

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ABORTO E VIOLÊNCIA SEXUAL: O CONTEXTO DE
VULNERABILIDADE ENTRE MULHERES JOVENS**

Flávia Bulegon Pilecco

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Daniela Riva Knauth

Co-orientador: Prof. Dr. Álvaro Vigo

Porto Alegre, Janeiro de 2010

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
ABORTO E VIOLÊNCIA SEXUAL: O CONTEXTO DE
VULNERABILIDADE ENTRE MULHERES JOVENS**

Flávia Bulegon Pilecco

Orientador: Prof^a. Dr^a. Daniela Riva Knauth

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil

2010

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Greice Menezes, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

Prof^ª. Dr^ª. Jandyra Maria Guimarães Fachel, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal da Bahia.

Prof^ª. Dr^ª. Andréa Fachel Leal, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil.

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação aos meus pais, às minhas irmãs, à Dica, aos meus professores e aos amigos que muito me apoiaram para a concretização desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

Aos professores e às professoras do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, pelo clima de amizade e colaboração que sempre imperou no programa e por todo apoio que me foi dado.

A coordenação da pesquisa GRAVAD pela disponibilização do banco de dados que serviu de base para essa dissertação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à Secretária de Políticas Especiais para as Mulheres da Presidência da República pela bolsa concedida, que possibilitou não só o custeio das despesas que tive durante o período do mestrado, como me permitiu participar de diversos eventos, divulgando os resultados da pesquisa.

À professora Daniela Riva Knauth, agradeço por todo empenho e dedicação dirigidos a mim. Obrigada por ter me feito desconstruir (pré) conceitos há tanto tempo arraigados, por ser sempre tão solícita e por ter me concedido a honra de trabalhar e conviver ao seu lado.

Ao professor Álvaro Vigo, por ter dado o melhor de si para essa dissertação, disponibilizando seu tempo curtíssimo, e por ter ministrado tantas lições de estatística que me despertaram o gosto pela disciplina.

Aos meus pais, Joanzinho e Marlene, pelo apoio, dedicação, pelas tantas preocupações que tiveram e por todo o amor que me foi dado, e às minhas irmãs, Marina e Isabela, pelo carinho e pela força.

À mãe de chocolate, Cleci Terezinha Carvalho, por ter acreditado em mim mesmo quando eu achava que não iria conseguir.

Aos amigos e amigas, que sempre estiveram do meu lado, incentivando e torcendo pelo meu sucesso. Um obrigada especial a Anaíse, à Camila, à Eve, à Mariéle, à Lida, à Piti, à Dânia, à Thaís, aos guris do SãoPo, ao Mio, ao Giulio, ao Batuque, ao Gringo, ao Filipinho e ao Guigo, que continuaram sempre presentes, apesar da distância; à Ro, à Mix, à Lê, à Sandra, à Márcia Veiga, à Márcia Aguirre, ao Julio e aos Gordos, Cristine, Guilherme, Lucas e Marcelo, por sua sincera amizade e por terem me ajudado a gostar cada vez mais de Porto Alegre; ao Jader, pelas tantas caronas, regadas a boa conversa e muita música.

Aos colegas e às colegas, pela companhia nesse curso de mestrado, em especial às companheiras e companheiros de café, cerveja e confissões, Juliana,

Laura, Michele, Cristiane, Antônio e Rodrigo.

À tia Lore, à Déborah, ao Lucas, ao tio Rogério e ao Amadeu por terem aprendido a conviver comigo e por estarem perto nas situações mais complicadas. À tia Márcia Bulegon pelo tempo dedicado à correção de português dessa dissertação.

À Luciana Barcellos Teixeira, colega de pesquisa e grande amiga, pela disponibilidade de me auxiliar na revisão e finalização desta dissertação, além de ser grande confidente e um exemplo de profissional.

À Paula Sandrine Machado, também colega de pesquisa, por toda a ajuda e ensinamentos prestados.

À Ana Maria Borges Teixeira e à Débora Diniz pela solicitude com que me enviaram materiais que muito auxiliaram na composição deste trabalho.

"Compreender é se misturar e se identificar".

(Milan Kundera em O Livro do Riso e do Esquecimento, 1978)

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	9
RESUMO	10
ABSTRACT	11
LISTA DE TABELAS	12
LISTA DE FIGURAS	13
1. APRESENTAÇÃO	14
2. INTRODUÇÃO	15
3. REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 A atenção à saúde da mulher	19
3.1.1 <i>Cenário mundial</i>	20
3.1.2 <i>Cenário brasileiro</i>	22
3.2 Juventude	27
3.3 Vida sexual juvenil	34
3.4 Contracepção e Uso de Proteção	36
3.5 Gravidez	43
3.6 Violência doméstica e sexual	50
3.7 Aborto	61
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
5. OBJETIVOS	81
5.1 Objetivo Geral	81
5.2 Objetivo específicos	81
6. ARTIGO	82
7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
ANEXOS	113
Anexo I – Projeto de Pesquisa	114
Revisão da Literatura	116
Objetivos	130
Justificativa	130
Metodologia	131
Cronograma	135
Bibliografia	136
Anexo II – Questionário	138

ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BEMFAM - Brasil a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar
BO - Boletim de Ocorrência
CEDAW - Comitê de Direitos Humanos, responsável por fiscalizar as ações estabelecidas na Conferência da Mulher
DEAM - Delegacias de Atendimento Especializado à Mulher
DHS - Demographic and Health Surveys
DSTs - doenças sexualmente transmissíveis
ECA - Estatuto da Criança
Funabem - Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
GRAVAD - Gravidez na Adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
KAP-gap - Knowledge, Atitude and Practice (Conhecimento, Atitude e Prática) e gap (lacuna)
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
ONGs - Organizações Não-Governamentais
PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PCAP - Pesquisa sobre Comportamento, Atitudes e Práticas Relacionadas às DST e Aids na População Brasileira de 15 a 64 anos
PEA - população economicamente ativa
PNABEM - Política Nacional do Bem-Estar do Menor
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNAIS - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PSMI - Programa de Saúde Materno Infantil
SAM - Serviço de Assistência ao Menor
SPM - Secretária de Políticas Especiais para as Mulheres da Presidência da República
SUS - Sistema Único de Saúde
TFT - taxa de fecundidade total

RESUMO

Introdução

No Brasil, o aborto destaca-se como um grave problema de saúde pública, à medida que é amplamente praticado, muitas vezes de forma insegura, dentro de um cenário de clandestinidade. A ilegalidade do aborto perpetua as iniquidades socioeconômicas em que é praticado e faz com que sua real magnitude seja desconhecida e as consequências para a saúde das mulheres obscurecidas. Assim como o aborto, a coerção sexual é outra questão silenciada. Esta categoria permite compreender a violência sexual enquanto um processo que se traduz na restrição da liberdade sexual individual, mediante constrangimentos como pressão verbal, social, chantagens e uso de violência física.

Objetivo

Investigar a relação entre a prática do aborto e as experiências de coerção sexual entre mulheres jovens.

Metodologia

Os dados analisados são provenientes da pesquisa GRAVAD, estudo transversal com amostra probabilística estratificada, realizado através de entrevistas domiciliares com jovens de 18 a 24 anos, nas cidades do Rio de Janeiro, Porto Alegre e Salvador. A amostra do presente estudo consiste em um conjunto de 870 entrevistas de mulheres jovens que declararam ter tido ao menos uma gravidez. Na análise estatística foi utilizada regressão de Poisson com variância robusta, incorporando-se a estrutura do delineamento e pesos amostrais.

Resultados

A maior prática do aborto mostrou-se associada ao relato de experiência de coerção sexual (RP 1,60; IC95% 1,04-2,44). O aborto encontrou-se ainda associado à maior escolaridade da jovem (RP 2,78; IC95% 1,77-4,36), ao maior número de parceiros sexuais (RP 2,21, IC95% 1,31-3,75), ao fato de não ter obtido as primeiras informações sobre relações sexuais com os pais (RP 1,90; IC95% 1,14-3,18) e a um maior número de gravidezes (RP 1,65; IC95% 1,40-1,94). A prevalência de coerção sexual entre mulheres jovens que tiveram ao menos uma gravidez encontrada neste estudo é de 22,8%. A prática do aborto é maior entre as jovens que declaram ter sofrido somente um evento de coerção sexual. As jovens cujas mães possuem maior escolaridade e que declararam mais de um evento de coerção tendem a não abortar. E embora seja pequena a parcela das jovens que relatou coerção praticada por desconhecidos, esta foi superior nas jovens que relataram aborto (13,9%) em comparação com as que não relataram (1,2%).

Conclusão

A associação entre o aborto e os determinantes socioculturais fica explícita na relação encontrada dessa prática com a declaração de ter sofrido coerção sexual uma vez na vida. Esse dado evidencia o quadro de vulnerabilidade de gênero no qual estas jovens estão inseridas onde a violência sexual aparece associada a outros fatores, como o recurso ao aborto, que denotam uma certa precariedade nas negociações em termos de sexualidade e reprodução. A falta de controle das condições em que têm relações sexuais, por parte das mulheres, aliada ao modelo cultural de dominação masculina ajuda a manter altas as taxas de gravidez não prevista e, conseqüentemente de abortos.

ABSTRACT

Introduction

In Brazil, abortion stands out as a serious public health problem, as is widely practiced, often in unsafe, within an environment of secrecy. The illegality of abortion perpetuates the socioeconomic inequities that is practiced and makes its real magnitude is unknown and the consequences for the health of women obscured. Just as abortion, sexual coercion is another matter silenced. This category allows us to understand sexual violence as a process which results in restriction of individual sexual freedom, subject to constraints such as verbal pressure, social, blackmail and the use of physical violence.

Objective

To investigate the relationship between abortion and the experiences of sexual coercion among young women.

Methodology

The data analyzed came from the research GRAVAD, cross-sectional study with stratified random sample, obtained through household interviews with youths aged 18 to 24 years in the cities of Rio de Janeiro, Porto Alegre and Salvador. The sample of this study consists of a set of 870 interviews of young women who reported having had at least one pregnancy. The statistical analysis used Poisson regression with robust variance, incorporating the structure of the design and sample weights.

Results

Most abortion was associated with the reported experience of sexual coercion (PR=1.60, CI95% 1.04-2.44). Abortion is also found associated with higher education of the young (PR=2.78, CI95% 1.77-4.36), the largest number of sexual partners (PR=2.21, CI95% 1.31-3.75), the fact of not having obtained the first information about sex with parents (PR=1.90, CI95% 1.14-3.18) and a greater number of pregnancies (PR=1.65, CI95% 1.40 -1.94). The prevalence of sexual coercion among young women who had at least one pregnancy in this study is 22.8%. The practice of abortion is higher among people who claim to have suffered only one event of sexual coercion. Young women whose mothers have more education and who reported more than one event of coercion tend not to abort. And although a small allotment of people who reported coercion committed by strangers, this was higher in people who reported abortion (13.9%) compared with those not reported (1.2%).

Conclusion

The association between abortion and the sociocultural relationship is explicit in this practice found the statement to have suffered sexual coercion once in a lifetime. This shows the situation of vulnerability of its kind in which these young people are included where sexual violence is associated with other factors, such as abortion, which denote a certain precariousness in the negotiations in terms of sexuality and reproduction. The lack of control of the conditions in which they have sex, for women, combined with the cultural model of male domination helps to maintain high pregnancy rates not provided and therefore abortions.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição da amostra de mulheres de acordo com auto-relato de aborto provocado	107
Tabela 2. Descrição das características sociodemográficas associadas ao auto-relato de coerção sexual segundo a declaração de aborto.....	108
Tabela 3. Associações uni e multivariáveis entre características das jovens e a declaração de aborto provocado.....	109

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Associação entre auto-relato de aborto provocado e coerção sexual, de acordo com a escolaridade materna.	110
---	-----

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Aborto e Vulnerabilidade em Jovens”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 17 de dezembro de 2009. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, estão apresentados nos anexos.

2. INTRODUÇÃO

As modificações ocorridas em grande parte dos países ocidentais nas últimas décadas em termos do aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, redução da taxa de fecundidade, aumento do número de separações conjugais, famílias recompostas, entre outras, trazem importantes implicações sobre as decisões reprodutivas tanto de mulheres como de homens. A gestão da reprodução é, desta forma, não apenas uma questão de ordem privada, mas um aspecto central da organização e desenvolvimento econômico dos países, seja controlando o aumento da população, quanto incentivando este aumento nos casos de não reposição da taxa de pessoas economicamente ativas.

O estímulo ao desenvolvimento de programas de planejamento familiar que permitam aos casais decidir sobre a presença, número e espaçamento entre os filhos é recomendado em diferentes Conferências Internacionais (Corrêa, Jannuzi & Alves, 2004; Costa, 1999a; Faúndes & Barzelatto, 2004; Mandú, 2002; Ventura, 2004). Apesar disso, a oferta de informações, insumos e o acesso ao planejamento familiar adequado ainda não é uma realidade em vários países. Outros obstáculos se colocam ao exercício dos direitos reprodutivos, tais como os padrões de gênero que associam fortemente as mulheres à maternidade, valores morais e religiosos que se posicionam contrários às práticas de contracepção e proteção, e legislações que criminalizam o aborto.

Dentro deste cenário, o presente estudo se propõem a discutir a temática do aborto entre mulheres jovens, associando-a com experiências de violência sexual, no contexto de vulnerabilidade social e cultural no qual estas mulheres estão inseridas.

No Brasil, o aborto é inimputável criminalmente apenas quando a gestação é fruto de estupro e quando há risco de vida à gestante. A ilegalidade do aborto é um dos fatores que faz com que este se transforme em um grave problema de saúde pública, visto que é amplamente praticado em um contexto de clandestinidade. Entretanto, a ilegalidade não coíbe a prática, mas perpetua as iniquidades socioeconômicas em que é praticado, resultando em oportunidades desiguais de evitar uma gravidez ou de escolher seu desfecho, e impondo riscos principalmente à população mais pobre.

É justamente esta conjunção entre diferentes fatores que vão desde os aspectos socioeconômicos até as questões legais e características individuais, tais como a faixa etária, que condicionam um contexto de vulnerabilidade. Vulnerabilidade é entendida aqui, segundo Ayres, França Júnior, Calazans & Saletti Filho (1999), enquanto um conceito que, ao contrário do risco que enfoca o indivíduo, busca contemplar um conjunto de características individuais e sociais que no cotidiano levam a uma maior exposição ou proteção dos indivíduos. É neste sentido que o quadro teórico da vulnerabilidade destaca três planos interdependentes que devem ser considerados na análise da vulnerabilidade: o plano individual, no qual a vulnerabilidade é relacionada a comportamentos que implicam em exposição e suscetibilidade do indivíduo e que podem variar ao longo do tempo em função de valores e recursos que permitam maior ou menor proteção; o plano social, no qual é avaliada a coletividade, por meio do acesso a informação e aos serviços de saúde, dos indicadores epidemiológicos, de aspectos sociopolíticos, culturais e econômicos e do grau de liberdade de pensamento e expressão; e o plano programático, no qual a vulnerabilidade se relaciona com a proposição, o cumprimento e a continuidade de políticas, programas, serviços ou ações voltadas para a resolução do problema (Ayres, França Júnior, Calazans & Saletti Filho, 1999).

Este estudo se insere em uma pesquisa sobre jovens, sexualidade e reprodução, chamada pesquisa GRAVAD (Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil)¹. Esta foi uma pesquisa multicêntrica, de base populacional, realizada em três capitais brasileiras (Rio de Janeiro, Porto Alegre e Salvador), com dados coletados de outubro de 2001 a janeiro de 2002. Essa pesquisa contou com delineamento transversal e amostragem probabilística estratificada em três estágios, e que incluiu jovens de 18 a 24 anos completos, de ambos os sexos.

¹ O projeto Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil foi originalmente elaborado por Maria Luiza Heilborn (Programa em Gênero, Sexualidade e Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro), Michel Bozon (Institut National d'Études Démographiques), Estela M. L. Aquino (Programa de Estudos em Gênero e Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia), Daniela Knauth e Ondina Fachel Leal (Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Agradecemos a Ceres G. Victora, Fabíola Rohden, Cecilia McCallum, Tania Salem, Elaine Brandão e aos demais membros da equipe Gravad, bem como ao consultor estatístico do estudo, Antônio José Ribeiro Dias (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Agradecemos, ainda, o apoio financeiro da Fundação Ford e ao Programa de Bolsas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

A temática do aborto com os dados desta pesquisa já foi abordada por Estela Aquino, Maria da Conceição Almeida, Jenny Araújo & Greice Menezes (2002). Estas autoras fazem uma detalhada descrição das mulheres que abortaram, comparando a prevalência de aborto nas três cidades estudadas e ressaltando aspectos relacionados à tomada da decisão de abortar e ao pagamento do aborto. Em outro trabalho, Greice Menezes (2006) explorou a temática sobre 3 aspectos: a caracterização dos jovens - mulheres e homens (relativamente às suas parceiras) - quanto à experiência de gravidez e aborto, identificando, através da técnica de análise de correspondência, os perfis sóciofamiliares dos diferentes grupos (Menezes, Aquino & Silva, 2006) a atitude das jovens frente à primeira gravidez, seja esta resultante em filho ou aborto; os fatores associados à interrupção da primeira gravidez (Menezes, 2006).

Já as questões sobre coerção sexual presentes no inquérito GRAVAD foram analisadas por Cláudia Leite Moraes, Cristiane da Silva Cabral & Maria Luiza Heilborn (2006). As autoras analisaram a prevalência de coerção, as características de vítimas e perpetradores, as principais estratégias de coerção e os cenários que favoreceram a ocorrência da violência sexual diferenciando as declarações masculinas e femininas. Em outro artigo, Fabíola Cordeiro, Maria Luiza Heilborn, Cristiane da Silva Cabral & Cláudia Leite Moraes (2009), são tratadas as questões que envolvem situações de coerção e negociação sexual, além dos valores sexuais desses jovens.

É neste contexto de análise e discussão que o presente trabalho se insere. Buscando analisar a relação entre aborto e coerção sexual. O evento do aborto é tratado neste estudo a partir dos dados sobre o primeiro aborto provocado ocorrido em qualquer gestação, em jovens mulheres com até 24 anos, ou seja, em toda a vida reprodutiva da jovem, até o momento da entrevista. As variáveis preditoras utilizadas foram referentes a aspectos socioeconômicos e próprios das jovens, devido a falta de detalhamento dos relacionamentos que ocasionaram as gravidezes posteriores a primeira. Além disso, optamos por excluir os homens, pois nosso preditor principal foi o fato da jovem sofrido coerção sexual. Assim, seria incorreto metodologicamente incluir os homens, pois as mesmas mulheres que foram coagidas à relação sexual, abortaram, ao passo que para os homens que relataram ter sido coagidos, foram suas parceiras que abortaram, o que faria com que a

coerção e o aborto não incidissem sobre o mesmo indivíduo, dificultando a análise da vulnerabilidade a qual as mulheres estariam expostas.

A presente dissertação está organizada em duas partes principais. A primeira parte apresenta a revisão da literatura sobre o tema e a segunda parte traz, na forma de um artigo, os principais resultados e discussões suscitadas pela análise dos dados.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A questão do aborto e sua relação com a violência sexual, tema central desta dissertação, deve ser, a nosso ver, analisada dentro do contexto mais amplo da vulnerabilidade que inclui a dimensão política, social e individual. É neste sentido que a presente revisão da literatura se inicia com uma análise das transformações - seja em função dos tratados e acordos internacionais, seja em função das próprias demandas de saúde sexual e reprodutiva - das políticas de saúde voltadas às mulheres ocorridas nos últimos anos.

Nas dimensões sociais e individuais, exploramos alguns aspectos relacionados ao grupo específico que está sendo estudado, os jovens. O foco é colocado nas trajetórias afetiva e sexual dos jovens, particularmente no que diz respeito a três eventos: iniciação sexual, uso de métodos de proteção/contracepção e gravidez. As diferenças em termos de classe social e escolaridade são fundamentais para a compreensão destas trajetórias.

A seguir, quisemos explicitar um pouco de que população estamos falando. Assim, entendemos que seria importante abordar os jovens e sua iniciação sexual.

Para facilitar a compreensão do leitor acerca da temática do aborto, julgamos importante o entendimento de questões relacionadas às demandas contraceptivas e à gravidez (em especial, na adolescência).

Por fim, versamos sobre nossos dois temas de estudo, a violência sexual, em suas mais diversas formas, e o aborto.

3.1 A atenção à saúde da mulher

Ao longo do século XX, os direitos referentes à vida sexual e reprodutiva das mulheres foram ganhando pauta em esfera nacional e internacional, graças a reivindicações de diversos grupos sociais, em especial as feministas.

Assim, também a atenção à saúde da mulher passou por diversas mudanças, tanto no que tange à prática médica propriamente dita, quanto no que se refere à percepção de saúde da mulher, passando de um modelo de assistência à saúde totalmente centrado no binômio mãe-filho, vigente até meados dos anos 70, para um modelo que visa a integralidade do ser mulher, adotado a partir dos anos 80.

3.1.1 Cenário mundial

O acesso das mulheres à saúde esteve sempre vinculado à luta pelos direitos sociais que se deu principalmente por meio de convenções internacionais, das quais resultaram acordos cuja grande maioria dos países é signatária. Estes acordos visam diminuir as desigualdades de tratamento a que as mulheres estão submetidas tanto em relação aos homens quanto em relação às mulheres de diferentes países. Apesar do foco inicial ser a proteção da mulher enquanto mãe, observam-se avanços significativos nos últimos anos no sentido de garantir os direitos das mulheres no planejamento e assistência não apenas à gestação, mas também à contracepção.

Dentre os organismos que elaboraram tratados internacionais, a Organização Internacional do Trabalho (1919) foi pioneira no estabelecimento de direitos referentes à vida reprodutiva das mulheres, em especial, à maternidade, impondo limites ao trabalho de mulheres durante a gestação (Ventura, 2004). Já a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965) garantiu o direito à liberdade e à igualdade ao acesso à saúde, no casamento e na constituição de uma família. O Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos (1966) veio a acrescentar a proteção à honra e à reputação e a igualdade entre homens e mulheres. Já o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), inovou no sentido de que garantia que o Estado fornecesse às mães proteção por razoável período antes e depois do parto e licença remunerada ou com benefícios previdenciários. Na I Conferência Mundial dos Direitos Humanos (Teerã, 1968), foi determinado que os pais têm o direito de determinar quantos e quando querem ter filhos (Ventura, 2004).

As décadas de 70 e 80 do século XX são marcadores importantes no avanço dos direitos das mulheres. Na I Conferência Internacional da Mulher (Cidade do México, 1975), a ONU, recomendou medidas para eliminar as desigualdades entre homens e mulheres e na II Conferência Internacional da Mulher (Copenhague, 1985), acrescentou-se recomendações relativas à saúde, à educação e ao trabalho feminino. A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (Nova York, 1979) estabeleceu uma agenda para a eliminação da discriminação contra a mulher e para promover a equidade entre homens e mulheres (Mandú, 2002).

Na Conferência da ONU no México (1984), os países em desenvolvimento passam a buscar ajuda técnica e científica para o estabelecimento de programas de controle de natalidade² (Costa, 1999a).

Neste mesmo período, o modelo médico vigente, centrado apenas em problemas de ordem física, começa a ser questionado por novas abordagens que incluam a influência sociocultural na saúde, com especial atenção às questões de gênero e à contracepção (Mandú, 2002; Ventura 2004). O movimento feminista lançou então questionamentos que serviram de base para a proposição de direitos reprodutivos, enquanto movimentos variados, dentre os quais o movimento gay, o movimento lésbico e o próprio movimento feminista lançaram em co-autoria a base para o conceito de direitos sexuais. A proposição dos direitos sexuais e reprodutivos veio ampliar a visão médica, baseada na prescrição e no controle, para uma visão assentada na justiça social, na ética e na dignidade humana, e que leva em conta as desigualdades das relações de gênero, classe social, raça e expressão sexual (Ávila, 2003). Sobre essa política, Maria Betânia Ávila acrescentou:

“Há nesse campo um desafio específico no plano cultural/ideológico que é o de romper com o conservadorismo e o preconceito que não só discriminam socialmente, mas afetam a saúde física e mental das pessoas e as vulnerabilizam”. (Ávila, 2003, p.469)

Esta nova perspectiva encontra-se presente nos documentos resultantes da II Conferência Mundial sobre Direitos Humanos (Viena, 1993), onde afirma-se que o direito de meninas e mulheres *“são inalienáveis e constituem parte integral e indivisível dos direitos humanos”*, cabendo aos Estados promover e proteger seus direitos; da Conferência da ONU no Cairo (1994), assinado por 179 países, que estabelece a defesa dos direitos humanos, do bem-estar social, da igualdade de gêneros e do planejamento familiar (Corrêa, Jannuzi & Alves, 2004; Costa, 1999a); e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995), do qual são signatários 187 países, e na qual foi elaborada a Plataforma de Beijing, que manteve as proposições das conferências anteriores, onde se destaca a proposição de direitos sexuais e reprodutivos, a luta pela equidade de gêneros, a promoção do

² É importante salientar a distinção entre controle de natalidade e planejamento familiar. No primeiro ocorre *“uma restrição às liberdades de procriação das mulheres ou dos casais”* (Costa, 1999, p. 324), enquanto o segundo é entendido como *“o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”* (Lei nº 9.263, Brasil,

desenvolvimento humano e do bem-estar e a pontuação da discriminação étnica e racial como um obstáculo à igualdade e à equidade entre os gêneros. Cabe salientar ainda que os países que adotaram este último documento se comprometeram a revisar as leis que punem mulheres que se submeteram a aborto ilegal (Corrêa, Jannuzzi & Alves 2004; Faúndes & Barzelatto, 2004).

O conceito de saúde reprodutiva, que consta no artigo 94 da Plataforma de Beijing, define esta como:

“Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo”. (Artigo 94, Plataforma de Beijing, 1995)

Segundo Ventura (2005), o termo saúde reprodutiva traz consigo o questionamento do modelo biomédico, pautado na medicalização excessiva e na instrumentalização do corpo feminino, durante os ciclos reprodutivos.

Assim, embora nenhuma das conferências ou tratados internacionais inclua a descriminalização do aborto como um direito das mulheres, observa-se uma importante mudança de perspectiva que visa garantir às mulheres o direito à contracepção, planejamento familiar e assistência não apenas na gestação mas também em termos de saúde reprodutiva. Há ainda o reconhecimento de que o gênero é um elemento importante de discriminação social.

3.1.2 Cenário brasileiro

No Brasil, as ações em saúde foram inicialmente norteadas pela cultura católica, que determinava que o número de filhos que um casal deveria ter ficava a cargo da vontade divina e que não cabia ao ser humano limitá-lo. Essa maneira de pensar visava ampliar o número de fiéis para a Igreja Católica (Ventura, 2004).

Entre o final do século XIX e meados do século XX, as ações em saúde sexual restringiam-se ao controle sanitário e à educação moral, visando a redução da transmissão de doenças venéreas, principalmente a sífilis. Por outro lado, as ações que visavam a redução da mortalidade infantil e o estímulo à natalidade

1996), servindo como um instrumento para que homens e mulheres possam realizar efetivamente suas escolhas

ganhavam força, aliadas à restrição da sexualidade feminina as relações conjugais e a procriação. As ações educativas eram valorizadas como forma de prevenir doenças, sendo acrescentadas de cuidados médicos individualizados e de diagnóstico e tratamento precoces dos agravos (Mandú, 2002).

Em 1937 foi criada a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, que fomentava técnica e financeiramente instituições de assistência materno-infantil, e, em 1940, o Departamento Nacional da Criança, que estruturava normas, planos e programas de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. No mesmo ano, a Consolidação das Leis do Trabalho introduziu a proteção à maternidade e ao trabalho feminino. Após a Segunda Guerra, a puericultura foi impulsionada através de tecnologias de controle da gestação, de cuidados da mãe com a criança e do controle pré-nupcial da saúde (Mandú, 2002; Ventura 2004; Villela & Monteiro, 2005).

Após os anos 60, com auge nos anos 70, tornou-se presente um maior controle do crescimento populacional, recrudescido pelo pensamento neomalthusiano e externalizado por ações de controle de natalidade, como estímulo à esterilização em massa, mesmo sem um posicionamento oficial do governo sobre isso (Corrêa, Jannuzzi & Alves, 2004; Mandú, 2002). Surgiram, então, instituições não-governamentais que visavam o planejamento familiar. Dessa forma, em 1965 começou a atuar no Brasil a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BEMFAM), uma entidade privada sem fins lucrativos e financiada por capital internacional, que fornecia treinamento de profissionais de saúde para o planejamento familiar e assistência em ações contraceptivas, e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança, que financiou treinamento e equipamento para que profissionais de saúde realizassem esterilizações cirúrgicas, por meio de laparoscopia, além de distribuir material contraceptivo para diversas instituições congêneres (Costa, 1999a).

Em 1977, o Ministério da Saúde formulou o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), que *“formaliza ações de assistência à gravidez, parto e puerpério, de estímulo à amamentação e medidas de espaçamento entre as gestações, dirigidas a mulheres entre 15 e 49 anos”* (Mandú, 2002, p.365). Ele teve por objetivo a prevenção da gravidez de alto risco, sendo pautado pela intervenção a grupos de risco ou situações de vulnerabilidade. Os homens ficaram à margem dessa política,

exonerando-se das responsabilidades inerentes aos sujeitos reprodutivos. Ocorreu a substituição das parteiras pelos médicos obstetras e foram construídas inúmeras maternidades. Os cuidados sexuais continuaram voltados às funções orgânicas dos aparelhos reprodutores feminino e masculino e as doenças venéreas passaram a ser controladas por meio de terapias (principalmente os antibióticos) (Corrêa, Jannuzzi & Alves, 2004; Mandú, 2002; Ventura 2004). Não havia contato entre esse e outros programas que tratavam da saúde da mulher, como o Programa de Doenças Crônico-Degenerativas, que tratava o câncer cérvico-uterino. Segundo Costa (1999a), as ações do PSMI caracterizavam-se pela verticalidade e pelo estabelecimento de metas operacionais, que não levavam em conta as necessidades epidemiológicas locais. Dessa forma, os recursos já chegavam aos municípios predestinados a determinado uso, não sendo permitidas adequações à realidade local.

As ações de saúde, até então, baseavam-se num conceito biologicista e reducionista, sendo a mulher associada à figura maternal e doméstica. Elas eram traduzidas em programas verticalizados e não integrados aos demais programas do governo federal, resultando em fragmentação e alcançando baixo impacto (Brasil, 2007).

No início dos anos 80, com a luta pela redemocratização, o governo brasileiro e representantes de grupos feministas projetaram políticas assistenciais mais amplas, dirigidas à saúde, das quais resultou, em 1984, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Dessa forma, o programa resultou de uma discussão com o grupo alvo da política de saúde, as mulheres. O PAISM introduziu os conceitos de integralidade, descentralização e equidade da atenção, em um cenário onde se articulava a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, abarcou todas as áreas da saúde feminina, incluindo ações preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, por meio de ações diversas, como atenção da saúde mental, acompanhamento do parto, da gestação e do puerpério, de ações de controle de DSTs e câncer ginecológico, de medidas de anticoncepção e de tratamento da fecundidade. Esse programa constitui a primeira proposta, e subsequente implementação, por parte do Estado brasileiro de um programa que visasse o planejamento familiar. Isso fez com que recebesse duras críticas, sob a acusação de ser um disfarce do governo para o controle da natalidade. O PAISM enfrentou diversas dificuldades em sua implementação, que não chegou a ser

efetiva em todas as regiões do país, havendo um certo descompasso entre teoria e prática. Em 1998, quando a saúde da mulher passou a ser considerada prioridade pelo governo federal, sua implementação foi facilitada (Corrêa, Jannuzzi & Alves, 2004; Costa, 1999a; Brasil 2007; Mandú, 2002; Osis,1998). Entretanto, ainda é questionável a inserção masculina na prática da saúde reprodutiva (Corrêa, Jannuzzi & Alves, 2004).

No âmbito das Nações Unidas, o Brasil tornou-se signatário da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (em 1968), da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (1984), da Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos Cruéis, Desumanos e Degradantes (1989), da Convenção sobre os Direitos da Criança (1990), do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (1992), do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1992) e das Convenções da Organização Internacional do Trabalho. Já no âmbito do Sistema Interamericano, ratificou a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura (1989), a Convenção Americana de Direitos Humanos (1992) e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1995). O objetivo da assinatura de tantos tratados, que, por vezes, se sobrepunham, é proporcionar maior efetividade na promoção dos direitos humanos (Ventura, 2004).

A reavaliação das medidas restritivas às mulheres que se submetem ao aborto e aos médicos que o praticam foram recomendações aprovadas pelo governo brasileiro durante a Conferência sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994 (Costa, 1999b).

