames diagnósticos.

O facto de não se estar em uma relação estável ou não se desejar manter vínculo permanente com o parceiro aparece em diversas falas como motivação para a interrupção da gestação, também associada à condição económica e ao planeamento para o futuro, que seriam impedidos ou dificultados pela presença de um filho. Além disso, a falta de interesse pela maternidade também surgiu nos relatos, embora não tenha sido regra, visto que houve casos de abortos provocados por mulheres que desejavam ter filhos. (Chumpitaz, 2020).

O planeamento familiar e reprodutivo está directamente relacionado às condições financeiras e às relações afectivas, levando mulheres em contextos instáveis e conflituosos a optarem pelo aborto (Carvalho & Paes, 2014). Surgem questões sobre agir de acordo com o que é moralmente correto pela sociedade ou interromper a gestação por estar em condições não compatíveis para o enfrentamento da maternidade (Carvalho; Paes, 2014).

A instabilidade das relações em que as mulheres se encontravam é apontada como um dos aspectos que as direccionou para a decisão de abortar, pela insegurança que sentiam ao se considerarem em contextos insustentáveis para receber um filho (Carvalho; Paes, 2014). O papel do homem é de grande influência na decisão pelo aborto, pois até quando ele se omite, responsabilizando a mulher pela situação, sua conduta tem impacto no processo (Chumpitaz, 2020).

Embora não seja frequente, a falta de identificação com a maternidade também aparece nas narrativas. O corpo é um caminho para os processos de subjectivação, que ocorrem por meio da internalização de discursos (Mendes, 2016), embora sejamos socialmente condicionadas a acreditar que a maternidade seja necessária para vivenciarmos inteiramente os papéis designados ao nosso gênero. Na obra “Um amor conquistado: O mito do amor materno” (Badinter, 2015), a ideia de que a

maternidade seja algo instintivo e inato para as mulheres é contestada, e alerta-se que nem todas as mulheres são subjectivadas por esses discursos.

Curetagens realizadas em clínicas clandestinas também são recorrentes entre mulheres com condições económicas para acessar serviços que oferecem maior segurança. No entanto, as que se encontram em situações de vulnerabilidade social foram expostas às práticas que podiam levá-las a morte (Romio et al., 2015).

Com a realização do aborto, perspectivas sobre a liberdade de escolha da mulher sobre seu corpo passam a ser vistas com mais intensidade; da mesma forma, a capacidade de se colocar no lugar de outras pessoas que enfrentam a mesma situação e agir com sororidade e compreensão torna-se algo produtor de sentimentos ambivalentes, pois ver a experiência de outras faz aflorar sensações de angústia, mas também a oferta de apoio (Mendes, 2016).

O sujeito não existe de forma concreta, é apenas uma invenção construída por meio de discursos e relações de poder-saber, diferentemente do conceito de corpo, que é algo palpável, existente como estrutura interpelada por tais relações, que direccionam acções do corpo e do sujeito. O corpo sofre influências de diversas tecnologias e vivências, tornando-se caminho para os processos de subjectivação (Mendes, 2016). Consideramos, assim, que a experiência do aborto subjectiva as mulheres, tornando-as mais críticas em relação ao tema.

Na fala da mulher que já é mãe, torna-se possível identificar o peso moral carregado por ela; embora seja favorável à descriminalização e regularização do aborto, a vivência da maternidade aumenta a pressão social, desencadeando culpa por impedir o desenvolvimento de um filho. É possível que isso ocorra devido à maior interiorização de discursos que naturalizam e romantizam a maternidade, tratando-a como algo intrínseco às mulheres, como se fosse necessário vivenciá-la para manter o papel de figura maternal e fraterna que por muito tempo nos identificou como sujeitos na sociedade, e ainda hoje nos subjectiva. (Beauvoir, 2016).

As representações sociais impostas aos sexos são variáveis e durante longo período eram embasadas em argumentos sem amparo científico citando como exemplo, em alguns povos primordiais, acreditava-se que os homens não tinham vinculação com a reprodução. Tal crença se modificou com a ascensão do patriarcado,

passando o homem a reivindicar seu papel de criador; porém as funções de manter e nutrir a vida após a concepção permanecem de total responsabilidade da mulher; (Candiotto, 2016).

Nos ditos primórdios, as mulheres já eram condicionadas à maternidade, e era aceitável ver homens se afastando de seus filhos ou rejeitando gestações de suas companheiras. Discursos biológicos sobre machos e fêmeas em diversas espécies ressaltam que sempre cabe à fêmea actuar como protectora e abrigo do óvulo fecundado; já o macho mantém sua individualidade inalterada após a concepção (Beauvoir, 2016).

É possível reparar na desigualdade de responsabilização existente entre as mulheres e os homens envolvidos em uma gestação indesejada: desde a prevenção até a comunicação do ocorrido, a mulher passa por conflitos sem contar com apoio. Preocupações com a concepção, o reconhecimento de paternidade e as implicações do aborto são exclusivamente vivenciadas pelas mulheres, atravessadas por discursos que constituem o corpo feminino e o naturalizam como objecto capaz de gerar vida; (Candiotto, 2016).

Somos constituídos como sujeitos por meio da internalização de discursos que possibilitam processos de subjectivação, ou seja, o sujeito se constrói a partir de determinadas influências daquilo que a sociedade tem por verdade, justificando a forma como muitas mulheres são interpeladas em relação aos papéis de gênero naturalizados e reproduzidos há séculos (Candiotto, 2016).

Um exemplo disso são os discursos pró-vida e pró-escolha, que dicotomizam e dividem espaço na formação das opiniões a respeito da descriminalização do aborto e estão imbricados em produções visuais. Esses discursos chegam até os sujeitos em contextos nos quais fetos e mulheres são vítimas, seja a partir de imagens do desenvolvimento do embrião, com vistas a provar sua individualidade (pró-vida), seja a partir de imagens de sofrimento e violência da criminalização e da clandestinidade de pessoas que passaram pela experiência (pró-escolha) (Luna, 2014).

Ao defender a sacralidade da vida, as crenças originam conflitos para as mulheres que julgam o aborto como prática necessária diante de suas vivências e que buscam autonomia para decidir sobre seus corpos. A influência de ideologias

religiosas age reproduzindo discursos que geram culpa e sofrimento, dificultando o enfrentamento após os procedimentos; em contraponto, o feminismo fortalece as mulheres em suas decisões.

O discurso religioso é considerado ferramenta da hierarquia eclesiástica com capacidade influente sobre o Estado e, simultaneamente, um condutor moral e cultural da sociedade, refletindo em debates populares. Em relação ao aborto, um dos temas interpelados por esse mecanismo de poder, os argumentos são contrários ao direito da mulher sobre seu corpo. Isso se fortalece com o fundamentalismo neoconservador, oriundo das alianças parlamentares com instituições religiosas (Machado, 2017 ; Mariano, 2017; Tarducci, 2017), intensificando ainda mais entre os movimentos feministas a pauta de descriminalizá-lo.

Actualmente, estamos em um período de intensa medicalização e controlo dos corpos, o que interfere no poder de decisão e intervenção sobre a continuidade das gestações, porém ainda é possível identificar a comoção dentre essa população, buscando oferecer suporte em casos de necessidade.

Embora a sensação de abandono e solidão durante o processo de abortamento provocado seja frequente, a relação de solidariedade e cuidado entre as mulheres é um aspecto responsável por minimizar alguns danos da falta de suporte e de apoio profissional (Carneiro & Menezes, 2017).

Em alguns casos, o aborto despertou sensação de alívio; em outros, são apontados danos físicos e psicológicos. Embora a interrupção gestacional seja vista com naturalidade para algumas mulheres adolescentes, existem as que se sentem culpadas após a realização do procedimento, carregando angústias que causam instabilidade emocional. Aparentemente, tais transtornos são provocados pela experiência de abortar; no entanto, o problema não está na vivência em si, e sim nos discursos que rotulam essas mulheres como criminosas e interpelam seus enfrentamentos de maneira negativa. (Menezes, 2017).

Culpa, tristeza, angústia e arrependimento são alguns dos sentimentos negativos relacionados ao enfrentamento da realização do aborto, facto socialmente julgado como crime. Porém também é comum encontrar relatos de sensações de alívio e tranquilidade após a interrupção gestacional, visto que tal intervenção permite à

mulher a libertação da condição que a perturbava. Nem todo aborto provocado gera arrependimento: em muitos casos o que se destaca é a expressão de alívio, ressaltando que a prática representa o direito da mulher sobre seu próprio corpo (Carvalho; Paes, 2014).

