

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Talita Maciel Borges

PENA DE UM CORPO SÓ:
a relação entre a violência contra a mulher e a decisão pelo aborto

Belo Horizonte
2019

Talita Maciel Borges

Pena de um corpo só: a relação entre a violência contra a mulher e a decisão pelo aborto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Linha de pesquisa: Saúde da Mulher em Situação de Violência e As múltiplas faces da violência e seu impacto para a saúde das pessoas e populações.

Orientador: Prof Dr. Ulysses de Barros Panisset

Belo Horizonte

2019

Borges, Talita Maciel.
B732p Pena de um corpo só [manuscrito]: a relação entre a violência contra a mulher e a decisão pelo aborto. / Talita Maciel Borges. -- Belo Horizonte: 2019.
114 f.: il.
Orientador (a): Ulysses de Barros Panisset.
Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Aborto. 2. Violência contra a Mulher. 3. Delitos Sexuais. 4. Violência por Parceiro Íntimo. 5. Política Pública. 6. Promoção da Saúde. 7. Fatores Sociológicos. 8. Dissertação Acadêmica. I. Panisset, Ulysses de Barros. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 309

Bibliotecária responsável: Fabiene Letizia Alves Furtado CRB-6/2745



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA/MP

UFMG

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA TALITA MACIEL BORGES

Realizou-se, no dia 09 de agosto de 2019, às 19:00 horas, Faculdade de Medicina andar sala 029, andar térreo, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *PENA DE UM CORPO SÓ: a relação entre a violência contra a mulher e a decisão pelo aborto*, apresentada por TALITA MACIEL BORGES, número de registro 2017717082, graduada no curso de SERVIÇO SOCIAL, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Ulysses de Barros Panisset - Orientador (UFMG), Prof(a). Sara de Pinho Cunha Paiva (UFMG), Prof(a). Janaina Patricia Rocha de Paula (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

☒ Aprovada

☐ Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 09 de agosto de 2019.

Prof(a). Ulysses de Barros Panisset (Doutor)

Prof(a). Sara de Pinho Cunha Paiva (Doutora)

Prof(a). Janaina Patricia Rocha de Paula (Doutora)

*Dedico às mulheres, pela autonomia e direito
à escolha. Pelo direito à voz e ao silêncio.
Em especial à vovó Mercedes, mãe Vera, Dete
(in memoriam) e Iana.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço pelas oportunidades e privilégios que tive em minha trajetória, a todos os encontros, percalços, caminhos e desvios. Sem isso, não teria oportunidade, à luz da ciência, de produzir e poder dar voz a alguns dos meus muitos incômodos. Na construção teórica deste trabalho, indago acerca do silenciamento da mulher ao longo da história; uma ancestralidade sem voz, domesticada, mas, que aos poucos, e com muita luta, vem se apropriando dos espaços públicos. Hoje, por meio desta dissertação, eu tive voz. Quando se tem voz, é preciso que alguém a escute, dialogue, e, assim, nascem as elaborações. Elaborações e lapidações.

Preciso muito começar agradecendo ao Felipe. Às vezes, quando se ganha voz após séculos de silêncio, as ideias, desejos e escolhas podem sair no grito. Colocar no papel ainda é mais desafiante. Felipe me ajudou a elaborar o grito por meio da escuta, afinar a voz com os diálogos e a lapidar toda essa euforia juntos, sem perder a menor essência dita no primeiro berro. Se esse trabalho tem o mínimo de harmonia na escrita, devo muito a ele. Te amo.

Nesse mesmo ensejo, refleti que os homens foram fundamentais nesse processo. Agradeço muito ao professor Ulysses Panisset, que tratou minhas ideias, anseios e desejos com muito respeito; acolheu minhas inquietudes de forma muito amorosa e topou entrar nesta comigo. Ao professor Ricardo Tavares, por toda a sensibilidade cirúrgica que teve pra trabalhar com os resultados.

À professora Elza, espírito da mais alta elevação, por ter acreditado em mim, por ter me proporcionado viver o Projeto Para Elas, fonte de vida, de diálogo e promoção de autonomia. À Lauriza, à Amanda, a todas e todos do Para Elas, e à turma do Mestrado PSPV 2017.

À professora Sara Paiva e à Janaína de Paula, por terem aceitado fazer parte desta construção.

Ao pessoal lá de casa, onde eu tive voz. À minha mãe, pai, Iana, Henrique, Mig, Bia, vovó, Ciel, tia Méia, Lena, Frederico, Terezinha, Bet, família tralalá, não tenho espaço pra dizer aqui toda a minha gratidão. Sempre incentivada a não me calar, a ter ousadia. Foi nesse contexto, e na forma dessa família se amar, que nasceram muitas das questões deste trabalho. Pessoal lá da outra casa, os Rocha, Marcinha e Mundin, por toda a acolhida, incentivo, pela revisão técnica das ideias do trabalho, e pelos vinhos.