Em termos legais, a Constituição de 1988, que estabelece a saúde como direito, define no parágrafo 7º do art. 226 o direito de acesso aos recursos educacionais e científicos para o exercício do planejamento familiar (Brasil, 1988). A Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, estabeleceu, em seu Capítulo I, que todo cidadão (mulher, homem ou casal) tem direito a planejamento familiar, ou seja, tem direito a ações de regulação de fecundidade para constituição, limitação ou aumento da prole, proibindo qualquer tipo de controle demográfico. As medidas que concernem ao planejamento familiar estão inseridas em uma política de prevenção, educação e acesso igualitário ao sistema de saúde, incluindo serviços que visem a assistência à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, o controle das doenças sexualmente

transmissíveis e o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis (Brasil, 1996).

E em 1990, por intermédio da Lei nº 8.072, o estupro e o atentado violento ao pudor foram classificados como crime hediondo e sua pena aumentada, caso dessa violência decorresse lesão corporal de natureza grave ou morte (Brasil, 1990). Além disso, o governo brasileiro tornou-se signatário, no ano 2000, do Estatuto do Tribunal Penal Internacional (Estatuto de Roma) que inclui no rol dos crimes contra a humanidade a agressão, a escravidão sexual, a prostituição, a gravidez e a esterilização forçadas, além de outras formas de violência sexual de gravidade comparável (Ventura, 2004).

Em 2007, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que retomou as proposições do PAISM, considerando os avanços que a saúde pública no Brasil alcançou nos últimos 20 anos, incluindo a criação do SUS. Suas principais proposições são implantar, implementar, qualificar e promover políticas de saúde para as mulheres, abarcando assuntos como a atenção ginecológica-obstétrica, o planejamento familiar, a assistência obstétrica e neonatal, a atenção às vítimas de violência doméstica e sexual, a prevenção de DSTs/HIV, a redução da morbimortalidade por cânceres, a atenção à saúde mental e a atenção à saúde da mulher no climatério, na terceira idade, de mulheres negras, de trabalhadoras do campo e da cidade, de mulheres indígenas e de mulheres em sistema prisional (Brasil, 2007). Atualmente, as ações voltadas a políticas de saúde para a mulher são implementadas pela Área Técnica de Saúde da Mulher, integrante do Ministério da Saúde, e existe a Secretária de Políticas Especiais para as Mulheres da Presidência da República (SPM), responsável por estabelecer políticas públicas que contribuam para a melhoria de vida das mulheres brasileiras (Ventura, 2004).

Apesar de todos os avanços, a atenção à saúde no Brasil, bem como nos demais países da América Latina, se dá de forma desigual e injusta, o que se explicita em iniquidades influenciadas por características como gênero, etnia, classe socioeconômica e idade. Dessa forma, mulheres pobres, indígenas e afro-descendentes continuam apresentando desvantagens no acesso aos serviços de saúde (OPAS, 2007). O número de mulheres que vive em situação de pobreza é superior ao número de homens e a disparidade de gênero tem aumentado na última década. As mulheres trabalham mais horas do que os homens e metade do seu

tempo é gasto em atividades não remuneradas (UNFPA, 2007). Comparativamente aos homens, as mulheres têm uma maior longevidade. Apesar disso, quando se incorpora no cálculo a qualidade de vida, o hiato entre a expectativa de vida feminina e a masculina diminui. Além disso, piores características socioeconômicas e culturais também aumentam de forma significativa esse hiato (OPAS, 2007).

E embora a saúde da mulher tenha entrado na pauta das políticas públicas, seja através do PAISM ou, recentemente, através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), o aborto ainda é considerado um crime e as mulheres que recorrem a esta prática, especialmente aquelas que pertencem aos segmentos mais desfavorecidos da população, se sujeitam a uma série de riscos, inclusive para a sua saúde. O acesso a diferentes métodos de contracepção e de proteção ainda não é uma realidade para grande parte das mulheres brasileiras, visto que a rede básica de saúde não dispõe, em vários locais do país, de insumos adequados e suficientes para suprir esta demanda.

3.2 Juventude

A Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) definiu como jovens as pessoas na faixa etária compreendida entre 15 e 24 anos, sendo o limite inferior a idade na qual já estão desenvolvidas as funções sexuais e o superior a idade na qual os indivíduos normalmente concluem a educação formal, conseguem um emprego e formam uma família (Mello, Camarano, Pasinato et al, 2004). Essa definição inclui um grupo muito heterogêneo de pessoas, com necessidades distintas, abrigando inclusive indivíduos em contextos legais distintos. Além disso, ela pode ser questionável, pois é um conceito socialmente construído, com base no que é considerado importante para a passagem para a vida adulta, e, portanto, sujeito a modificações com o passar do tempo (Castro & Abramovay, 2002). A transição da adolescência para a idade adulta se dá de forma mais ou menos desigual entre os jovens, sendo determinada por marcos etários móveis e dependendo do contexto socioeconômico, cultural, familiar e de gênero no qual o jovem se insere (Heilborn & Cabral, 2006; Mello, Camarano, Pasinato et al., 2004; Menezes, 2006). Os trabalhos sociológicos atualmente tomam como marcos definidores da passagem para a vida adulta o alcance de uma autonomia, tanto

residencial e conjugal, quanto profissional e financeira (Heilborn & Cabral, 2006; Galland, 2003).

De acordo com o censo de 2000, o Brasil conta com uma população de 34 milhões de pessoas na faixa etária de 15 a 24 anos.

A juventude é uma fase de rápido crescimento físico, mental e social. Esse crescimento é acompanhado do desenvolvimento do pensamento crítico, de uma maior independência emocional e de autoconhecimento, bem como de *“incorporação de novos comportamentos e atitudes frente a uma estrutura de padrões sociais e sexuais, fortemente influenciados pelas relações de gênero, estabelecidos social e culturalmente”* (Brasil, 2007, p.40).

A família, a escola e o Estado têm papel crucial no desenvolvimento identitário dos jovens, bem como na sua maior ou menor vulnerabilidade. Vulnerabilidade é aqui entendida como *“uma exposição potencial maior a riscos de diversas naturezas – sociais, econômicas, políticas, culturais, entre outras -que implicam no enfrentamento de diversos desafios”* (Mello, Camarano, Pasinato et al., 2004, p.07).

Galland (2003) propõe uma diferenciação entre adolescentes e jovens. Enquanto aqueles são totalmente dependentes dos pais e protegidos por eles, se aproximando mais das crianças que dos adultos, esses já possuem certa autonomia, como, por exemplo, não coabitarem com os pais, mas ainda não são totalmente independentes, sendo sustentados por eles. Assim, a juventude não seria o prolongamento da adolescência, mas uma gradual transição para a idade adulta. De acordo com o autor, *“eles estão aprendendo a ser autônomos, mas o processo é lento, complexo e, por vezes, caótico, e pode variar muito de acordo com os eventos que juntos definem os ‘status de adulto’”* (Galland, 2003, p.184). Assim, a juventude transpõe a definição de uma fase de irresponsabilidades para a de uma fase de aprendizagem gradual de responsabilidades.

Castro & Abramovay (2002) destacam a atitude alarmista da mídia, que faz recorrente associação entre jovens (em especial os negros e pobres), inconsequência e propensão a desvios e delitos, principalmente em notícias vinculadas às drogas, à violência e ao desemprego juvenil. Entretanto, poucas são as referências feitas aos direitos que são negados a esses mesmos jovens, como o direito de brincar, se divertir e se informar culturalmente.

No Brasil, as políticas voltadas para os jovens historicamente abrangeram a população menor de 18 anos. O primeiro Código de Menores do Brasil data de 1927 e também ficou conhecido como Código Mello Matos. Ele orientava as políticas públicas direcionadas a essa faixa etária até os anos 70 e se preocupava em proteger a criança de influências social e moralmente indesejáveis. Assim, em 1941 foi criado o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), seguidor dessa política de tutela. Em 1964, a SAM se tornou a PNABEM (Política Nacional do Bem-Estar do Menor), sob controle da Funabem (Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor). Nas décadas de 60 e 70, com o advento da ditadura militar, as políticas voltadas ao jovem tomaram um caráter de controle ideológico. Em 1988, com a retomada da questão dos direitos e políticas públicas para os jovens, cria-se o Fórum Permanente de Entidades Não-Governamentais em Defesa de Direitos da Criança e do Adolescente e, em 1990, promulga-se o Estatuto da Criança (ECA). O ECA surgiu como uma forma de comprometimento da sociedade com as crianças e os adolescentes, visando garantir seus direitos e deveres e servindo como uma forma de proteção da sua cidadania (Castro & Abramovay, 2002; Mello, Camarano, Pasinato et al., 2004).

Quanto à educação, as políticas públicas desenvolvidas primavam por educar os jovens, visando uma mobilidade social ascendente. Apesar disso, beneficiavam as já incluídas classe média e alta. Assim, nos anos 50, o ensino profissionalizante era muito valorizado. A partir dos anos 60, as atenções foram voltadas à repressão, principalmente de estudantes de classe média, associados aos movimentos estudantis. Já o final dos anos 80 primou pela preocupação com jovens dos setores populares e a relação entre juventude, violência e drogas. Também nessa época, ocorre a retomada do ensino profissionalizante. Já nos anos 90 e início dos anos 2000, a preocupação da educação para a saúde dos jovens, com especial participação das Organizações Não-Governamentais (ONGs) para prevenção e cuidado da AIDS, tem estado em voga (Castro & Abramovay, 2002).

Segundo compilação de estudos sobre a saúde na América Latina, feita pela Organização Pan-Americana da Saúde, o perfil dos lares onde jovens latino-americanos crescem tem mudado significativamente, diminuindo a porcentagem de mães que trabalham exclusivamente em atividades domésticas e aumentando o percentual de mães que trabalham fora. Também aumentou a porcentagem de lares onde a mãe era chefe da família e não havia pai. Além disso, os jovens têm

prolongado sua permanência junto à família de origem, o que denota uma maior dificuldade em obter independência (OPAS, 2007).

Na América Latina, onde a questão da desigualdade de gênero ainda é bastante forte, as mulheres jovens estão mais expostas a sofrer violência, ao casamento e/ou à gravidez precoce e ao abandono dos estudos do que os homens jovens. Além disso, os jovens, de uma maneira geral, estão mais sujeitos a migrações que os adultos, em especial na transição para a idade adulta, o que os expõe a riscos aumentados de contágio de doenças infecciosas de transmissão sexual e gera dificuldades no tocante à sociabilidade, à educação, ao trabalho e à proteção legal. Já no que se refere à educação, há um acesso homogêneo entre jovens homens e mulheres. Quanto a empregos, os jovens latino-americanos vivenciam uma situação de instabilidade, com baixa remuneração e pouco acesso à previdência social (OPAS, 2007).

O aumento da educação se reflete em um comportamento diferencial no que se refere à reprodução, à contracepção e à saúde, tendo as mulheres, em geral, nos últimos anos, superado os homens em anos de escolaridade. Segundo a PNDS³ 2006, dentre as mulheres, 49,2% têm de 9 a 11 anos de estudo e 13,0% cursaram no mínimo o primeiro ano da faculdade (12 anos de estudo), mesma situação de 43,7% e de 8,5% dos homens, respectivamente. Com poucas exceções, não existem pessoas que não estudaram ou que tiveram apenas a alfabetização básica. A quase totalidade das crianças de 6 a 10 e de 11 a 14 anos está matriculada na escola, o que não é possível notar nos jovens de 15 a 20 anos e entre os de 21 a 24, em que, respectivamente, quase 40% e mais de 70% dos jovens não está estudando. Além do fato de estarem matriculados, há que se considerar a defasagem entre a faixa etária e a série cursada, causada pela repetência, e que se reflete na qualidade da aprendizagem (Brasil, 2008). Apesar de ter diminuído significativamente (41,6% de 1996 a 2006) ela ainda atinge 21,7% dos alunos do ensino fundamental (IBGE, 2007).

Estudando as diferentes concepções de juventude adotadas ao longo do tempo em alguns países europeus, Galland (2003) chama a atenção para um fenômeno chamado pelo autor de “prolongamento da juventude”. Esse fenômeno foi notado inicialmente após a industrialização, quando os adolescentes retardavam sua

³ A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) foi inicialmente denominada DHS (Demographic and Health Surveys), até o ano de 1996. A partir de 2006 ela passou a ser conhecida por seu nome em português.

saída da casa dos pais por contribuírem com a renda da família, e ganhou grande impulso nos anos 80, com o prolongamento da escolaridade em resposta à falta de oportunidades de emprego. Assim, *“as gerações mais velhas compensavam os jovens com um estado de prolongada dependência, que servia aos seus próprios interesses”* (Galland, 2003, p.167). Além disso, há uma destacada diferença de gênero no prolongamento da juventude. Em estudo desenvolvido na França, partindo de um contexto de dificuldades para a obtenção de um emprego entre jovens menos escolarizados, as mulheres que acabavam os estudos rapidamente formavam famílias, os homens na mesma situação prolongavam sua estada na casa dos pais. Entre jovens com maiores níveis de escolaridade, a entrada na vida adulta seguia o mesmo padrão tanto para homens quanto para mulheres (Galland, 2003). Em compilação de estudos sobre jovens, Mello, Camarano, Pasinato et al. (2004) concluíram que, devido a uma série de dificuldades e fragilidades, em especial a de conseguir emprego, muitos jovens têm postergado a saída da casa dos pais, permanecendo por mais tempo na condição de dependentes. O amadurecimento psicossocial tem-se dado de forma desigual entre jovens de camadas mais pobres e jovens de camadas mais abastadas. Enquanto aqueles são forçados a entrar na vida adulta mais precocemente, seja por meio da busca de um emprego, da saída da casa dos pais ou da constituição de uma família, estes, em muitos casos, tendem a permanecer por mais tempo estudando e vivendo sob sustento dos pais.

Galland (2003) também chama a atenção para um tipo especial de saída da casa dos pais, vigente especialmente entre jovens de cidades menores que vão estudar em grandes centros. Esses jovens moram sozinhos ou coabitam com amigos, mas continuam sob sustento dos pais, tendo uma espécie de *“vida dupla”*, caracterizada por uma suposta independência durante a semana, que contrasta com regresso a casa nos finais de semana, como exemplifica o autor, para levar *“roupa suja”* para lavar. Em 1992, esse estilo de vida abrangia um a cada 10 franceses que estavam cursando graduação e, em 1997, já era adotado por um a cada quatro jovens na mesma situação. Assim, *“os jovens experimentam um certo grau de emancipação, mesmo que condicionado temporariamente à assistência dos pais”*. Apesar disso, essa situação pode sofrer reversão e os jovens podem retornar à casa dos pais após algum tempo.

As desigualdades econômicas também repercutem de forma significativa nas trajetórias juvenis. Estudando dados da etapa qualitativa do GRAVAD (Gravidez na

Adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil), Heilborn, Salem, Rohden et al. (2002) afirmam que o ingresso dos jovens de classe média no mercado de empregos se dá mais tardiamente que entre os de classe mais baixa. Além disso, enquanto jovens, sua renda auferida é destinada apenas para uso pessoal, não contribuindo para as despesas da casa. O ambiente familiar nas classes médias favorece esse arranjo, no qual os pais concordam em dar apoio financeiro ao jovem durante o prolongamento dos estudos, resultando em um menor enfrentamento geracional, estando as relações entre pais e filhos pautadas no diálogo. Essa dependência financeira, aliada a liberdade e a autonomia da vida privada, fazem com que haja uma maior tolerância parental à sexualidade juvenil, resultando em menos razões para o abandono da casa dos pais, reforçando o prolongamento da juventude. Além disso, na maioria dos casos, o engajamento dos jovens pais no mercado de trabalho precedia a gravidez ou acontecia bem depois desta. Também a maternidade pareceu não apressar a entrada no mercado de trabalho das jovens, fazendo com que elas dependessem integralmente dos outros para o sustento da criança, havendo uma maior reclusão ao ambiente doméstico por parte das jovens mães, quando comparadas às não-mães. Já os jovens de classes populares têm percursos escolares breves e acidentados, com repetências e interrupções. A evasão escolar masculina decorre principalmente da inserção no mercado de trabalho, por volta dos 13 anos, trabalho nesse mercado por uma grande variedade de ocupações, em especial no mercado informal. Sua renda é dedicada, em parte, ao sustento da família, mesmo que coabitando com os pais. Quando experimentavam a paternidade na adolescência, os jovens tinham maior experiência de emprego e menor frequência aos estudos, quando comparados aos de classe média. Dentre as moças, o abandono parece ser temporário, marcado por interrupções e retornos à vida acadêmica. Uma das razões correlatas é a tarefa de cuidar da casa e dos irmãos menores. Como as jovens mães de classe média, as de classes populares também estavam, em sua maioria, sem estudo e emprego na época da gravidez. Já em contraste com as nulíparas do mesmo segmento socioeconômico, as que enfrentaram a maternidade apresentam um diferencial escolar-profissional, sofrendo uma maior internalidade com relação ao ambiente doméstico. As trajetórias empregatícias destas jovens estavam principalmente relacionadas a tarefas domésticas.

Corroborando com isso, Camarano, Kanso, Mello et al. (2006), analisando dados do censo de 2000, chamaram a atenção para o fato de que os jovens que não estudam nem trabalham representam 17,5% dos jovens brasileiros. Acerca desse percentual, há uma grande influência de gênero, já que entre os homens, 7,4% não estudavam nem trabalhavam e entre as mulheres, 26,4%, sendo que dessas, 71,2% possuíam ao menos um filho. Além disso, 71,8% dos homens que não trabalhavam nem estudavam residiam com os pais, enquanto 61,0% das mulheres na mesma situação viviam em situação de conjugalidade. Esses dados sugerem que nesse grupo de jovens há uma transição à vida adulta diferenciada em função da questão de gênero, estando, no caso das mulheres, a conjugalidade e a maternidade atreladas ao abandono, ao menos de forma temporária, dos estudos.

Também Silva & Kassouf (2002) analisando dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) 1998, notaram que as taxas de desemprego entre jovens são mais elevadas no meio urbano e entre as mulheres. Essas taxas também sofrem influência da escolaridade, da experiência empregatícia, da cor e da renda dos indivíduos, o que coloca os jovens de camadas mais pobres e com menor escolaridade em uma situação cada vez mais vulnerável, sem grandes perspectivas de mudança das condições sociais em que vivem.

Quanto aos aspectos referentes ao trabalho pesquisados na PNDS 2006, das mulheres de 15 a 19 anos e as de 20 a 24 anos, 42% e 15% declararam nunca ter trabalhado. Das mulheres de 15 a 19 anos que estavam trabalhando no momento da pesquisa (28%), apenas 17% trabalhava com carteira assinada, demonstrando a informalidade do trabalho nessa faixa etária. O nível de instrução da mulher favoreceu tanto o acesso quanto as condições de trabalho, sendo notória a diferença entre mulheres com até o ensino fundamental completo para mulheres com o ensino médio ou mais (Brasil, 2008). Mello, Camarano, Pasinato et al. (2004), comparando dados da PNAD 1982 com dados da PNAD 2002, mostraram que a população economicamente ativa (PEA) masculina apresentou queda, enquanto com a feminina ocorreu o inverso. Apesar disso, a incorporação dos jovens no mercado de trabalho tem sido limitada, o que faz com que as taxas de desemprego entre os jovens sejam ainda bastante elevadas e representando, em 2002, 47,7% do total de desempregados.

Como demonstram os trabalhos citados acima, apesar da delimitação etária, pode-se considerar que há diferentes juventudes no Brasil e no mundo. As

diferenças em termos de classe social e escolaridade determinam uma relação distinta com o mercado de trabalho, tanto na idade de ingresso, quanto no usufruto da renda. Além disto, estas diferenças também possuem implicações sobre a gestão da sexualidade e de suas consequências nesta fase de vida.

3.3 Vida sexual juvenil

A juventude também demarca a passagem à sexualidade, não restrita apenas à genitalidade e à iniciação sexual, mas tratando-se de um processo de experimentação.

Quanto à introdução à sexualidade, Heilborn & Cabral (2006), analisando dados da pesquisa GRAVAD, chamam a atenção para as mudanças ocorridas nos costumes sexuais do Brasil, onde a sexualidade pré-conjugal feminina passou a ser mais aceita socialmente, ao passo que a iniciação sexual masculina, que há algumas décadas era incentivada a ser feita com *“parcerias desviantes”*, passou a acontecer num contexto de namoro. Apesar disso, as autoras destacam o forte papel de gênero imbricado na cultura sexual dos brasileiros, contrastando a atitude ativa por parte dos homens, com vistas a afirmar sua masculinidade, e uma atitude passiva por parte das mulheres, que, mesmo sendo sexualmente ativas, preservam uma “virgindade moral”, contendo as investidas masculinas.

Essas mesmas autoras destacam que a iniciação sexual, bem como a experiência da primeira gravidez, se dá, em média, mais tarde que a experiência do primeiro emprego, tanto para homens quanto para mulheres, sendo portanto, a última etapa da transição para a vida adulta.

As diferenças de gênero têm um reflexo evidente nos padrões de iniciação sexual. Heilborn, Bozon, Aquino et al. (2008), estudando dados do GRAVAD, demonstraram que a iniciação sexual masculina se dá, em média, dois anos antes da feminina (mediana de 16,2 contra 17,9 anos), o que acorda com os achados de Paiva, Calazans, Venturini et al. (2008) que, comparando as pesquisas Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira Sobre HIV/Aids de 1998 e 2005, ambas de base populacional e abrangência nacional, entre os jovens de 16 a 19 anos, notaram o início mais precoce da vida sexual dos homens, quando comparados às mulheres (tanto quando compara-se idade média de iniciação

sexual, quando compara-se idade mediana). Além disso, esses últimos autores mostram que é maior o percentual de homens que iniciou sua vida sexual antes dos 19 anos, quando comparado ao percentual de mulheres na mesma situação.

Nos dados do GRAVAD, segundo Heilborn, Bozon, Aquino et al. (2008), o único fator que parece retardar a iniciação sexual masculina é o prolongamento da escolaridade. A maior escolaridade também foi evidenciada como fator capaz de retardar a iniciação sexual entre jovens moças (Brasil, 2008). Isso corrobora com Paiva, Calazans, Venturini et al. (2008), que evidenciaram que a maior escolaridade retarda a iniciação sexual, como a diminuição que vem ocorrendo, de 1998 para 2005, da porcentagem de jovens de 16 a 19 anos com ensino médio/universitário que se iniciaram sexualmente, de 70,2% para 55,9%.

Ainda, entre as mulheres parece haver influência do nível de instrução da mãe e da renda familiar (menor renda implicando em iniciação sexual mais precoce) na idade de iniciação sexual (Heilborn, Bozon, Aquino et al., 2008), sem que haja influência de cor ou raça, contrariando certos estigmas sociais e corroborando com os achados de Paiva, Calazans, Venturini et al. (2008), que compararam dados da “Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/AIDS” de 2005 com dados de 1998.

Nos dados da etapa quantitativa do GRAVAD pesquisados por Heilborn, Bozon, Aquino et al. (2008), destaca-se também que a primeira experiência sexual se dá com parceiro já iniciado sexualmente para 83% das mulheres e para 57% dos homens. Dois por cento das mulheres se inicia com parceiros mais jovens, mesma situação de 10% dos homens. Metade deles se inicia com parceira da mesma idade e 15% com parceira mais velha. As mulheres que se iniciam mais tarde geralmente têm parceiros mais velhos (mediana de três anos e, em 38% das entrevistadas, havia mais de cinco anos de diferença para o parceiro). A grande maioria das mulheres (86%) inicia sua vida sexual num contexto de namoro e 4% no casamento, ao passo que apenas 45% dos homens se inicia sexualmente com uma namorada.

No que tange à conjugalidade, a pesquisa PNDS 2006 revelou que as mulheres do nordeste e norte do país tendem a estabelecer uma união mais precocemente que as das demais regiões do país. A idade de início da vida conjugal tende a sofrer acréscimo de acordo com o aumento da escolaridade do parceiro, o que se faz notar ao compararmos, abaixo dos 30 anos, mulheres cujos parceiros tinham apenas o ensino médio completo (34%) com mulheres cujos parceiros tinham

grau superior (13%) quanto à situação de conjugalidade estabelecida. Mais de 70% das jovens de 15 a 19 anos e quase 40% das de 20 a 24 anos entrevistadas na PNDS 2006 estava solteira. A escolaridade mais elevada produz uma tendência ao aumento da idade da primeira união (Brasil, 2008).

Segundo a Pesquisa sobre Comportamento, Atitudes e Práticas Relacionadas às DST e Aids na População Brasileira de 15 a 64 anos, uma pesquisa de base populacional e com abrangência nacional, realizada em 2008 (PCAP 2008), uma porcentagem três vezes maior de homens (13,2% *versus* 4,1% das mulheres) declararam ter tido mais de 5 parceiros eventuais nos últimos 12 meses. A porcentagem total de pessoas com mais de 5 parceiros eventuais quase duplicou, quando em comparação com a PCAP 2004, passando de 4,0% para 9,3%. Também maior porcentagem deles indica ter iniciado sua vida antes dos 15 anos (36,9% *versus* 17% das mulheres) (Ministério da Saúde, 2009).

Ainda, parece interessante salientar a importância da mãe como interlocutora dos filhos no que tange a práticas sexuais. Catharino & Giffin (2002), pesquisando qualitativamente jovens de 10 a 14 anos que ficaram grávidas e suas mães, mostram que a prática sexual dos adolescentes, em geral, tem o conhecimento e consentimento tácito da mãe, com a ressalva de que seja evitada a gravidez.

Assim, a entrada para a vida sexual ativa que se dá na juventude não é, como demonstram os dados dos diferentes estudos referidos acima, homogênea, apresentando importantes variações de acordo com o gênero, escolaridade, classe social e região de moradia. Esta entrada na vida sexual traz consigo, além da experimentação da sexualidade, a necessidade de gestão das possíveis consequências da prática sexual, seja através da adoção de métodos de proteção e/ou contracepção, seja através da experiência de maternidade ou interrupção da gestação.

3.4 Contracepção e Uso de Proteção

O Brasil atravessa atualmente uma fase de transição demográfica, na qual a participação das crianças e adolescentes no total da população diminui, em favor do aumento da proporção de idosos. Essa mudança no panorama reprodutivo brasileiro tem sido acompanhada por mudanças nas demandas de serviços de saúde. A

Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) da Criança e da Mulher, uma pesquisa domiciliar com base populacional, realizada pelo Ministério da Saúde, atentou que esse aumento se reflete também na atenção à saúde da mulher, pois diminui a demanda vinculada à gravidez, ao parto e ao puerpério e aumenta a demanda por contracepção e controle da natalidade (Brasil, 2008).

O controle deliberado da fecundidade, exercido por meio do uso de anticoncepção e da recorrência ao aborto tem apresentado uma tendência secular de aumento, quando se comparam coortes de mulheres nascidas nos quinquênios compreendidos entre 1930 e 1995, o que implica em redução do número de filhos por mulher em idade reprodutiva (Camarano, Araújo & Carneiro, 1999).

Pirotta & Schor (2002), destacam que na nossa sociedade, a tarefa de regulação da fecundidade incide diretamente sobre a mulher, restando ao homem o papel secundário de apoio na utilização dos métodos e do eventual uso de métodos que dependam diretamente dele, como o uso de condom, quando necessário. Essas autoras, entrevistando quali e quantitativamente jovens universitários da Universidade de São Paulo, destacam que cabe ao homem a tarefa de prevenir as DSTs/HIV e à mulher, a de prevenir a gravidez.

Longo (2002) sugere que o provimento de educação sexual para jovens ainda não iniciados pode evitar a ocorrência de gravidez indesejada e de comportamento sexual de risco, já que esses jovens têm maiores chances de adotar um comportamento diferenciado, pois ainda não estabeleceram hábitos nem preferências ligadas ao tema de prevenção de DSTs e contracepção. Isso implica uma importante demanda de políticas públicas voltadas para o tema.

O mesmo autor sugere que o fato do jovem usar algum tipo de contracepção na primeira relação corrobora com o maior uso na última relação (Longo, 2002). Para Pirotta & Schor (2002), os jovens geralmente iniciam seus envolvimento afetivos sexuais em relações como o ficar. Nesse tipo de relacionamento, a camisinha é o método de escolha, pois não há ainda um vínculo formal entre os parceiros e a maior preocupação gira em torno das doenças sexualmente transmissíveis. Com o estabelecimento do namoro, o condom tende a ser substituído pelos anticoncepcionais orais ou por métodos tradicionais, como o coito interrompido e a tabelinha. Dessa forma, no namoro, o eixo principal de preocupação se desloca da preocupação com as doenças sexualmente

transmissíveis para o da gravidez indesejada e a mulher assume o ônus da contracepção.

Na primeira relação sexual, comparando-se as diversas coortes de mulheres em idade reprodutiva, através da PNDS 2006, nota-se a tendência de diminuição do uso de métodos tradicionais (em especial o coito interrompido e a tabelinha), bem como do uso de pílula anticoncepcional e um aumento do uso de preservativo masculino. Na última relação, o uso de preservativo masculino ou feminino, bem como de pílula contraceptiva tende a diminuir e as esterilizações tendem a aumentar com o aumento da idade (Brasil, 2008).

Heilborn, Bozon, Aquino et al. (2008), analisando dados da pesquisa GRAVAD, encontraram proporção equivalente de homens e mulheres (70%) que declarou utilização de proteção e/ou contracepção na primeira relação. O preservativo foi o método mais usado. Houve diferenças significativas de uso entre as três cidades pesquisadas (sendo maior em Porto Alegre e menor em Salvador, estando o Rio de Janeiro em posição intermediária), entre distintos meios sociais (maior uso em jovens cujas mães têm nível de instrução mais elevado e onde a renda familiar é maior), grau de instrução (quanto mais elevado, maior o uso), idade de iniciação sexual (quanto mais tardia, maior o uso).

No estudo desenvolvido por Paiva, Calazans, Venturini et al. (2008), houve aumento significativo do uso de preservativo na primeira relação sexual quando se comparam as pesquisas Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira Sobre HIV/Aids de 1998 e 2005 (de 47,8% para 65,6%). Entretanto, houve uma diminuição do uso entre os que tiveram iniciação sexual antes dos 14 anos (de 54,4% para 26,6%), em especial entre os que se iniciaram sexualmente no contexto de um relacionamento eventual (de 51,9% para 17,6%).

Segundo dados da PNDS 2006, a maior parte das mulheres já utilizou algum tipo de contraceptivo, sendo os métodos preferenciais a camisinha masculina e a pílula anticoncepcional, ambos usados por mais de 70% das mulheres. O uso de contracepção cresce até os 35 a 39 anos, decrescendo após essa idade. As adultas jovens têm mais experiência com a contracepção de emergência e com injetáveis quando comparadas às mais velhas, enquanto estas têm mais experiência com métodos tradicionais, quando comparadas àquelas. A esterilização feminina também aumenta com o aumento da faixa etária (Brasil, 2008).

Nesse cenário, o percentual de mulheres que declarou nunca ter usado preservativo masculino, na PNDS 2006, é maior com o aumento da idade. Quase 90% das mulheres de 15 a 19 anos e mais de 80% das de 20 a 24 anos usaram algum método contraceptivo mesmo antes do primeiro filho. Isso denota um avanço em termos de planejamento familiar, em comparação com as mulheres de faixas etárias mais avançadas, cujo uso de contracepção antes do primeiro filho, para as mulheres de 45 a 49 anos, por exemplo não chegava a perfazer 60% das mulheres (Brasil, 2008).

Leite, Rodrigues & Fonseca (2004) analisando dados da DHS 1996 das regiões sudeste e nordeste, encontraram um uso 2,4 vezes maior de algum método contraceptivo entre as adolescentes de 19 anos, quando comparadas às de 15 anos. Quando se considerou a região de residência, não foi encontrada diferença significativa entre as idades de iniciação sexual, mas sim quanto ao uso de contracepção. Adolescentes do sudeste apresentavam 2,14 vezes mais chance de usar algum tipo de contracepção. Apesar disso, as adolescentes do sudeste não demonstraram, em tal estudo, engravidar menos, o que pode denotar uma descontinuidade no uso dos métodos.

Villela, Barbosa & Diniz (2007), analisando dados da DHS 1986, comparativamente a DHS 1996, chamam a atenção para o aumento de uso de preservativo masculino tanto em mulheres unidas quanto nas não-unidas, embora o aumento nessas últimas tenha sido bastante superior às primeiras. Isso se deve a suas funções no planejamento familiar, mas, principalmente, na prevenção de DSTs/HIV. Apesar disso, o percentual de uso ainda é baixo e não é homogêneo entre os jovens. Homens de camadas sociais média e alta usam mais do que os mais pobres, moças usam menos que rapazes, há uma tendência de queda do uso a medida que as relações se tornam mais estáveis, pessoas em união tendem a usar menos que os não-unidos e mulheres esterilizadas usam menos que as demais.

Dados da pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS, uma pesquisa de base populacional e com abrangência nacional, realizada em 2005 e que entrevistou pessoas sexualmente ativas nos doze meses anteriores a pesquisa, indicam um aumento do uso de camisinha masculina em relações estáveis (de 19,1%, em 1998, para 33,1%, em 2005), sendo maior o uso entre os jovens (de 16 a 24 anos) e declinando com a idade. Além disso, uma

maior escolaridade e o fato de ser solteiro influenciou positivamente o uso do preservativo (Berquó, Barbosa & Lima, 2008; Longo, 2002). Leite, Rodrigues & Fonseca (2004), também encontraram associação entre a alta escolaridade e o maior uso de contracepção na primeira relação, além de ser um fator que ajuda a postergar a iniciação sexual juvenil.