Durante séculos, a medicina intervém frente à vida íntima dos casais, definindo padrões de comportamentos sexuais e reprodutivos, visando a estabelecer controlo sobre a vida e sua produtividade, mantendo activo o sistema capitalista e patriarcal (Freitas & Leal, 2017). Os discursos médicos visam à medicalização do corpo social e de suas sexualidades, reflectindo na elaboração de conceitos, costumes e normas, originados para governar os sujeitos (Foucault, 2015).

A biopolítica está atrelada a processos de saber, poder e práticas médicas intervencionistas, articuladas a regimes de discursos tidos como verdades absolutas, efectivados por meio de acções disciplinares com objectivo de regular uma população. Tal regulação é de interesse estatal, porém também tem relação com ideologias moralistas e cristãs devido a alianças socialmente construídas entre instituições religiosas e governamentais (Foucault, 2015), como são mostradas nos contextos da Argentina (Tarducci, 2017) e também do Brasil (Machado, 2017).

De acordo Mariano, (2017, p 908), onde se pleiteia na actualidade a descriminalização do aborto. O conceito de população ganha ênfase em meados do século XVIII, tornando-se questão política e económica a ser manejada pelo Estado.

Com isso, torna-se da alçada dos governos o controlo dessa população e dos fenómenos relacionados a ela taxas de natalidade, mortalidade, morbilidade, expectativa e organização social da vida dos sujeitos, além do sexo, da sexualidade e dos planeamentos reprodutivos.

A proibição do aborto enquadra-se em medida de controlo de natalidade e assim conduz os profissionais de saúde a uma abordagem técnica, punitiva, com certo descaso com a saúde da mulher nessa questão, uma vez que nosso modelo de atenção à saúde é orientado por concepções intervencionistas e curativas voltadas para prolongar e manter a vida (Carneiro & Menezes, 2017).

Para as mulheres adolescentes que provocam aborto, procurar o suporte de profissionais de saúde é visto como risco, devido à possibilidade de denúncia, já que o código de ética das profissões permite tal conduta e a legislação criminaliza as interrupções gestacionais voluntárias. Assim, consideramos que tais medidas de controlo não são eficazes em proteger a população, uma vez que geram distanciamento de pessoas vulneráveis (Freitas & Leal, 2017).

A realização de abortos utilizando métodos inseguros é comum em nosso país, visto que a prática não é regularizada e ainda é considerada criminosa (Adesse & Monteiro 2018). Em estudo (Carneiro & Menezes, 2017), as mulheres apresentaram expectativas negativas em relação à busca por serviços de saúde durante a interrupção gestacional, pois tinham receio, cogitando a possibilidade de discriminação e maus-tratos; já as usuárias que procuraram atendimento identificaram uma punição velada pelos profissionais, sinalizada por cuidados tardios e falta de acolhimento e orientações; Pereira, V.N. et al. (2016. p 130).

Há um discurso socialmente construído de que as mulheres possuem em sua essência o dom da maternidade e apenas tornam-se completas após exercer o papel de mãe. Porém observa-se que as narrativas não vão ao encontro dessas ideias, já que tal discurso não interpela todas, mesmo tendo sido naturalizado e reproduzido por longos períodos. Pelo contrário, para as participantes da pesquisa, o aborto deveria ser tratado com tranquilidade, sendo ela a melhor alternativa frente à gravidez indesejada (Freitas & Leal, 2017).

Nos relatos das mulheres que procuraram clínicas para a realização da interrupção gestacional, destacam-se as sensações de segurança e alívio, já que, podendo arcar com as despesas do procedimento em ambientes salubres, essas participantes foram bem atendidas. Essa é a realidade encontrada em nosso país, onde a proibição do aborto não é efectiva em impedir sua realização, mas sim em deixar mulheres vulneráveis desassistidas (Carneiro & Menezes, 2017).

Desse modo, identificamos que mesmo dentro do sistema de controlo biopolítico existem formas de resistência, por meio das quais surgem instituições irregulares para atender as demandas da população estigmatizada e julgada; embora

o Estado não regularize o aborto, existem instituições com aparatos médicos capazes de transmitir segurança e conforto para as pacientes (Carneiro & Menezes, 2017).

O papel normativo e gerenciador da biopolítica é observado desde o século XVIII com o movimento higienista europeu, que organizava medidas intervencionistas acerca da sexualidade, classes sociais, raças e gerações, responsável por estigmatizar qualquer indivíduo fora dos padrões, originando rótulos sobre as “loucuras morais”, as “degenerescências”, as “anormalidades”, as “vadiagens”, as “libertinagens” (Foucault, 2015).

Com essa patologização da existência humana, ganham ênfase os processos de medicalização, que interpelam aspectos filosóficos e epistemológicos, socioculturais e políticos, permitindo que a medicina transformasse fenômenos naturais em eventos de ordem médica, para submetê-los à normatização de práticas sociais, interferindo até mesmo em sua sexualidade, condutas e prazeres (Foucault, 2015).

Isso subjectiva intensamente a população, com estratégias silenciosas, capazes de tornar os indivíduos dependentes do sistema biomédico para se considerarem em segurança. Mulheres que residem em países que criminalizam o aborto, se possível, acessam países em que o aborto é regularizado. Existem diversos protocolos e acompanhamentos, oferecendo maior suporte à mulher e investigando suas fragilidades (Carneiro & Menezes, 2017).

No entanto, as questões burocráticas prolongam o processo, factor avaliado como desfavorável pelas mulheres, já que o período entre a decisão pelo aborto e sua execução desperta sofrimento e aflições. Entre as que provocaram aborto, existe a convicção da importância de legalização do procedimento, utilizando como defesa a possibilidade de redução da mortalidade materna, a prevenção de casos de abandonos na infância e a falta de legitimidade da influência religiosa nas leis do nosso país (Ferrazza; Peres, 2016).

A irregularidade do aborto consiste em fragilidade para os sistemas de notificações, ou seja, os agravos provavelmente são superiores aos dados em registo analisados pelo Estado. Cabe salientar que, quando falamos de interrupção gestacional, a maior questão a ser considerada é a decisão da gestante, visto que,

independentemente de regras, normas e legislações, se o procedimento for avaliado como necessário, essas mulheres resistem e encontram formas de realizá-lo, mesmo se colocando-se em risco, porque o Estado, de certo modo, já o faz não fornecendo aparato legal (Adesse 2018).

### **1.11. Provocações para elaboração de novas políticas**

Ao buscar identificar os discursos que interpelam as decisões e enfrentamentos dessas mulheres, observamos a multiplicidade de factores e sentimentos que levaram cada mulher a optar pela interrupção gestacional, assim como emoções que se mantiveram após a prática.

A construção social do papel da mulher na sociedade está directamente relacionada ao falar de aborto e direitos do corpo. Delineamentos históricos e culturais, arraigados por discursos patriarcais responsáveis por estabelecer hierarquia de gêneros, reflectem directamente nos estereótipos que rotulam e subjectivam as mulheres adolescentes que abortam. A vinculação do corpo da mulher à sua função reprodutiva e a naturalização/romantização da maternidade condicionam os sujeitos a deslegitimarem e questionarem os direitos sexuais de quem resiste a esse padrão (Ferrazza; Peres, 2016).

Integramos um cenário no qual mulheres que abortam são consideradas criminosas, irresponsáveis, sem sentimentos e planeamentos, são silenciadas e culpabilizadas, embora suas decisões sejam atravessadas por contextos de vida e sentimentos subjectivos impossíveis de serem compreendidos por indivíduos que não passaram por tais vivências (Tarducci, 2017).

Embora isso não seja unânime entre as mulheres, o sentimento de culpa e o relato de danos emocionais após o aborto foi citado repetidas vezes, alertando sobre a necessidade de problematizar a criminalização do aborto, que alimenta discursos capazes de prejudicar a saúde emocional dessa população; essas mulheres, além de terem a integridade física colocada em risco durante procedimentos clandestinos, não recebem suporte adequado do sistema de saúde e ainda são constantemente rotuladas e julgadas (Machado, 2017).

Acompanhamos movimentos pró-vida, alertando sobre a regularização do aborto e a forma como isso o tornaria uma prática compulsória, porém temos motivos para questionar tal argumento, visto que induzir o aborto é uma escolha interpelada por aspectos subjectivos e individuais e que cabe somente a quem passa por tal vivência. Ao ouvir as mulheres,

compreendemos a complexidade dessa decisão e a necessidade de seguir em frente mesmo com as limitações impostas pela proibição; ou seja, se a biopolítica tem como prioridade gerenciar a vida, usar a criminalização como estratégia de controle, e a normalização não tem sido uma conduta efectiva, pois abortos seguem ocorrendo, morrem os fetos e morrem as mães (Tarducci, 2017).