Ao meu anjo da guarda Hudson de Jesus, que não leva esse nome em vão. Por todas as longas e deliciosas ligações “internacionais”, por toda a escuta, choro, e, principalmente, por não me deixar esquecer que eu era mestranda. Por não me deixar abortar.

A todos os meus amigos queridos, destacando aqueles que também vivenciam o processo de mestrado, proporcionando muitas trocas e escutas; à querida Nipa, por toda a disponibilidade e carinho com seu olhar sintético e objetivo; à Marcela Teófilo, que deu dicas preciosas e humanizadoras para o trabalho; ao Sérgio Riani, pelas trocas de saberes e contribuições especiais.

Não à toa, a vida me levou a Porto Alegre, o arremate que faltava neste trabalho. Agradeço a todos os amigos gaúchos, todos muito queridos e acolhedores.

Tenho muito a agradecer a toda equipe do Cras Cedro, por toda a flexibilidade, rearranjos, reflexões, palpites, interesse, por acreditar em mim, por incentivar e criar todo um ambiente acolhedor e estimulante. No mestrado profissional, o apoio da equipe do campo de atuação faz toda diferença. Mil vezes obrigada.

Agradeço, por fim, aos mentores espirituais, às Deusas, a Gaia e ao universo, que colocaram todas essas pessoas em meu caminho, guiaram-me através de cada encontro, nas intuições, nas pequenas e grandes mudanças de vida, no trabalho, em cada detalhe nesse processo, que alguns deles eu consegui identificar, pela proteção e realização. Pela voz.

Há muito que as mulheres são as esquecidas, as sem-voz da História. O silêncio que as envolve é impressionante. Pesa primeiramente sobre o corpo, assimilado à função anônima e impessoal da reprodução. O corpo feminino, no entanto, é onipresente: no discurso dos poetas, dos médicos ou dos políticos; em imagens de toda natureza – quadros, esculturas, cartazes – que povoam as nossas cidades. Mas esse corpo exposto, encenado, continua opaco. Objeto do olhar e do desejo, fala-se dele. Mas ele se cala. As mulheres não falam, não devem falar dele. O pudor que encobre seus membros ou lhes cerra os lábios é a própria marca da feminilidade. (Michele Perrot)

RESUMO

Esta pesquisa investigou se violências praticadas contra mulheres, residentes em Belo Horizonte e Betim, contribuíram para que essas praticassem aborto, legal e/ou ilegal, e o perfil das que o fizeram. O estudo utilizou dados secundários do inquérito domiciliar “Saúde e Violência: subsídios para a formulação de políticas públicas de promoção a saúde e prevenção da violência”- SAUVI, realizado nas duas cidades citadas, em 2014 e 2015, o qual objetivou levantar informações sobre o perfil e fatores associados à violência nessa região. Utilizaram-se os dados das 1.421 mulheres entrevistadas, a fim de analisar as variáveis desfecho das mulheres que relataram ter realizado aborto decorrente de estupro e/ou outro aborto, legal ou ilegal, e variáveis explicativas do perfil sociodemográfico e as vivências de violência por essas mulheres. Os resultados indicaram que 5,9% das mulheres de Belo Horizonte e Betim já realizaram aborto, além de apontar importante associação entre violências praticadas por parceiro íntimo e abortos não decorrentes de estupro, bem como a relação entre a vivência de múltiplas violências e o aborto decorrente de estupro. O estudo também revelou que mulheres que sofreram violência sexual têm 3,4 vezes mais chances de fazer um aborto do que aquelas que não foram vítimas, independentemente se a gravidez decorreu diretamente dessa violência em específico.

Palavras Chave: Aborto; Violência contra a Mulher; Violência Sexual; Violência por Parceiro Íntimo; Perfil; SAUVI

ABSTRACT

This research investigated whether violence practiced against women living in Belo Horizonte and Betim contributed to their abortion, legal and/or illegal, and discuss the profile of those who had induced abortion. The study used secondary data from the household survey “Health and Violence: subsidies for the formulation of public policies for health promotion and prevention of violence” - SAUVI, carried out in the two cities mentioned, in 2014 and 2015, which aimed to gather information about the profile and factors associated with violence in this region. Data from the 1,421 women interviewed were used to analyze the outcome variables of women who reported having had abortion due to rape and/or other abortion, legal or illegal, as well as variables explaining the socio-demographic profile and experiences of violence suffered by these women. The results indicated that 5.9% of women in Belo Horizonte and Betim had already had an abortion, besides pointing out an important association between intimate partner violence and non-rape abortions, as well as the relationship between the experience of multiple violence and abortion. Arising from rape. The study also found that women who suffered sexual violence are 3.4 times more likely to have an abortion than women who did not suffer sexual violence, regardless of whether their pregnancy was a direct result of this particular violence.