Longo (2002), analisando dados da DHS 1996, uma pesquisa de base populacional efetuada em todo o país, demonstraram que mulheres com maior frequência de atividade sexual no último mês tinham mais chance de usar contracepção do que as que tiveram menor frequência, o que pode ser influenciado fortemente pelo maior planejamento da ocorrência de relações dentre aquelas mulheres com mais atividade sexual.

O uso de preservativo com parceiro eventual teve um aumento não significativo quando comparou-se às pesquisas Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS de 1998 e de 2005 (de 63,5% para 78,6%), embora ainda seja mais elevado do que dentre as pessoas que tinham parceria estável. Esse uso também foi influenciado por sexo (maior nos homens do que nas mulheres, 81,6% *versus* 66,0%), pela idade (maior entre jovens de 16 a 24, os quais 92,0% utilizavam), pela escolaridade (menor entre os que tinham apenas o ensino fundamental, entre os quais apenas 69,9% faziam uso) e pelo local de residência (menor entre os residentes na região centro-oeste) (Berquó, Barbosa & Lima, 2008). Quando se avalia o uso consistente de camisinha, ou seja, seu uso e todas as relações sexuais no último ano, a PCAP 2008 mostrou que quase metade da população faz uso consistente de camisinha com parceiros eventuais. Entretanto quando separado por sexo, nota-se que entre os homens, 51% relatam o uso consistente e entre as mulheres, apenas 34,6% estão na mesma situação, demonstrando um forte recorte de gênero, que pode ser resultado do menor poder de negociação, quanto ao uso de preservativo, exercido pelas mulheres. Também há diferenças entre as faixas etárias, sendo maior o uso entre os mais jovens (15 a 24 anos). Essa pesquisa também chama a atenção, quando comparada com a PCAP 2004, para uma diminuição do uso consistente de camisinha em relações eventuais, de 51,6% para 46,5% (Ministério da Saúde, 2009).

Segundo dados da PNDS 2006, o uso consistente da camisinha nos últimos 12 meses, ou seja, seu uso em todas as relações sexuais, é mais frequente no grupo das mulheres solteiras (50,1%) e para as viúvas/separadas/divorciadas

(36,2%). Sobre as razões para não usar camisinha, a razão mais comumente alegada era de que a mulher confiava em seu parceiro, declaração que se elevou em porcentagem com o aumento da idade e da escolaridade (Brasil, 2008).

Diversas pesquisas evidenciam ainda que o conhecimento sobre a dupla proteção do preservativo é bastante grande (mais de 90%) em toda a população, apresentando algumas variações segundo o grau de instrução, mas sendo alto até dentre aqueles com o ensino fundamental incompleto (Brasil, 2008; Departamento de DST e AIDS do Ministério da Saúde do Brasil, 2009). As razões para que mulheres, mesmo não desejando uma gravidez, não façam uso de contracepção ou o façam de maneira inconsistente são bastante complexas, podendo envolver, dentre outras situações, o acesso inadequado aos serviços de contracepção ou a baixa qualidade dos existentes, medo ou receio dos métodos e o conflito das expectativas reprodutivas dos parceiros (The Alan Guttmacher Institute, 1999). Essa inconsistência entre o fato de não desejar mais filhos e, ao mesmo tempo, não fazer uso de contracepção nos remete ao conceito de KAP-gap (onde KAP significa Conhecimento, Atitude e Prática, do inglês, Knowledge, Attitude and Practice e gap, também do inglês, significando abertura, lacuna), que, segundo Westoff (1998), se refere ao descompasso entre as preferências reprodutivas e as atitudes frente à contracepção. Simons (1998) afirma que a decisão do adolescente de adotar um comportamento está baseada na sua avaliação dos custos e dos obstáculos da referida ação e nos benefícios de sua execução e mediada por sua percepção dos recursos e das oportunidades disponíveis. Sobre essa decisão, pesam a influência de atributos individuais e sociais (Moreira & Juarez, 2004).

Quanto às opções contraceptivas, comparando-se com a PNDS 2006 com a PNDS 1996, diminuiu a prevalência de esterilização feminina e aumentou a masculina, bem como o uso de condom (inclusive entre as mulheres em união). A maior ocorrência de esterilização feminina está atrelada a um maior número de filhos, das mulheres terem menos instrução, viverem em áreas rurais e serem negras. A prevalência do uso da camisinha e da esterilização masculina cresce com o aumento da escolaridade, denotando maior participação masculina nas práticas contraceptivas (Brasil, 2008).

Apesar da esterilização cirúrgica ter sido amplamente praticada, principalmente após os anos 70, sua regulamentação só ocorreu em 1997, com a Lei nº 9.263/96. Essa lei determinou que a esterilização passasse a ser ofertada pelo

SUS e através dela foram determinados os critérios e condições para a prática do procedimento. Antes disso, a esterilização voluntária era considerada legalmente como lesão corporal grave (Pirota & Schor, 2002).

Segundo a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, o planejamento familiar é direito de todo cidadão, inclusive dos adolescentes, estando vetado o uso de qualquer ação para controle de natalidade (Brasil, 1996). O planejamento familiar adequado permite às mulheres um maior controle da sua trajetória de vida e um maior controle dos aspectos relacionados ao planejamento da gravidez, além de contribuir para a saúde e o desenvolvimento da criança (Font-Ribera, Perez, Salvador, et al., 2008). O próprio Ministério da Saúde, representando o governo do Brasil, destaca que a estratégia de atenção à gravidez na adolescência deveriam abranger a heterogeneidade de perfis dos adolescentes, privilegiando os grupos de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2007). Apesar disso, as iniquidades socioeconômicas afetam sobremaneira a saúde das mulheres, fazendo com que tenham oportunidades desiguais de evitar uma gravidez ou de escolher seu desfecho (Font-Ribera, Perez, Salvador et al., 2008). Além disso, poucos serviços oferecem orientações sobre saúde sexual e reprodutiva para adolescentes. Inexistem políticas públicas efetivas e educação sexual de qualidade para a população jovem (Pirota & Schor, 2002). O fornecimento de anticoncepção, definido na NOAS-SUS 01/01 (Norma Operacional de Assistência à Saúde), de 26 de janeiro de 2001, bem como ações educativas que visem a livre escolha de métodos contraceptivos, para a população, por parte dos municípios tem sido precário em muitas regiões do Brasil, resultando em prejuízos principalmente para as mulheres mais pobres e provenientes de áreas rurais (Brasil, 2007). Na América Latina como um todo, adolescentes, mulheres com menos educação, indígenas e residentes em zonas rurais apresentam maior insatisfação de suas demandas contraceptivas (OPAS, 2007).

Como indicam os dados de diferentes pesquisas realizadas no Brasil, o uso consistente de métodos de proteção e/ou contracepção apresenta importantes variações quando se considera a primeira e a última relação sexual, o gênero, a idade, o tipo de relacionamento afetivo-sexual e o pertencimento social dos entrevistados. De uma forma geral observa-se um maior uso do preservativo na iniciação sexual e em relações eventuais, que tende a ser substituído pelo uso de contraceptivos hormonais com o aumento da idade e/ou com a mudança do estatuto

do relacionamento (relacionamento fixo). Como já apontado, as razões para o não uso de métodos de proteção/contracepção são complexas e não decorrem diretamente da informação sobre estes ou do desejo de evitar uma gravidez. Neste sentido, o aborto se apresenta como uma das estratégias para lidar com uma gravidez não prevista.

3.5 Gravidez

A naturalização da mulher no papel de mãe se verifica principalmente a partir dos séculos XVIII e XIX, com a necessidade de fixar a mulher na esfera marital e doméstica, ficando a seu cargo a tarefa de cuidar dos filhos da nova burguesia capitalista (Catharino & Giffin, 2002). O desejo expresso pelas mulheres de ter ou não filhos e de quando tê-los é afetado por muitos fatores, como a idade, aspectos culturais e religiosos e sua posição socioeconômica. A opção por famílias pequenas tem sido uma constante na maioria dos países e o número desejado de filhos tem decrescido bastante, notadamente após as mulheres alcançarem mais altos níveis de instrução e ingressarem no mercado de trabalho (The Alan Guttmacher Institute, 1999).

Apesar disso, a maternidade ainda é um aspecto bastante valorizado da feminilidade da mulher brasileira, o que é demonstrado pela precocidade da idade ideal para a primeira gravidez, quando comparada com a de países desenvolvidos (Heilborn & Cabral, 2006). De acordo com a PNDS 2006, a idade mediana na qual as mulheres têm o primeiro filho é 21 anos, com tendência a rejuvenescimento, quando se comparam as diversas coortes. Dentre as jovens de 15 a 19 anos, há um maior relato de gravidezes conforme o aumento da idade, das negras em relação às brancas e das menos escolarizadas em relação às mais escolarizadas (Brasil, 2008).

A taxa de fecundidade total (TFT) da população brasileira apresentou grande declínio nos últimos anos. Em 1991, o número médio de filhos por mulher em idade fértil era de 2,89, declinando para 2,39 no censo de 2000, enquanto as PNADs de 2006 e 2007 já apresentavam valores abaixo do limite de reposição populacional (1,99 e 1,95, respectivamente) (IBGE, 2008). Quando comparamos um hiato de 30 anos, entre 1970 e 2000, a TFT caiu de 6 para pouco mais de 2 filhos por mulher, o que representa uma tendência secular de declínio. Isso é bastante notável, visto que

estamos falando de um país onde o governo não tem um programa de planejamento familiar bem estabelecido (Camarano, Araújo & Carneiro, 1999; Leite, Rodrigues & Fonseca, 2004). Essa queda acentuada na TFT se dá em função do uso de métodos efetivos para controle da prole, como a pílula e a esterilização, e o recurso ao aborto (Aquino, Araújo & Marinho, 1999). Segundo a PNDS 2006, as mulheres com ensino superior têm uma TFT de 1, enquanto as de menor escolaridade têm uma TFT de 4,24. A TFT varia muito pouco entre as diversas regiões do país, sendo maior no norte e menor no sul, e de acordo com a cor da pele, sendo maior nas negras e menor nas brancas. Dentre as mulheres de 15 a 19 anos e as de 20 a 24 anos, 83,8% e 51,4% declararam não ter tido filhos. Quando as jovens estavam em união, 48,9% das que tinham entre 15 e 19 anos e 71,9% das que tinham entre 20 e 24 anos já tinha ao menos um filho (Brasil, 2008).

Apesar de ter havido um declínio da TFT, ele não ocorreu de forma homogênea, privilegiando as mulheres em idades reprodutivas centrais, em detrimento das adolescentes (da faixa etária de 15 a 19 anos), que aumentaram sua TFT específica e sua participação na fecundidade total (Aquino, Heilborn, Knauth et al., 2003; Leite, Rodrigues & Fonseca, 2004). O aumento da TFT nessa faixa etária tem apresentado uma tendência secular de crescimento, quando se avaliam diversas coortes etárias (Camarano, Araújo & Carneiro, 1999). Esse descompasso entre a diminuição da TFT geral e o aumento nas mulheres jovens contribui para tornar a gravidez na adolescência um problema social bastante visado pelos poderes público e pela sociedade civil (Heilborn, Salem, Rohden et al., 2002).

Segundos dados do IBGE, até 2005 houve um incremento nas taxas de fecundidades de mulheres até 19 anos. Em 1980, 7,42% das jovens nessa faixa etária já havia experimentado uma gravidez. Em 2005, esse número era de 9,15%. Após esse ano, as taxas apresentaram um certo declínio. Também a participação relativa das adolescentes no total da fecundidade apresentou um acréscimo nos últimos anos, com previsão de seguir aumentando até 2020 (IBGE, 2008). Por outro lado, os níveis de maternidade na faixa etária de 18 a 24 anos caíram de 38% (em 1996) para 34,9% (em 2006) (Brasil, 2008).

Com o decréscimo da idade da menarca, há uma capacidade precoce de instauração de uma vida reprodutiva, o que faz com que haja uma maior exposição do adolescente à maternidade mais precocemente (Brasil, 2007). Entretanto, a gravidez na adolescência não é um fenômeno novo no Brasil. Durante muitos anos,

a adolescência foi considerada uma idade ideal para se ter filhos, Entretanto, nas últimas décadas, ela passou a assumir o papel de problema social, acompanhando uma tendência mundial (Heilborn, Salem, Rohden et al., 2002), e sendo rotulada como um evento “precoce”. Heilborn & Cabral (2006) destacam que o medo correlato ao aumento proporcional da fecundidade na faixa etária dos 15 aos 19 anos advém da idéia de que esse evento possa tomar proporções desmedidas, fator que, associado às gestações fora da conjugalidade e às expectativa de duração da escolaridade, se interpõe ao desenvolvimento ideal esperado para o jovem.

Segundo Peres & Heilborn (2006), analisando dados da etapa qualitativa do GRAVAD, a gravidez na adolescência impede que os jovens cumpram trajetórias de vida ideais, com a conclusão dos estudos, a inserção no mercado de trabalho e a independência financeira e habitacional, sendo considerada inoportuna e imprudente. Dessa forma, mães adolescentes se colocam em um contexto de desmerecimento das oportunidades ofertadas, além de irem na contramão das mudanças demográficas e da emancipação feminina (Heilborn, Salem, Rohden et al., 2002).

Longo (2002), analisando dados da DHS 1996, uma pesquisa de base populacional efetuada em todo o país, concluiu que quanto mais precocemente a jovem se torna mãe, maior é a chance de que a gravidez seja não-prevista.

Gonçalves & Knauth (2006), entrevistando qualitativamente moças de classes média e popular em Pelotas, RS, apontam o fato de que a gravidez na adolescência, por um lado, rompe com alguns projetos familiares, mas por outro faz com que eles sejam antecipados, levando os jovens a assumir precocemente uma postura adulta, representada por um maior número de compromisso com a família e o trabalho, marcado por um “*projeto constante de ascensão e independência (social, material e psicológica)*” (Gonçalves & Knauth, 2006, p.631).

As mesmas autoras destacam que no contexto das camadas médias há uma maior permanência dos filhos junto aos pais na condição de dependentes destes, há um entendimento de que também a gravidez deva ser postergada, até que se estabeleça um quadro de independência financeira e habitacional. A gravidez na adolescência se coloca como um abreviador da juventude, pois chega em um momento no qual o jovem está construindo as bases do que será o seu futuro. Entretanto, a suposição de que a gravidez se apresenta como a passagem para a vida adulta é desfeita quando os pais dão um certo suporte à criação do filho,

havendo um certo “*alongamento*” da juventude. Assim, há uma aliança afetiva e material familiar que dá suporte a moça para que siga seu projeto de vida, mesmo na presença do filho. Já nas camadas populares, há uma valorização da idade adulta, com iniciação mais precoce dos jovens ao trabalho, visando a ajuda nas despesas da casa. Assim, a gravidez abre-se como uma forma de ingresso no mundo adulto e de ruptura com a adolescência, com incorporação de responsabilidades diversas. As jovens que enfrentam uma gravidez, em geral, “*se sentem mais presas à maternidade, ficando mais restritas ao âmbito do lar ou do bairro*” (Gonçalves & Knauth, 2006, p.638).

Em pesquisa qualitativa desenvolvida com adolescentes de 10 a 14 anos, Catharino & Giffin (2002), afirmam que a maternidade, nas classes sociais menos favorecidas, é adotada em função da falta de um projeto de vida mais adequado, geralmente em função do precário acesso à educação, à saúde e a melhores empregos. Elas também destacam que nem todas as gravidezes que ocorrem em adolescentes são indesejadas, como pressupõe a visão biomédica. Além disso, nesse contexto, a gravidez juvenil parece fortalecer certos laços familiares, mobilizando a família em prol da saúde do bebê que está por vir. Por vezes, os avôs passam a assumir o neto como se fosse um filho. Para Hoffman (1998), os efeitos de uma gravidez na adolescência, tanto para a mãe quanto para a criança têm que ser avaliados dentro de um contexto maior, que leve em conta o meio socioeconômico e cultural onde a jovem foi criada. Assim, apenas a mudança na idade da primeira gravidez não mudaria necessariamente seus efeitos. Segundo compilação de estudos feita pelo Fundo de Populações das Nações Unidas, é necessário dar condições a essas jovens, para que rompam com as barreiras de gênero, raça e de renda que lhe são impostas, com o intuito de poder desenvolver um projeto de vida (UNFPA, 2007).

Para Peres & Heilborn (2006) a mãe é considerada importante interlocutora dos filhos, sendo uma das primeiras pessoas a quem é revelada a gravidez e tendo papel essencial na decisão de mantê-la ou findá-la. Elas destacam que, dos 26,2% dos jovens que buscam apoio nas suas famílias de origem para a chegada de um filho, 70% encontram realmente apoio. Para essas mesmas autoras, os jovens com filhos têm mais baixa escolaridade que os nulíparos. Entretanto, o nascimento da criança se dá, em grande proporção, após o abandono ou a conclusão dos estudos. Heilborn & Cabral (2006) destacam que alta escolaridade da mãe, maior renda e

trajetória escolar ascendente, ou seja, quando o jovem alcança grau superior ao da mãe, também são fatores ligados a menores taxas de gravidez na adolescência. Leite, Rodrigues & Fonseca (2004) também encontraram associação entre maior escolaridade e menores riscos de gravidez na adolescência.

Além disso, o impacto da gravidez na adolescência nas trajetórias de vida se dá de forma desigual entre os jovens pais e as jovens mães, recaindo muito mais sobre estas do que sobre aqueles. Também a classe social é um fator importante na avaliação do impacto de uma gravidez juvenil, pesando muito mais sobre a trajetória de vida das jovens mães de classe baixa do que sobre as de classe média, que possuem um maior arcabouço de apoio socioeconômico (Heilborn, Salem, Rohden et al., 2002).

No que se refere aos estudos, 25% interromperam temporariamente e 17,3% definitivamente, embora dessas últimas, 42,1% já havia abandonado a escola (Aquino, Heilborn, Knauth et al., 2003). Esse último dado corrobora com o estudo desenvolvido por Catharino & Giffin (2002), com jovens mães de 10 a 14 anos, que afirma que dentre as adolescentes que abandonaram os estudos quando engravidaram, boa parte já não estava mais frequentando a escola, e a maioria delas planejava abandonar apenas temporariamente os estudos quando do nascimento da criança, retornando tão logo fosse possível. Heilborn & Cabral (2006) encontraram dados que informam que dentre os jovens que se tornam pais, metade já havia evadido a escola e enquanto 65,4% dos homens trabalhava, mais da metade das mulheres não exercia atividade remunerada. Dentre elas, 15% abandonou definitivamente os estudos quando ocorreu a gravidez.

Quanto à sexualidade, dentre as jovens de classe média houve maior controle da contracepção por parte das jovens com filhos, o que resulta em menor reincidência de maternidade na adolescência, quando comparadas às moças das classes populares. Entre estas, há pouco controle ou até incentivo à sexualidade juvenil masculina, ao passo que a sexualidade feminina é barrada e impera o silêncio nas questões relativas à biologia feminina (Heilborn, Salem, Rohden et al., 2002).

Menezes (2006), estudando dados do GRAVAD demonstrou que quanto maior o nível de escolaridade, menor a ocorrência de gravidez antes dos 20 anos. A repetência e a interrupção dos estudos estão associadas positivamente à gestação antes dos 20 anos, tanto para homens quanto para mulheres. Entre as adolescentes

cuja gravidez resultou em filho, 40% evadiram a escola, mas 20,6% já haviam deixado os estudos antes desse acontecimento. Dentre as que abortaram, 84,3% mantiveram-se estudando. Além de retardar o início de um namoro, a iniciação sexual e o matrimônio, e assegurar um maior acesso ao mercado de trabalho, um maior nível educacional proporciona mais conhecimento sobre métodos contraceptivos e gravidez e está correlacionado a um maior uso de anticoncepção na primeira relação. A educação por parte dos jovens também influi de forma contundente na mudança do padrão intergeracional de gravidez na adolescência. Também a maior escolaridade da mãe se mostrou importante no menor abandono dos estudos por parte das adolescentes frente a uma gravidez.

Heilborn & Cabral (2006), ainda destacam o fato de que ser a principal responsável pelo trabalho doméstico entre os 15 e os 18 anos é três vezes mais recorrente entre as moças que tiveram filhos do que entre as que não tiveram. Isso confirma que a *“socialização familiar e de gênero é significativa para o desenlace das trajetórias biográficas”* (Heilborn & Cabral, 2006, p.240). No estudo desenvolvido por essas autoras, as moças com escolaridade mais baixa foram as que apresentaram maiores taxas de trabalho doméstico, o que nos leva a crer que elas tenham mais presente a idéia de que o binômio mãe/dona-de-casa é atrelado ao “ser mulher”.

Aquino, Heilborn, Knauth et al. (2003), estudando dados do GRAVAD, encontraram que 29,5% das jovens de 18 a 24 anos haviam ficado grávidas ao menos uma vez na vida, sendo que 16,6% engravidaram antes dos 18 anos (marco legal da maioridade civil e penal) e 1,6% antes dos 15 anos. Cabe destacar que a gravidez na adolescência perfez 27,9% das mulheres, que experimentaram uma gravidez com parceiro mais velho ou muito mais velho, em sua grande maioria, e fora de um contexto de união estável, não havendo coabitação, embora dentro de um relacionamento estabelecido. A grande maioria não pensava na possibilidade de uma gravidez, e apenas 31,4% fazia uso de contracepção. Esse percentual foi menor que o declarado na primeira relação, havendo, portanto, uma mudança da atitude contraceptiva por parte dos jovens. Dessas jovens que engravidaram, 72,2% delas levaram a gravidez a termo. A ocorrência de gravidez diminuiu com o aumento do percurso escolar, foi maior em pretas e pardas quando comparadas às brancas, menor entre as católicas e mais frequente nas que não estavam trabalhando. Ter tido informações com os pais e na escola sobre menarca, gravidez e contracepção

mostrou-se associado a menor ocorrência de gravidez. Também o fato de os pais dificultarem a socialização das adolescentes aos 15 anos e o fato de pesar sobre as jovens certas obrigações sobre as tarefas domésticas, o que poderia indicar, neste último caso, um preparo para o modelo de mulher voltada para o lar e para a família, mostraram-se mais associados ao desfecho. Houve um maior relato de gravidez entre as jovens que se iniciaram sexualmente antes dos 15 anos, que não usaram contracepção na iniciação sexual nem conversado com o parceiro sobre o assunto.

Segundo dados do GRAVAD, a chegada de um filho ocasionou a união para 39,3% das jovens enquanto 36,4% não saíram da casa dos pais. A maioria das mulheres relatou ter diminuído o convívio com os amigos no ano subsequente à gravidez. Dentre as jovens, 45,6% passaram a fazer uso de algum método contraceptivo, enquanto 21,5% continuaram não usando nada para evitar a gravidez (Aquino, Heilborn, Knauth et al., 2003). Quando se comparam jovens de camadas médias após a ocorrência de uma gravidez, as mulheres ficam mais presas em casa que os homens, embora tenham menos restrições à sua sociabilidade que mulheres de classes populares. As autoras ainda destacam a interpretação diferenciada da parentalidade nos diferentes meios sociais. Entre os jovens de classe mais baixa, a parentalidade traz consigo uma assunção de responsabilidades e um amadurecimento, representando a *“consolidação do processo de passagem à vida adulta”* (Heilborn & Cabral, 2006, p.250), com conseqüente emancipação da família de origem. Já os jovens de camadas médias não adquirem tamanha independência. Eles relatam um amadurecimento pessoal, mas isso não vem acompanhado do status de formador de um novo núcleo familiar, não proporcionando, dessa forma, um *“encurtamento da juventude”*.

A importante queda na taxa de fecundidade verificada no Brasil nos últimos anos é, sem dúvida, conseqüência não apenas de mudanças socioeconômicas do país, com a maior participação das mulheres no mercado de trabalho, mas também de mudanças no nível dos valores. A maternidade continua a ser um valor na sociedade brasileira, mas sua antecipação ou adiamento são influenciados por fatores como o prolongamento da escolarização, a possibilidade concreta de profissionalização do jovem e a relação dependência ou autonomização para com a família de origem. Neste sentido, observa-se que em geral são as jovens com menor escolaridade e que pertencem aos segmentos sociais menos favorecidos que

tendem a antecipar a maternidade, enquanto que as jovens com maior escolarização e pertencentes às camadas mais favorecidas tendem a retardar este projeto, o que muitas vezes, como veremos, implica no recurso ao aborto.

3.6 Violência doméstica e sexual

A temática da violência é marcada pelo silêncio e pela invisibilidade das vítimas (Schraiber & D'Oliveira, 2003). Segundo D'Oliveira & Schraiber (1999), a violência atua anulando a relação entre dois sujeitos, coisificando um deles, dentro de uma relação de poder.

A violência sexual no Brasil se encontra fortemente arraigada à desigualdade de gênero, transformando-se em questão de saúde e segurança públicas e de direitos humanos (Diniz, 2007).

A OMS define violência sexual como:

“Qualquer ato sexual, ou tentativa de ato sexual, comentários ou avanços sexuais não desejados, ações para comercializar ou outras ações dirigidas à utilização da sexualidade de uma pessoa, mediante coerção, por qualquer pessoa independente de sua relação com a vítima em qualquer âmbito, incluindo, mas não se limitando, ao lar e ao trabalho” (Krug, Dahlberg, Mercy et al., 2002, p.149).

A definição de violência sexual, como exposta acima, não implica necessariamente no ato sexual em si, mas contempla um conjunto maior de atos de violência física e simbólica que constroem ou obrigam práticas sexuais contra a vontade. É neste sentido que, como salientam Cordeiro, Heilborn, Cabral et al. (2009), a categoria coerção sexual tem sido utilizada nas pesquisas sobre violência sexual como mecanismo para “contemplar a maior complexidade e variedade possível de relações e cenários que envolvem atos contra a liberdade sexual e experiências de sexo forçado” (Cordeiro, Heilborn, Cabral et al., 2009, p.1052).

No Brasil, a oposição à violência praticada contra a mulher teve início com a contraposição do movimento feminista à legítima defesa da honra, em prol da idéia de que quem ama não mata, em meados dos anos 70. Nesse cenário, a violência contra a mulher se instaura como uma questão social, estudada principalmente

pelas ciências sociais e jurídicas. No mesmo período, movimento reivindica ainda o reconhecimento legal dos direitos das mulheres. Isso resulta, em meados dos anos 80, na criação de espaços específicos para investigação desse tipo de violência: as delegacias especiais para as mulheres (Schraiber, D'Oliveira, Portella et al., 2009).

A primeira *aproximação* da questão da violência contra a mulher e da área da saúde ocorreu no Brasil a partir da implantação, entre 1989 e 1990, do primeiro serviço de abortamento nas situações permitidas por lei (D'Oliveira, Schraiber, Hanada et al., 2009).

A grande maioria dos estudos associa a questão da violência sexual às mulheres. Giffin (1994), em levantamento de estudos e dados internacionais sobre a violência contra a mulher, destaca que a visão da sexualidade como impulso instintivo e ligado principalmente ao comportamento masculino, legitima as ações do homem como ser dominador e violento, com o poder de impor à mulher seu incontrolável apetite por sexo. Segundo a autora, a dualidade aplicada à construção da sexualidade, na qual cabe a mulher o papel de passiva e submissa e ao homem, o de ativo na relação, vem a acrescentar mais argumentos à legitimação social da violência de gênero. Assim, a mulher é identificada com natureza/corpo/emoção e o homem com cultura/mente/razão, sendo a primeira responsável por seduzir o homem e, portanto, responsável pela manutenção da moralidade. Partindo-se disso, *“a mulher sempre pode ser culpada pelos ataques sexuais que ‘ela atrai’”* (Giffin, 1994, p.151). Esse pensamento acorda com os achados de Bedone & Faúndes (2007), que destacam que muitas vezes a mulher vítima de violência é acusada de provocação e de sedução, o que resulta em minimização da violência de que foi vítima.

É difícil estimar a prevalência de violência sexual por meio de inquéritos populacionais devido às diferentes definições que o termo abarca, que variam de mulher para mulher, dependendo da construção social que elas têm sobre o que é violência. O que para algumas mulheres é aceitável e tido como “direito do homem”, para outras configura-se como uma situação de violência. Faúndes, Rosas, Bedone et al. (2006) chamam a atenção para o fato de que, em inquéritos policiais e serviços de saúde, a maior ocorrência de agressões se dá por desconhecidos, ao passo que, em inquéritos populacionais, os agressores, na maioria das vezes, são conhecidos ou da família. Uma explicação é o fato de que, quando o agressor é uma pessoa do círculo de relacionamentos da vítima, ela se inibe em denunciar a violência e

procurar ajuda. Os autores ainda destacam que o atendimento negligente por parte dos profissionais de saúde, aliado a uma atitude de culpabilização das vítimas também desestimula a procura por ajuda ou a denúncia do agressor.

Schraiber & D'Oliveira (2003) destacam a auto-percepção de violência. Estudando quanti e qualitativamente mulheres de São Paulo, atendidas por um Centro de Saúde-Escola, as autoras notaram a diferença na percepção de violência pelas participantes da pesquisa, que usavam o termo violência para qualificar principalmente a criminalidade praticada em espaço público, enquanto não usavam esse termo para falar sobre os problemas no trabalho, com vizinhos ou com familiares. Outro ponto que as autoras chamam a atenção é que dentre as agressões, a sexual é mais facilmente percebida como violência, embora sua legitimação como tal seja facilitada quando o agressor é um “estranho”. Há que se notar que as mulheres entendem que o acontecido não é certo e que houve sofrimento envolvido. Mas o fato de reconhecer a agressão de que foram vítimas como violência, traz consigo todas as implicações psicossociais que permeiam esse problema. Além disso, a dificuldade em reconhecer que foram vítima de violência, impede que as mulheres procurem assistência jurídico-policial, representando um obstáculo para a transformação da situação.

Sarti, Barbosa & Suarez (2006), em um estudo de caso sobre violência, entrevistando qualitativamente profissionais de saúde, destacam que a ocorrência da violência pressupõe uma certa fragilidade da vítima, característica identificada principalmente em mulheres, crianças e idosos. Assim, *“a expressão da violência, diferenciada segundo a classificação das pessoas e dos espaços sociais por gênero, configurou lugares cristalizados de agressor e vítima”* (Sarti, Barbosa & Suarez, 2006, p.174), nos quais homens adultos sofrem violência física em conflitos públicos, enquanto mulheres sofrem violência física ou sexual em ambientes domésticos. Dessa forma, aliado ao fato da maior incidência de violência sexual contra mulheres, há um *“maior reconhecimento social da mulher como vítima da violência”* (Sarti, Barbosa & Suarez, 2006, p.175), bem como a atribuição da violência à masculinidade. Assim, a aceitação está diretamente ligada ao *“direito”* do homem sobre os bens e comportamentos femininos, que, se infringido, pode ser o deflagrador da violência (Heise, 1994).

A OMS sugere que existe uma série de fatores que predispõe as mulheres a sofrer violência sexual e que possuem um efeito aditivo, como o fato de ser casada

coabitar com o parceiro (já que, em muitos casos, o parceiro é o agressor), ser jovem, consumir álcool ou drogas, ter histórico de violência sexual ou de estupro, ter muitos parceiros sexuais, ser trabalhadora do sexo, o fato de a mulher adquirir maior nível de instrução e tornar-se mais empoderada economicamente (em casos de violência cometida por parceiro) e a pobreza. Uma explicação para a maior ocorrência de violência contra mulheres que se tornam mais instruídas e mais independentes economicamente, vindo ao encontro do pensamento de que a educação é um fator protetor para a ocorrência de violência, pode ser a de que o empoderamento faz com que essas mulheres questionem as normas patriarcais. Assim, os homens recorrem à violência como uma forma de retomada de controle (Krug, Dahlberg, Mercy et al., 2002).

Ventura (2004) afirma que a violência sexual afeta em especial as mulheres que sofrem algum outro tipo de discriminação, como as negras (mais sujeitas à esterilização e à violência sexual no ambiente de trabalho), as com transtornos mentais e as que pertencem a grupos étnicos/raciais específicos, durante conflitos armados ou situações de detenção. Para Day, Telles, Zoratto et al. (2002), a associação do agressor a amigos delinquentes o predispõe à prática da violência. Quanto à idade, estudos acordam que a ocorrência de violência aumenta até os 25 anos, quando, então, se estabiliza. Ainda, quanto menor a renda e a escolaridade, maior a ocorrência de violência sexual. Ela também é mais frequentemente contra mulheres que trabalham como empregadas domésticas ou que estão desempregadas (Day, Teles, Zoratto et al., 2003; Sarti, Barbosa, Suarez, 2006). A respeito do estado conjugal, divorciadas, separadas e viúvas apresentam maiores taxas de violência sexual. A iniciação sexual precoce, não ter desejado ou ser forçado a ter a primeira relação, o não uso de preservativo na iniciação sexual, a ocorrência de DSTs alguma vez na vida e ter tido mais de 4 ou mais parceiros nos cinco anos anteriores à pesquisa também foram fatores relacionados ao desfecho em questão (Sarti, Barbosa & Suarez, 2006).