## **CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA**

A metodologia mostra o caminho a ser percorrido em uma investigação, ou seja, como se responderá aos problemas estabelecidos.

### **2.1. Tipo de pesquisa**

A pesquisa é um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos factos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento (Marconi & Lakatos 2010). Para elaboração deste trabalho optou-se pelo estudo perspectivo com a pesquisa bibliográfica e descritiva.

Para (Gil, 2013), a pesquisa descritiva é a aquela que busca descrever uma realidade, seja com base em uma necessidade prática, seja com base na tentativa de comprovar uma tese ou hipótese.

### **2.2. Modelo da abordagem**

Quanto a abordagem trata-se de uma abordagem mista (quali-quantitativa).

#### **✓ Qualitativa**

Considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objectivo e a subjectividade do sujeito que não pode ser traduzido em número.

“A interpretação de fenómenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa”, Freitas, (2013.p. 70).

#### **✓ Quantitativa**

Considera tudo quanto pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisar. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas que pode ser representado por percentagem. (Roesch, 2014).

Portanto, utilizou-se o método misto para quantificar os dados das variáveis colectados mensuráveis e em seguida descrever os significados dos mesmos, ou seja, qualificá-los.

## **2.3. Níveis de estruturação de métodos**

De acordo com Gil, (2013 p.17), a aplicação de método se fundamenta na aplicação da probabilidade e constitui um importante auxílio para nossa investigação, que nos permite em termos numéricos o acerto de determinada conclusão”.

Este método nos permitiu colectar, analisar e representar ou organizar os dados no campo de pesquisa estatisticamente em gráficos e tabelas para depois descrever os resultados, ou seja, nos permitirá resumir e compreender os dados.

### **a. Método Análise e síntese**

Este método foi útil para realizar análise dos factos ligados a este mesmo conhecimento. Conforme realça (Marconi & Lakatos 2010) é um método que analisa suas hipóteses traçadas de forma rigorosa.

### **b. Método estatístico**

Conforme Gil, (2013.p. 17), “este método se fundamenta na aplicação da teoria estatística da probabilidade e constitui importante auxílio para a investigação e comparação por meio de representações numérica”. Permitirá-nos fazer o tratamento dos dados recolhidos aos nossos inquiridos e foram apresentadas em tabelas baseada em frequência e percentagens.

### **c. Método Bibliográfico**

Esta pesquisa permite usar os resultados de pesquisa desenvolvida e analisada de forma científica, em qualquer nível de atenção. (Gil, 2013).

## **2.4. Técnica de recolha de dados**

Para a concepção do presente trabalho, elaborou-se um inquérito por Questionário com a técnica por inquérito e observação onde constaram perguntas objectivas para o processo da recolha de dados que subsidiou este presente projecto.

**Guião de entrevista:** permitiu a obtenção de informações por parte de alguns membros de direcção do hospital Municipal do Cacuaco e os pacientes sobre assistência humanizada, mediante uma conversação de carácter profissional. É um procedimento utilizado na pesquisa para a colecta de dados de modo a ajudar no diagnóstico ou tratamento de um problema. (Almeida & Freitas, 2017).

**Guião/grelha de observação:** permitiu colher dados através de uma série ordenada de carácter observável em pacientes que sofrem da falta de assistência humanizada aos serviços de saúde.

## **2.5. Instrumentos utilizados**

Neste estudo, o questionário foi o instrumento que utilizamos e aplicamos sob forma de escrita com perguntas fechadas e abertas, com objectivo de recolher informações sobre as consequências do aborto provocado.

### **✓ Entrevista**

Permitiu a obtenção de informações por parte do grupo-alvo sobre o assunto, mediante uma conversação de carácter profissional. Elaborou-se primeiro as perguntas de acordo as hipóteses e a realidade assistência humanizada em pacientes e, posteriormente aplicou-se a entrevista aos membros de direcção, funcionários e pacientes do Hospital Municipal de Cacucaco.

### **✓ Observação**

Primeiro foi elaborada a grelha de observação mediante a relação comportamental entre funcionários e às gestantes do centro em questão. Pois, permitiu colher dados através de uma série ordenada de carácter observável da relação entre prestador de serviço de saúde com os pacientes dentro do contexto organizacional do Hospital Municipal de Cacucaco. (Almeida & Freitas, 2017).

## **2.6. População e amostra**

a) A palavra população, na sua acepção mais comum, representa o conjunto de habitantes em uma dada região em determinado período. Em estatística, a população é o conjunto de todos os elementos (pessoas ou objectos) cujas propriedades o pesquisador está interessado em estudar Marconi et al (2010, p24).

A nossa população foi constituída por (30) profissionais de saúde entrevistados sobre as consequências do aborto provocado pelas adolescentes, no Hospital Municipal do Cacucaco no III trimestre de 2023.

b) Amostra é um subconjunto representativo da população em estudo. Esta representatividade de amostra, é uma propriedade altamente desejada em estatística,

ocorre quando apresenta as mesmas características gerais da população na qual foram extraídas.

Relativamente a nossa amostra, em função da população apresentada, extraiu-se (13) profissionais de saúde que responderam ao nosso questionário.

## CAPÍTULO III: DISCUSSÃO E RESULTADOS

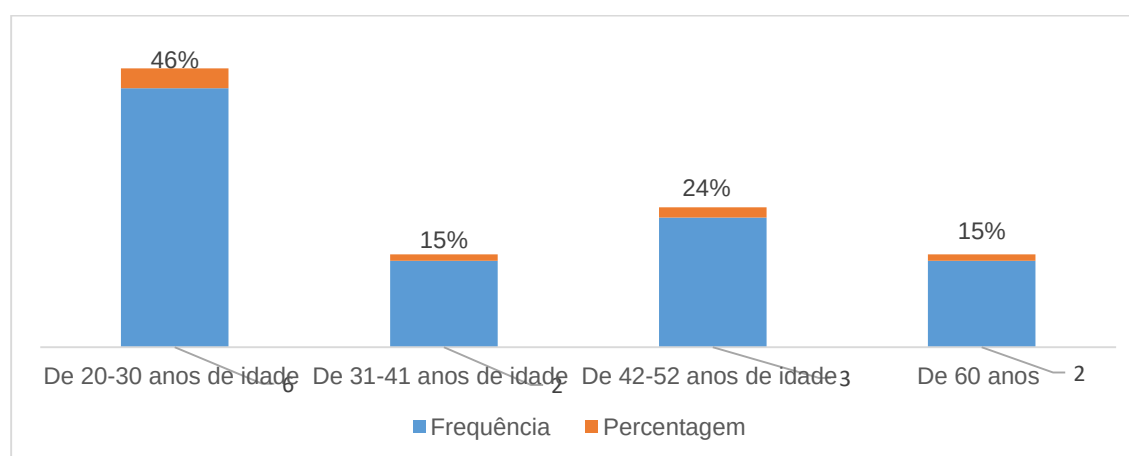
### 3.1. apresentação dos resultados

É de realçar que se foi apresentado um conjunto de informações face o questionário, as mesmas aparecem em tabelas e gráficos.

**Tabela 1:** Distribuição da amostra segundo a faixa etária dos profissionais/saúde

| Faixa etária           | Frequência | Percentagem |
|------------------------|------------|-------------|
| De 20-30 anos de idade | 6          | 46%         |
| De 31-41 anos de idade | 2          | 15%         |
| De 42-52 anos de idade | 3          | 24%         |
| De 60 anos             | 2          | 15%         |
| <b>Total</b>           | <b>13</b>  | <b>100%</b> |