D'Oliveira, Schraiber, França Júnior et al. (2009) estudando mulheres de São Paulo e da Zona da Mata Pernambucana, através de dados da pesquisa denominada "WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against women", um estudo transversal, de base populacional e aplicado em diversos países, demonstraram que baixas condições socioeconômicas contribuem para a violência praticada por parceiro íntimo, bem como ter testemunhado ou sofrido

violência doméstica durante a infância. Também o aumento no número de filhos se mostrou associado ao desfecho, o que poderia indicar que a mulher que sofre violência perde a gestão sobre seu planejamento reprodutivo. Já a aquisição de independência financeira parece ser um fator contraditório, mostrando-se protetor a medida que torna a relação de gênero mais igual, e risco, pois pode desencadear uma tentativa de retomada de poder por parte do parceiro, com o uso da violência.

Como características que predis põem os homens a cometerem esse tipo de violência, Krug, Dahlberg, Mercy et al. (2002) destacam o consumo de álcool e drogas e fatores psicossociais, como o fato de o agressor ser pobre, ter sofrido violência na infância, ter tido pais emocionalmente distantes, ser criado sob forte regime patriarcal ou onde o estupro seja socialmente aceito ou tratado com desleixo.

Segundo Heise & Garcia-Moreno (2002), compilando estudos realizados em todo o mundo sobre a temática da violência por parceiro íntimo, a violência praticada por parceiro íntimo segue dois padrões distintos: situações mais severas e crônicas, caracterizadas por múltiplas formas de abuso e ameaças, com comportamento progressivamente mais possessivo e controlador por parte do agressor, e um comportamento mais moderado, no qual a contínua frustração e a raiva irrompem ocasionalmente em uma agressão física.

De acordo com De Oliveira, Barbosa & De Moura et al. (2005), a violência nas relações de gênero têm aparecido associada à maior ocorrência de problemas físicos, mentais e reprodutivos, bem como ao maior uso dos serviços de saúde por suas vítimas. Apesar disso, Schraiber, D'oliveira & França Júnior et al. (2000), entrevistando quali e quantitativamente mulheres usuárias de uma Unidade Básica de Saúde, no estado de São Paulo, notaram haver um subrelato da violência de gênero nos diagnósticos realizados e nos relatos médicos.

Schraiber, D'Oliveira & França Júnior (2008), analisando dados da pesquisa "Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/AIDS", destacam que *"a violência sexual produz impactos maiores e duradouros, por exemplo, em transtornos mentais, do que violências em curso consideradas menos graves, como tapas ou empurrões"* (Schraiber, D'Oliveira & França Júnior, 2008, p.129). Além disso, De Oliveira, Barbosa & De Moura (2005), em estudo qualitativo com vítimas de estupro e provedoras de cuidados de saúde em dois serviços públicos de atendimento a vítimas de violência sexual no estado de São Paulo os

efeitos da violência perpassam as consequências imediatas, interferindo muitas vezes em campos da vida sexual, social e profissional das mulheres.

Em revisão sobre o tema da violência doméstica contra crianças e adolescentes, Day, Telles, Zoratto et al. (2002) afirmam que os efeitos da violência podem durar uma vida inteira e diminuir as chances de um desenvolvimento integral e saudável. Heise (1994), em compilação de estudos sobre violência contra a mulher realizados no mundo, chama a atenção para o fato de que mulheres que sofreram violência sexual na infância apresentaram menor escolaridade e renda. Pessoas que sofreram abuso na infância apresentaram também maior chance de ter sua iniciação sexual mais precocemente, de ter um maior número de parceiros, de não usar preservativos, de contrair DSTs/HIV e de não adotar comportamentos para proteger a si mesmas, como o uso de contracepção, por exemplo. É importante salientar que quando nos referimos a adolescentes menores de 14 anos, a prática sexual, com ou sem seu consentimento é considerada violência presumida, por ser o adolescente um ser incapaz de tomar decisões independentemente (Day, Telles, Zoratto et al., 2002).

Segundo diferentes estudos (Heise, Garcia-Moreno, 2002; ONU, 1993; Sarti, Barbosa & Suarez, 2006), as principais consequências da violência sexual praticada contra a mulher são de ordem reprodutiva, social e mental. A gravidez resultante de estupro, muitas vezes, obriga mulheres a conviver com o nascimento de uma criança indesejada ou a recorrer a abortos clandestinos. A coerção sexual em adolescentes pode fazer com que elas diminuam o controle sobre sua vida reprodutiva e, conseqüentemente, se exponham mais ao risco de uma gravidez não-prevista. Complicações ginecológicas também são constantes em casos de intercurso forçado. Lesões genitais são mais observadas em crianças e em mulheres de maior idade. A violência sexual também se reflete em um maior risco para contágio por DSTs/HIV, problemas mentais e comportamentais, como disfunção sexual, depressão, ansiedade, transtornos alimentares/obesidade e o uso abusivo de drogas. Além disso há uma maior tendência ao suicídio entre as vítimas de abuso sexual na adolescência. Heise (1994) destaca ainda o fato de que o motivo mais frequentemente alegado para que mulheres abandonem seus projetos de crescimento pessoal é o fato de que seus maridos desaprovam esse processo de empoderamento das esposas.

Informações da OMS relatam a ocorrência de disfunções sexuais, como irregularidades menstruais, dor pélvica, dismenorréia, falta de libido, anorgasmia, dispareunia, é notadamente maior em mulheres que foram constrangidas a relações sexuais, sendo inclusive forçadas física e psicologicamente a tal, do que entre mulheres que relataram nunca ter tido um intercurso forçado (Faúndes, Hardy & Osis, 2000).

Segundo Bedone & Faúndes (2007), a *proximidade* do agressor faz com que mulheres agredidas por parceiro íntimo deixem impune a violência por medo de represálias, em um possível retorno à convivência com o mesmo. Outras razões alegadas pelos mesmos autores são o medo e a vergonha das mulheres de se expor, a desinformação quanto a medidas preventivas que podem ser tomadas para evitar DSTs/AIDS e gravidez, além do descrédito na capacidade do sistema judicial de punir os agressores.

Nos estudos sobre violência contra mulheres, o agressor, em geral, é alguém das relações sociais da vítima. Giffin (1994) destaca que, na maioria dos casos de estupro, o agressor é conhecido da vítima. Isso acorda com os achados de Heise (1994) que, analisando 30 estudos realizados em diversos países sobre o tema, encontrou uma maior prevalência de agressor conhecido nos casos de estupro, aliada a mais frequente ocorrência desse tipo de agressão em mulheres jovens. Seus achados indicavam prevalências entre 20% e 50% de mulheres que apanhavam do parceiro, sendo que a maioria delas costumava apanhar mais de três vezes ao ano e os episódios de violência física eram acompanhados de violência psicológica e sexual.

Os estudos mundiais acerca da violência, apesar de levarem em conta definições diferentes de violência, relatam uma prevalência de 20% (em estudo com amostragem nacional, realizado na Colômbia) até 75% (na Índia, com amostragem local, de homens e mulheres) (Giffin, 1994). O fato de a mulher ser forçada ao ato sexual pelo marido também sofre grandes variações na prevalência, indo de 10% a 14% nos Estados Unidos até 58% das mulheres entrevistadas na Bolívia e em Porto Rico.

Essa variação de prevalências entre estudos causada pelas diferentes definições de violência e pelos diferentes períodos abordados também é destacada por outros estudos (D'Oliveira, Schraiber, França Júnior et al., 2009). Analisando os dados da pesquisa Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira

Sobre HIV/Aids, uma pesquisa de base populacional e abrangência nacional, realizada em 2005, Schraiber, D'Oliveira, França Júnior et al. (2008) encontraram uma prevalência 2,2 vezes maior de violência por parceiro entre as mulheres do que entre os homens (11,8% *versus* 5,1%). Relações forçadas foram as práticas mais relatadas por ambos os sexos. Um terço dos homens declarou ter sido forçado a ter relações contra a vontade, enquanto para um terço das mulheres a relação forçada veio acompanhada de medo e submissão a práticas humilhantes e degradantes. Faúndes, Hardy, Osis et al. (2000), em estudo de base populacional, com mulheres de 15 a 49 de baixa renda, de Campinas e Sumaré, relatam que 54,8% das entrevistadas, alguma vez na vida, teve relação sexual contra a vontade, sem chegar ao extremo de ser forçada: 31,8% disseram que isso ocorreu sem que se sentissem constrangidas à relação e 23% relataram ter sofrido pressão psicológica, incluindo 7,1% que foram forçadas a manter relações por meio de violência física o por ameaças.

Schraiber, D'Oliveira, França Júnior et al. (2007), através do inquérito de base populacional, "WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence", encontraram uma prevalência de 28,9% de violência sexual por parceiro íntimo em São Paulo e de 36,9%, na Zona da Mata Pernambucana. As autoras destacam que a maior prevalência, em Pernambuco quando comparado a São Paulo, pode ser explicada pela maior desigualdade de gênero presente no interior, além do menor suporte de serviços especializados e do movimento de mulheres, nesses locais. Essa mesma pesquisa foi realizada em diversos países e as prevalências de violência sexual por parceiro íntimo variaram de 6%, no Japão e Sérvia/Montenegro, até 59%, na Etiópia.

Oshikata, Bedone & Faúndes (2005), estudando vítimas de violência sexual atendidas pelo Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Universidade Estadual de Campinas, constataram que 80% sofreu agressão por desconhecidos. De todas as mulheres atendidas, 60% foi ameaçada com arma de fogo, 10% com arma branca e 20% por meio de violência física, sendo o intercuro vaginal a forma mais recorrente de relação sexual (95%), seguido de sexo oral (aproximadamente 50%) e anal (30%). Cerca de 90% das mulheres não apresentava lesões físicas. Convém destacar que as mulheres pesquisadas vinham de um centro de atendimento de emergência, o que corrobora com a maior ocorrência de violência por desconhecidos.

Alguns estudos destacam a dificuldade das mulheres de fazer a revelação, dentro de um serviço de saúde, de que sofreram violência sexual. Elas não sabem exatamente como ou não dispõem de linguagem adequada para caracterizar aos profissionais de saúde o que foi vivido. Além disso, a vergonha, o sentimento de culpa, a humilhação e o medo de represálias e de descrédito se tornam uma barreira para iniciar conversas sobre o assunto (Schraiber, D'Oliveira, Hanada et al., 2003; Villela, & Lago, 2007). Já os profissionais de saúde, não se sentem suficientemente habilitados para lidar com esse tipo de queixa, que não se encaixa na caracterização clássica de patologia com a qual eles estão acostumados a trabalhar, fazendo com que eles evitem tocar no assunto (Schraiber & D'Oliveira, 2003).

Segundo Schraiber, D'Oliveira & Couto (2006), em compilação de estudos sobre violência, a maioria dos estudos realizados nessa temática se dá em serviços de saúde, restringindo-se às mulheres que procuram assistência no SUS, e delimitando-se principalmente à violência doméstica e àquela praticada por parceiro íntimo. Isso faz com que sejam analisados apenas os casos mais graves e que necessitaram de assistência médica, causando diversos outros vieses, por se tratar de uma população com características bem específicas.

No Brasil, em 1985 foram criadas as primeiras Delegacias de Atendimento Especializado à Mulher (DEAM), cujo objetivo era acolher as denúncias de violências sofridas pelas mulheres (Villela & Lago, 2007).

A Lei nº 8.072/90, de 25 de julho de 1990, cuja redação foi corrigida para a Lei nº 8.930, de 06 de setembro de 1994, qualifica o estupro (consumado ou tentado) como crime hediondo, insuscetível de anistia, graça, indulto ou fiança (Brasil, 1994). Ele é considerado uma ação privada contra os costumes, sendo classificado como crime de ação pública, ou seja, a sociedade é aviltada por intermédio do corpo da vítima (De Oliveira, Barbosa, De Moura et al., 2005).

A Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência contra Mulheres e Adolescentes, lançada em 1999 pelo Ministério da Saúde, estimulou a criação de serviços de atendimento às vítimas de violência no âmbito do SUS, visando facilitar o acesso das mulheres a esses serviços. Apesar disso, a extensão desses serviços ainda é muito incipiente, tanto pelo pequeno número de serviços que disponibiliza todos os procedimentos cobertos pela norma técnica, quanto pela dificuldade de se conseguir atendimento onde há disponibilidade de serviços (Villela & Lago, 2007).

Além disso, a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados, entendendo-se por violência qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado (Brasil, 2003).

Uma das maiores vitórias contra a violência em termos legislativos foi a aprovação da Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006, a chamada Lei Maria da Penha, que cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica contra a mulher. Ela configura como violência doméstica e familiar contra a mulher *“qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”*, independente de sua orientação sexual. Essa lei também proíbe a troca da reclusão por cestas básicas, por prestação de serviços ou por pagamento de multa (Brasil, 2006a).

Apesar de permitido por lei, o aborto em caso de estupro não é recorrente na prática devido a barreiras médicas e administrativas, sobretudo sob a alegação de objeção de consciência⁴ dos profissionais de saúde (WHO, 2003). Diniz (2008) destaca que a objeção de consciência, apesar de um direito do profissional de saúde, não pode se colocar como um instrumento de controle moral, a ponto de impedir que serviços sejam prestados aos pacientes, sob a alegação de ferir crenças particulares, em especial no caso do SUS, que se trata de uma instituição laica.

O abortamento em caso de estupro é permitido por lei no Brasil, não sendo exigida sentença condenatória do agressor ou lavratura do Boletim de Ocorrência (BO) por parte da vítima. Segundo documento elaborado pelo Ministério da Saúde, que versa sobre os aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual, *“não há necessidade de autorização judicial, nem de sentença condenando o autor do crime sexual”* (Brasil, 2005a, p. 10) para que se faça o aborto em serviços de saúde. Entretanto, apesar de não haver empecilhos legais para o abortamento em casos de violência, o que se nota, na prática, é a falta de serviços públicos de saúde que acolham essas mulheres. Os profissionais da saúde se colocam como um

⁴ Segundo Diniz, *“a objeção de consciência é um instrumento que garante a integridade moral de profissionais de saúde em situações de confronto com crenças e práticas divergentes às suas convicções morais”* (Diniz, 2008, p. 209).

entreve à realização de abortos em casos de violência por temerem implicações judiciais e por não terem plena confiança na palavra da mulher (Ventura, 2004).

A maioria dos serviços de abortamento legal no país situa-se na região sudeste, sendo que cinco estados ainda não contam com serviço de atendimento à vítima de violência (Villela & Lago, 2007).

Segundo o Ministério da Justiça, baseado na efetuação de BO, foram registrados no Brasil, em 2004, 14.153 casos de estupro e, em 2005, 14.557. Deste total, 43% ocorreu na região sudeste e 19% na região nordeste. As maiores taxas foram encontradas nos estados de Roraima e do Amapá e as menores em Pernambuco e Alagoas (Brasil, 2006b). As vítimas foram mulheres, em sua maioria, jovens de 12 a 17 anos, decrescendo as taxas de vítimas por 100 mil habitantes com o aumento da idade. Os agressores são homens, majoritariamente de 18 a 24 anos, cujas taxas também decrescem com o aumento da idade (Brasil, 2006d).

Já os atentados violentos ao pudor, perfizeram um total de 9.443 ocorrências, em 2004, e 10.355, em 2005. Desse total, 28% se concentrou na região sudeste. As maiores taxas foram verificadas em Santa Catarina, no Rio Grande do Sul e em Roraima, e as menores no Piauí e em Pernambuco (Brasil, 2006b). As vítimas são majoritariamente mulheres, com até 11 anos de idade, embora as taxas por 100 mil habitantes sejam maiores em mulheres na faixa de 12 a 17 anos. Os agressores são, em sua maioria, homens, de 35 a 46 anos, com taxas mais altas entre homens de 30 a 34 anos (Brasil, 2006d). E, como sugerem os estudos, possuem implicações sobre a dimensão psicológica, social e, no que interessa ao presente trabalho, sobre as decisões reprodutivas.

O tema da violência sexual, como apontam os diferentes estudos, é bastante complexo e não pode ser resumido ao ato sexual em si e à violência física. As diferentes situações de constrangimentos implicadas nas tentativas e práticas sexuais contra à vontade merecem ser melhor elucidadas visto que, como já destacado, o agressor em geral faz parte do circuito de relações sócias da vítima. Além disto, deve-se atentar para as consequências deste tipo de violência, que extrapolam em muito a dimensão física e, como sugerem os estudos, possuem implicações sobre a dimensão psicológica, social e, no que interessa ao presente trabalho, sobre as decisões reprodutivas.

3.7 Aborto

O planejamento da gravidez permite às mulheres um maior controle de sua trajetória de vida, bem como um maior controle dos aspectos relacionados à gestação. Segundo Font-Ribera, Perez, Salvador et al. (2008), quando a mulher se depara com uma gravidez não-prevista, o aborto abre-se como uma alternativa para a resolução do problema. Entretanto, esse procedimento, particularmente nos países onde a prática é ilegal, pode trazer consigo custos sociais, econômicos e individuais.

As motivações que levam as mulheres a abortar estão associadas com suas vidas, mesmo que não sejam totalmente aceitáveis pelos outros. Por exemplo, os abortos sexo-seletivos de fetos do sexo feminino em sociedades onde a mulher tem um baixo status social só deixarão de ser um problema quando elas forem tão valorizadas quanto meninos ou homens (Berer, 2004).

A Organização Mundial da Saúde define aborto inseguro como *“um procedimento realizado para terminar uma gravidez indesejada, levado a cabo por pessoas sem as habilidades necessárias ou em ambiente que não esteja de acordo com as normas médicas, ou ambos”* (The Alan Guttmacher Institute, 1999, p.32). A OMS estima que haja 20 milhões de abortos inseguros no mundo, dos quais 19 milhões em países em desenvolvimento (The Alan Guttmacher Institute, 1999).

Ventura (2005), destaca que vários aspectos relativos à sexualidade e à reprodução sofrem regulamentação por meio de leis fortemente influenciadas pelo conservadorismo moral e religioso, servindo como instrumentos de controle legal, e não como forma de promoção e garantia aos direitos humanos. Essas normas geralmente consideram a mulher tão somente a partir de sua capacidade reprodutiva, privilegiando os filhos e a constituição da família, e destituindo-as da titularidade de seus direitos e do fato de portarem os riscos e os custos de uma gravidez. Ainda, a ação de grupos conservadores (em especial os religiosos) em alguns países sob domínio patriarcal, desestabiliza e produzem retrocesso no processo de formulação dos direitos reprodutivos.

Na Idade Média, o aborto oferecia grandes riscos à vida da mulher e ele era substituído pelo infanticídio e pelo abandono. No século XIX que as leis que restringiam o aborto começaram a se proliferar, com o intuito de diminuir a prática e, conseqüentemente, o número de mortes maternas. Foi somente no século XX que

os métodos abortivos se tornaram mais seguros, o que aumentou sua popularidade (Faúndes & Barzelatto, 2004).

A partir dos anos 50, muitos países desenvolvidos liberalizaram as leis referentes ao aborto, com vistas a diminuir a morbidade e a mortalidade associadas a esses procedimentos (The Alan Guttmacher Institute, 1999). Com o aumento da segurança nos procedimentos, aliado a opção por famílias pequenas, vem ocorrendo uma tendência à descriminalização. Assim, vimos como pioneiros na legalização do aborto, a Grã-Bretanha, em 1967, a França, em 1979 e o Canadá, em 1988 (Faúndes & Barzelatto, 2004).

O CEDAW (Comitê de Direitos Humanos, responsável por fiscalizar as ações estabelecidas na Conferência da Mulher) estabeleceu com Recomendação Geral n. 24, de 1999, que as leis restritivas ao aborto ferem os artigos 12 e 16 da Convenção Internacional, gerando iniquidades no acesso à saúde e ao livre arbítrio sobre o número de filhos e o espaçamento entre eles (Ventura, 2005).

Estudando a legislação de mais de 160 países, no que tange a aborto, e correlacionando com dados da população de mulheres de 15 a 49 anos, disponíveis na Divisão de População das Nações Unidas, Berer (2004) dividiu os países de acordo com suas legislações em seis categorias cumulativas: na categoria 1 (54 países), legalizado somente para salvar a vida da mulher ou ilegal em todos os casos; na categoria 2 (28 países), legalizado também para preservar a saúde mental e física; na categoria 3 (10 países), além das duas primeiras, em caso de estupro ou incesto; na categoria 4 (13 países), idem à terceira, acrescida de casos de inviabilidade fetal; na categoria 5 (11 países), legalizado também por razões socioeconômicas; na categoria 6 (52 países), além de todas as razões citadas anteriormente, legalizado também em caso de pedido da mulher. A autora destaca que, apesar de haver discrepância entre os países da categoria 1 e entre os da categoria 2, as taxas de aborto inseguro por mil mulheres em idade fértil ou menos as mesmas (em torno de 23 a 25). Essas taxas começam a declinar a partir da categoria 4 (em torno de 10 por mil mulheres de 15 a 49 anos), até atingirem taxas mínimas de 0 e 2 por mil mulheres em idade fértil, nas categorias 5 e 6, respectivamente. A mortalidade também declina da mesma forma, passando de 34 mortes por 100 mil nascidos vivos, na categoria 1, e 55, na categoria 2, para, respectivamente, 0 e 1, em países das categorias 5 e 6. Com isso, a autora sugere que os motivos principais para a ocorrência de aborto situem-se nas categorias 4, 5

e 6, ou seja, motivos socioeconômicos e relacionados a decisões da própria mulher, e não aqueles relacionados apenas à sua saúde.

Segundo Faúndes & Barzelatto (2004), em revisão sobre a magnitude do aborto provocado no mundo, dentre os países e territórios com mais de um milhão de habitantes, 88 (64% da população mundial) têm legislações que permitem o aborto em um amplo leque de circunstâncias, enquanto em 107 países (36% da população mundial) ele é muito restrito, sendo permitido apenas nos casos de risco de vida à gestante ou sendo totalmente proibido. Em geral, as leis dos países desenvolvidos tendem a ser mais permissivas quanto ao aborto. Enquanto 65% dos países desenvolvidos autoriza o aborto em qualquer situação, apenas 14% dos países em desenvolvimento estão na mesma situação. Nos países desenvolvidos, que comportam mais de 20% da população, apenas 5% dos abortos ocorrem em situação de risco. Isso se deve a maior realização de abortos legais e seguros quando comparados a países em desenvolvimento, onde os abortos são, em sua maioria, ilegais e de risco.

Em alguns países onde o aborto é legalizado inclusive por razões socioeconômicas, algumas barreiras legais ainda são impostas, tais como a idade gestacional, sua realização por profissionais qualificados e em serviços de saúde autorizados, o consentimento dos pais (em casos de menores) ou do marido (como, por exemplo, na Turquia) e o aconselhamento, seguido de um período de reflexão sobre sua decisão (The Alan Guttmacher Institute, 1999).

Dados do Instituto Alan Guttmacher, instituição destinada à pesquisa das questões de saúde sexual e reprodutiva, mostram que, a cada ano, em torno de 210 milhões de mulheres engravidam. Quinze por cento delas enfrenta, em sua gestação, um aborto espontâneo ou a experiência de um natimorto, enquanto 22% optam por findá-la em um aborto provocado. Na América Latina 52% das gravidezes não são planejadas e 23% delas findam em aborto provocado. Enquanto o aborto espontâneo não está sob controle da mulher, no provocado é ela quem toma a decisão final, baseada em muitas circunstâncias. Segundo esse dossiê, *“o aborto provocado toca mais forte em alguns aspectos mais da vida em comunidade, como em valores religiosos e culturais, nas leis, no status das mulheres e nos padrões de mudanças demográficas”* (The Alan Guttmacher Institute, 1999, p.07). Por consequência do uso incorreto, de falhas ou mesmo da falta do uso de métodos contraceptivos, ocorrem gravidezes não-previstas, que são, em última instância,

resultado da falha no balanço entre a vida sexual de um casal e seu desejo de ter ou não filhos. Elas, muitas vezes, são findadas em abortos. O aborto é um dos assuntos mais controversos tratados em saúde pública. Se, por um lado, a ideia de por fim voluntariamente a uma gestação provoca reações adversas, por outro, o direito da mulher ao controle sobre seu corpo e suas decisões não pode ser ignorado (The Alan Guttmacher Institute, 1999).

Segundo o mesmo instituto, ocorrem cerca de 46 milhões de abortos no mundo, sendo 36 milhões (78%) em países em desenvolvimento e 10 milhões (22%) em países desenvolvidos. Quanto à legalidade, 26 milhões acontecem em países onde o aborto é permitido por lei (com especial incremento de ocorrências dado pela participação da China e do Leste da Europa nesse grupo) e 20 milhões ocorrem de maneira ilegal. Isso significa dizer que, no mundo, a cada 1000 mulheres de 15 a 44 anos, 35 induzem aborto a cada ano. Comparando-se as diversas regiões, obtêm-se números bastante variáveis, como uma taxa de 11 abortos por 1000 mulheres em idade reprodutiva na Europa ocidental, o que contrasta com os 90 abortos por 1000 mulheres em idade reprodutiva, encontrados no Leste Europeu. Enquanto isso, países da América Latina e do Caribe da África e da Ásia, contam com uma taxa de 31-37 abortos por 1000 mulheres de 15 a 44 anos (cabe aqui, ressaltar que na América Latina e na África, o aborto é, de uma forma geral, ilegal, enquanto na Ásia é permitido em alguns e proibido em outros países) (The Alan Guttmacher Institute, 1999).

Segundo Berer (2004), quando se comparam estimativas de 1995 e 2000, a ocorrência de abortos inseguros no mundo tem declinado nas regiões em desenvolvimento, com exceção do sul da Ásia central e da África do Norte, bem como o número de mortes por complicações decorrentes de abortos inseguros. A autora destaca que existem evidências de que em países onde o aborto é legalizado nas mais diversas situações e nos quais o acesso a serviços qualificados de aborto é facilitado, o aborto inseguro deixa de existir, bem como a mortalidade e a morbidade relacionadas a ele.

Shah & Ahman (2004), em compilação de estudos realizados em diversos países sobre aborto inseguro, considerando mulheres em idade reprodutiva, encontraram dados que demonstram que dois terços dos abortos inseguros ocorre em mulheres entre 15 e 29 anos, sendo que 14% ocorre em menores de 20 anos. O pico de ocorrência se dá entre os 20 e 24 anos, decaindo com a idade. Quando se

considera a taxa de aborto por mil mulheres, ela cresce até os 30 anos, decaindo após essa idade. Já quando se considera a taxa de abortos por nascidos vivos, o pico se dá em idades maiores, devido ao menor número de nascimentos.

Na América Latina e no Caribe, a taxa de aborto inseguro por 100 nascidos vivos é mais alta na faixa etária de 20 a 24 anos, sendo superior a todas as outras regiões em desenvolvimento, principalmente devido a baixa fertilidade, resultante do difundido uso de contracepção, que faz com que o denominador da taxa de aborto seja reduzido. Essa taxa de aborto situa-se em torno de 30 por 100 nascidos vivos, chegando a um pico de 80 por 100 nascidos vivos em idades entre 40 e 44 anos. Segundo Shah & Ahman (2004), isso indica que inicialmente o aborto é utilizado para espaçar nascimentos, servindo, em idades mais avançadas, como forma de controle de natalidade.

No Brasil, segundo o Decreto Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940, Artigo 128 (I e II) do Código Penal, o aborto é proibido, sendo inimputável criminalmente quando a gestação é fruto de estupro ou quando há risco de vida à gestante, desde que, para isso, o aborto seja precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal (Brasil, 1940). Entretanto, não há na Constituição Brasileira nenhuma menção à proteção da vida desde a concepção. E, apesar disso, o acesso ao aborto pelo sistema público, mesmo quando permitido por lei, é praticamente inexistente (Ventura, 2005). A pena para a mulher e para quem provê aborto nos casos não previstos na lei varia de um a dez anos de prisão (Faúndes, Duarte, Neto et al., 2004).

Mesmos nos casos permitidos pela lei, como nos casos de estupro, as mulheres encontram dificuldade em acessar serviços públicos que realizem esse procedimento, o que faz com que muitas mulheres que deveriam ter acesso ao procedimento legal e seguro recorram à clandestinidade, arriscando suas vidas (Faúndes, Duarte, Neto et al., 2004). Em 2002 havia 245 serviços capacitados para acolher mulheres vítimas de violência sexual e 39 hospitais oferecendo a realização de aborto legal (D'Oliveira, Schraiber, Hanada et al., 2009), sendo que, em 2005, os estados de Roraima, Amapá, Tocantins, Piauí e Mato Grosso não possuíam nenhum serviço estruturado e nos demais estados, com exceção de São Paulo e do Rio Grande do Sul, os serviços se concentram apenas nas capitais, dificultando o acesso ao aborto legal às mulheres que vivem no interior ((D'Oliveira, Schraiber, Hanada et al., 2009; Tablib & Citeli, 2005). Além disso, nem todos os serviços de

aborto legal conseguiram uma implantação efetiva, tendo realizado poucos ou nenhum aborto. Outra deficiência desses serviços é que o foco principal é o atendimento de mulheres vítimas de violência cometida por agressor desconhecido, estando a violência perpetrada por parceiro íntimo ausente nesses serviços (D'Oliveira, Schraiber, Hanada et al., 2009).

No Brasil, o aborto ilegal aparece como alternativa à gravidez não-prevista, especialmente na falta de planejamento familiar e de acesso à contracepção (Menezes, Aquino & Silva, 2006). Mesmo não sendo legalizado em outras situações que não as explicitadas acima, a ilegalidade não coíbe a prática e perpetua as iniquidades socioeconômicas em que é praticado, fazendo com que as mulheres tenham oportunidades desiguais de evitar uma gravidez ou de escolher seu desfecho (Font-Ribera, Perez, Salvador et al., 2008) e impondo riscos principalmente à população mais pobre, que não pode recorrer ao procedimento de forma segura (Diniz, 2007; Brasil, 2009). Isso as torna muito mais vulneráveis diante de uma gravidez indesejada, arriscando sua saúde e sua vida em abortos clandestinos e inseguros (Peres & Heilborn, 2006; Rios-Neto, 2006). Já mulheres com mais recursos financeiros têm acesso mais facilitado ao aborto de forma segura e moderna (Costa, 1999b).

Peres & Heilborn (2006) destacam que a cogitação do aborto se apresentou na maioria dos jovens entrevistados, mostrando que a opção pelo aborto, apesar da ilegalidade e das representações negativas associadas ao ato, figura entre as opções pensadas pelos jovens como desfecho para a gestação.

A situação de ilegalidade do aborto faz com que as estatísticas existentes sobre o tema não sejam totalmente confiáveis (Brasil, 2007). Monteiro & Adesse (2006), baseados no número de internações por abortamento no SUS, multiplicado por um fator de 20%, que representa a porcentagem esperada de internação entre as mulheres que abortaram, por 12,5%, que representa os subregistros, e por 25%, que representa os abortos induzidos, estimaram estatisticamente a magnitude da ocorrência de aborto no Brasil como sendo de 1.455.283, em 1992, valor que reduziu a 1.054.242, em 2005. As regiões que responderam pelo maior número de internações e, conseqüentemente, o maior número de abortos foram as mais populosas (nordeste e sudeste). Houve uma redução de internações em todas as faixas etárias, quando se comparou o ano de 1992 com o de 2005. Segundo o mesmo estudo, a proporção de abortos por nascidos vivos caiu de 43%, em 1992,

para 30%, em 2005. Isso se reflete na taxa de aborto por 100 mulheres de 15 a 49 anos, que caiu de 3,69, em 1992, para 2,07, em 2005, com maior risco para as mulheres do centro-oeste, seguidas das do nordeste e, em último lugar, as do sul.

O perfil sociodemográfico das mulheres que recorrem ao aborto é também bastante diverso nos vários países. Em estudo de base populacional realizado em Barcelona, que pesquisou todas as mulheres que tiveram alguma gravidez entre 1994 e 2003 e que avaliou seu desfecho, foi encontrada associação positiva entre aborto e baixo nível educacional, em mulheres que vivam com o companheiro na época do aborto. Já entre as que viviam sem o companheiro, o aborto foi mais frequente entre as mais escolarizadas, em especial as universitárias. Também foi encontrada neste estudo associação entre idade e a ocorrência de aborto provocado, sendo mais frequente nas mulheres menores de 25 anos ou maiores de 39. O fato de coabitar com o parceiro do aborto também foi um forte determinante para o desfecho da gravidez, indicando uma menor ocorrência de aborto provocado. Outro importante achado desse estudo é que as iniquidades socioeconômicas somente influenciam a ocorrência e aborto provocado em mulheres que coabitam com seus parceiros, ocorrendo dissolução dessa associação em mulheres solteiras (Font-Ribera, Perez, Salvador, et al., 2008).