**Gráfico 1:** Distribuição da amostra segundo a faixa etária dos profissionais/saúde



**Fonte:** própria

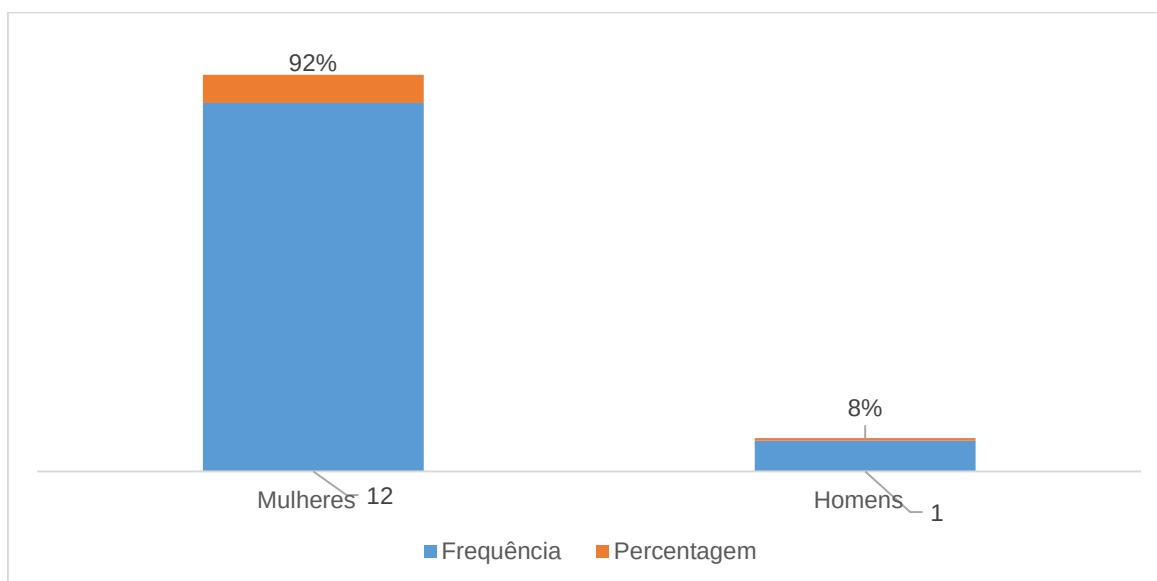
A faixa etária mais representativa dos profissionais de saúde com 46% (2030) anos de idade, seguida de 24% (42-52) anos de idade sendo relativa 15% a dos (31-41 e de 60) anos.

Correlação a faixa etária dos profissionais de saúde, constatou-se mais jovens nos serviços de saúde em comparação com os mais velhos.

**Tabela 2:** Distribuição da amostra segundo o sexo dos profissionais/saúde

| Sexo         | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|-------------|
| Mulheres     | 12         | 92%         |
| Homens       | 1          | 8%          |
| <b>Total</b> | <b>13</b>  | <b>100%</b> |

**Gráfico 2:** Distribuição da amostra segundo o sexo dos profissionais/saúde



**Fonte:** Própria

De acordo os dados colectados segundo o sexo, 92% dos profissionais de saúde são do sexo feminino, sendo 8% representou o sexo masculino.

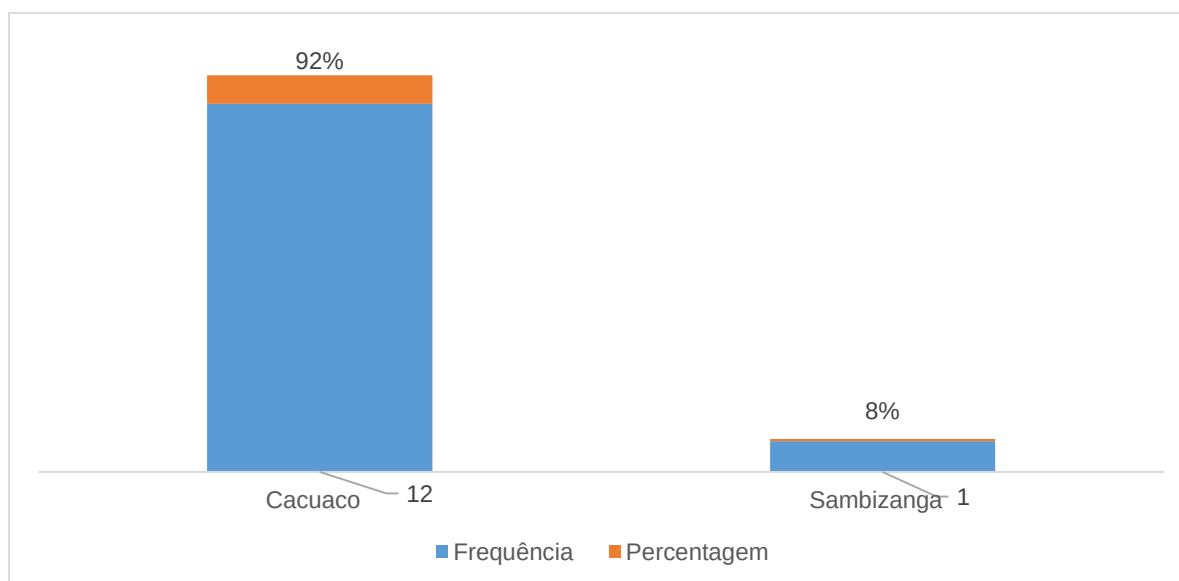
Neste contexto, há um domínio absoluto das mulheres nos serviços de saúde correlação aos homens que nesse dia de colecta de dados apenas um esteve presente. Além disso no nosso país também existe a maioria da população são homens.

**Tabela 3:** Distribuição da amostra segundo a proveniência dos profissionais/saúde

| Proveniência | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|-------------|
| Cacuaco      | 12         | 92%         |
| Sambizanga   | 1          | 8%          |
| <b>Total</b> | <b>13</b>  | <b>100%</b> |

Fonte: Própria

**Gráfico 3:** Distribuição da amostra segundo a proveniência dos profissionais/saúde



Fonte: Própria

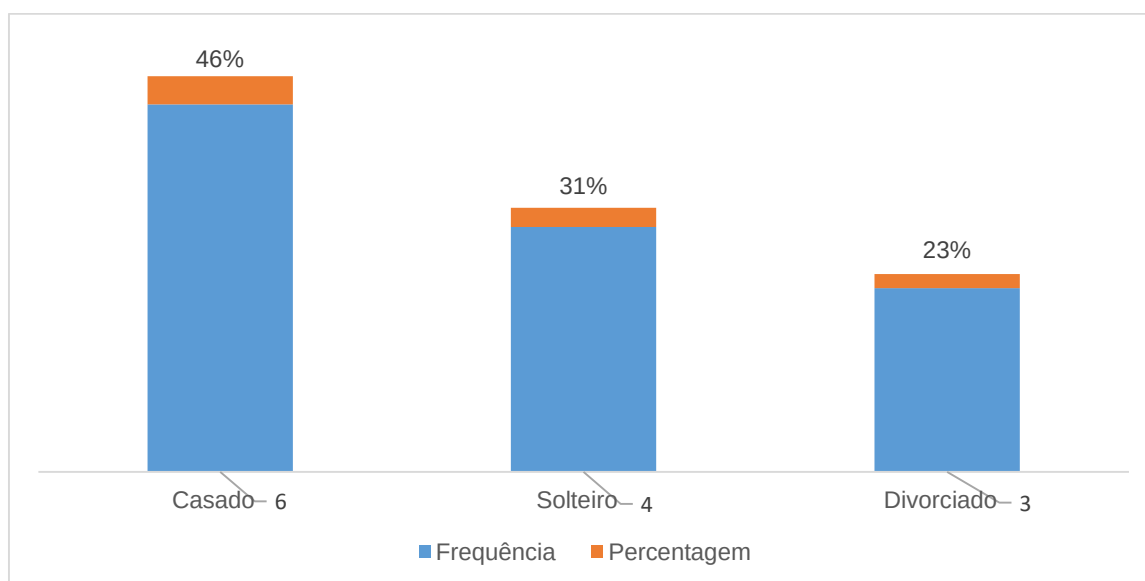
De acordo a proveniência dos profissionais de saúde, foi relevante o domínio absoluto de habitantes de município do Cacucaco com maior representação de 92%, e, 8% apenas para o profissional de saúde proveniente de Sambizanga.

Isso demonstra que a selecção para o enquadramento de profissionais de saúde no Hospital municipal do Cacucaco, no nosso ponto de vista, depende muito da localização residencial nesse estabelecimento de saúde.

**Tabela 4:** Distribuição da amostra segundo o estado civil dos profissionais/saúde

| Estado civil | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|-------------|
| Casado       | 6          | 46%         |
| Solteiro     | 4          | 31%         |
| Divorciado   | 3          | 23%         |
| Total        | 13         | 100%        |

**Gráfico 4:** Distribuição da amostra segundo o estado civil dos profissionais/saúde



**Fonte:** Própria

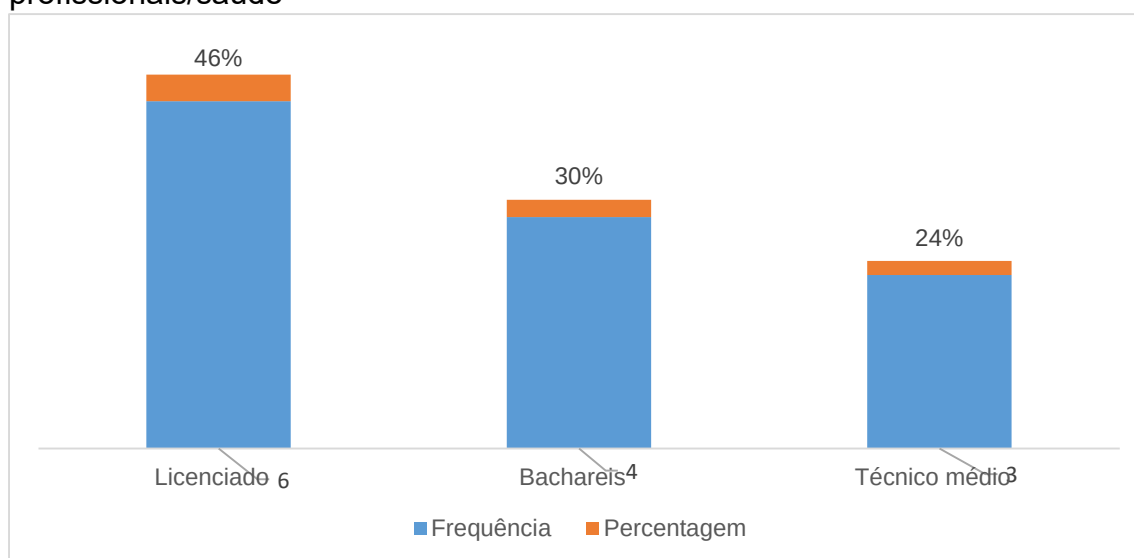
Correlação ao estado civil dos profissionais de saúde do HMC, 46% são casados, 31% são solteiros e 23% divorciados.

Diante desta situação e segundo o nosso ponto de vista, é importante salientar de que a responsabilidade desses profissionais de saúde é mais acentuada, partindo na família até no serviço.

**Tabela 5:** Distribuição da amostra segundo o nível estudantil dos profissionais/saúde

| Nível estudantil | Frequência | Porcentagem |
|------------------|------------|-------------|
| Licenciado       | 6          | 46%         |
| Bachareis        | 4          | 30%         |
| Técnico médio    | 3          | 24%         |
| Total            | 13         | 100%        |

**Gráfico 5:** Distribuição da amostra segundo o nível estudantil dos profissionais/saúde



**Fonte:** Própria

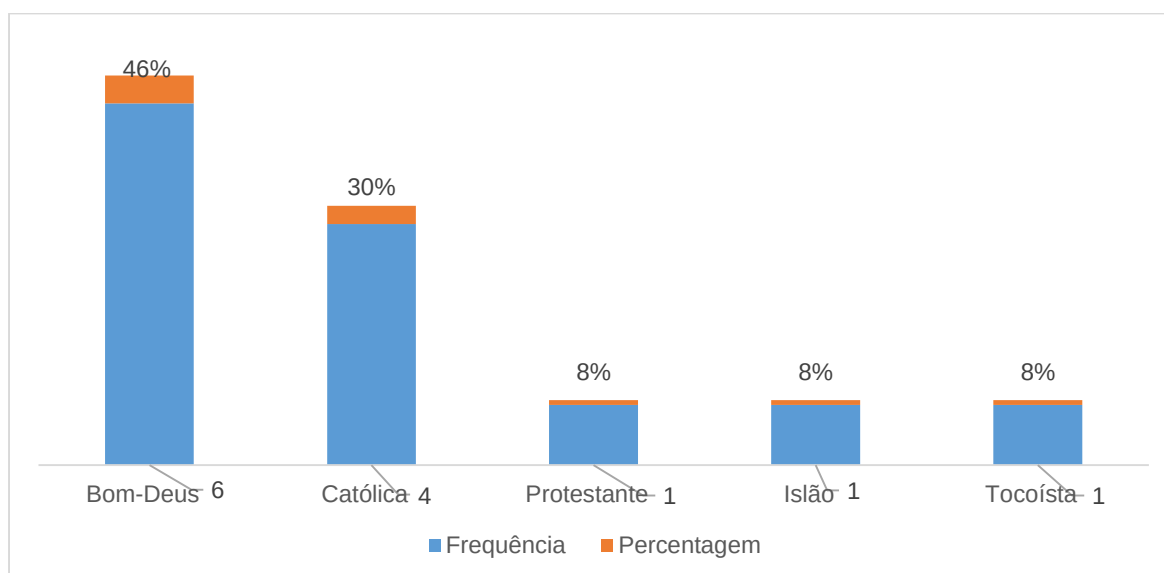
Quanto ao nível acadêmico dos profissionais de saúde do HMC, 46% são licenciados, 30% bacharéis e 24% técnicos médio.

Pensamos que nesse grau acadêmico dos profissionais de saúde do HMC, pode haver melhor qualidade e equilíbrio na prestação de serviços, sendo o elenco apresentado nesse estabelecimento garante segurança em termos técnico-profissional, trabalho coerente e eficiente.

**Tabela 6:** Distribuição da amostra segundo a religião dos profissionais/saúde

| Religião    | Frequência | Porcentagem |
|-------------|------------|-------------|
| Bom-Deus    | 6          | 46%         |
| Católica    | 4          | 30%         |
| Protestante | 1          | 8%          |
| Islão       | 1          | 8%          |
| Tocoísta    | 1          | 8%          |
| Total       | 13         | 100%        |

**Gráfico 6:** Distribuição da amostra segundo a religião dos profissionais/saúde



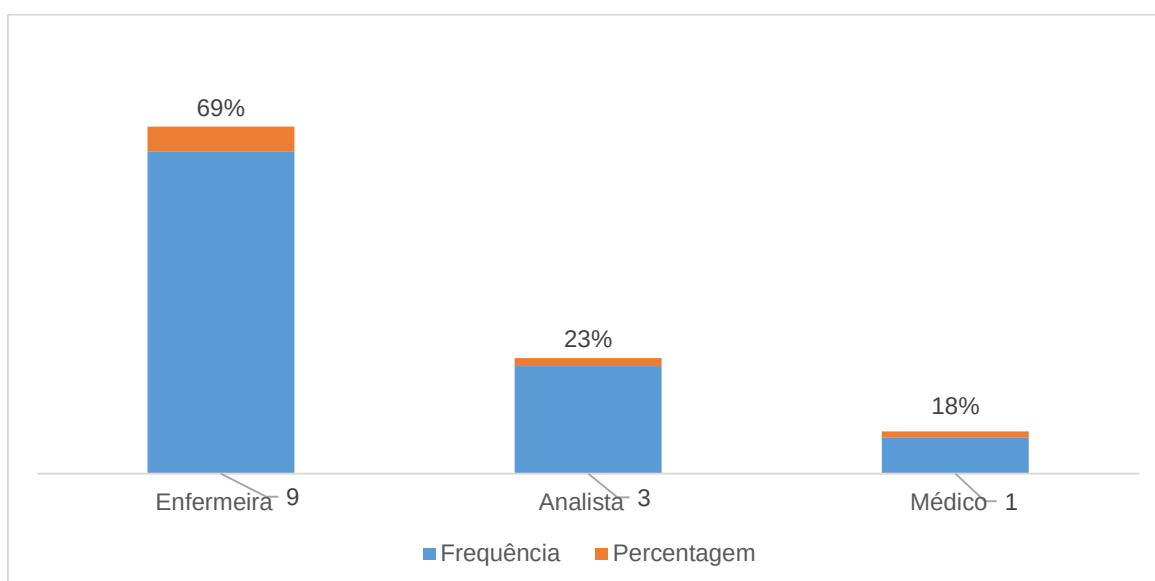
**Fonte:** Própria

No que concerne a religião, 46% dos profissionais de saúde do HMC pertence à Bom Deus, 30% são Protestantes, sendo Católica, Islão e Tocoísta todos relativamente representaram 8%.