Marston & Cleland (2003) estudando a correlação entre contracepção e aborto, em sociedades que estavam em transição do uso de contraceptivos tradicionais para os contraceptivos modernos, chamam a atenção para o fato de que a maioria das mulheres que abortam tem um perfil semelhante: não tem atendidas suas demandas contraceptivas. Esses autores concluíram que os fatores que mais influenciam a diminuição da ocorrência de aborto são em ordem de importância, o uso de contracepção tradicional, a diminuição da taxa de falhas nesses métodos e a transição para métodos modernos.

Em metassíntese elaborada sobre pesquisas realizadas nos últimos 20 anos sobre a temática do aborto no Brasil, foi traçada uma síntese do perfil das mulheres que abortam, a partir dos vários estudos, chegando-se à conclusão de que são “predominantemente mulheres entre 20 e 29 anos, em união estável, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos, as quais abortam com misoprostol” (Brasil, 2009, p.14). Segundo este trabalho o aborto na adolescência representa 7% a 9% do total de abortos provocados (Brasil, 2009). Dentre as adolescentes, de 72,5% a 78% dos

abortos ocorre na faixa etária de 17 a 19 anos. Seu perfil é caracterizado como *“predominantemente (...) em relacionamento conjugal estabelecido, dependentes economicamente da família ou do companheiro, as quais não planejaram a gravidez e abortam com misoprostol”* (BRASIL, 2009, p.26).

Dados do Instituto Alan Guttmacher confirmam que mulheres de 20 a 24 anos são as que possuem o maior número absoluto de abortos, enquanto as com menos de 20 anos e as com mais de 40 anos são as que têm os menores. Entretanto, esse documento ressalta que as mulheres nos extremos reprodutivos apresentam maior proporção de gravidezes findadas em aborto. Nesse modelo, as mulheres do extremo reprodutivo inferior alegam serem muito jovens para ter filhos e as do extremo superior, o fato de já terem a quantidade de filhos que planejaram (The Alan Guttmacher Institute, 1999).

Analisando os dados do inquérito GRAVAD, Menezes, Aquino & Silva (2006), indicam que a origem social, as configurações familiares, as redes de sociabilidade, as configurações de conjugalidade, os projetos de maternidade, o percurso escolar e a inserção no mercado de trabalho, determinam as decisões das jovens quanto à manutenção ou à interrupção da gravidez. Essas autoras encontraram associação positiva entre alta escolaridade e renda familiar mais elevada e a ocorrência de aborto na primeira gravidez. Jovens que apresentaram mobilidade escolar ascendente em relação às suas mães também apresentaram mais comumente o referido desfecho. A menor ocorrência de gravidezes entre jovens de classes sociais mais favorecidas, aliada a mais frequente recorrência ao aborto, é justificada pela auto-percepção das entrevistadas como sendo muito jovens e por ainda terem projetos de estudo e de inserção profissional inacabados, o que condiz com o fenômeno do prolongamento da juventude. Assim, essas jovens mais privilegiadas economicamente, além de ter maior acesso à contracepção, podem optar por um aborto mais seguro, ainda que de forma ilegal. Ainda, as moças que tiveram seu primeiro filho após os 19 anos (em contraste com as que tiveram na adolescência), as que se iniciaram sexualmente com parceiro eventual, as que ainda estavam estudando e aquelas que faziam uso de contracepção na época da gravidez, relataram maior ocorrência de aborto. Já em termos do local de residência, as autoras destacam a maior declaração de aborto provocado na primeira gestação pelas jovens soteropolitanas (19%), em comparação com as cariocas (17%) e as portoalegrenses (8,7%).

O aborto não é um recurso acionado apenas na ausência do uso de métodos de contracepção. Na compilação de estudos do Ministério da Saúde, houve uma razão de 2,3 no uso de método contraceptivo entre as adolescentes que abortaram, quando comparadas às que não abortaram. Isso é coerente com o fato da gestação findar em aborto, pois parte-se do pressuposto de que ela não era planejada (Brasil, 2009). Isso corrobora com os achados de Costa (1999b), estudando mulheres do Rio de Janeiro quanto à ocorrência de aborto, que encontrou maior associação entre estar fazendo uso de contracepção e abortar, o que pode ser explicado pelo fato de que mulheres que não faziam uso de métodos para evitar a gravidez tinham desejo de engravidar, enquanto as que usavam algum tipo de contracepção não estavam esperando por uma gestação naquele momento. Dessa forma, o aborto não se abre como uma opção contraceptiva, mas sim como um último recurso no intuito de evitar a gravidez não-prevista.

Singh & Sedgh (1997), analisando dados relativos à fertilidade e às taxas de aborto no Brasil entre os anos 70 e 90, afirmam que o aborto tem uma contribuição efetiva na mudança das taxas de fertilidade nos anos 80, especialmente nas regiões nordeste e centro-oeste/sudeste. Essa contribuição é maior do que em países como a Colômbia e o México. As autoras destacam ainda que, ao contrário do que aconteceu na Colômbia e no México a partir dos anos 70, onde o aborto diminuiu com o aumento do uso de contracepção, no Brasil as taxas de aborto continuaram aumentando. Um dos fatores responsáveis por essa mais elevada participação do aborto no controle da fertilidade é a introdução do uso do misoprostol, que se deu especificamente no período estudado. Aliado a isso se encontra o fato de que o planejamento familiar no Brasil é escasso e de péssima qualidade, o que se traduz em aconselhamento inadequado e limitação da possibilidade de escolhas contraceptivas, contribuindo para a ocorrência de gravidez não-prevista. Apesar disso, o uso de contracepção ainda é o maior responsável pelo declínio observado nas taxas de fertilidade no período estudado.

A condenação moral por parte dos profissionais de saúde às mulheres que abortam se traduz por meio de discriminação e violência, através da falta de interesse, de atitudes condenatórias e do preconceito. Esse comportamento por parte dos profissionais de saúde se dá em função de que as mulheres que abortam vão contra o modelo estigmatizado de que a maternidade faz parte do que é definido como ser mulher e é essencial para a realização feminina (Berer, 2004; Brasil, 2007;

UNFPA, 2007). As mulheres que abortam, via de regra, são negligenciadas quanto a orientações sobre saúde reprodutiva, o que demonstra que ações para evitar uma nova gravidez não-prevista ainda são escassas (Brasil, 2007).

Em termos de políticas públicas, o Ministério da Saúde lançou em 2005 a norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, onde o governo reconhece os agravos à saúde causados pelos abortamentos inseguros e se propõe, de acordo com os compromissos internacionais firmados após a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), e a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995), a trabalhar em prol da garantia dos direitos reprodutivos e sexuais de homens e mulheres. A norma estabelece que os profissionais devem prestar não só a atenção imediata às mulheres em situação de abortamento, mas disponibilizar a elas recursos contraceptivos para evitar a repetição do aborto. Além disso, ela estabelece que deve ser oferecido às mulheres serviços de planejamento reprodutivo, inclusive para as que desejarem engravidar novamente (Brasil, 2005b).

Na última década, o atendimento a mulheres em situação de abortamento pelo SUS apresentou uma tendência à estabilização, possivelmente devido ao maior uso de anticoncepção e a maior recorrência à laqueadura tubária (Brasil, 2007). Contudo, a prática do aborto inseguro ainda é um causa importante de mortalidade materna. Nos países em desenvolvimento (excluindo a China), ocorrem 330 mortes por 100.000 abortos, chegando a 680 mortes por 100.000 procedimentos, na África. Segundo a OMS, 13% das mortes maternas (representando 78.000 mortes), em escala mundial, são causadas por abortos inseguros. Na América Latina, o aborto inseguro é responsável por 21% das mortes maternas (The Alan Guttmacher Institute, 1999).

No Brasil, segundo relatório do Ministério da Saúde, o abortamento, tanto espontâneo quanto provocado, é responsável por 11,4% do total de mortes maternas, ocupando o terceiro lugar dentre as causas de mortalidade materna (Brasil, 2006c). Apesar disso, comparando-se à mortalidade registrada no site DATASUS, de 1997 até 2007, há uma tendência de declínio nas mortes relacionadas a abortos não-espontâneos (DATASUS,-).

A ocorrência de abortos no segundo trimestre da gestação ainda é uma das grandes causas negligenciadas e invisíveis de mortalidade materna. O retardo em procurar pelo procedimento se dá principalmente em função da descoberta tardia de malformações fetais e da dificuldade de acesso ao aborto antes desse período

(BERER, 2004). Nos Estados Unidos, onde o aborto é legalizado em alguns estados, as taxas de morte relacionadas ao procedimento variam de acordo com a idade gestacional. Em gravidezes de até 8 semanas, há 0,4 mortes a cada 100.000 procedimentos realizados, ao passo que em gravidezes de 16 a 20 semanas, há 6,9 mortes a cada 100.000 procedimentos. O procedimento mais indicado para abortos até 12 semanas é a aspiração a vácuo, que necessita de anestesia local e cujas complicações relacionadas ao procedimento situam-se em torno de uma a cada 200 procedimentos efetuados. Após a 13ª semana, a indicação é a dilatação e curetagem, que necessita de anestesia geral e cujas complicações relacionadas são o dobro do procedimento anterior (uma a cada 100 procedimentos realizados) (The Alan Guttmacher Institute, 1999).

O início da década de 90 trouxe consigo uma mudança marcante no panorama dos métodos abortivos com a introdução do misoprostol (*Cytotec*®, comercializado pelo laboratório Searle). O misoprostol é um análogo da prostaglandina E1, que entrou no mercado brasileiro em 1984, sendo licenciado para tratamento de úlcera gástrica e duodenal. Rapidamente tornou-se conhecido por suas propriedades abortifacientes. Como as demais prostaglandinas, ele produz contrações no músculo liso uterino e separação das fibras de colágeno presentes no colo uterino sendo usada de forma isolada ou em combinação com a mifepristona (RU 468) ou com o methotrexate. Sua comercialização permaneceu legalizada até 1991, quando o Ministério da Saúde passou a exigir a retenção de receita para sua compra. Atualmente, a Portaria nº 344 do Ministério da Saúde, em vigor desde 1998 restringe a aquisição de misoprostol a estabelecimentos de saúde licenciados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Em 2006, a ANVISA proibiu sua venda pela internet. Todas essas medidas têm tido pouco efeito para coibir o comércio ilegal da droga, que assumiu o papel de método abortivo hegemônico, em detrimento do uso de chás, de venenos, substâncias cáusticas, injeções, da recorrência a aborteiras e do uso de sonda. Preferido por reduzir a morbidade associada à prática abortiva, os riscos à saúde e o tempo e o custo de internações hospitalares pós-aborto, também propicia às mulheres maior segurança, privacidade e a opção por não utilizar os serviços de clínicas privadas (Brasil, 2009; Mengue & Dal-Pizzol, 2008; Isazza, Saldarriaga & Pachajoa, 2008).

Geralmente seu uso provoca fortes dores abdominais, necessitando de cuidados médicos e curetagem em *aproximadamente* 50% dos casos, segundo

estudo efetuado com pacientes que abortaram, no Rio de Janeiro. Apesar disso, as complicações são bem menos severas do que com o uso de sonda e outros métodos invasivos (Costa, 1999b).

A eficácia do misoprostol como método abortivo parece estar associada às doses, sendo eficaz em 90% das gravidezes de até 12 semanas, cujas doses utilizadas foram maiores que 600 mcg. Falhas no abortamento podem ser a base para a ocorrência de malformações congênitas, como por exemplo os defeitos transversos de membros e sequência de Möbius, cujo risco aumenta com o uso do misoprostol, em comparação com gestações nas quais não se utilizou o medicamento (Mengue & Dal-Pizzol, 2008).

A pesquisa envolvendo a temática do aborto passa pela ilegalidade e imoralidade em que o tema está envolto. A promessa de confidencialidade do tema parte de um acordo estabelecido entre pesquisadores e pesquisados, mas não garante a proteção frente investigações judiciais (Diniz, 2007). Além disso, outros possíveis fatores para a não revelação da ocorrência de aborto podem ser sugeridos, como aspectos psicológicos, morais, religiosos e culturais (Osis, Hardy & Faúndes et al., 1996).

Dentre os principais problemas de se trabalhar com a temática do aborto em um contexto de ilegalidade encontram-se o sub-registro e a classificação errônea, em razão, principalmente, do receio das mulheres em admitir a prática ilegal e do medo de sanções de lei que possam ser aplicadas ao seu caso. Outra grande limitação é o desconhecimento da extensão de sua prática, seja pela falta de acesso a serviços de saúde, pela procura pela rede privada (cujos dados não são disponíveis) ou pela ocorrência de morte antes da obtenção de auxílio médico (Costa, 1999b).

A obtenção de informações sobre abortamento em hospitais da rede pública sofre o viés de que são principalmente as mulheres pobres que têm complicações pós-aborto e consultam esse tipo de serviço, restringindo generalizações que se pudesse fazer a mulheres de classes sociais mais elevadas (Osis, Hardy, Faúndes et al., 1996; OPAS, 2007; UNFPA, 2007). Neste sentido, estudos de base populacional são fundamentais para o conhecimento da prevalência do aborto e dos fatores a ele relacionados. A falta de controle por parte das mulheres das condições em que têm relações sexuais, aliada ao modelo cultural de dominação masculina (mais forte em países em desenvolvimento), ajuda a manter altas as taxas de

gravidez não-prevista e, conseqüentemente de abortos. Este fenômeno parece ser mais presente entre as mulheres jovens, nas quais tem sido mais difícil reduzir-se as taxas de abortamento (Faúndes & Barzelatto, 2004). Fatores próprios do contexto de entrada na vida sexual ativa, de gênero e de pertencimento social são elementos que dificultam as negociações sobre práticas sexuais, uso de métodos de proteção e contracepção e que podem levar a uma gravidez não prevista e ao recurso ao aborto.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aquino EML, Almeida MC, Araújo MJ, Menezes G. Gravidez na Adolescência: A Heterogeneidade Revelada. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, editors. O aprendizado da Sexualidade: Reprodução e Trajetórias Sociais de Jovens Brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz; 2002. p. 309-60.

Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19:S377-S88.

Aquino EML, Araújo TVB, Marinho LFB. Padrões e Tendências em Saúde Reprodutiva no Brasil: bases para uma análise epidemiológica. In: Giffin K, Costa SH, editors. *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 468.

Ávila MB. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19:S465-S9.

Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e Prevenção em Tempos de AIDS. In: Barbosa RM, Parker RG, editors. *Sexualidades pelo Averso: direitos, identidade e poder*. São Paulo: Editora 34; 1999. p. 49-72.

Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23:465-9.

Berer M. National laws and unsafe abortion: the parameters of change. *Reprod Health Matters*. 2004 Nov;12(24 Suppl):1-8.

Berquo E, Barbosa RM, Lima LP. Trends in condom use: Brazil 1998 and 2005. *Rev Saude Publica*. 2008 Jun;42 Suppl 1:34-44.

Brasil, Código Penal de 1940. (1940).

Brasil, Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, 10.778. (2003).

Brasil, Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, 11.340. (2006a).

Brasil, Lei nº 8.930, de 06 de setembro de 1994, 8.930. (1994).

Brasil. 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Análise das Ocorrências Registradas pelas Polícias Civis (Janeiro de 2004 a Dezembro de 2005). Brasília: Ministério da Justiça; 2006b.

Brasil. Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência - perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a. p. 21.

Brasil. Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b. p. 36.

Brasil. DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde; [cited 2009 01 set]; Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/matuf.def>.

Brasil. Estudo da mortalidade de mulheres de 15 a 49 anos , com ênfase na mortalidade materna: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde,; 2006c.

Brasil, Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, 8.072. (1990).

Brasil, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, 8.080. (1988).

Brasil, Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, 9.263. (1996).

Brasil, Parágrafo 7º do art. 226 da Constituição de 1988. (1988).

Brasil. Perfil das Vítimas e Agressores das Ocorrências Registradas pelas Polícias Cíveis (Janeiro de 2004 a Dezembro de 2005). Brasília: Ministério da Justiça; 2006d.

Brasil. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. p. 583.

Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher : princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007. p. 82.

Camarano AA, Araújo HE, Carneiro IG. Tendências da Fecundidade Brasileira no Século XX: uma visão global. In: Giffin K, Costa (org) SH, editors. Questões de Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 468.

Camarano AA, Kanso S, Mello JL, Andrade A. Estão fazendo a transição os jovens que não estudam, não trabalham e não procuram trabalho? In: Ipea, editor. Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição? Rio de Janeiro: Ipea; 2006. p. 332.

Castro MG, Abramovay M. Por um novo paradigma de fazer políticas públicas – políticas de/para/com juventudes. Revista Brasileira de Estudos Populacionais. 2002;19:19-46.

Catharino TR, Giffin K. Gravidez e Adolescência – investigação de um problema moderno. Anais do XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. 2002:1-20.

Cordeiro F, Heilborn ML, Cabral CS, Moraes CL. Entre negociação e conflito: gênero e coerção sexual em três capitais brasileiras. Ciência & Saúde Coletiva. 2009;14:1051-62.

Corrêa S, Jannuzzi PM, Alves JED. Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: Marco Teórico-Conceptual e Sistema de Indicadores. Rio de Janeiro; 2004 [cited. Available from: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/ind_mun_saude_sex_rep/ind_mun_saude_sex_rep_capitulo1_p27a62.pdf.

Costa AM. Desenvolvimento e Implantação do PAISM no Brasil. In: Giffin K, Costa (org) SH, editors. Questões de Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999a. p. 468.

Costa SH. Aborto Provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. In: Giffin K, Costa (org) SH, editors. Questões de Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999b. p. 468.

Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. Revista de Psiquiatria, Rio Grande do Sul. 2003;25:9-21.

De Oliveira EM, Barbosa RM, de Moura AA, von Kossel K, Morelli K, Botelho LF, et al. [The services for women victims of sexual violence: a qualitative study]. *Rev Saude Publica*. 2005 Jun;39(3):376-82.

Departamento de DST e Aids do Ministério da Saúde do Brasil. Pesquisa sobre Comportamento, Atitudes e Práticas Relacionadas às DST e Aids na População Brasileira de 15 a 64 anos - 2008. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [updated 2009 26/06/2009; cited 2009 29/06/2009]; Available from: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISE77B47C8ITEMIDE56B57FF739940039DB3112DF74DE47FPTBRIE.htm>.

Diniz D. Bioética e gênero. *Jornal de Bioética*. 2008;16(2):207-16.

Diniz D. Fórum: violência sexual e saúde. Posfácio. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23:477-8.

D'Oliveira AF, Schraiber LB, França Júnior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. [Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women]. *Rev Saude Publica*. 2009 Apr;43(2):299-311.

D'Oliveira AF, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. [Comprehensive health (care) services to women in gender violence situation: an alternative to primary health care]. *Cien Saude Colet*. 2009 Jul-Aug;14(4):1037-50.

D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência de Gênero, Saúde Reprodutiva e Serviços. In: Giffin K, Costa (org) SH, editors. *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. p. 468.

Faúndes A, Barzelatto J. *O Drama do Aborto: em busca de um consenso*. Campinas: Editora Komedi; 2004.

Faúndes A, Duarte GA, Neto JA, de Sousa MH. The closer you are, the better you understand: the reaction of Brazilian obstetrician-gynaecologists to unwanted pregnancy. *Reprod Health Matters*. 2004 Nov;12(24 Suppl):47-56.

Faúndes A, Hardy E, Osis MJ, Duarte G. O Risco para Queixas Ginecológicas e Disfunções Sexuais Segundo História de Violência Sexual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2000;22:153-7.

Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orozco LT. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2006;28:126-35.

Font-Ribera L, Perez G, Salvador J, Borrell C. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. *J Urban Health*. 2008 Jan;85(1):125-35.

Galland O. Adolescence, Post-Adolescence, Youth: Revised Interpretations. *Revue française de sociologie*. 2003;44:163-88.

Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 1994;10:S146-S55.

Gonçalves H, Knauth DR. Aproveitar a vida, juventude e gravidez. *Revista de Antropologia*. 2006;49:625-43.

Heilborn ML, Bozon M, Aquino E, Knauth DR, Rohden F, Cabral CdS. Trajetórias sexuais dos jovens brasileiros: da iniciação sexual a uma possível gravidez. In: Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, editors. Um olhar sobre o jovem no Brasil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008. p. 218.

Heilborn ML, Cabral CS. Parentalidade Juvenil: Transição Condensada para a Vida Adulta. In: Camarano AA, editor. Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição? Rio de Janeiro: IPEA; 2006. p. 225-57.

Heilborn ML, Salem T, Rohden F, Brandão E, Knauth D, VICTORA C, et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. Horizontes Antropológicos. 2002;8:13-45.

Heise L, Garcia-Moreno C. Violence by intimate partners. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 91-121.

Heise L. Gender-based abuse: the global epidemic. Cadernos de Saúde Pública. 1994;10:S135-S45.

Hoffman SD. Teenage childbearing is not so bad after all...or is it? A review of the new literature. Fam Plann Perspect. 1998 Sep-Oct;30(5):236-9, 43.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade - 1980-2050 - Revisão 2008 Brasília: IBGE; 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese dos indicadores sociais 2007 Brasília: IBGE; 2007.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade - 1980-2050 - Revisão 2008 Brasília: IBGE; 2008.

Isaza C, Saldarriaga W, Pachajoa H. Uso inadequado de misoprostol. ¿Un problema de salud pública? Colombia Médica. 2008 Abril-Junio 2008;39(2 (Supl 2)):61-5.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Sexual Violence. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 147-82.

Leite IC, Rodrigues RN, Fonseca MC. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2004;20:474-81.

Longo LAFB. Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. Revista Brasileira de Estudos de População. 2002;19(2):229-47.

Mandú ENT. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual: Brasil, século XX. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2002;10:358-71.

Marston C, Cleland J. Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence. International family planning perspectives. 2003 Mar;29(1):6-13.

Mello JL, Camarano AA, Pasinato MT, Kanso S. Como chegar à vida adulta: será que existe um caminho único ? Anais do XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu: ABEP; 2004.

Menezes GMS. Aborto e juventude: um estudo em três capitais brasileiras. 186 fl. Tese - Universidade Federal da Bahia. Salvador: 2006. (tese)

Menezes GMS, Aquino EML, Silva DO. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. Cadernos de Saúde Pública. 2006;22:1431-46.

Mengue SS, Dal Pizzol TS. [Misoprostol, abortion and congenital malformations]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008 Jun;30(6):271-3.

Monteiro MFG, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). Journal [serial on the Internet]. 2006 Date: Available from: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_252.pdf.

Moraes CLd, Cabral CS, Heilborn ML. Magnitude e caracterização de situações de coerção sexual vivenciadas por jovens de três grandes capitais brasileiras: Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador. Cadernos de Saúde Pública. 2006;22:1493-504.

Moreira MM, Juarez F. Comportamento Sexual de Adolescentes do Sexo Masculino de Baixa Renda: a Comunidade de Chão de Estrelas em Recife, Pernambuco. Anais do XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais. 2004 set, 20-24:1-17.

Organização das Nações Unidas (ONU). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer Genebra; 1993.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Saúde nas Américas. Washington: OPAS; 2007.

Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. Cadernos de Saúde Pública. 2005;21:192-9.

Osís M. [The Program for Integrated Women's Health Care]. Cad Saude Publica. 1998 Mar 30;14(SU 1):25-32.

Osís MJD, Hardy E, Faúndes A, Rodrigues T. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. Revista de Saúde Pública. 1996;30:444-51.

Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R. [Age and condom use at first sexual intercourse of Brazilian adolescents]. Rev Saude Publica. 2008 Jun;42 Suppl 1:45-53.

Peres SO, Heilborn ML. [Considering and submitting to abortion among young people in the context of legal prohibition: the hidden side of teenage pregnancy]. Cad Saude Publica. 2006 Jul;22(7):1411-20.

Pirotta KCM, Schor N. Juventude e Saúde Reprodutiva: valores e condutas relacionados com a contracepção entre universitários. Anais do XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. 2002:1-25.

Rios-Neto ELG. A população nas políticas públicas: gênero, geração e raça. Brasília: UNFPA; 2006.

- Sarti CA, Barbosa RM, Suarez MM. Violência e gênero: vítimas demarcadas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2006;16:167-83.
- Schraiber LB, D'Oliveira AF, França Júnior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. [Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil]. *Rev Saude Publica*. 2007 Oct;41(5):797-807.
- Schraiber LB, D'Oliveira AF, França Júnior I. Intimate partner sexual violence among men and women in urban Brazil, 2005. *Rev Saude Publica*. 2008 Jun;42 Suppl 1:127-37.
- Schraiber L, D'Oliveira AF, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L, et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2003;7:41-54.
- Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista de Saúde Pública*. 2006;40:112-20.
- Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Júnior I, Strake SS, Oliveira EA. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2000;9:3-15.
- Schraiber LB, D'Oliveira AF, Portella AP, Menicucci E. [Gender-based violence in Public Health: challenges and achievements]. *Cien Saude Colet*. 2009 Jul-Aug;14(4):1019-27.
- Shah I, Ahman E. Age patterns of unsafe abortion in developing country regions. *Reprod Health Matters*. 2004 Nov;12(24 Suppl):9-17.
- Silva NDV, Kassouf AL. A exclusão social dos jovens no mercado de trabalho brasileiro. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2002 jul./dez. 2002;19(2):99-115.
- Simons J. The measurement of subjective rationales for health-related behaviour. In: Cleland J, Hill AG, editors. *The Health Transition: Methods and Measures*. Canberra: Australian National University; 1998. p. 103-14.
- Singh S, Sedgh G. The Relationship of Abortion to Trends in Contraception and Fertility in Brazil, Colombia and Mexico. *International family planning perspectives*. 1997;23(1):4-14.
- Tablib RA, Citeli MT. *Serviços de Aborto Legal em Hospitais Públicos Brasileiros, (1989-2004) - Dossiê*. São Paulo; 2005.
- The Alan Guttmacher Institute. *Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide*. New York: The Alan Guttmacher Institute; 1999.
- United Nations Population Fund (UNFPA). *State of world population 2007. Unleashing the potential of urban growth*. New York: UNFPA; 2007.
- Ventura M. *Direitos reprodutivos no Brasil Brasília; 2004* [cited. Available from: <http://www.redesaude.org.br/trilhas/img/marcosnacionais/textosbasicosorientacoes/UNFPAdireitosreprodutivos.pdf>].
- Ventura M. *Direitos reprodutivos? De que direitos estamos falando?* In: Loyola MA, editor. *Bioética: reprodução e gênero na sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP); 2005. p. 115-38.
- Villela W, Monteiro S. *Gênero e Saúde: Programa da Família em questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005.

Villela WV, Barbosa RM, Diniz SG. Ampliando o uso do condom no Brasil e no mundo: ainda um desafio. *Questões de Saúde Reprodutiva*. [Apresentação]. 2007;2(2):7-9.

Villela WV, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23:471-5.

Westoff CF. Is the KAP-Gap Real? *Population and Development Review*. 1988;14(2):225-32.

World Health Organization (WHO). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Geneva; 2003.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Avaliar a relação da coerção sexual com a ocorrência de aborto provocado entre mulheres jovens, de 18 a 24 anos, em três capitais brasileiras.

5.2 Objetivo específicos

- Caracterizar os condicionantes sociodemográficos da coerção sexual entre mulheres jovens;
- Caracterizar determinantes individuais, sociais e programáticos, vinculados à prática do aborto entre mulheres jovens.

6. ARTIGO

Aborto e Violência Sexual: O Contexto de Vulnerabilidade entre Mulheres Jovens

Abortion and Sexual Violence: The Vulnerability's Context Among Youth Women

Flávia Bulegon Pilecco, Mestranda em Epidemiologia pela UFRGS;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A ser enviado ao periódico Revista de Saúde Pública.

Dados de Identificação:

Aborto e Violência Sexual: O Contexto de Vulnerabilidade entre Mulheres Jovens

Abortion and Sexual Violence: The Vulnerability's Context Among Youth Women

Vulnerabilidade, Aborto e Violência Sexual

Flávia Bulegon Pilecco – Pilecco, F.B.¹

Álvaro Vigo – Vigo, A.²

Daniela Riva Knauth – Knauth, D. R.³

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Rua Ramiro Barcelos, 2500 - sala 406 - Rio Branco

90035-007 - Porto Alegre - RS - Brasil

Fone/Fax: (51) 3308-5461

e-mail: flaviapilecco@yahoo.com.br

² Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Av. Bento Gonçalves, 9500 - Prédio 43-111 – sala B212 – Agronomia

91509-900 Porto Alegre - RS – Brasil

Fone: (51) 3308-6209

e-mail: alvaro.vigo@gmail.com

³ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Rua Ramiro Barcelos, 2500 - sala 406 - Rio Branco

90035-007 - Porto Alegre - RS - Brasil

Fone/Fax: (51) 3308-5461

e-mail: daniela.knauth@gmail.com

Endereço para correspondência:

Flávia Bulegon Pilecco

Departamento Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Rua Ramiro Barcelos, 2500 - sala 406 - Rio Branco

90035-007 - Porto Alegre - RS - Brasil

Fone/Fax: (51) 3308-5461

e-mail: flaviapilecco@yahoo.com.br

Bolsa de mestrado financiada pela Coordenadoria de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES)/ Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), através do edital Enfrentamento da Violência contra as Mulheres 003/ 2008, publicado no DOU nº 129, de 8 de julho de 2008.

Baseado na dissertação apresentada por Flávia Bulegon Pilecco, denominada “Aborto e Violência Sexual: O Contexto de Vulnerabilidade entre Mulheres Jovens”, apresentada no ano de 2010, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Epidemiologia, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Agradecimentos:

O projeto Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil foi originalmente elaborado por Maria Luiza Heilborn (Programa em Gênero, Sexualidade e Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro), Michel Bozon (Institut National d'Études Démographiques), Estela M. L. Aquino (Programa de Estudos em Gênero e Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia), Daniela Knauth e Ondina Fachel Leal (Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Agradecemos a Ceres G. Victora, Fabíola Rohden, Cecília McCallum, Tania Salem, Elaine Brandão e aos demais membros da equipe Gravad, bem como ao consultor estatístico do estudo, Antônio José Ribeiro Dias (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Agradecemos, ainda, o apoio financeiro da Fundação Ford e ao Programa de Bolsas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Resumo

Introdução

A ilegalidade do aborto perpetua as iniquidades socioeconômicas em que é praticado e obscurece suas consequências para a saúde das mulheres. A coerção sexual é outro tema silenciado.

Objetivo

Investigar a relação entre a prática do aborto e as experiências de coerção sexual entre mulheres jovens.

Metodologia

Os dados analisados são da pesquisa GRAVAD, estudo transversal com amostra probabilística estratificada, realizado com jovens de 18 a 24 anos, no Rio de Janeiro, Porto Alegre e Salvador. A amostra do presente artigo é formada por 870 entrevistas de mulheres que declararam ter engravidado. Na análise estatística utilizou-se regressão de Poisson com variância robusta, incorporando-se a estrutura do delineamento e pesos amostrais.

Resultados

A declaração aborto mostrou-se associada ao relato de experiência de coerção sexual (RP 1,60; IC95% 1,04-2,44). Aparece ainda associada à maior escolaridade da jovem (RP 2,78; IC95% 1,77-4,36), maior número de parceiros sexuais (RP 2,21, IC95% 1,31-3,75), não ter obtido as primeiras informações sobre relações sexuais com os pais (RP 1,90; IC95% 1,14-3,18) e a um maior número de gravidezes (RP 1,65; IC95% 1,40-1,94). A prevalência de coerção sexual entre mulheres jovens neste estudo é de 22,8%. A prática do aborto é maior entre as jovens que declaram ter sofrido somente um evento de coerção sexual.

Conclusão

A associação entre o aborto e a coerção sexual evidencia um quadro de vulnerabilidade de gênero. A violência sexual aparece aqui associada a outros fatores, como o aborto, que denotam a precariedade das negociações em termos de sexualidade e reprodução. O silenciamento da coerção sexual às instituições públicas contribui para aumentar a vulnerabilidade das jovens na medida em que impede o acesso a recursos educativos, jurídicos e de saúde que poderiam auxiliar na ruptura das situações de coerção e na prevenção de novas ocorrências.

Palavras-chave: Aborto Induzido, Coerção Sexual, Vulnerabilidade, Juventude.

Abstract

Introduction

The illegality of abortion perpetuates the socioeconomic inequities in what is practiced and obscures its consequences for the women's health. The sexual coercion is another issue muted.

Purpose

To investigate the relationship between abortion and the experiences of sexual coercion among young women.

Methodology

The data analyzed are from GRAVAD research, a cross-sectional study with stratified random sample that was conducted with youth aged 18 to 24 years in Rio de Janeiro, Porto Alegre and Salvador. The sample of this article consists of 870 interviews of women who reported having become pregnant. Statistical analysis was used Poisson regression with robust variance, incorporating the structure of the design and sample weights.

Results

The abortion's statement was associated with the account of experience of sexual coercion (PR=1.60, CI95% 1.04-2.44). He has also appeared associated with higher education of the young (PR=2.78, CI95% 1.77-4.36), greater number of sexual partners (PR=2.21, CI95% 1.31-3.75), not obtained the first information about sex with parents (PR=1.90, CI95% 1.14-3.18) and a greater number of pregnancies (PR=1.65, CI95% 1.40-1.94). The prevalence of sexual coercion among young women in this study is 22.8%. The practice of abortion is higher among people who claim to have suffered only one event of sexual coercion.