**Tabela 7:** Distribuição da amostra segundo a profissão

| Profissão  | Frequência | Percentagem |
|------------|------------|-------------|
| Enfermeira | 9          | 69%         |
| Analista   | 3          | 23%         |
| Médico     | 1          | 18%         |
| Total      | 13         | 100%        |

**Gráfico 7:** Distribuição da amostra segundo a profissão



**Fonte:** Própria

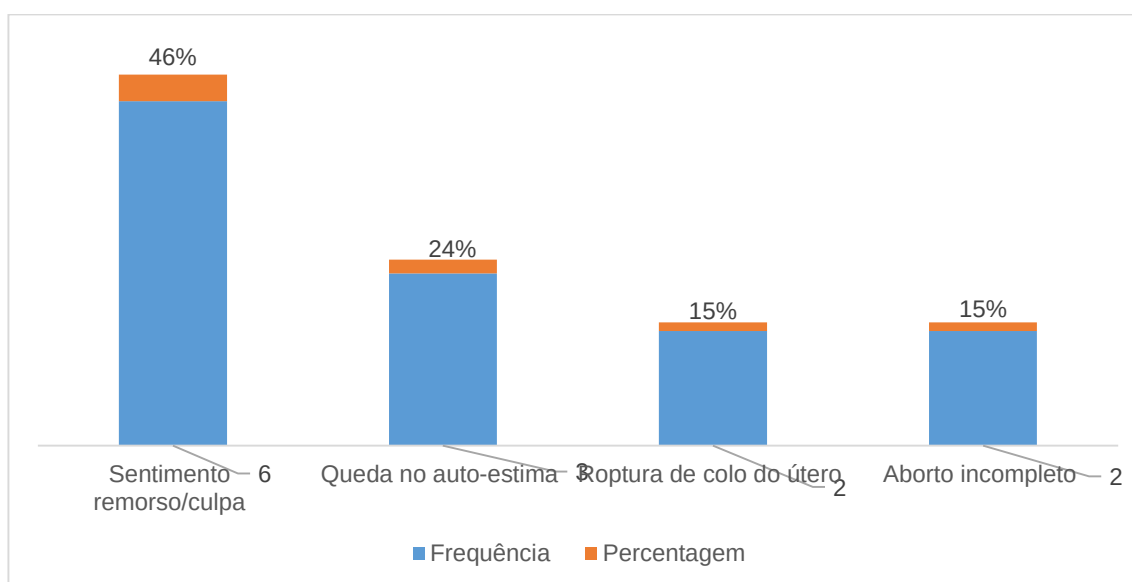
Segundo a profissão, 69% são enfermeiros, ao passo que 23% analistas e 18% correspondentes ao médico.

Podemos constatar que a maioria dos profissionais de saúde do HMC são enfermeiros, isto é evidente de que a enfermagem é uma profissão popular e arte mais estimada pela população e de primeira linha na saúde.

**Tabela 8:** Distribuição da amostra segundo as consequências do aborto provocado

| Consequências            | Frequência | Percentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Sentimento remorso/culpa | 6          | 46%         |
| Queda no auto-estima     | 3          | 24%         |
| Ruptura de colo do útero | 2          | 15%         |
| Aborto incompleto        | 2          | 15%         |
| <b>Total</b>             | <b>13</b>  | <b>100%</b> |

**Gráfico 8:** Distribuição da amostra segundo as consequências do aborto provocado



**Fonte:** Própria

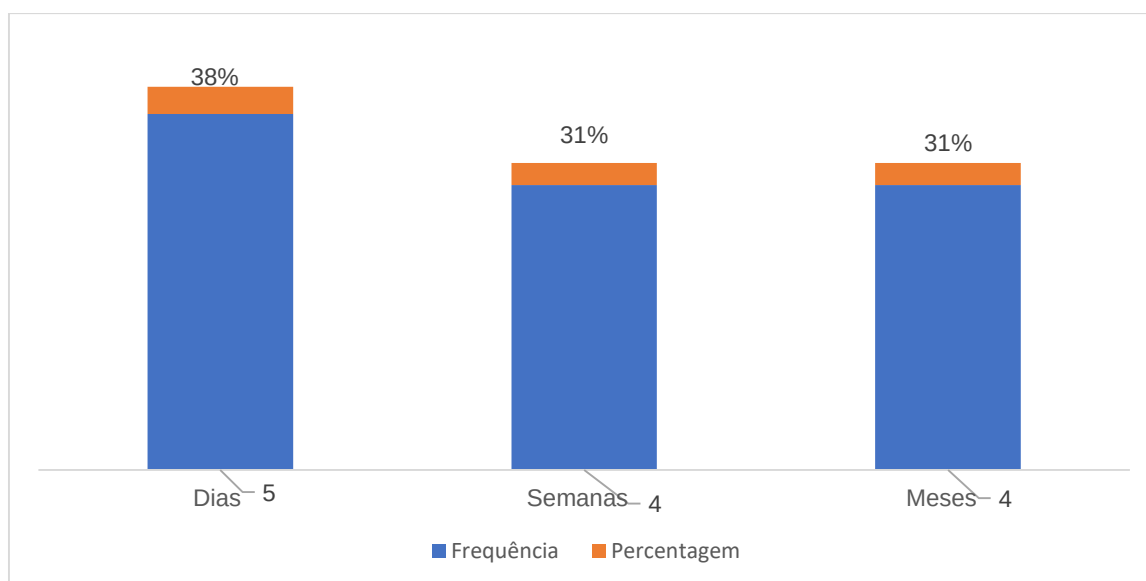
Quanto às consequências do aborto provocado, sentimento remorso/culpa foi o mais relevante tendo sido representado com 46%, ao passo que queda no autoestima com 24% e ruptura de colo do útero e aborto incompleto ambos respectivamente correspondeu à 15%.

Dizer que as consequências do aborto provocado resultam em diferentes desolações que as próprias adolescente notam mesmo assim persistem em realizar o acto danoso que culmina na destruição de uma vida paralém das conquências já referenciadas.

**Tabela 9:** Distribuição da amostra segundo a durabilidade do tratamento

| Durabilidade | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|-------------|
| Dias         | 5          | 38%         |
| Semanas      | 4          | 31%         |
| Meses        | 4          | 31%         |
| Total        | 13         | 100%        |

**Gráfico 9:** Distribuição da amostra segundo a durabilidade do tratamento



**Fonte:**Própria

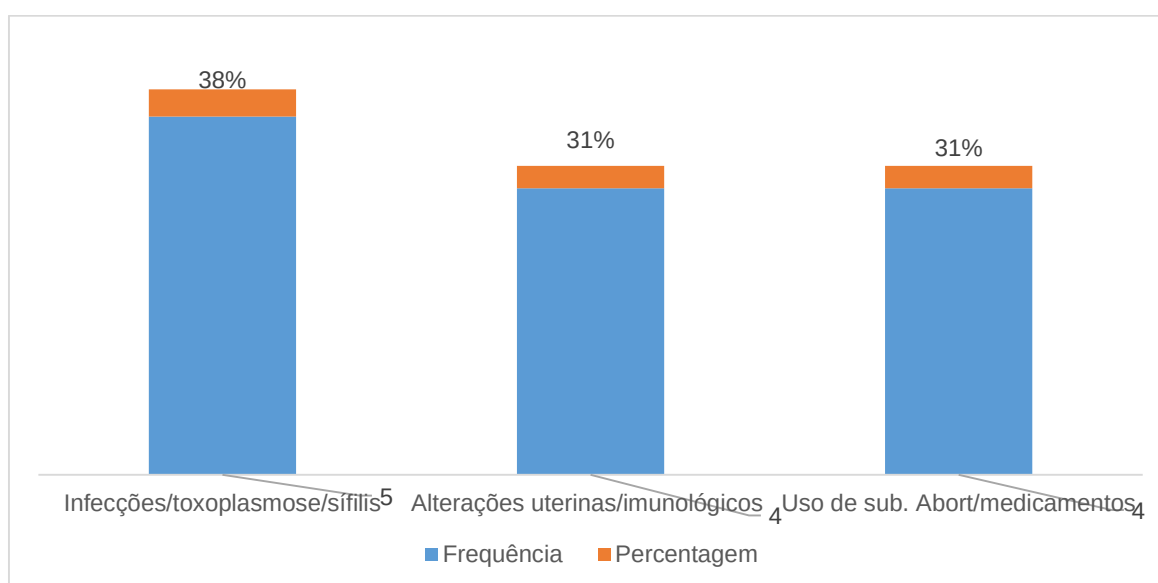
De acordo o tempo de tratamento, 38% (5) dias foi o maior tempo que durou depois do aborto provocado, ao passo que semanas e meses relativamente correspondeu à 15%.

Na nossa concepção tratamentos de género duram mais tempo quando houver complicações, e no caso de não acompanhamento por parte de profissionais de saúde ou também por causa de alguma negligência da parte da autora do acto.

**Tabela 10:** Distribuição da amostra segundo factores responsáveis por causarem aborto

| Factores                         | Frequência | Percentagem |
|----------------------------------|------------|-------------|
| Infecções/toxoplasmose/sífilis   | 5          | 38%         |
| Alterações uterinas/imunológicos | 4          | 31%         |
| Uso de sub. Abort/medicamentos   | 4          | 31%         |
| <b>Total</b>                     | <b>13</b>  | <b>100%</b> |

**Gráfico 10:** Distribuição da amostra segundo factores responsáveis por causarem aborto



**Fonte:**Própria

Relativamente aos factores responsáveis por causarem aborto, Infecções, como toxoplasmose e sífilis causaram 38% de abortos, alterações uterinas factores imunológicos causaram 31% e uso de substâncias abortivas e medicamentos também causaram 31% de abortos.

Muitas pessoas ao se depararem com uma gravidez indesejada optam por utilizar algumas substâncias e medicamentos que visam a interromper a gravidez. No entanto, essas substâncias, muitas vezes vistas como alternativa pela mulher, podem colocar a sua própria vida em risco. Outras mulheres encontram receitas e até venda de medicamentos proibidos que garantem a realização do aborto. Entretanto, a grande maioria não sabe os riscos que doses inadequadas podem causar.

### 3.2. Discussão dos resultados

A modalidade da discussão dos resultados cingiu-se primeiramente na descrição das tabelas e gráficos e comparamos os resultados com outros autores que falaram de temas e assuntos relacionados ao nosso.

A faixa etária mais representativa dos profissionais de saúde com 46% (20-30) anos de idade, vai de acordo com estudo feito por (Almeida, 2014) donde os profissionais com maior destaque tinham idades compreendidas entre os 25 aos 33 anos de idade.

Segundo o sexo, 92% dos profissionais de saúde são do sexo feminino, sendo 8% representou o sexo masculino. Correlaciona-se com o estudo feito por (Almeida, 2019) que fala sobre Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, que apresentou 91% dos profissionais eram mulheres.

Quanto ao nível académico dos profissionais de saúde do HMC, 46% são licenciados, 30% bacharéis e 24% técnicos médio. Neste contexto o nosso estudo correlaciona-se com o estudo feito por Bonaventure, (2018), que apresentou 33% dos profissionais eram licenciados.

No que concerne a religião, 46% dos profissionais de saúde do HMC pertence à Bom Deus, 30% são Protestantes, sendo Católica, Islão e Tocoísta todos relativamente representaram 8%. Concorda-se com o estudo de (Aguirre, 2016) que apresentou 49% Aspectos religiosos do aborto induzido decididos pela igreja Católica.

Quanto às consequências do aborto provocado, sentimento remorso/culpa foi o mais relevante tendo sido representado com 46%, ao passo que queda no autoestima com 24% e roptura de colo do útero e aborto incompleto ambos respectivamente correspondeu à 15%. A nossa pesquisa vai de acordo com a de (Cavalcante 2018) que tinha 45% de sentimento de culpa como consequência.

De acordo o tempo de tratamento, 38% (5) dias foi o maior tempo que durou depois do aborto provocado, ao passo que semanas e meses relativamente correspondeu à 15%.

## CONCLUSÕES

Os resultados obtidos nesta investigação possibilitaram analisar o processo decisório do aborto provocado, que se apresentou como uma escolha dolorosa na vida reprodutiva das adolescentes. Tal facto deveu-se, especialmente, ao significado atribuído por elas à gravidez e ao aborto, situação que sofreu influência dos valores morais inerentes em seu contexto social.

O facto dos colaboradores desta pesquisa terem baixo poder aquisitivo, estando inseridos em camadas profissionais, acarretou a presença de valores sociais e religiosos influenciando o modo como experienciaram o aborto. Assim, embora tenham mencionado, diversas vezes, discordar da prática abortiva, os participantes, diante de uma gravidez indesejada, interagiram consigo mesmas e com seus contextos de vida, estabelecendo um novo significado para o acto de abortar, o qual passou a ser compreendido como algo repreensivo.

Por esse motivo, as concepções negativas em torno desse acto persistiram, ocasionando sentimentos diversos como remorso/culpa, queda no auto-estima, ruptura de colo do útero, angústia, desespero frente à descoberta da gravidez e decisão de interrompê-la. Desse modo, as informações presentes neste estudo mostram a decisão do aborto como algo complexo, dependente de inúmeros factores sociais, económicos e culturais capazes de fazer as mulheres adolescentes experienciarem esse evento de várias maneiras.

Reconhecendo o aborto como um fenómeno social, este deve ser analisado com base nessa óptica, no intuito de evitar estereótipos. Ao compreender o fenómeno dessa forma, espera-se ser possível minimizar os preconceitos e julgamentos morais que as adolescentes sofrem em seus contextos sociais e quando buscam por assistência pós-aborto.

## SUGESTÕES

Aos responsáveis da saúde do Hospital Municipal do Cacuaco, sugerimos que:

- ✓ Campanha de sensibilização da população sobre o aborto provocado e suas conseqüências;
- ✓ Que essa actividade seja concomitante com trabalho de grupo;
- ✓ Que sejam lotados nesses serviços, enfermeiros em número suficiente e com habilidade para desenvolver essa actividade; **Ao Instituto Superior de Angola (ISA)**
- ✓ Que trabalhos dessa natureza desenvolvidos em Instituições, sejam divulgados a fim de possibilitar intercâmbio de experiências, com vistas e acertos, e, cada vez mais, propiciar o posicionamento do enfermeiro na equipa de saúde.
- ✓ Aos estudantes e leitores, que aprofundem mais as pesquisas sobre o tema já que o nosso foi limitado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adesse L. Monteiro J (2018). *Políticas feministas do aborto. Estudos Feministas*, .
- Aguirre, L.P. (2016). *Aspectos religiosos do aborto induzido: Cadernos n. 5. São Paulo: Católicas pelo direito de decidir.*
- Almeida V, Bandeira F. Birali H. Lemos & Russo. (2014). *Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. Ciência & Saúde Coletiva.*
- Almeida, C. E. Andréa L. D. E. Tanaka, O. (2019). *Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 98104.*
- Alvares, A. S. (2014). *Prenatal Care in the Family Health Strategy:*
- Amatuzzi, M. M. Nieto-Oliver JM (2018). *Pesquisa fenomenológica em psicologia. In Bruns, Psicologia e Pesquisa Fenomenológica. Reflexões e Perspectivas (pp. 15-22). São Paulo: Omega.*
- Andreucci, A. V. Carla B. Cecatti, N. (2012). *Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil.*
- Aries, R. C. M. Badinter (2019). *O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade. Assessment of Structure, 13(2), 245-254.*
- Avilla, M. M. (2013). *O Programa De Agentes Comunitários De Saúde no Ceará: O Caso de Uruburetama. Ciência & Saúde Colectiva, v. 16, n. 1, p. 349-360.*
- Badinter M, Romio T. (2015). *Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde.*
- Barbosa, P. Z. & Machado, Carneiro, M. L. Menezes. (2017).
- Barros, S. M. O., de Oliveira Furukawa, P., Belasco. (2016). *Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para a prática assistencial. 2ª Ed. Roca.*
- Bayley PE, Bruno ZV, Henriquez Gerrero C. Bezerra MF, Queiroz I, (2021). *Adolescent pregnancy one year later: the effects of abortion vs motherhood in Northeast Brazil. J Adolec Health.*
- Berquó E, coordenadora, Costa & Júnior (2015). *Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde.*
- Boemer & Mariutti, Altmann H. (2016). *Orientação sexual em uma escola: recortes de corpos e de gênero. Cad Pagu.*

- Bonaventure, L. (2018). *Apresentação à edição brasileira. In E. Pattis, Aborto perda e renovação: um paradoxo na procura da identidade feminina* (pp. 9-16). São Paulo: Paulus.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). *Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília. Cad. Saúde Pública.*
- Candiotto G, Critelli M, Beauvoir Barbosa, V. L., & Endo, P. C. (2016). *O luto no processo de aborto provocado. Acta Paulista de Enfermagem.*
- Carvalho, S.M. Paes, (2014). *Mulheres jovens e o processo de aborto clandestino: uma abordagem sociológica. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.*
- Cavalcante JC, Azevedo, K. R., & Arrais, A. R. (2018). *O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. Psicologia Reflexão e Crítica.*
- Chumpitaz, L.K. (2020). *'É... tá grávida mesmo! E ele é lindo!' A construção de 'verdades' na ultrassonografia obstétrica. Hist. Cienc. saude-Manguinhos.*
- Correia DS, Monteiro VGN, Egito EST, Maia EMC. (2018). *Aborto provocado na adolescência: quem o praticou na cidade de Maceió, Alagoas, Brasil. Rev Gaúcha Enferm.*
- Costa, R.G., Hardy, E., Osis, M. J. D., & Faúndes, A. (2019). *A decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. Cadernos de Saúde Pública.*
- Critelli, M. D. Mikael –Silva & Martins. (2016). *Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo:*
- Delmanto N, Rede Feminista de Saúde. (2016). *Dossiê aborto: mortes preveníveis e evitáveis. Belo Horizonte.*
- Dicionário Online (2014 p 609). *8ª ed. São Paulo Brasil.*
- Diniz, D.; Medeiros, M. (2017). *Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. Ciênc. Saúde Colet. Educ/Brasiliense.*
- Egito EST, Badinter, E. Maia EMC, Rabay & Soares. (2018). *Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.*
- Enríquez-Guerrero C, Nieto-Oliver JM. (2021). *Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá. Salud Pública Méx. evidence from WHO case studies. Salud Pública Méx.*