Conclusion

The association between abortion and sexual coercion reflects a situation of gender's vulnerability. Sexual violence appears here together with other factors, such as abortion, denoting the precarious negotiations in terms of sexuality and reproduction. The silencing of sexual coercion by the public institutions contribute to increased vulnerability of young people, as it block the access to educational, legal and health features, that could help break the situations of coercion and the prevention it recurrence.

Keywords: Induced Abortion, Sexual Coercion, Vulnerability, Youth.

Introdução

No Brasil, o aborto destaca-se como um grave problema de saúde pública, à medida que é amplamente praticado, muitas vezes de forma insegura, dentro de um cenário de clandestinidade.¹ Apesar disso, a ilegalidade do aborto não coíbe a prática e perpetua as iniquidades socioeconômicas em que é praticado, fazendo com que as mulheres tenham oportunidades desiguais de evitar uma gravidez ou de escolher seu desfecho² e impondo riscos principalmente à população mais pobre, que não pode recorrer ao procedimento de forma segura.³

No Brasil, o aborto na adolescência representa 7% a 9% do total de abortos provocados, segundo metassíntese das pesquisas realizadas nos últimos 20 anos no país sobre a temática do aborto. Dentre as adolescentes, de 72,5% a 78% dos abortos ocorre na faixa etária de 17 a 19 anos, em jovens com relacionamento estável e dependentes economicamente da família ou do parceiro. Nesses casos, o aborto geralmente resultou de gravidez não prevista e foi feito por meio do uso de misoprostol.³ Dados provenientes de uma compilação de estudos internacionais na temática do aborto indicam que mulheres de 20 a 24 anos são as que possuem o maior número absoluto de abortos, enquanto as com menos de 20 anos e as com mais de 40 anos são as que têm os menores. Apesar disso, as mulheres nos extremos reprodutivos apresentam maior proporção de gravidezes findadas em aborto. Enquanto as mulheres mais jovens alegam ser muito novas para ter filhos, as de mais idade alegam já ter a quantidade de filhos que planejaram.⁴

Determinantes como a origem social, as configurações familiares e de conjugalidade, as redes de sociabilidade, os projetos de maternidade, o percurso escolar e a inserção no mercado de trabalho, influenciam na decisão das jovens quanto à manutenção ou à interrupção da gravidez. Em estudos anteriores

desenvolvidos com os dados da pesquisa GRAVAD, inquérito sobre sexualidade e saúde reprodutiva desenvolvido em três capitais brasileiras,⁵ encontrou-se associação positiva entre alta escolaridade e renda familiar mais elevada e a ocorrência de aborto na primeira gravidez. A menor ocorrência de gravidezes entre jovens de classes sociais mais favorecidas, aliada a mais frequente recorrência ao aborto, é justificada pela auto-percepção das entrevistadas como sendo muito jovens e por ainda terem projetos de estudo e de inserção profissional inacabados. Assim, essas jovens mais privilegiadas economicamente, além de ter maior acesso à contracepção, podem optar por um aborto mais seguro, ainda que de forma ilegal. As moças que tiveram seu primeiro filho após os 19 anos (em contraste com as que tiveram na adolescência), as que se iniciaram sexualmente com parceiro eventual, as que ainda estavam estudando e aquelas que faziam uso de contracepção na época da gravidez, relataram maior ocorrência de aborto.^{5,6}

A ilegalidade do aborto faz com que sua real magnitude seja desconhecida e suas consequências para a saúde das mulheres obscurecidas. Assim como o aborto, a coerção sexual é outra questão silenciada. Ela afeta sobretudo os grupos sociais mais vulneráveis, em especial mulheres com menor poder aquisitivo e menor escolaridade.⁷ A categoria coerção sexual tem sido usada em estudos recentes sobre violência com o intuito de contemplar as mais diversas formas de repressão do exercício da sexualidade e de obtenção de sexo forçado. Ela é entendida não como um evento isolado, mas como um processo que se traduz na restrição da liberdade sexual individual, mediante constrangimentos como pressão verbal, social, chantagens e uso de violência física.⁸

Uma das características deste tipo de violência sexual é que, na maioria dos casos, o agressor é conhecido da vítima.^{9,10} Essa *proximidade* faz com que a

violência seja deixada impune por medo de represálias em um possível retorno à convivência com o agressor. Outras razões alegadas para a falta de denúncia das agressões são o medo e a vergonha das mulheres de se expor, a desinformação quanto a medidas preventivas que podem ser tomadas para evitar DSTs/AIDS e gravidez, a esperança de que o agressor mude ou a vontade de proteger o parceiro, razões econômicas e afetivas e o descrédito na capacidade do sistema judicial de punir os agressores.^{11,12} Esse último aspecto pode estar sofrendo mudanças após a introdução da lei Maria da Penha, em 2005, embora sejam necessários mais estudos para confirmar essa hipótese.

A multiplicidade de interpretações do que é considerado violência sexual e, em especial, coerção, dificulta a comparabilidade dos estudos desenvolvidos nessa temática.⁷ Cordeiro et al⁸ (2009), estudando dados do inquérito GRAVAD, destacam a importância de se trabalhar a coerção aliada à noção de negociação sexual, na qual as formas de expressar o desejo e a interação são influenciadas pelo contexto sociocultural no qual os pares estão inseridos e pelas relações de gênero envolvidas. Nesse contexto, a assimetria de gênero pode repercutir em maior vulnerabilidade das mulheres em relação aos homens na esfera sexual.

A associação entre esses dois eventos, coerção sexual e aborto provocado, deve ser analisada dentro do marco teórico da vulnerabilidade. Esse conceito busca romper com a visão clássica de risco, centrada no indivíduo, propondo que para além dos aspectos individuais, há um conjunto de outros determinantes que condicionam os comportamentos individuais e a maior ou menor exposição ao risco.¹³ É neste sentido que o quadro teórico da vulnerabilidade destaca três planos interdependentes que devem ser considerados na análise da vulnerabilidade: o plano individual, no qual a vulnerabilidade é relacionada a comportamentos que

implicam em exposição e suscetibilidade do indivíduo e que podem variar ao longo do tempo em função de valores e recursos que permitam maior ou menor proteção; o plano social, no qual é avaliada a coletividade, por meio do acesso a informação e aos serviços de saúde, dos indicadores epidemiológicos, de aspectos sociopolíticos, culturais e econômicos e do grau de liberdade de pensamento e expressão; e o plano programático, no qual a vulnerabilidade se relaciona com a proposição, o cumprimento e a continuidade de políticas, programas, serviços ou ações voltadas para a resolução do problema.¹⁴

Dentro desta perspectiva, o presente artigo se propõe a analisar a relação entre aborto e coerção sexual. Nosso objetivo é evidenciar os determinantes individuais, sociais e programáticos, vinculados à prática do aborto entre mulheres jovens.

Metodologia

Os dados analisados são provenientes do estudo GRAVAD (Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil)¹, uma pesquisa multicêntrica, de base populacional, realizada de outubro de 2001 a janeiro de 2002, no Rio de Janeiro, em Porto Alegre e em Salvador e que incluiu jovens de 18 a 24 anos completos, de ambos os sexos. A opção por estas três cidades foi realizada com o intuito de apreender contextos socioculturais e econômicos bastante distintos. A escolha em estudar jovens de uma faixa etária que não condissesse com a classificada como adolescência (de 10 a 19 anos) pela Organização Mundial de Saúde, foi feita com vistas à avaliação, por parte dos entrevistados, dos desfechos resultantes de uma gravidez em tal fase da vida, em um período próximo a este evento reprodutivo, além de evitar questões éticas

envolvidas ao se entrevistar menores de idade. O estudo foi elaborado com delineamento transversal e amostragem probabilística estratificada em três estágios. Em um primeiro estágio, em cada cidade, os setores censitários foram estratificados segundo a escolaridade e a renda média do chefe do domicílio e, em cada estrato, foram escolhidos aleatoriamente os setores, de modo proporcional ao número de jovens entre 18 a 24 anos existentes em cada um deles. No segundo estágio, realizou-se um levantamento de todos os domicílios particulares permanentes nos setores selecionados para identificação dos jovens na faixa etária de interesse, sendo sorteadas 33 unidades para compor a amostra. No terceiro e último estágio, em cada domicílio sorteado, foi selecionado um jovem entre os elegíveis. Em caso de mais de um jovem elegível, para evitar o efeito de conglomerado, adotou-se o critério de desempate de selecionar aquela/e cujo dia e mês de aniversário fosse o primeiro do ano civil, independente do ano de nascimento. A amostra inicial estimada era de 4500 jovens e a final totalizou 4634 jovens entrevistados, sendo 1442 jovens de Porto Alegre, 1528 do Rio de Janeiro e 1664 de Salvador.

O instrumento quantitativo foi estruturado de acordo com as informações obtidas na etapa qualitativa precedente, que contou com entrevistas em profundidade de 123 jovens, residentes nas cidades estudadas e estando na faixa etária de interesse. A coleta de dados foi feita através de entrevista face a face, conduzida por pesquisadores treinados, em sua maioria provenientes de cursos de graduação de ciências sociais ou de saúde coletiva e na mesma faixa etária dos pesquisados, para melhorar a qualidade das respostas coletadas. A manifestação, por parte dos entrevistados, de incomodo resultante da entrevista feita por entrevistador de outro sexo, possibilitava a troca do entrevistador. Esses procedimentos resultaram em um alto índice de respondentes (85,2%) e

possibilitaram que questões de caráter bastante sensível, como àquelas que dizem respeito ao aborto e às experiências de coerção sexual, fossem abordadas com maior pertinência cultural e, portanto, com mais chances de obtenção de dados fidedignos.

Na análise do presente artigo, foram utilizados os dados referentes às 870 jovens do sexo feminino que relataram ter tido ao menos uma gravidez. Foram excluídos os homens e as jovens que declararam não ter tido gravidez ou que não prestaram esta informação. A coerção sexual foi avaliada na pesquisa GRAVAD através da pergunta “Alguém tentou forçar você a ter relações sexuais contra a sua vontade?”, cujas opções de resposta eram: “Sim, uma vez”, “Sim, várias vezes”, “Não” e “Recusou-se a responder”.

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva da amostra com e sem estrutura do delineamento e pesos amostrais. A amostra foi ponderada de acordo com a probabilidade de seleção das unidades amostrais em cada estágio. As tabelas descritivas apresentam essas duas análises da amostra: uma como se fosse aleatória simples e outra incorporando expansão amostral e estrutura do delineamento. Essa dupla apresentação tem o intuito de fornecer ao leitor o número efetivo de sujeitos respondentes, além de mostrar a importância da inclusão do delineamento e dos pesos amostrais para que os resultados possam ser generalizados à população de referência.

Na sequência, o modelo de regressão de Poisson com variância robusta univariável foi utilizado para descrever a associação entre o desfecho aborto provocado e os preditores. Neste modelo também foram incorporadas a estrutura do delineamento amostral e a ponderação para garantir a representatividade dos centros. O teste da razão de verossimilhança foi usado para selecionar as variáveis

para o modelo multivariável ($p < 0,2$), sendo mantidas aquelas significativas a 5%. Todas as análises foram realizadas utilizando-se o software Stata, versão 9.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos), pela capacidade do programa de incorporar efeitos do delineamento e pesos amostrais dentro do comando *survey* (*svy*).

As variáveis que compuseram o modelo foram: idade da jovem no momento da entrevista, cor auto-referida, escolaridade, cidade onde a jovem residia, religião de criação, responsabilidade sobre o trabalho doméstico entre 15 e 18 anos, se exercia alguma atividade remunerada no momento da entrevista, situação socioeconômica (através do *proxi* escolaridade da mãe), se obteve as primeiras informações sobre sexo com os pais, idade de iniciação sexual, quem era o (a) parceiro (a) dessa primeira relação, tempo transcorrido desde a iniciação sexual, padrão de uso de métodos contraceptivos⁵, número de parceiros (as) sexuais, idade na primeira gravidez, diferença de idade para o parceiro da primeira gestação, número de gestações e o relato de alguém ter tentado forçar a jovem a ter relações sexuais contra a vontade.

Esse estudo obteve aprovação dos Comitês de Ética dos três centros acadêmicos envolvidos, possibilitando aos entrevistados a recusa ou a interrupção do questionário a qualquer momento e assegurado o anonimato e a confidencialidade das respostas, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

⁵ Avaliado a partir de duas ocasiões da vida sexual da jovem – iniciação sexual e última relação – e do tipo de método usado nessas ocasiões, visando proteção (condom nas duas ocasiões), contracepção (uso de outro método que não o condom em uma das duas ocasiões) e a não preocupação com proteção ou contracepção (denotada pelo não uso de método em uma das duas ocasiões).¹⁵

Resultados

Dentre as mulheres estudadas, que relataram ao menos uma gravidez, 172 (21,5%) relataram ao menos um episódio de aborto provocado. Já a declaração de ter sofrido coerção sexual foi feita por 193 mulheres, o que representa uma prevalência de 22,8%, sendo que 125 (16,0%) informaram que a coerção ocorreu uma vez e 68 (6,8%) declararam que ocorreu várias vezes (prevalências estimadas, incorporando desenho e pesos amostrais). (dados não apresentados)

A Tabela 1 descreve características relativas às mulheres que recorreram e às que não recorreram ao aborto. A declaração de coerção sexual foi superior entre as mulheres que relataram aborto quando em comparação às que não abortaram, sendo o dobro para as que declararam que a coerção ocorreu uma vez (26,8% entre as que abortaram e 13,1% entre as que não abortaram). Quanto ao local de residência, 51,8% das que não abortaram morava no Rio de Janeiro, 34% em Salvador e 14,3% em Porto Alegre, enquanto dentre as que relataram ter abortado houve uma maior porcentagem de residentes em Salvador (42,1%), em detrimento de Porto Alegre (5,1%). As mulheres que declararam ter abortado, em comparação às que não o fizeram, caracterizavam-se por pertencerem às classes sociais mais elevadas, utilizando-se como *proxi* a escolaridade da mãe (35,5% para àquelas com mães com maior escolaridade *versus* 22,9% para as de menor escolaridade), ter maior escolaridade (87,2% tinham ao menos o ensino médio completo, em comparação com 97,9% das que não relataram aborto), maior inserção no mercado de trabalho no momento da entrevista (51,8% *versus* 38,9%), por apresentarem mais frequentemente uma trajetória de contracepção/proteção marcada pelo não uso de métodos (54,1% *versus* 39,9%) e por terem um maior número de parceiros (36,4% tiveram mais de 5 parceiros, mesma situação de 13,2% das que não relataram

aborto) e de gestações (média de 1,89 *versus* 1,5). Comparando-se as jovens que mencionaram um aborto com as que não o fizeram, a obtenção das primeiras informações sobre relações sexuais junto aos pais foi relato menos frequente no primeiro grupo (20,9% *versus* 37,9%).

A Tabela 2 descreve aspectos relacionados à coerção sexual, analisada sobre a ótica das mulheres que declaram ou não aborto. As jovens com relato de coerção sexual e que declararam ter abortado apresentavam maior percentual de mães cuja escolaridade era alta (29,2%), quando comparadas às jovens que afirmaram não ter realizado aborto (21,8%). Nota-se que para 29,1% das jovens que relatam aborto, a relação sexual chegou a acontecer de fato, ao passo que o mesmo ocorreu para 22,2% das jovens que não mencionaram ter abortado. Entre as entrevistadas sem histórico de abortamento, 31,7% declararam que a coerção foi forçada através de violência física ou de ameaça de violência, mesma situação de 43,3% das jovens com histórico de abortamento.

Em grande parcela das situações de coerção, o agressor era conhecido da vítima, sendo este o parceiro ou ex-parceiro íntimo. Embora seja pequena a parcela de jovens que relatou coerção praticada por desconhecidos, foi bastante superior nas jovens que relataram aborto (13,9%) em comparação com as que não relataram (1,2%).

Sobre a revelação de violência, a maior parte das jovens que sofreu coerção relatou ter contado para alguém, (58,1% sem abortamento e 73,1% das com abortamento). Amigos e colegas (48,1% entre as que não abortaram e 56,2% entre as que abortaram) foram apontados como os mais frequentes confidentes, sendo menor a parcela que relatou aos pais (19,9% e 37,7%, respectivamente) e muito

diminuta a que relatou essa informação a instituições escolares, policiais e de saúde (3,9% versus 10,3%). (Tabela 2)

A Tabela 3 mostra as variáveis significativas na análise univariável e multivariável associadas ao relato de aborto. As variáveis cor de pele, religião de criação, participação nas atividades domésticas, diferença de idade para o parceiro da primeira gestação e idade na primeira gravidez não apresentaram significância estatística na análise univariável e, por esse motivo, não foram incluídas nas tabelas. No modelo multivariável, encontraram-se associadas à prática do aborto, ter residência no Rio de Janeiro e em Salvador, ter escolaridade mais alta (ensino médio/superior/pós-graduação), não ter obtido as primeiras informações sobre relações sexuais com os pais, ter tido maior número de parceiros sexuais, bem como de gestações, e a declaração de ter sofrido coerção sexual uma vez na vida (RP 1,60; IC95% 1,04 - 2,44).

Na análise da associação entre o relato de coerção sexual e o de aborto entre os diferentes segmentos sociais, utilizando-se como *proxi* a variável escolaridade da mãe, em situações em que a coerção foi um evento esporádico, tendo ocorrido uma vez, a razão de prevalência de aborto foi de 2,01 (IC95% 1,14 - 3,57) para aquelas cujas mães tinha escolaridade baixa e de 1,70 (IC95% 0,94 - 3,09) para aquelas cujas mães tinham escolaridade elevada. Já quando a coerção se apresentou de forma sistemática no cotidiano das jovens, tendo ocorrido mais de uma vez, a razão de prevalência para o aborto foi de 1,79 (IC95% 0,99 - 3,21) para as jovens cuja escolaridade materna era baixa e de 0,11 (IC95% 0,01 - 0,94) para aquelas cujas mães tinham escolaridade elevada. (Figura 1)

Discussão

O planejamento da gravidez permite às mulheres um maior controle de sua trajetória de vida, bem como um maior controle dos aspectos relacionados à gestação.² No Brasil, persiste um cenário no qual existem substanciais dificuldades para a regulação da fertilidade, onde o aborto é ilegal, o acesso à contracepção e aos serviços de saúde é insuficiente e persistem as iniquidades de gênero.¹ Ainda assim, quando uma jovem se depara com uma gravidez não prevista, o aborto aparece como alternativa para a resolução do problema.

Neste trabalho, em conformidade com outros estudos com os dados do GRAVAD, encontramos associação entre maior prevalência de aborto e maior escolaridade das jovens,⁵ maior número de parceiros e de gestações. Entre as jovens que residiam em Porto Alegre¹⁶ e as que obtiveram as primeiras informações sobre relações sexuais com os pais, a prevalência de aborto foi menor. Destaca-se ainda a associação da prática do aborto à declaração de ter sofrido coerção sexual uma vez na vida. Estes dados sinalizam para os determinantes sociais e econômicos do aborto e evidenciam como esta não é uma prática que pode ser compreendida apenas da perspectiva individual.

Os determinantes socioculturais se apresentam, no caso do aborto, de maneira não apenas explícita, mas também complexa. A informação sobre contracepção, que, em uma perspectiva individual, é tido como a principal estratégia preventiva, parece não operar dessa forma no caso do aborto. A associação encontrada entre a prática de aborto e a elevada escolaridade da jovem indica que outros valores se interpõem entre a informação e o comportamento. As trajetórias escolares e profissionais são privilegiadas e a gravidez é percebida com um evento que pode interromper ou retardar esses projetos, como indicam Menezes et al⁵

(2006). Em tal contexto, as jovens mais privilegiadas economicamente, além de ter maior acesso à contracepção, podem optar por um aborto mais seguro, mesmo que de forma ilegal. Além disso, Bajos e Marquet¹⁷ (2000) chamam a atenção para o fato de que, em sociedades como a nossa, onde a desigualdade de gênero ainda é bastante presente, um maior nível educacional “empodera” as mulheres, fazendo com que elas conquistem maior autonomia relacional e sexual, o que se reflete também na escolha por ter ou não filhos e por continuar ou não uma gravidez.

Por outro lado, os dados sugerem que a informação faz mais sentido e, portanto, incide sobre o comportamento quando inserida em um contexto de proximidade e de relações mais igualitárias. É desta forma que aquelas jovens que obtiveram as primeiras informações sobre relações sexuais com os pais, e que possivelmente têm uma relação mais próxima com estes, encontram-se menos vulneráveis à prática do aborto. Este dado também é evidenciado nos achados de Peres e Heilborn¹ (2006), nos quais a mãe é considerada importante interlocutora dos filhos, tendo papel essencial na decisão da manutenção ou da finalização de uma possível gravidez.

O maior número de parceiros sexuais relatado pelas jovens que abortaram pode sugerir um estilo de relacionamentos afetivo-sexuais diferente das jovens que não abortaram. Esse tipo de comportamento pode estar associado indiretamente ao risco de que ocorra uma gravidez não prevista, que seja findada em aborto; ou pode ainda atestar uma ruptura com os valores tradicionais de gênero e de reprodução, colocando o exercício da sexualidade como uma prerrogativa também feminina, bem como o controle – mesmo que via aborto – da reprodução. Entretanto, como destaca Ayres¹⁴ (1998) através do conceito de vulnerabilidade, esse comportamento não

pode ser analisado de forma isolada, como consequência imediata da ação, mas deve ser contextualizado no meio social e cultural no qual ocorre.

A associação entre o aborto e os determinantes socioculturais torna-se mais evidente na relação encontrada dessa prática com a declaração de ter sofrido coerção sexual uma vez na vida. Neste estudo, a prevalência de coerção sexual entre mulheres jovens que tiveram ao menos uma gravidez encontrada foi de 22,8%, maior do que a encontrada por Moraes et al⁷ (2006), de 16,5%, que analisou os dados do inquérito GRAVAD, nos quais estavam inclusas também mulheres que relataram não ter tido nenhuma gravidez. A associação entre a declaração de coerção sexual e de aborto, analisada a partir da escolaridade da mãe, se manteve mesmo após a incorporação das variáveis incluídas no modelo final (cidade, escolaridade da jovem, número de parceiros e número de gravidezes). Esse dado evidencia o quadro de vulnerabilidade de gênero no qual estas jovens estão inseridas, no qual a violência sexual aparece associada a outros fatores, como o recurso ao aborto, que denotam certa precariedade nas negociações em termos de sexualidade e reprodução. A falta de controle das condições em que têm relações sexuais, por parte das mulheres, aliada ao modelo cultural de dominação masculina, contribui para altas taxas de gravidez não prevista e, conseqüentemente de abortos, dado também demonstrado por Faúndes e Barzelatto¹⁸ (2004). O aborto aparece assim como um elemento que se conjuga com a coerção sexual, apresentando-se, sobretudo nas situações em que a coerção é um evento esporádico (uma vez), talvez como uma estratégia do controle sobre a reprodução. Além disso, é interessante traçar um paralelo entre este achado e o trabalho de Ayres¹⁴ (1998), que mostra a associação entre a vulnerabilidade à AIDS e a violência. Esse autor

ênfatiza que a diminuição da auto-estima das jovens expostas à violência pode fazer com que elas tenham menos chances de adotar atitudes de proteção.

Cordeiro et al⁸ (2009) salientam a importância da compreensão do que é entendido como constrangimento e do que é aceitável ou não como prática sexual dentro dos cenários culturais estudados, para facilitar uma abordagem direta das situações relacionais. No estudo GRAVAD foi abordada uma definição mais ampla de violência sexual, através do conceito de coerção, que inclui casos nos quais a violência não se concretizou e que, mesmo assim, como demonstrado no presente artigo, possuem impacto nas trajetórias reprodutivas das jovens.

Os diferentes significados e impactos da coerção sexual nas biografias das jovens podem ser vislumbrados quando consideramos as diferenças evidenciadas entre as jovens que relataram experienciar uma e mais de uma situação de coerção sexual. Como os dados sugerem, quando a coerção é percebida como um evento isolado, perpetrada por um desconhecido, há uma tendência de recurso ao aborto por parte das jovens como estratégia de controle sobre a reprodução. Já quando a coerção aparece inserida de forma mais sistemática no cotidiano, através do relato de mais de uma situação e tendo como agressor, na maioria das vezes uma pessoa próxima, como é demonstrado pela literatura,^{9,10} nota-se que as jovens cujas mães têm maior escolaridade são aquelas que relatam menos ter abortado. Este dado pode ser interpretado como um indicativo da dificuldade das mulheres em romper com esta situação de violência e estabelecer maior controle sobre a reprodução. Assim, se a associação entre aborto e coerção sexual evidencia o quadro de vulnerabilidade individual e social a que as jovens estão inseridas, a repetição das experiências de coerção ao longo da trajetória, particularmente entre as jovens pertencentes aos segmentos sociais mais privilegiados, sinaliza um agravamento

desta vulnerabilidade. O efeito “protetor” (RP=0,11; IC95% 0,01-0,94) que a coerção sexual apresenta para o aborto neste segmento estudado, pode sinalizar justamente uma maior dificuldade das jovens em romper com esta situação e buscar condições de controle e autonomia em termos do exercício da sexualidade e da reprodução. Há várias razões de ordem econômica, social e cultural que podem estar associadas a este comportamento, como por exemplo, a dependência econômica para com os pais ou parceiros, a vergonha e o medo tanto de violência física quanto da condenação social.

Esta associação entre a ocorrência de violência sexual e a perda da gestão sobre o planejamento reprodutivo é também evidenciada em outros estudos, como na pesquisa realizada por D’Oliveira et al¹⁹ (2009) que estudando mulheres de São Paulo e da Zona da Mata Pernambucana, encontraram uma associação entre o relato de violência e o maior número de filhos.

A maioria das jovens, especialmente aquelas que mencionaram ter recorrido ao aborto, relatou a ocorrência de coerção a alguém, destacando-se no papel de interlocutores amigos e colegas, como já evidenciado no trabalho de Moraes et al⁷ (2006). As instituições policiais, de ensino e de saúde foram poucas vezes informadas desse tipo de violência, desconhecendo sua ocorrência e sua magnitude. As mulheres que abortaram, tenderam a revelar em maior proporção a ocorrência de coerção também para os pais, observando-se um aumento das revelações para a figura paterna, e para a instituição policial, em comparação com as que não abortaram. Este aumento na revelação aos pais e à polícia pode estar relacionado ao fato de que para estas jovens foram mais frequentes as agressões por desconhecidos, quando comparadas às mulheres sem histórico de abortamento.

O silenciamento da coerção sexual às instituições públicas contribui para aumentar a vulnerabilidade das jovens na medida em que impede, seja pela inexistência de confiança ou de políticas específicas, o acesso a recursos educativos, jurídicos e de saúde que poderiam auxiliar na ruptura das situações de coerção e na prevenção de novas ocorrências. Este é justamente o plano da vulnerabilidade denominada programática que, de acordo com Ayres et al¹³ (1999), pode reforçar ou diminuir o risco individual. Neste sentido, a vulnerabilidade é resultante da relação intrínseca entre o comportamento individual e determinantes sociais, entre quais se incluem o acesso e existência de instituições e políticas públicas.²⁰

Por fim, deve-se considerar as limitações do presente estudo. Apesar da pesquisa GRAVAD ter sido planejada com o intuito de criar uma relação de confiança entre pesquisador e entrevistado, proporcionando condições mais adequadas para o relato de experiências íntimas, com vistas a aumentar a fidedignidade dos dados,²¹ há que se considerar a possível ocorrência de subestimação de ambos os fenômenos estudados, por se tratar de temas velados e de difícil acesso a informações.⁷

Os diferentes significados atribuídos à expressão “ter relações sexuais contra a vontade” possivelmente apresentam importantes variações segundo o pertencimento social das entrevistadas. A associação de “contra vontade” com violência depende da construção social que as mulheres possuem sobre o que é violência. O que para algumas mulheres é aceitável e tido como “direito do homem”, para outras se configura como uma situação de violência.²² Além disso, como destacam Moraes et al (2006), o termo “relações sexuais” muitas vezes é entendido como o sexo penetrativo, desconsiderando outras formas de contato sexual.

Há ainda que se considerar a idade precoce e o pouco tempo de vida sexual transcorrido para essas jovens (em média, 5,3 anos), o que faz com que sua exposição tanto à coerção quanto ao aborto sejam limitadas. Desta forma, é importante considerar que tanto a prevalência de aborto quanto de situações de coerção sexual podem aumentar no decorrer da trajetória das jovens.

Além disso, a comparação da associação entre aborto e coerção sexual entre os diferentes segmentos sociais, apesar de apresentar tendência semelhante tanto na análise univariável quanto na multivariável, deve ser interpretada com cautela em razão do número restrito de entrevistadas que relataram aborto e mais de um episódio de coerção.

Conclusão

Os resultados do presente estudo sinalizam a necessidade de contextualizar os diferentes eventos de saúde sexual e reprodutiva – como a coerção sexual e o aborto – em um quadro maior de vulnerabilidade social. Os determinantes socioeconômicos, com a classe social e a cidade de residência, que incidem diretamente sobre outros aspectos da trajetória das jovens – como a escolaridade, o número de gestações e parcerias sexuais e as experiências de coerção sexual – indicam que, especialmente no que concerne às jovens mulheres, as modificações no cenário da violência sexual e do recurso ao aborto não se dão exclusivamente no plano individual. Como demonstrado no artigo, ter uma maior escolaridade ou pertencer aos segmentos sociais mais elevados, que teoricamente possibilitam o maior acesso a informações e recursos de prevenção, podem não proteger às jovens contra as situações de coerção sexual e gravidez não prevista. Por outro lado, a perpetuação das situações de coerção sexual, especialmente quando o

agressor é alguém da rede de relações da vítima, configura um contexto no qual as jovens apresentam uma maior dificuldade em romper com esta situação e em assumir o controle sobre a sexualidade e a reprodução.

Desta forma, as ações voltadas à prevenção da violência sexual devem ser incluídas nas estratégias de saúde sexual e reprodutiva dirigidas tanto às mulheres quanto aos homens e, particularmente, à população jovem. O envolvimento da escola, dos serviços de saúde e das instituições judiciais é fundamental para a diminuição da vulnerabilidade programática e a conseqüente diminuição do risco individual.

Em termos da produção do conhecimento, são imprescindíveis mais estudos que busquem identificar a associação entre as trajetórias afetivo-sexuais e decisões reprodutivas de homens e mulheres com os diferentes tipos de violência. É somente a partir do conhecimento detalhado destes contextos de vulnerabilidade que poderemos ter ações mais eficazes no sentido de garantir a autonomia e a liberdade no exercício da sexualidade e reprodução dos jovens.

Bibliografia

16. Aquino EML, Almeida MC, Araújo MJ, Menezes G. Gravidez na Adolescência: A Heterogeneidade Revelada. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, editors. O aprendizado da Sexualidade: Reprodução e Trajetórias Sociais de Jovens Brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz; 2002. p. 309-60.
13. Ayres JRJM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e Prevenção em Tempos de AIDS. In: Barbosa RM, Parker RG, editors. Sexualidades pelo Averso: direitos, identidade e poder. São Paulo: Editora 34; 1999. p. 49-72.
14. Ayres JRJM. O Jovem Que Buscamos e o Encontro Que Queremos Ser: A Vulnerabilidade Como Eixo de Avaliação de Ações Preventivas do Abuso de Drogas, DST e AIDS entre Crianças e Adolescentes. 1998 [cited. Available from: http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_29_p015-024_c.pdf.
17. Bajos N, Marquet J. Research on HIV sexual risk: social relations-based approach in a cross-cultural perspective. *Soc Sci Med*. 2000 Jun;50(11):1533-46.
3. Brasil. 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
8. Cordeiro F, Heilborn ML, Cabral CS, Moraes CL. Entre negociação e conflito: gênero e coerção sexual em três capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14:1051-62.
10. Diniz D. Fórum: violência sexual e saúde. *Posfácio. Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23:477-8.
19. D'Oliveira AF, Schraiber LB, França Júnior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. [Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women]. *Rev Saude Publica*. 2009 Apr;43(2):299-311.
18. Faúndes A, Barzelatto J. O Drama do Aborto: em busca de um consenso. Campinas: Editora Komedi; 2004.
22. Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orozco LT. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2006;28:126-35.
2. Font-Ribera L, Perez G, Salvador J, Borrell C. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. *J Urban Health*. 2008 Jan;85(1):125-35.
11. Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 1994;10:S146-S55.
5. Menezes GMS, Aquino EML, Silva DO. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22:1431-46.