- Ferraza & Péres, M. R. (2016). *Novas opções, antigos dilemas: mulher, família, carreira e relacionamento no Brasil. Temas em Psicologia da SBP, Ribeirão Florianópolis (SC): Insular.*
- Foucault. (2015). *Paradoxos da atenção ao aborto provocado: "urgências" e "emergências" em uma Maternidade Escola em Natal/RN. Bagoas.*
- Freitas et al (2013.p. 70). *Modelos de pesquisas: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.*
- Freitas, F.M. Leal. (2017). *Não conta pra ninguém: o aborto segundo mulheres de uma comunidade popular urbana. In: AREND, S.M.F.; ASSIS, G.O.; MOTTA, F.M. (Org.). Aborto e contracepções: histórias que ninguém conta.*
- Fundação Oswaldo Cruz. (2017). *Panorama do aborto no Brasil: grave problema de saúde pública e de justiça social Radis.*
- Fusco, C.L.B.; Silva, R.S.; Andreoni, S. (2017). *Unsafe abortion: social determinants and health inequities in a vulnerable population in São Paulo, Brazil.*
- Garcia, Corrêa S, Pedrosa, Freitas A. Mariano (2017). *Updating the data on voluntary interruption of the pregnancy in Brazil. Estud Fem.*
- Gil, A. C. (2013). *Como elaborar projetos de pesquisa. 5 ed. São Paulo: Atlas.*
- Heilborn ML, Aquino EML, Knauth DR. Mendes. (2016). *Juventude, sexualidade e reprodução. Cad Saúde Pública.*
- Kostrzewa K. et al. (2019). *Sexual health of young people in Latin America:*
- Lima B. Et al. (2018). *Abortion-related mortality in Brazil: decrease in spatial inequality. Rev Panam Salud Pública.*
- Marcon, S.S. (2015). *Vivenciando a gravidez: processos e subprocessos de uma Teoria Fundamentada nos Dados. Rev Latino-am Enfermagem.*
- Marconi, Marina de Andrade; Lakatos Eva Maria Atlas (2010). *Metodologia Científica. 7ªed. São Paulo.*
- Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. Psicologia Clínica.*
- Medeiros P. F. & Vieira, E. M. (2017). *Percepções sobre o aborto: um estudo com profissionais de saúde. Revista de Enfermagem UFPE.*
- Ministério da Saúde, (2008). *Plano estratégico nacional Para as infecções de transmissão sexual, VIH / SIDA. Angola.*
- Ministério da Saúde. (2017b). *Relatório de Gestão 2003 a 2006: política nacional de atenção integral à saúde da mulher. Brasília.*

- Organização das Nações Unidas. (2016). *Declaração e Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento*. Cairo, 1994. Documento ONU A/CONF.171/1.
- Pedrosa, I. L. & Garcia, T. R. Tarducci (2017). "Não vou esquecer nunca!": a experiência feminina com o abortamento induzido. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*.
- Pereira, V.N. Knauth DR et al. (2016. 137p.). *Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas*. Saúde Soc.
- Peres SO, Heilborn ML. (2019). *Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência*. Cad Saúde Pública.
- Peres SO, Heilborn ML. Costa & Hardy (2019). *Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência*. Cad Saúde Pública.
- Péres, SO. et al (2019). *Aborto provocado: representações sociais de mulheres*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.
- Perspectivas* (pp. 67-80). São Paulo: Omega.
- Pontes ACC, Ariés, P. (2018). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC.
- Pontes ACC, Cavalcante JC, Egito EST, Maia EMC. (2018). *Adolescents: contraceptive knowledge and use, a Brazilian study*. Scientific World Journal. Preto.
- Rodrigues T.G. (2007, 34). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4 ed. São Paulo: Atlas.
- Roesch, F. M. Luna N. (2014). *Programa educacional sexual e AIDS*. Brasil.
- Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Åhman E. (2020). *Induced abortion: estimated rates and trends worldwide*. Lancet.
- Sher B, Ferreira, L. S. M. (2019). *Entre a fenomenologia e a hermenêutica: uma perspectiva em psicoterapia*. Revista da Abordagem Gestáltica.
- Trindade, E. (2022). *Metodologia fenomenológica: a contribuição hermenêutica da ontologia-hermenêutica de Martin Heidegger*. In M. A. T. Bruns & A. F. Holanda (Orgs.), *Psicologia e Pesquisa Fenomenológica*. Reflexões e

- Trindade, Z. A. & Enumo, S. R. F. (2022). *Triste e incompleta: uma visão feminina da mulher infértil. Psicologia USP. Unesco.*
- Vianna. G, Boss, M. Silva & Andreoni B (2017). *Angústia, culpa e libertação: ensaios de psicanálise existencial. São Paulo: Duas Cidades.*
- Vieira C. B. Maia EMC. (2018). *Adolescents: contraceptive knowledge and use, a Brazilian study. Scientific World Journal.*
- Waiselfisz JJ. Relatório de desenvolvimento juvenil: (2014). *Brasília (DF):*

# APÊNDICE

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO**

**Cordeira Zinha Domingos**, finalista do curso de Enfermagem no Instituto Superior de Angola (ISA), estou a realizar uma pesquisa sobre:

- **Percepção dos profissionais de enfermagem do Hospital Municipal de Cacuaco sobre as consequências do aborto provocado, pelas adolescentes, no III trimestre de 2023.**

Com devido respeito, pedimos a sua colaboração para participar no estudo respondendo um inquérito contendo várias questões relacionadas ao conhecimento sobre o assunto.

A participação do estudo é voluntária, não tendo custo nem risco de exposição da entrevistada, mantendo-a no anonimato.

Assinatura da Pesquisadora

---

**LUANDA AOS 12 DE SETEMBRO DE 2023**

## QUESTIONÁRIO

### I. Dados sócio-demográficos dos profissionais de Saúde

1. **Idade** (     ) anos (     ) anos
2. **Sexo:** (     ) F     (     ) M
3. **Proveniência:** Luanda/município/Bairro :.....
4. **Estado civil:** (     ) Solteiro (a), (     ) Casado (a), (     ) Divorciado (a)     (     ) Viúvo (a)
5. **Nível de escolaridade e ou/académico:** (     ) médio (     ) Bacharel, (     ) Licenciado, Mestre (     ).
6. **Religião:** (     ) Protestante , (     ) Bom Deus, (     ) Católica, (     ) Islâmica (     ) Kimbanguista, (     ) Tocoísta, (     ) Não reza.
7. **Profissão:** (     ) médico (a) (     ) Enfermeira, (     ) Analista, (     ) Fisioterapeuta;

### II. Clínica

#### 1. Quais foram as consequências do aborto provocado pelas adolescentes?

Exemplo:

- Sentimentos de remorso e culpa; (     )
- Oscilações de ânimo e depressões; (     )
- Choro imotivado, medos e pesadelos (     )
- Queda na auto-estima pessoal pela destruição do próprio filho; (     )
- Frigidez (perda do desejo sexual); (     )
- Aversão ao marido ou ao amante; (     )
- Culpabilidade ou frustração de seu instinto materno; (     )
- Desordens nervosas, insônia, neuroses diversas; (     )
- Doenças psicossomáticas; (     )
- Depressões; (     )

- Perfuração do útero, (    )
- Ruptura do colo uterino; (    )
- Histerectomia, (    )
- Hemorragia uterina, (    )
- Inflamação pélvica; (    )
- Infertilidade; (    )
- Gravidez ectópica, (    )
- Infecção por curetagem mal feita; (    )
- Aborto incompleto, (    )
- Transtorno alimentar; (    )
- Embolia pulmonar; (    )
- Insuficiência cardíaca. (    )

## **2. Quanto tempo durou o tratamento?**

(    ) dias, (    ) semanas, (    ) meses.

**3. Existem diversos factores responsáveis por causarem aborto, entretanto, na maioria das vezes, a causa de um aborto é indeterminada. Para se tentar descobrir a causa de um aborto, é necessário exame laboratorial com o material do aborto, assinale-as:**

Infecções, como toxoplasmose (    ) e sífilis (    ) alterações uterinas (    ) factores imunológicos (    ) uso de substâncias abortivas e medicamentos (    ).

Pergunta dirigida as adolescentes

Conhecem as consequencias do aborto provocado

Sim

Nao

**ANEXOS**