6. Menezes GMS. Aborto e juventude : um estudo em três capitais brasileiras. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2006. (tese)
7. Moraes CL, Cabral CS, Heilborn ML. Magnitude e caracterização de situações de coerção sexual vivenciadas por jovens de três grandes capitais brasileiras: Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22:1493-504.
20. Muñoz Sánchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12:319-24.
1. Peres SO, Heilborn ML. [Considering and submitting to abortion among young people in the context of legal prohibition: the hidden side of teenage pregnancy]. *Cad Saude Publica*. 2006 Jul;22(7):1411-20.
21. Rossier C. Estimating Induced Abortion Rates: A Review. *Studies in Family Planning*. 2003;34(2):87-102.
9. Schraiber L, D'Oliveira AF, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L, et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2003;7:41-54.
12. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Portella AP, Menicucci E. [Gender-based violence in Public Health: challenges and achievements]. *Cien Saude Colet*. 2009 Jul-Aug;14(4):1019-27.
15. Teixeira AMFB. O uso de métodos de contracepção/proteção entre jovens de 18 a 24 anos de três capitais brasileiras. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
- 4. The Alan Guttmacher Institute. *Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide*. New York: The Alan Guttmacher Institute; 1999.

Tabela 1. Descrição da amostra de mulheres de acordo com auto-relato de aborto provocado

<i>Características</i>	<i>Sem plano complexo¹</i>		<i>Com plano complexo²</i>	
	<i>Sem aborto</i>	<i>Com aborto</i>	<i>Sem aborto</i>	<i>Com aborto</i>
	<i>n (%) ou média (EP)³</i>	<i>n (%) ou média (EP)³</i>	<i>% ou média (EP)³</i>	<i>% ou média (EP)³</i>
Relato de ter sofrido coerção sexual				
Não	568 (81,4)	109 (63,4)	80,6	64,8
Sim, uma vez	82 (11,7)	43 (25,0)	13,1	26,8
Sim, várias vezes	48 (6,9)	20 (11,6)	6,3	8,4
Escolaridade da mãe				
Nunca frequentou/Ensino fundamental	491 (76,7)	99 (62,7)	77,1	64,5
Ensino médio/Superior	149 (23,3)	59 (37,3)	22,9	35,5
Cidade				
Rio de Janeiro	214 (30,7)	61 (35,5)	51,7	52,8
Porto Alegre	214 (30,7)	22 (12,8)	14,3	5,1
Salvador	270 (38,6)	89 (51,7)	34,0	42,1
Parceiro da primeira relação sexual				
Namorado/marido/companheiro	639 (91,6)	143 (83,6)	92,8	84,7
Pessoa com quem você "ficou"/Outro	59 (8,4)	28 (16,4)	7,2	15,3
Obteve as primeiras informações sobre relações sexuais com seu pai ou sua mãe				
Sim	218 (31,6)	41 (23,0)	37,9	20,9
Não	473 (68,4)	130 (76,0)	62,1	79,1
Idade na iniciação sexual				
Iniciação precoce (até 15 anos)	295 (42,4)	95 (55,2)	41,6	53,0
Iniciação média (de 15 até 18 anos)	244 (35,1)	52 (30,2)	34,1	30,4
Iniciação tardia (mais de 18 anos)	157 (22,6)	25 (14,5)	24,3	16,6
Número de parceiros sexuais				
1 parceiro/a sexual	270 (39,5)	23 (13,8)	36,8	14,3
2 a 4 parceiros/as sexuais	329 (48,2)	80 (47,9)	50,0	49,3
5 ou mais parceiros/as sexuais	84 (12,3)	64 (38,3)	13,2	36,4
Métodos usados na 1ª e na última relações				
Proteção	353 (52,8)	67 (39,6)	50,6	39,6
Contracepção	40 (6,0)	11 (6,5)	9,5	6,3
Não usaram método nenhum	275 (41,2)	91 (53,9)	39,9	54,1
Escolaridade da jovem				
Ensino fundamental incompleto	282 (41,1)	56 (33,7)	38,3	29,7
Ensino fundamental completo	226 (32,9)	37 (22,3)	36,5	22,7
Ensino médio	153 (22,2)	44 (26,5)	23,1	34,8
Ensino superior/Pós-graduação	26 (3,8)	29 (17,5)	2,1	12,8
Exerce alguma atividade com rendimentos				
Sim	255 (36,5)	79 (45,9)	38,9	51,8
Não	443 (63,5)	93 (54,1)	61,1	48,2
Idade da jovem	21,4 (0,07)	21,7 (0,15)	21,3 (0,10)	21,7 (0,18)
Tempo desde a iniciação sexual	5,4 (0,09)	6,3 (0,17)	5,1 (0,11)	6,0 (0,20)
Número de gestações	1,5 (0,03)	1,93 (0,08)	1,5 (0,05)	1,89 (0,10)

¹Analisado como uma amostra aleatória simples. ²Analisado com expansão da amostra e estrutura do delineamento. ³Erro-padrão da média.

Fonte: Pesquisa GRAVAD, 2002

Tabela 2. Descrição das características sociodemográficas associadas ao auto-relato de coerção sexual segundo a declaração de aborto

Características	Sem aborto		Com aborto	
	n (%) ¹	% ²	n (%) ¹	% ²
Escolaridade da mãe				
Nunca frequentou/Ensino fundamental	89 (76,7)	78,2	38 (69,1)	70,8
Ensino médio/Superior	27 (23,3)	21,8	17 (30,9)	29,2
Idade que tinha no primeiro episódio de coerção				
Até 10 anos	10 (8,1)	8,1	3 (5,1)	3,6
10-19 anos	101 (81,5)	85,7	43 (72,9)	77,5
20-24 anos	13 (10,5)	6,2	13 (22,0)	18,9
Autor da coerção				
Sempre a mesma pessoa	33 (68,8)	62,9	13 (65)	67,3
Nem sempre a mesma pessoa	15 (31,2)	37,1	7 (35)	32,7
O que aconteceu?				
A relação sexual realmente aconteceu	34 (26,4)	22,2	16 (25,4)	29,1
Ficou só na tentativa	95 (73,6)	77,8	47 (74,6)	70,9
Forma de coerção				
Através de violência física	23 (17,7)	18,4	13 (20,6)	25,5
Por meio de ameaça de violência	20 (15,4)	13,3	7 (11,1)	17,8
Através de outro tipo de ameaça	6 (4,6)	3,8	4 (6,4)	5,0
Houve muita insistência	78 (60,0)	62,7	38 (60,3)	51,0
Outro	3 (2,3)	1,8	1 (1,6)	0,7
Relação do perpetrador com a jovem				
Pai/mãe/irmão(ã)/outro parente	13 (10,1)	5,2	4 (6,7)	5,3
Padrasto/madrasta	4 (3,1)	1,5	3 (5,0)	1,5
Amigo(a)/vizinho(a)	29 (22,5)	27,7	10 (16,7)	16,7
Parceiro(a) ou ex-parceiro(a) de relacionamento	54 (41,9)	39,5	24 (40,0)	37,0
Pessoa desconhecida	3 (2,3)	1,2	6 (10,0)	13,9
Chefe/patrão(ao)	3 (2,3)	2,6	1 (16,7)	0,4
Outro	23 (17,8)	22,3	12 (20,0)	25,2
Idade do agressor				
Até 19 anos	28 (22,8)	29,0	15 (26,3)	23,2
20-29 anos	74 (60,2)	51,9	32 (56,1)	58,0
30-39 anos	15 (12,2)	11,5	7 (12,3)	14,8
40-49 anos	3 (2,4)	6,0	1 (1,8)	1,0
50 anos ou mais	3 (2,4)	1,6	2 (3,5)	3,0
Revelação da coerção				
Sim	72 (56,2)	58,1	43 (70,5)	73,1
Não	56 (43,8)	41,9	18 (29,5)	26,9
Pessoa para quem revelou o episódio de coerção				
Pai	8 (11,1)	3,6	5 (11,6)	17,0
Mãe	20 (27,8)	16,3	11 (25,6)	20,7
Amigos(as)/colegas	29 (40,3)	48,1	22 (51,2)	56,2
Polícia	2 (2,8)	1,0	2 (4,7)	7,0
Professores	2 (2,8)	1,9	1 (2,3)	2,3
Médicos	3 (4,2)	1,0	0	0
Parceiro(a)	4 (5,6)	10,8	6 (14,0)	9,2

¹Analisado como uma amostra aleatória simples. ²Analisado com expansão da amostra e estrutura do delineamento.

Fonte: Pesquisa GRAVAD, 2002

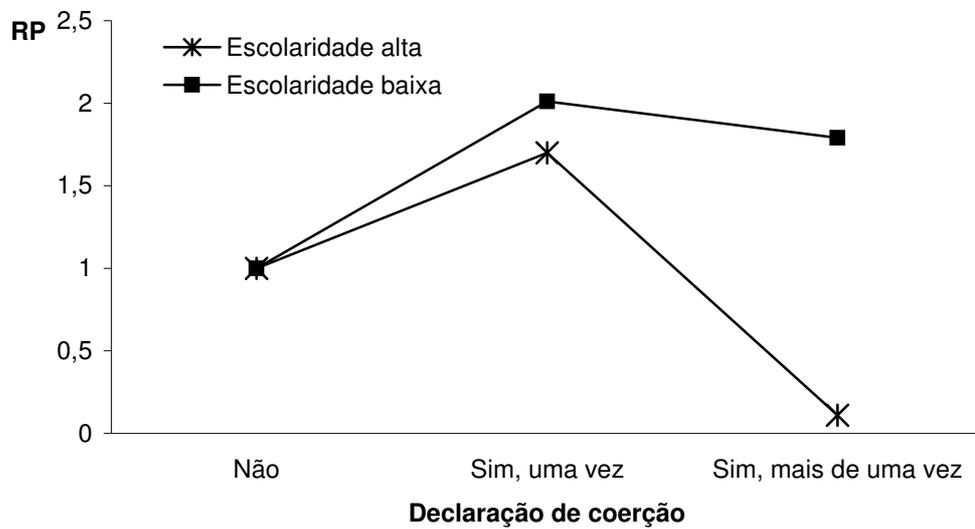
Tabela 3. Associações uni e multivariáveis entre características das jovens e a declaração de aborto provocado.

	<i>Análise univariável</i>		<i>Análise multivariável</i>	
	<i>RP¹</i>	<i>IC95%</i>	<i>RP²</i>	<i>IC95%</i>
Relações de ter sofrido coerção sexual				
Não	1	-	1	-
Sim, uma vez	1,99	1,29-3,06	1,60	1,04-2,44
Sim, várias vezes	1,49	0,89-2,49	0,77	0,41-1,46
Escolaridade da mãe				
Nunca frequentou/Ensino fundamental	1	-	-	-
Ensino médio/Superior	1,60	1,10-2,32	-	-
Cidade				
Porto Alegre	1	-	1	-
Rio de Janeiro	2,46	1,33-4,53	2,16	1,22-3,83
Salvador	2,86	1,63-4,99	2,75	1,63-4,65
Parceiro da primeira relação sexual				
Namorado/marido/companheiro	1	-	-	-
Pessoa com quem você "ficou"/Outro	1,85	1,23-2,78	-	-
Obteve as primeiras informações sobre relações sexuais com seu pai ou sua mãe				
Sim	1	-	1	-
Não	1,97	1,17-3,29	1,90	1,14-3,18
Idade na iniciação sexual				
Iniciação precoce (até 15 anos)	1	-	-	-
Iniciação média (de 15 até 18 anos)	1,64	1,05-2,56	-	-
Iniciação tardia (mais de 18 anos)	1,25	0,67-2,33	-	-
Número de parceiros sexuais				
1 parceiro/a sexual	1	-	1	-
2 a 4 parceiros/as sexuais	2,22	1,18-4,17	2,21	1,31-3,75
5 ou mais parceiros/as sexuais	4,50	2,39-8,46	2,66	1,53-4,60
Métodos usados na 1ª e na última relações				
Não usaram método nenhum	1	-	-	-
Contracepção	0,57	0,26-1,23	-	-
Proteção	0,65	0,47-0,90	-	-
Escolaridade da jovem				
Ensino fundamental incompleto	1	-	1	-
Ensino fundamental completo	0,83	0,50-1,39	1,15	0,71-1,88
Ensino médio	1,68	1,09-2,59	2,78	1,77-4,36
Ensino superior/Pós-graduação	3,62	2,08-6,30	6,47	3,47-12,07
Exerce alguma atividade com rendimentos				
Sim	1	-	-	-
Não	1,50	1,07-2,12	-	-
Idade da jovem	1,10	1,01-1,20	-	-
Tempo desde a iniciação sexual	1,15	1,08-1,22	-	-
Número de gestações	1,33	1,16-1,52	1,65	1,40-1,94

¹Razão de Prevalência estimada através de Regressão de Poisson Robusta. ²Ajustada pelas demais variáveis do modelo.

Fonte: Pesquisa GRAVAD, 2002

Figura 1. Associação entre auto-relato de aborto provocado e coerção sexual, de acordo com a escolaridade materna.



Fonte: Pesquisa GRAVAD, 2002

7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo reflete um trabalho de investigação sobre a associação entre a declaração de coerção sexual e de aborto provocado, dentro de um quadro teórico de vulnerabilidade. Entre as jovens que sofreram coerção, o aborto pode apresentar-se como forma de controle sobre a vida reprodutiva. Entretanto, quando a coerção aparece como um processo contínuo no cotidiano das jovens, em especial daquelas cuja escolaridade materna é alta, percebe-se uma menor capacidade de gestão sobre o exercício da sexualidade e da reprodução, o que pode agravar o quadro de vulnerabilidade no qual estão inseridas.

Até o presente momento, existem poucos trabalhos na literatura nacional e internacional que abordam a associação entre coerção e aborto. Estes eventos são, em geral, trabalhados de forma isolada, o que dificulta a comparação de diferentes situações nos quais eles podem estar intimamente relacionados, como no caso analisado neste trabalho.

Como nossos dados indicam, as informações sobre coerção sexual não são acessadas pelas instituições de ensino, judiciais e de saúde. Essas informações poderiam permitir aos serviços estruturar programas de prevenção e de intervenção, que facilitassem a revelação da ocorrência da situação de coerção sexual e a resolutividade de necessidades comportamentais, afetivas e de planejamento familiar das vítimas, com vistas a atender de forma efetiva suas demandas sexuais e reprodutivas.

É importante ressaltar que aquelas jovens que obtiveram as primeiras informações sobre sexo com os pais, apresentam menor prevalência de aborto. Portanto, torna-se relevante pensar em estratégias que incentivem os pais a estabelecer um maior diálogo com os filhos e, em especial com as filhas mulheres, sobre aspectos referentes à vida sexual e reprodutiva, de forma a empoderar as jovens, fornecendo-lhes condições mais adequadas de exercício da sexualidade e gestão das opções reprodutivas.

Por fim, sugere-se que novos estudos sobre a associação encontrada sejam desenvolvidos, variando-se o enfoque metodológico, o recorte etário e as diferentes situações de violência sexual (incluindo a coerção). Neste sentido, seria importante um maior detalhamento das diferentes situações de coerção sexual, identificando se

essas estão relacionadas a um mesmo padrão de parceria sexual, bem como especificando para cada situação as condutas adotadas em termos da saúde sexual e reprodutiva. O maior conhecimento deste fenômeno possibilitará que não apenas a compreensão da magnitude e complexidade da relação entre violência sexual e aborto, mas sua visibilidade em termos de consequências para as desigualdades de gênero e saúde das mulheres.

ANEXOS

Anexo I – Projeto de Pesquisa

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO EM EPIDEMIOLOGIA**

ABORTO E VULNERABILIDADE EM JOVENS

PORTO ALEGRE, RS

2009

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO EM EPIDEMIOLOGIA**

ABORTO E VULNERABILIDADE EM JOVENS

FLÁVIA BULEGON PILECCO

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Orientadora: Daniela Riva Knauth
Co-orientador: Álvaro Vigo

PORTO ALEGRE, RS

2009

Revisão da Literatura

A atenção à saúde da mulher no Brasil

No início do século XX, a inclusão da mulher nos serviços de saúde se dava em função do feto, sempre enfocando o binômio mãe-filho, através de ações educativas que visavam o cuidado com as crianças e a redução da mortalidade infantil (Villela & Monteiro, 2005).

A partir dos anos 50, as ações voltadas para a mulher passaram a incluir também a contracepção. Assim, ao mesmo tempo que cuidavam dos filhos, elas tinham sobre si o dever de não ter uma prole numerosa (Villela & Monteiro, 2005).

As mulheres e os segmentos organizados da sociedade passaram então a questionar essa óptica na qual elas são vistas apenas como objetos reprodutores. Reivindicavam o poder delas de decisão como sujeitos, capazes de decidir como, quando e com quem terão filhos (Villela & Monteiro, 2005).

Partindo dessa visão da mulher como sujeito de sua vida reprodutiva, passou-se a entender que a sexualidade também deveria ser um direito. E, nesse contexto, surgiu, no final do século XX, a proposição dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, que assumiu o caráter de diretriz das políticas voltadas para as mulheres. Assim, na década de 70, assistimos à criação do Programa de Saúde Materno Infantil, nos anos 80, a reformulação do Programa de Assistência Integral à Saúde Materno Infantil (PAISM), e, nos anos 90, a emergência do conceito e saúde reprodutiva (Villela & Monteiro, 2005).

Apesar desse avanço, as mulheres ainda não foram plenamente incorporadas às questões práticas em saúde. A atenção integral à saúde da mulher, na figura do PAISM, bem como a perspectiva de direitos sexuais e reprodutivos foram incorporadas ao campo da saúde de modo descontínuo, fragmentado e heterogêneo, representando um desafio para gestores, pesquisadores e profissionais envolvidos com a saúde da mulher (Villela & Monteiro, 2005).

Atualmente, foi lançada a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que retoma as proposições do PAISM, adequando-as às mudanças que ocorreram nos últimos 20 anos, incluindo a criação e implementação do SUS (Villela & Monteiro, 2005).

Os jovens e o início da vida sexual

A Organização Mundial de Saúde define adolescência como o período entre 10 e 19 anos, cuja significação adquire diferentes conceitos, dependendo do contexto cultural onde está inserida. Entretanto, universalmente, ela é conhecida como um período de transição entre a infância e a idade adulta, que engloba mudanças físicas e psicológicas, traduzidos por uma transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia, com as regras, os privilégios e as responsabilidades da vida adulta (World Health Organization, 2003).

Neste trabalho, optamos por abordar uma faixa etária um pouco mais tardia, situada entre 18 e 24 anos, o que possibilita que os jovens tenham um certo distanciamento da adolescência, para poder analisá-la criticamente, mas não permite que esse distanciamento seja excessivamente grande, o que impediria a recordação precisa dos fatos relativos à sexualidade.

A natureza das experiências vivenciadas pelos jovens depende muito do sexo, do status marital, da classe e do contexto cultural onde ele se insere (World Health Organization, 2003).

Nessa fase da vida, os indivíduos possuem necessidades de saúde sexual e reprodutiva que diferem das de um adulto e que ainda são pouco conhecidas.

Segundo dados do GRAVAD (Gravidez na Adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil), a iniciação sexual masculina se dá, em média, dois anos antes da feminina (mediana de 16,2 contra 17,9 anos). Entre os homens, não há diferenças segundo religião, grupo social de pertencimento, cor ou raça. O único fator que parece retardar a iniciação sexual é o prolongamento da escolaridade. Entre as mulheres há uma maior diversidade, influenciada pelo nível de instrução da mãe e o nível de renda familiar (menor renda implicando em iniciação sexual mais precoce), sem que haja influência de cor ou raça, contrariando certos estigmas sociais (Heilborn, Bozon, Aquino, Knauth, Rohden, Cabral, 2008).

Segundo a mesma pesquisa, a primeira experiência sexual se dá com parceiro á iniciado sexualmente para 83% das mulheres e para 57% dos homens. Dois por cento das mulheres se inicia com parceiros mais jovens, mesma situação de 10% dos homens. Metade deles se inicia com parceira da mesma idade e 15% com

parceira mais velha. As mulheres que se iniciam mais tarde geralmente têm parceiros mais velhos (mediana de três anos e, em 38% das entrevistadas, havia mais de cinco anos de diferença para o parceiro). A grande maioria das mulheres (86%) inicia sua vida sexual num contexto de namoro e 4% no casamento, ao passo que apenas 45% dos homens se inicia sexualmente com uma namorada (Heilborn, Bozon, Aquino, Knauth, Rohden, Cabral, 2008).

Na sociabilidade sexual do jovem brasileiro há forte influência das condições sociais, marcada pela divisão de papéis entre homens e mulheres. Isso torna necessária a afirmação da virilidade, por parte dos homens, e de atitudes que se afigurem passivas, ingênuas e capazes de barrar avanços masculinos, por parte das mulheres (Heilborn, Bozon, Aquino, Knauth, Rohden, Cabral, 2008).

Os jovens e a anticoncepção

Partindo-se do pressuposto de que a aceitação da sexualidade juvenil feminina é frágil, torna-se ainda mais difícil a aceitação social da contracepção (Heilborn, Bozon, Aquino, Knauth, Rohden, Cabral, 2008).

A maioria dos jovens parece ter tido informações sobre métodos anticoncepcionais, embora muitos deles não saibam fazer seu uso correto e consistente (Costa, 1999; Rasch, Silberschmidt, Mchumvu, & Mmary, 2000). Este fato nos remete ao conceito de KAP-gap (onde KAP significa Conhecimento, Atitude e Prática, do inglês, Knowledge, Attitude and Practice), que, segundo Westoff (1988), se refere ao descompasso entre as preferências reprodutivas e as atitudes frente à contracepção.

O conhecimento de métodos contraceptivos no Brasil, apesar de bastante difundido, é desigual entre as mulheres, dependendo do grau de instrução e da renda. Isso faz com que as possibilidades de escolha de métodos contraceptivos, entre os menos instruídos e com menor renda, sejam mais limitada (Faúndes & Barzelatto, 2004).

Em países onde o aborto é proibido, geralmente as mulheres solteiras (em especial as adolescentes) têm pouco ou nenhum acesso à informação e ao aconselhamento sobre reprodução e geralmente são excluídas dos serviços de contracepção (Shah & Ahman, 2004).

Vários fatores contribuem para o não uso ou para o uso inconsistente de contraceptivos por parte dos jovens: relutância em admitir que têm vida sexual ativa, medo que os pais saibam do uso do contraceptivo, falta de aconselhamento por parte dos pais, falta de conhecimento sobre contraceptivos, crença de que são imunes aos problemas e consequências de um intercurso sexual ou de uma gravidez, e por causa dos efeitos adversos dos contraceptivos (como o ganho de peso com o uso de anticoncepcionais orais) (The Alan Guttmacher Institute, 2008).

Diniz (2008) afirma que as jovens fazem menor uso de contraceptivos, quando comparadas às adultas, embora, nos últimos anos, tenha havido um aumento do uso de contraceptivos nesta faixa etária.

Em 2000, entre os jovens escolarizados, aproximadamente 90% utilizavam algum método para evitar a gravidez. Jovens com melhor percurso escolar estão mais expostos às informações sobre gravidez e contracepção na escola, começam a namorar e iniciam sua vida sexual mais tarde, além de referirem usar mais contraceptivos na primeira relação. Esses jovens, geralmente, possuem projetos de emancipação social mais definidos, o que adia o desejo de ter um filho (Menezes, 2006).

Nos dados da pesquisa GRAVAD, proporção equivalente de homens e mulheres (70%) declarou utilização de proteção e/ou contracepção na primeira relação. O preservativo foi o método mais usado. Houve diferenças significativas e uso entre as três cidades (sendo maior em Porto Alegre e menor em Salvador, estando o Rio de Janeiro em posição intermediária), entre distintos meios sociais (maior uso em jovens cujas mães têm nível de instrução mais elevado e onde a renda familiar é maior), grau de instrução (quanto mais elevado, maior o uso), idade de iniciação sexual (quanto mais tardia, maior o uso) (Heilborn, Bozon, Aquino, Knauth, Rohden, Cabral, 2008).

O uso de métodos contraceptivos é maior por parte dos rapazes do que por parte das moças de 15 a 24 anos, perfazendo 44% destas e 73% daqueles e os jovens mais velhos (entre 20 e 24 anos) utilizam mais esse recurso que os mais jovens, por uma maior facilidade de acesso aos serviços de saúde. O método de escolha é, mais comumente, a camisinha, seguido pelos contraceptivos orais (Rede Feminista de Saúde, 2004).

Tão logo o relacionamento adquira uma certa estabilidade, ocorre o abandono do preservativo e a incorporação de outro método contraceptivo (Heilborn, Bozon, Aquino, Knauth, Rohden, Cabral, 2008).

Embora haja um amplo uso de contraceptivos, eles possuem falhas, tanto inerentes aos métodos quanto provocadas pelo uso incorreto por parte da mulher ou de seu parceiro (Faúndes & Barzelatto, 2004).

A gravidez na adolescência

A maternidade se configura como um aspecto muito valorizado da feminilidade (Heilborn, Bozon, Aquino, Knauth, Rohden, Cabral, 2008).

A OMS e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) definem gravidez como “*o estágio do processo reprodutivo no qual o corpo da mulher e o novo indivíduo em desenvolvimento se entrelaçam, ou seja, o período que começa com a implantação e termina quando ocorre um aborto ou um nascimento*” (Faúndes e Barzelatto, 2004).

A gravidez na adolescência tem sua origem em vários fatores como o acaso, a ingenuidade, a submissão, a violência, a dificuldade de obtenção de métodos contraceptivos, a dificuldade em negociar o uso do preservativo, o forte desejo pela maternidade, as expectativas de mudança de *status* social e de obtenção de autonomia, o desejo de estabelecer uma união estável, dentre outros (Rede Feminista de Saúde, 2004). Nessa faixa etária uma gravidez possui um impacto brutal, uma vez que obriga esses adolescentes a assumirem uma postura precocemente adulta.

A falta de controle das condições em que têm relações sexuais, por parte das mulheres, aliada ao modelo cultural de dominação masculina (mais forte em países em desenvolvimento) ajuda a manter altas as taxas de gravidez não-prevista e, conseqüentemente de abortos, o que se verifica de forma especial entre as jovens, nas quais tem sido mais difícil reduzir-se as taxas de abortamento (Faúndes e Barzelatto, 2004).

Aproximadamente dois terços das gravidezes não-previstas que ocorrem em países em desenvolvimento ocorrem entre mulheres que não estavam fazendo uso de algum método de contracepção (The Alan Guttmacher Institute, 2008).

A cada ano, mais de 14 milhões de adolescentes dão à luz no mundo (Rede Feminista de Saúde).

No Brasil, ao contrário do que vem acontecendo com a fecundidade total, que tem apresentado um declínio significativo nas últimas três décadas, devido principalmente à urbanização, à escolarização e à maior inserção da mulher no mercado de trabalho (Katende, Gupta, & Bessinger, 2003; Rede Feminista de Saúde, 2004; Rede Feminista de Saúde, 2005b), a fecundidade na faixa etária de 15 a 19 anos têm aumentado proporcionalmente. Nesse país, 23% de mães são menores de 20 anos e o parto é a primeira causa de internação de meninas no SUS (Rede Feminista de Saúde, 2004).

Segundo dados da pesquisa GRAVAD, a primeira experiência de gravidez antes dos 20 anos foi relatada por 21,4% dos homens e 29,5% das mulheres. Abaixo dos 18 anos, apenas 8,9% dos homens e 16,6% das mulheres declararam uma gravidez, taxas que decrescem a 0,6% para os rapazes e 1,6% das moças quando o ponto de corte é 15 anos. A grande maioria ocorreu em contexto afetivo estabelecido, sendo pequena a parcela de ocorrência com parceiros eventuais (Heilborn, Bozon, Aquino, Knauth, Rohden, Cabral, 2008).

Em 1994, 0,69% dos partos realizados pelo SUS foram em adolescentes de 10 a 14 anos e 19% em adolescentes de 15 a 19 anos, enquanto em 2005, 0,88% dos partos foram realizados em adolescentes de 10 a 14 anos e 20,9% em adolescentes de 15 a 19 anos.

A pesquisa GRAVAD (Gravidez na Adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil) demonstrou que quanto maior o nível de escolaridade, menor a ocorrência de gravidez antes dos 20 anos. A repetência e a interrupção dos estudos estão associadas positivamente à gestação antes dos 20 anos, tanto para homens quanto para mulheres. Dentre as jovens que mencionaram pelo menos uma gravidez na adolescência, 70,5% não concluíram a educação básica, enquanto dentre as que não engravidaram, apenas 25,6% encontravam-se na mesma situação. A gravidez na adolescência influencia na não-conclusão da educação básica, tanto pelos rapazes quanto pelas moças. Entre as adolescentes cuja gravidez resultou em filho, 40% evadiram a escola, mas 20,6% já haviam deixado os estudos antes desse acontecimento. Dentre as que abortaram, 84,3% mantiveram-se estudando. Além de retardar o início de um namoro, a iniciação sexual e o matrimônio, e assegurar um maior acesso ao mercado de trabalho, um

maior nível educacional proporciona mais conhecimento sobre métodos contraceptivos e gravidez e está correlacionado a um maior uso de anticoncepção na primeira relação. A escolaridade mais alta da mãe influi no menor abandono dos estudos por parte das adolescentes frente a uma gravidez e a educação por parte dos jovens também influi de forma contundente na mudança do padrão intergeracional de gravidez na adolescência (Menezes, 2006).

O aborto

Neste contexto de uma gravidez indesejada, o aborto abre-se como uma alternativa, em última instância, de controle da fecundidade.

O Comitê de ética da FIGO define aborto provocado como “*a interrupção da gravidez pelo uso de drogas ou intervenção cirúrgica após implantação e antes que o conceito tenha se tornado independentemente viável*”. A OMS define um conceito como viável a partir de 22 semanas completas de gestação ou um feto com mais de 500 gramas. Abaixo desse limite, o término da gravidez é um aborto e acima é um parto prematuro (Faúndes & Barzelatto, 2004).

O aborto espontâneo é aquele que ocorre sem intervenção externa e que pode ser causado por doenças da mãe ou defeito genético do feto. O aborto provocado ocorre quando a interrupção da gestação se dá por uma intervenção externa e intencional (Faúndes e Barzlatto, 2004).

O aborto gera um conflito entre o direito à vida do embrião/feto e o direito à autonomia da mulher. Nenhuma mulher gosta ou decide abortar sem um forte motivo. A decisão de abortar não é fácil. Uma gravidez tem que ser realmente muito indesejada para que a mulher decida abortar (Faúndes e Barzlatto, 2004).

A grande maioria das mulheres que procura um aborto ou já é mãe ou não está preparada para ser. Ele é uma forma de expressão da responsabilidade da mulher frente à perspectiva de ser mãe, ou para proteger seu futuro ou os filhos que já tem. As principais razões que levam as mulheres a abortarem variam muito, sendo bastante relevantes a falta de apoio do parceiro para levar a gravidez adiante, os motivos socioeconômicos, a falta do desejo de ser mãe, a interferência no projeto de vida, os conflito com normas da sociedade em que vive, o filho ser resultado de uma

gravidez forçada, as anomalias fetais, as razões de saúde e a falta de apoio social (Berer, 2004; Faúndes & Barzelatto, 2004).

Estudos qualitativos sugerem que grande parte das jovens que enfrentam uma gravidez cogitam a possibilidade do aborto antes de optar por manter a gravidez (Peres & Hilborn, 2006).

Na Idade Média, o aborto oferecia grandes riscos à vida da mulher e ele era substituído pelo infanticídio e pelo abandono. No século XIX que as leis que restringiam o aborto começaram a se proliferar, com o intuito de diminuir a prática e, conseqüentemente, o número de mortes maternas. Foi somente no século XX que os métodos abortivos se tornaram mais seguros, o que aumentou sua popularidade (Faúndes & Barzelatto, 2004).

Nos últimos 50 anos, com o aumento da segurança nos procedimentos, aliado a opção por famílias pequenas, vem ocorrendo uma tendência à descriminalização. Assim, vimos como pioneiros na legalização do aborto, a Grã-Bretanha, em 1967, a França, em 1979 e o Canadá, em 1988 (Faúndes & Barzelatto, 2004).

As leis dos países desenvolvidos são mais permissivas quanto ao aborto. Enquanto 65% dos países desenvolvidos autoriza o aborto em qualquer situação, apenas 14% dos países em desenvolvimento estão na mesma situação. Nesses países, que comportam mais de 20% da população, apenas 5% dos abortos ocorrem em situação de risco. Isso se deve a maior realização de abortos legais e seguros quando comparados a países em desenvolvimento, onde os abortos são, em sua maioria, ilegais e de risco (Faúndes & Barzelatto, 2004).

Dentre os países e territórios com mais de um milhão de habitantes, 88 (64% da população mundial) têm legislações que permitem o aborto em um amplo leque de circunstâncias, enquanto em 107 países (36% da população mundial) ele é muito restrito, sendo permitido apenas nos casos de risco de vida a gestante ou sendo totalmente proibido (Faúndes & Barzelatto, 2004).

De 167 países pesquisados, viu-se que em 3 o aborto é ilegal em qualquer situação, em 51 é permitido apenas para salvar a vida da gestante, em 28 para preservar a saúde da mulher, em 10 quando se trata de estupro (três desses não permitem em casos para salvar a vida da mulher), 13 permitem o aborto em casos de anomalias fetais, 10 por razões econômicas ou sociais e 52 por solicitação da mulher. As categorias são cumulativas (em ordem sequencial) e na mutuamente excludentes. O maior declínio nas taxas de aborto ocorre em países das últimas três

categorias, mostrando que esses são os principais fatores motivacionais para a realização de abortos (Berer, 2004).

No Brasil, a pena à mulher que se submete e à pessoa que pratica o aborto varia de um a dez anos de prisão. Entretanto, não há relatos de mulheres que tenham sido condenadas por praticarem o aborto (Faúndes, Duarte, Neto, & de Sousa, 2004).

Apesar de permitido por lei, o aborto em caso de estupro é raramente realizado em hospitais públicos, o que obriga as mulheres a recorrerem a abortos inseguros (Faúndes, Duarte, Neto, & de Sousa, 2004).

A Plataforma de Beijing condena a escravidão sexual, o estupro, o abuso sexual e a gravidez forçada (o que inclui tanto o início quanto a continuação da gravidez). Os 187 países que adotaram essa plataforma se comprometeram a revisar as leis que punem mulheres submetidas a aborto ilegal (Faúndes & Barzelatto, 2004).

As taxas de fecundidade na América Latina e no Caribe começaram a declinar a partir de 1960. Apesar de haver um aumento no uso de anticoncepção, ele não foi suficiente para acompanhar o declínio do número de filhos almejado, o que fez com que os abortamentos não diminuíssem. Assim, o grande uso de contracepção, aliado a recorrente prática de aborto faz com que essa região possua uma menor fertilidade quando comparada à Ásia e a África. Na América Latina e no Caribe, o aborto é inicialmente usado para espaçar os nascimentos e, posteriormente para limitar a concepção (Faúndes & Barzelatto, 2004; Shah & Ahman, 2004).

Apesar de o número estimado de abortos induzidos realizados no mundo entre 1995 e 2003 ter declinado de *aproximadamente* 46 milhões, para *aproximadamente* 42 milhões, ainda uma em cada cinco gestações finda em aborto (The Alan Guttmacher Institute, 2008; Shah & Ahman, 2004).

Na América Latina, a proporção de abortos por 100 nascidos vivos é a mais alta entre as regiões em desenvolvimento, permanecendo alta e constante (30 abortos por 100 nascidos vivos), chegando a quase 80 abortos por 100 nascidos vivos, em mulheres de 40 a 44 anos (fato que se deve principalmente ao pequeno número de gestações).

A Organização Mundial da Saúde define aborto inseguro como *“um procedimento realizado para terminar uma gravidez indesejada, levado a cabo por*

peçoas sem as habilidades necessárias ou em ambiente que não esteja de acordo com as normas médicas, ou ambos“ (Faúndes & Barzelatto, 2004; The Alan Guttmacher Institute, 2004).

De todas as mortes maternas registradas no mundo, 13% são decorrentes de abortos inseguros (Berer, 2004).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, no Brasil, 31% das gravidezes terminam em abortamento, sendo que, anualmente, ocorrem *aproximadamente* um milhão de abortamentos espontâneos e inseguros, com uma taxa de 3,7 abortos para 100 mulheres de 15 a 49 anos. O abortamento é a quarta causa de óbito materno no país, atingindo, em 2001, a marca de 9,4 mortes de mulheres por aborto por 100 mil nascidos vivos Brasil, 2004). A cada hora, cerca de 6 adolescentes entram em processo de aborto, sendo, esse procedimento, a 5ª causa de morte entre adolescentes (Rede Feminista de Saúde, 2004).

Um estudo sobre a magnitude do aborto no Brasil estimou que 1.054.242 abortos foram induzidos em 2005, tendo como base nas internações por abortamento no SUS e levando-se em conta que 20% das mulheres que abortam sofrem internação, sendo, a grande maioria, localizada no nordeste e sudeste do país (Diniz, 2008).

O declínio do número de abortamentos, notado entre 1995 e 2003, tem se dado de forma diferente entre os diferentes países, sendo mais forte em países desenvolvidos, onde o aborto é legalizado e seguro, do que em países em desenvolvimento, onde mais da metade dos abortos é ilegal e inseguro. Na América Latina, onde mais de 95% dos abortos são efetuados de forma insegura, esse declínio tem de dado de forma modesta (de 37 para 31 abortos por mil gravidezes) (The Alan Guttmacher Institute, 2008).

Mais de 50% das mulheres que recorrem a um aborto são casadas ou vivem em união estável e já têm filhos (Shah & Ahman, 2004).

Aproximadamente dois terços dos abortos inseguros ocorrem na faixa dos 15 aos 39 anos e um terço acima dos 30 anos, 14% em mulheres menores de 20 anos e atinge um pico dos 20 aos 24 anos (Shah & Ahman, 2004).

As jovens e o aborto

Estudos qualitativos sugerem que grande parte das jovens que enfrentam uma gravidez cogitam a possibilidade do aborto antes de optar por manter a gravidez (Peres & Heilborn, 2006).

Dentre as adolescentes, há um predomínio de aborto induzido na faixa etária de 17 a 19 anos (7 a 9% do total de mulheres que abortam), em relacionamento conjugal estabelecido, dependentes economicamente da família ou do companheiro, as quais não planejaram a gravidez e abortam com misoprostol (Diniz, 2008).

O abortamento é um desfecho mais comum entre jovens de classes mais abastadas do que entre os de classes mais populares (Fonseca, Wisago, Freitas, Santos, Fernandes, Correia, 1998; Menezes, 2006; Rede Feminista de Saúde, 2004). Além disso, há uma notável discrepância entre jovens de classes sociais mais abastadas, que podem recorrer a clínicas especializadas, tendo uma maior assistência para a realização de um aborto, quando comparadas às mais pobres, que, muitas vezes, recorrem a métodos mais rudimentares e que podem ter consequências desastrosas (Souza, Corrêa, Souza, & Beserra, 2001).

Dentre as gravidezes de jovens com trajetória escolar irregular, 83% resultaram em filho, comparando-se com 58,7% daqueles cuja trajetória era regular (Menezes, 2006).

A ilegalidade não tem impedido os abortos, mas piorado as condições em que são realizados e agravado os riscos iminentes a essa prática. Em países onde o aborto é restrito por lei, as mulheres recorrem, muitas vezes, à clínicas clandestinas, onde o risco de infecções não é controlado (Rede Feminista de Saúde, 2005a). A mortalidade decorrente do procedimento nesses países é mais elevada (Faúndes & Barzelatto, 2004). Além disso, nesses países, o tratamento às mulheres que tiveram um aborto não-assistido ou incompleto é frequentemente negligente e discriminatório (Huntington & Nawar, 2003; Rede Feminista de Saúde, 2005b; Solo, 2000).

Em sociedades onde o acesso ao aborto é legalmente restrito, o acesso a ele se dá de forma desigual, dependendo do status econômico da mulher que irá fazê-lo. Mulheres com mais recursos recorrem a procedimentos seguros e especializados, enquanto as com menos recursos recorrem a aborteiros não

preparados, com condições anti-higiênicas e consequências catastróficas (Faúndes & Barzelatto, 2004).

A descriminalização do aborto torna esse procedimento mais seguro e com menos riscos, mas, por si só, não reduz o número de procedimentos, como notado no Vietnã e em Cuba, países onde, apesar de legal, o aborto não acompanhado de uma política de planejamento familiar adequada. É indispensável que haja disponibilidade e facilidade de acesso a métodos para prevenir uma gravidez indesejada. O aumento do uso correto e o fácil acesso à anticoncepção reduz o número de abortos. Se as taxas de fecundidade estão estabilizadas, o número de abortos diminui quando aumenta o uso de anticoncepção. Se as taxas de fecundidade caem muito rápido, o número de abortos aumenta paralelamente ao aumento do uso de contracepção, para suprir a demanda da queda da fecundidade (Faúndes & Barzelatto, 2004).

Não é a maior ou menor restrição ao aborto que determina sua taxa, mas o acesso à educação sexual e à contracepção de qualidade. A educação sexual principalmente antes da primeira relação, faz com que os jovens utilizem mais a contracepção, além de postergar a primeira relação e gerar um melhor equilíbrio de poder entre os gêneros, no que concerne a anticoncepção, ajudando, dessa forma a reduzir a gravidez indesejada e o aborto (Faúndes & Barzelatto, 2004).

Abortamentos seguros têm custo inferior a um parto normal, ao passo que complicações decorrentes de abortos inseguros geram onerosas despesas aos serviços de saúde (Faúndes & Barzelatto, 2004).

No mundo, cerca de cinco milhões de mulheres são hospitalizadas anualmente, para tratamento de complicações decorrentes de abortos. Complicações causadas por abortos inseguros respondem por 13% das mortes maternas no mundo, especialmente nos países em desenvolvimento (The Alan Guttmacher Institute, 2008). Enquanto o risco de morte de um aborto legal nos EUA é 1 para 100000 mulheres que sofrem o procedimento, o risco de um aborto ilegal e inseguro em países em desenvolvimento vai de 1 para 100 a 1 para 1000 (Faúndes & Barzelatto, 2004).

As mortes por abortamentos atingem duas vezes mais mulheres negras quando comparadas às brancas (Rede Feminista de Saúde, 2005b).

O aborto provocado é um problema pessoal e social, com implicações médicas, culturais, religiosas, éticas, políticas e psicológicas (Faúndes & Barzelatto, 2004).

As complicações de um aborto inseguro incluem hemorragias, que podem provocar anemia, choque e morte, e que frequentemente requerem transfusões, infecções pós-aborto, que podem se limitar à parede interna do útero ou evoluir para trompas, ovários e cavidade abdominal, podendo culminar em septicemia e choque séptico, obstrução das trompas (com sua possível remoção), dor pélvica crônica, perfuração do útero, perda de produtividade, gastos adicionais do sistema de saúde, estigma e problemas de saúde a longo termo e milhares de crianças que ficam órfãs, anualmente, por mortes que ocorreram em decorrência de abortos clandestinos (Faúndes & Barzelatto, 2004; The Alan Guttmacher Institute, 2008).

Atualmente, a mortalidade por aborto tem diminuído, principalmente em função da introdução do uso do misoprostol como método abortivo, diminuindo o número de mulheres que recorrem a técnicas mais invasivas (Fonseca, Wisago, Freitas, Santos, Fernandes, Correia, 1998).

As sequelas psicológicas parecem ser muito menores em mulheres que levaram a termo uma gravidez indesejada do que naquelas que de fato realizaram o aborto. Ainda, complicações emocionais são mais recorrentes entre as que vivem em ambientes culturais e religiosos que condenem o aborto e quem o realiza. Além disso, mulheres que recorrem à prática relatam mais frequentemente a sensação de “alívio” (Faúndes & Barzelatto, 2004).

Por vezes, o aborto traz mais consequências positivas que a continuidade da gravidez. Adolescentes que abortam uma gravidez indesejada tendem a continuar seus estudos, enquanto as que levam a gravidez a termo geralmente interrompem temporariamente os estudos. Entretanto, em famílias de baixa renda, um filho aumenta a auto-estima de mães adolescentes, quando comparadas às que abortam (Faúndes & Barzelatto, 2004).

O custo humano do aborto se reflete no sofrimento físico e nas suas sequelas, incluindo a morte. O custo social é resultado de limitações físicas, como a infertilidade, ou condenações legais e sociais que a mulher venha a sofrer. Já o custo econômico para países em desenvolvimento decorre do uso dos poucos recursos disponíveis à saúde e as faltas ao trabalho em decorrência das complicações do aborto inseguro (Faúndes & Barzelatto, 2004).

Também a perspectiva dos religiosos acerca do aborto tem mudado ao longo do tempo. A maioria das religiões não o proíbe totalmente, mas impõe limites para sua prática, permitindo o aborto como escolha moral, sob diferentes circunstâncias e por distintas razões. Nos países do mundo islâmico, o aborto é permitido somente para salvar a vida da mulher.

Grande parte das pesquisas realizadas tendo como temática o aborto é efetuada em um contexto hospitalar, onde mulheres são internadas para o tratamento de abortos incompletos. Assim, os estudos reportam-se apenas à parcela dos casos que apresentou complicações. Esses trabalhos são realizados, principalmente em hospitais filiados ao Sistema Único de Saúde, que atende a população de baixa renda, o que pode gerar uma falsa associação entre aborto e pobreza (Heilborn, Aquino, Bozon, & Knauth, 2006; Rede Feminista de Saúde, 2005^a; Rede Feminista de Saúde, 2005b).

Neste contexto, a pesquisa GRAVAD destaca-se por abordar o tema proposto incluindo essas categorias sobre as quais se têm poucos dados, pois seu método de amostragem contempla a população em geral, através da realização de inquéritos domiciliares.

Apesar de a adolescência compreender jovens de 10 a 20 anos, optamos, em nosso estudo, por analisar a ocorrência dos eventos estudados em uma população também jovem (18 a 24 anos), embora um pouco mais velha do que a faixa clássica delimitada como adolescente. Isso possibilita que o entrevistado tenha um certo distanciamento e possa analisar com mais clareza os fatos. Mesmo com esse distanciamento, acreditamos ser mínima a ocorrência de viés de memória, pois se tratam de eventos importantes (primeira e última relações sexuais e aborto) e não tão distantes assim, em questão de tempo.

Considerando-se o aumento proporcional da fecundidade dos jovens na população brasileira, as consequências de uma gravidez indesejada e a alta prevalência de abortos praticados num contexto de ilegalidade, o presente estudo tem como objetivo abordar as diferentes trajetórias de proteção sexual/contracepção e sua influência sobre a ocorrência ou não de abortos entre jovens de três capitais brasileiras, utilizando-se, para isso, dos dados da pesquisa GRAVAD.

Objetivos

Gerais:

Avaliar a influência da ocorrência de relações sexuais contra a vontade na ocorrência de aborto provocado entre mulheres jovens de 18 a 24 anos, em três capitais brasileiras.

Específicos:

- Caracterizar o perfil das jovens quanto à ocorrência de violência;
- Caracterizar o perfil das jovens quanto à ocorrência de aborto provocado;

Justificativa

Este estudo abordará de uma forma peculiar um problema parcamente relatado na literatura. Ele analisará através de inquéritos domiciliares a ocorrência do aborto e seus determinantes. Essa abordagem é interessante, visto que apresenta uma perspectiva geral do problema e não engloba apenas os jovens que necessitaram procurar auxílio médico no pós-aborto, através do Sistema Único de Saúde, como a maioria dos estudos realizados nesta temática específica.

Além disso, ele esclarecerá em partes a relação entre as trajetórias reprodutivas e o aborto, outra temática pouco abordada e que merece especial atenção.

A presença dos rapazes na população pesquisada justifica-se pela tendência atual de incluí-los em pesquisas sobre sexualidade, visto que seu posicionamento quanto à gravidez influencia no desfecho desta.

Metodologia

A pesquisa GRAVAD

A pesquisa GRAVAD (Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil) foi um inquérito domiciliar realizado com jovens de 18 a 24 anos, de outubro de 2001 a janeiro de 2002, nos municípios de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador. Ela teve por objetivo caracterizar as trajetórias dos jovens, indicando as idades em que ocorreram eventos importantes, tanto no que concerne a socialização, como a saída da casa dos pais, o primeiro emprego e a conclusão dos estudos, quanto no que se refere a experiências sexuais e reprodutivas, como o primeiro namoro, a primeira relação sexual e a primeira gravidez.

Para tal, foram utilizadas estratégias qualitativas e quantitativas de pesquisa, focando um grupo etário mais velho que os estudos realizados com adolescentes, por se entender que eles teriam um olhar mais crítico sobre os acontecimentos passados, mas não distante o suficiente para que pudessem esquecer algum fato.

Neste estudo, trabalhamos com dados da etapa quantitativa da Pesquisa GRAVAD, a qual detalharemos a seguir.

Esta pesquisa foi realizada através de um delineamento transversal e uma amostragem probabilística estratificada em três estágios. Foram incluídos na pesquisa jovens de 18 a 24 anos completos, de ambos os sexos, excluindo-se portadores de incapacidade grave e jovens cuja função no domicílio fosse a de trabalhador doméstico. Aos jovens selecionados foi aplicado um questionário estruturado com perguntas fechadas e versões específicas para cada sexo.

Delineamento do estudo, população e amostragem

O tamanho amostral foi calculado em 4500 moças e rapazes, 1500 em cada cidade, já incorporando possíveis perdas de 20%. Para esse cálculo, levou-se em conta estimativas existentes da DHS 1996 de que 25,3% e 28,8% das jovens entrevistadas aos 18 e aos 19 anos, respectivamente, já haviam tido ao menos um episódio de gravidez.

A estratificação transcorreu da seguinte forma:

Em um primeiro estágio, em cada cidade, os setores censitários foram estratificados segundo a escolaridade e a renda média do chefe do domicílio. Nesse estágio, em cada estrato foram escolhido aleatoriamente os setores, de modo proporcional ao número de jovens entre 18 a 24 anos existentes em cada um deles.

No segundo estágio, realizou-se um levantamento de todos os domicílios particulares permanentes nos setores selecionados para identificação dos jovens na faixa etária de interesse, sendo sorteadas 33 unidades para compor a amostra.

No terceiro e último estágio, em cada domicílio sorteado, foi selecionado um jovem entre os elegíveis. Em caso de mais de um jovem elegível, para evitar o efeito de conglomerado, adotou-se o critério de desempate de selecionar aquela/e cujo dia e mês de aniversário fosse o primeiro do ano civil, independente do ano de nascimento.

A amostra efetiva foi de 5441 domicílios, com taxa de resposta de 86,2%, resultando em 4634 jovens entrevistados em 55 setores censitários e 33 domicílios/pessoa por setor.

Obtenção dos dados: equipe e treinamento

O inquérito foi realizado por meio de questionário com perguntas fechadas, em versões feminina e masculina, com entrevistas face-a face. O instrumento foi composto por seis blocos, relativos ao perfil sociodemográfico dos jovens, ao modo de entrada na sexualidade, a características das suas trajetórias afetivo-sexuais e de estudo e trabalho, às atitudes e valores sobre sexualidade e, à experiência de gravidez e eventuais consequências. Os entrevistadores foram homens e mulheres, estudantes ou profissionais das Ciências Sociais, na sua maioria com idade próxima a dos entrevistados e previamente treinados para a tarefa. Todos os questionários foram revisados, com re-testagem de 20% da amostra por outro entrevistador, através de contato pessoal ou telefônico.

A entrada dos dados se deu por dupla digitação independente, utilizando-se o pacote estatístico EPIINFO, versão 6.04b.

A pesquisa obteve aprovação dos Comitês de Ética dos três Centros Acadêmicos envolvidos na Pesquisa GRAVAD, possibilitando aos entrevistados a recusa ou a interrupção do questionário a qualquer momento, sendo assegurado o

anonimato e a confidencialidade das respostas. Após isso, foi realizada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Menezes, 2006).

Análise estatística

Nesta análise, foram excluídos os homens. Dentre as mulheres, as que se declararam virgens, aquelas que não informaram se já haviam tido relações sexuais, as que se declararam nuparas ou que não informaram se tiveram ou gravidez uma gravidez. A amostra com exclusões totalizou 870 jovens.

As variáveis que compõem o modelo se estruturaram da seguinte forma: cidade foi subdividida em Rio de Janeiro, Porto Alegre e Salvador; a variável escolaridade da mãe foi dividida em 3 categorias, nunca estudou, 1º grau completo/incompleto, 2º grau completo/incompleto/superior/pós-graduação; a religião de criação foi subdividida em católica, não-católica e sem religião; a variável conversa com os pais sobre sexo foi dicotomizada em sim e não; raça foi dicotomizada em branca e não-branca; e responsabilidade pelo trabalho doméstico foi dicotomizada em sim e não; diferença de idade na primeira gestação foi subdividida em parceiro mais novo (2 anos ou mais)/de mesma idade (um ano a mais ou um a menos), parceiro mais velho (até 5 anos de diferença) e parceiro muito mais velho (mais de 5 anos); quanto ao tipo de parceiro na iniciação sexual, houve uma dicotomização em namorado/esposo e companheiro, significando que a iniciação sexual se deu em uma relação mais estável, e ficante/outro, significando que a iniciação sexual se deu em um contexto de relações mais frágeis; a variável que versava sobre os jovens terem tido relações sexuais contra a vontade foi dicotomizada em sim e não; a escolaridade do entrevistado foi subdividida em 1º grau completo/incompleto, 2º grau completo/incompleto e superior completo/incompleto/pós-graduação; quanto a estar trabalhando, a variável foi dicotomizada em sim ou não; a idade na iniciação sexual foi categorizada em precoce (até 15 anos), média (de 16 a 17 anos) e tardia (acima de 18 anos); número de parceiros sexuais foi categorizada como 1 parceiro, de 2 a 4 parceiros e mais de 5 parceiros; a idade foi tratada como variável contínua, bem como a idade na primeira gravidez e o número de gestações.

Ainda foi utilizada a variável uso de métodos (Teixeira, 2006), cuja construção foi um pouco mais elaborada e cabe aqui uma explicação mais detalhada. Foram avaliadas duas ocasiões da vida afetivo sexual - iniciação sexual e última relação – sendo a variável construída de acordo com as respostas dos jovens às questões relativas a utilização de camisinha e de outros métodos contraceptivos na primeira e na última relação. Desta forma, foi possível separar a população em estudo em:

1 – Jovens que utilizavam métodos visando a proteção (uso de camisinha em ambas as relações sexuais);

2 – Jovens que utilizavam métodos visando a contracepção (uso de outro método⁶, que não camisinha, em ambas as relações, uso de camisinha na iniciação e outro método na última relação ou uso de outro método na iniciação e de camisinha na última relação);

3 – Jovens que não se preocupavam nem com proteção nem com contracepção (não utilização de qualquer método em alguma ou em ambas as relações pesquisadas).

Posteriormente, procedeu-se uma investigação da ocorrência de abortos nesses jovens.

Utilizando-se o programa SPSS versão 13, foi feita uma análise descritiva da amostra. Procedeu-se, então, uma análise univariável (bruta), por meio de regressão de Poisson, para a seleção de variáveis que comporiam o modelo, através da modificação da razão de verossimilhança de forma significativa. Nesta etapa, foi utilizado $p < 0,2$.

Após essa análise inicial as variáveis que apresentarem significância foram incluídas em um modelo de regressão de Poisson com variância robusta, com a incorporação do efeito do delineamento e dos pesos amostrais. Essa análise foi realizada com o uso do programa Stata 9.0, pela capacidade do software de realizar as análises requeridas dentro do comando *survey (svy)*. Após a regressão, procedeu-se a retirada das variáveis cujo $p > 0,05$. Ao final da análise, as variáveis com pelo menos uma categoria com valor $p < 0,05$ no teste de Wald foram consideradas associações estatisticamente significantes com o desfecho.

⁶ Entenda-se por outros métodos: pílula anticoncepcional, injeção/implante, DIU, diafragma, coito interrompido e tabela, dentre outros.

Cronograma

Ano	2008										2009											
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X					
Análise estatística									X	X	X		X	X	X	X	X				X	X
Redação da dissertação													X	X	X	X	X	X	X	X		X
Entrega para a banca																					X	
Apresentação para a banca																						X
Apresentação pública																						X

Bibliografia

Berer M. National laws and unsafe abortion: the parameters of change. *Reprod Health Matters*. 2004 Nov;12(24 Suppl):1-8.

Brasil. Portal da Saúde. 2004 [updated 2004; cited 2008 16/05/2008]; Available from: <http://portal.saude.gov.br>.

Costa SH. Aborto provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. In: Giffin K, Costa SH, editors. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro; 1999. p. 468.

Diniz D. Aborto e saúde pública: 20 anos de pesquisas no Brasil. Brasília: UnB; 2008 Contract No.: Document Number].

Faúndes A, Barzelatto J. *O Drama do Aborto: em busca de um consenso*. Campinas: Editora Komedi; 2004.

Faúndes A, Duarte GA, Neto JA, de Sousa MH. The closer you are, the better you understand: the reaction of Brazilian obstetrician-gynaecologists to unwanted pregnancy. *Reprod Health Matters*. 2004 Nov;12(24 Suppl):47-56.

Fonseca W, Misago C, Freitas P, Santos E, Fernandes L, Correia L. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. *scielo*; 1998. p. 279-86.

Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR. *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garramond e Fiocruz; 2006.

Heilborn ML, Bozon M, Aquino E, Knauth DR, Rohden F, Cabral CdS. *Trajetórias sexuais dos jovens brasileiros: da iniciação sexual a uma possível gravidez. Um olhar sobre o jovem no Brasil*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008. p. 218.

Huntington D, Nawar L. Moving from research to program – The Egyptian Postabortion Care Initiative. *Family Planning Perspectives*. 2003;29:121-5.

Katende C, Gupta N, Bessinger R. Facility – Level Reproductive Health Interventions and Contraceptive use in Uganda. *Family Planning Perspectives*. 2003;29:130-7.

Menezes GMdS. *Aborto e juventude: um estudo em três capitais brasileiras*. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2006.

Peres SO, Heilborn ML. [Considering and submitting to abortion among young people in the context of legal prohibition: the hidden side of teenage pregnancy]. *Cad Saude Publica*. 2006 Jul;22(7):1411-20.

Rasch V, Silberschmidt M, Mchumvu Y, Mmary V. Adolescent Girls with Illegally Induced Abortion in Dar es Salaam: The Discrepancy Between sexual Behavior and Lack of Access to Contraception *Reproductive Health Matters*. 2000;8:52-62.

Rede Feminista de Saúde. Adolescentes Saúde Sexual Saúde Reprodutiva. Dossiê. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde; 2004 Contract No.: Document Number|.

Rede Feminista de Saúde. Dossiê Aborto Inseguro. Dossiê. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde; 2005 Contract No.: Document Number|.

Rede Feminista de Saúde. Dossiê Aborto: Mortes Preveníveis e Evitáveis. Dossiê. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde; 2005 Contract No.: Document Number|.

Shah I, Ahman E. Age patterns of unsafe abortion in developing country regions. *Reprod Health Matters*. 2004 Nov;12(24 Suppl):9-17.

Solo J. Easing the Pain: Pain Management in the Treatment of Incomplete Abortion. *Reproductive Health Matters*. 2000;8:45-51.

Souza VLC, Corrêa MSM, Souza SdL, Beserra MA. O aborto entre adolescentes. *scielo*; 2001. p. 42-7.

Teixeira AMFB. O uso de métodos de contracepção/proteção entre jovens de 18 a 24 anos de três capitais brasileiras. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.

The Alan Guttmacher Institute. Facts on Induced Abortion Worldwide. New York: Alan Guttmacher Institute; 2008. p. 2.

Villela W, Monteiro S. Gênero e Saúde: Programa da Família em questão. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005.

Westoff CF. Is the KAP-Gap Real? *Population and Development Review*. 1988;14(2):225-32.

World Health Organization. Preparing for adulthood: adolescent sexual and reproductive health. *Progress in Reproductive Health Research*. 2003;64:1-8.

Anexo II – Questionário

A seguir, apresentamos apenas as perguntas do questionário GRAVAD utilizadas para compor a análise do presente trabalho.

A1. Sexo 1 masculino 2 feminino

A2. Qual a sua idade? anos completos

A6. Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para definir a sua cor ou raça? (Resposta estimulada e única)

- 1 branca
- 2 preta
- 3 parda
- 4 amarela (de origem asiática)
- 5 indígena
- 6 recusou-se a responder
- 7 não sabe

A7. Em que religião você foi criada?

- 01 católica
- 02 protestante (especificar)
- 03 pentecostal (especificar)
- 04 espírita (especificar)
- 05 umbanda, candomblé, batuque
- 06 judaica
- 07 mais de uma (especificar)
- 08 nenhuma
- 09 outra (especificar)
- 77 não sabe

A18. Qual é/era a escolaridade dela?

- 01 nunca frequentou a escola
- 02 1º grau incompleto
- 03 1º grau completo
- 04 2º grau incompleto
- 05 2º grau completo
- 06 superior incompleto
- 07 superior completo
- 08 pós-graduação
- 77 não sabe/ não lembra
- 88 NSA

A26. Nessa idade você participava das tarefas domésticas como:

(Resposta estimulada e única)

- 1 a principal responsável
- 2 dividindo igualmente as tarefas com outros
- 3 ajudando nas tarefas
- 4 não tinha nenhuma obrigação
- 8 NSA

B3. Qual foi a última série ou semestre que você concluiu com aprovação?

- 1 alfabetização
- 2 ensino fundamental ou 1º grau. Série:
- 3 ensino médio ou 2º grau. Série:
- 4 superior - graduação. Semestre:
- 5 mestrado/doutorado. Semestre:
- 6 nenhum
- 8 NSA

B10. Você está trabalhando, estagiando ou exercendo alguma atividade com rendimentos?

- 1 sim ► pula para **B11**
- 2 não

► **C3. Relação sexual?**

- sua mãe
- seu pai
- seu/sua parceiro/a/namorado/a
- seus irmãos
- suas irmãs
- amigos/colegas
- professores/escola
- médicos/serviços de saúde
- televisão
- revistas femininas
- revistas masculinas
- livros
- filmes
- outro (especificar)
- não sabe/ não lembra

C22. Que idade você tinha na sua primeira relação sexual?

anos (77 para quem não sabe/não lembra e 88 para NSA)

C24. A pessoa com quem você teve a sua primeira relação sexual, na época, era:

(Resposta estimulada e única)

- 1 namorado/a
- 2 pessoa com quem você "ficou"
- 3 marido ou companheiro/a
- 4 garoto de programa/profissional do sexo
- 5 outro (especificar)
- 6 recusou-se a responder
- 8 NSA

C25. Que idade tinha essa pessoa?

anos (77 para quem não sabe/não lembra e 88 para NSA)

C48. Qual o cuidado que tiveram para evitar a gravidez?

- 01 pílula anticoncepcional
- 02 injeção/implante
- 03 DIU
- 04 camisinha/ preservativo
- 05 diafragma
- 06 coito interrompido/ gozar fora
- 07 tabela
- 08 usaram mais de um método (especificar)
- 09 outro (especificar)
- 77 não sabe/ não lembra
- 88 NSA

D1. Você teve algum relacionamento que durou três meses ou mais e que incluiu sexo?

- 1 sim. Quantos?
- 2 não ► pula para **888** página 37
- 8 NSA

D92. Qual o principal método que vocês usaram nessa última relação?

- 01 pílula anticoncepcional
- 02 injeção/implante
- 03 DIU
- 05 diafragma
- 06 coito interrompido/ gozar fora
- 07 tabela
- 08 usaram mais de um método (especificar)
- 09 outro (especificar)
- 77 não lembra
- 88 NSA

D103. Qual o número de parceiros/as sexuais que você já teve na vida?

(777 não sabe/ não lembra e 888 para NSA)

E39. Alguém tentou forçar você a ter relações sexuais contra a sua vontade?

- 1 sim, uma vez ► pula para **E26**
- 2 sim, várias vezes
- 3 não ► pula para **E49**, página 50
- 6 recusou-se a responder ► pula para **E59**, página 50

F5. Você já esteve grávida antes?

- 1 sim. Quantas vezes?
- 2 nunca ► pula para **E20** página 67
- 3 não, essa é a primeira vez ► pula para **E33**
- 6 recusou-se a responder ► pula para **E72** página 72
- 8 NSA

F8. Que idade você tinha quando engravidou pela primeira vez?

- anos completos (77 para não sabe/não lembra e 88 para NSA)

F9. Que idade tinha seu parceiro ?

- anos completos (77 para não sabe/não lembra e 88 para NSA)

F80. O primeiro aborto provocado aconteceu: (Resposta estimulada e única)

- 1 na primeira vez que você engravidou
- 2 na segunda vez que você engravidou
- 3 na terceira vez que você engravidou
- 4 outra vez (especificar)
- 6 recusou-se a responder
- 7 não sabe/não lembra
- 8 NSA

F81. A iniciativa desse aborto foi: (Resposta estimulada e única)

- 01 sua
- 02 do seu parceiro
- 03 dos seus familiares
- 04 dos familiares do parceiro
- 05 sua e do seu parceiro
- 06 sua e dos seus familiares
- 07 sua e dos familiares do parceiro
- 08 outro (especificar)
- 66 recusou-se a responder
- 77 não sabe/não lembra
- 88 NSA

F82. Que idade você tinha no momento desse aborto?

- anos completos (77 para não sabe/não lembra e 88 para NSA)

F83. Que idade tinha o seu parceiro no momento desse aborto?

- anos completos (77 para não sabe/não lembra e 88 para NSA)

F84. Você contou para alguém sobre esse aborto? (Resposta estimulada e única)

- 01 seu parceiro na época
- 02 sua mãe
- 03 mãe do parceiro
- 04 amigas
- 05 amigos
- 06 não contou
- 07 outro (especificar)
- 77 não lembra
- 88 NSA

F87. Com quanto tempo de gravidez você estava quando fez o aborto?

- semanas meses (77 para não sabe e 88 para NSA)

F89. Quem pagou o aborto: (Resposta estimulada e única)

- 01 você
- 02 seu parceiro
- 03 seu pai
- 04 sua mãe
- 05 pai do parceiro
- 06 mãe do parceiro
- 07 mais de uma pessoa (especificar).....
- 08 outro (especificar)
- 66 recusou-se a responder
- 77 não sabe/não lembra
- 88 NSA