Keywords: Abortion; Violence Against Women; Sexual Violence; Intimate Partner Violence; Profile; SAUVI.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Dados DATASUS violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Belo Horizonte e Betim. 2014 e 2015.....	19
Figura 2- Análise gráfica- Dados DATASUS violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Betim. 2014 e 2015	20
Figura 3- Análise gráfica- Dados DATASUS violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Belo Horizonte. 2014 e 2015.....	20
Figura 4- Prevalência de violência ao longo da vida e nos últimos 12 meses.....	27
Figura 5- Gráfico setores- tipo de aborto x dentro ou fora do serviço de saúde.	71
Figura 6: Mapa de Correspondência entre a violência geral x violência por parceiro íntimo e o estupro x aborto.	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Bivariada sociodemográfica x aborto.	74
Tabela 2: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Violência geral x Violência por parceiro íntimo).	83
Tabela 3: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Estupro x Aborto).	84

LISTA DE ABREVIACÕES

ABOR	Aborto
BH	Belo Horizonte
CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EST	aborto decorrente de Estupro
EUA	Estados Unidos da América
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAR	Países de Alta Renda
PBMR	Países de Baixa e Média Renda
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PL	Projeto de Lei
PNA	Pesquisa Nacional de Aborto
SAUVI	Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VG	Violência Geral
VPI	Violência por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 MARCO TEÓRICO.....	18
2.1 VIOLÊNCIA	18
2.1.2 Efeito Domínio-dominó: sexualidade, violência e relações de poder	30
2.2 SOBRE O ABORTO	36
2.2.1 Dados – contexto e dimensões do aborto no Brasil e no mundo	36
2.2.2 História, Religião e Conceitos	38
2.2.3 “A vida desde a concepção”? – A legislação brasileira e a dominação do espaço público	42
2.2.4 Aborto legal- a vitimização da mulher	49
2.3 ABORTO E VIOLÊNCIA: possíveis associações	52
2.4 PERFIL DAS MULHERES QUE ABORTAM: QUEM SÃO ELAS?	56
3 JUSTIFICATIVA	61
4 OBJETIVOS	63
4.1 Objetivo Geral.....	63
4.5 Objetivos específicos	63
5 HIPÓTESE.....	64
6 METODOLOGIA.....	65
6.1 Instrumentos: o SAUVI.....	65
6.2 Métodos de análises: variáveis e análises de dados.....	66
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
7.1 O Aborto em Belo Horizonte e Betim	70
7.2 Aborto realizado dentro ou fora do serviço de saúde (seguro ou inseguro)....	70
7.3 Perfil sociodemográfico	74
7.4 A Violência contra a mulher que aborta: as múltiplas faces da violência.....	82
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS	92
ANEXO A – Aprovação no COEP/UFMG	99
ANEXO B – Questões utilizadas do questionário SAUVI	100

1 INTRODUÇÃO

A inquietação alusiva à regulação do Estado sobre o corpo feminino é a gênese desta pesquisa. A voz silenciada, o corpo reprimido, o desejo amordaçado, as experiências vividas e a prática cotidiana teceram diversas inquietudes sobre o corpo que (não) nos pertence.

O objeto desta pesquisa – o aborto e a violência – nasce dentro do programa de Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da UFMG. Essa modalidade acadêmica permite que o pesquisador desafie suas inquietações profissionais, a partir de suas próprias experiências cotidianas, conduzidas à luz da ciência, com métodos criteriosos de investigações. A partir da revisão da literatura sobre esse tema, este trabalho analisa os resultados extraídos do Inquérito SAUVI, a fim de investigar o perfil sociodemográfico das mulheres que declararam ter abortado, e se um dos motivos que levaram essas mulheres a decidir pela interrupção da gravidez está associado ao ciclo de violências que elas vivem/viveram ao longo de suas vidas.

Formada em Serviço Social e Pedagogia, minha trajetória profissional como Assistente Social perpassa predominantemente pelas Políticas Públicas de Assistência Social e Saúde. Com o passar dos anos, a vida tem me oportunizado experienciar vivências profissionais nos mais diversos territórios: comecei em Belo Horizonte e percorri pelos municípios de Capim Branco, Lagoa Santa, Ribeirão das Neves e, atualmente, atuo no município de Alvorada, no estado do Rio Grande do Sul. Durante essas experiências, um objeto de trabalho é comum a todas elas: a violência. Seja em sua prevenção ou no tratamento dos seus efeitos, ela sempre se fez presente durante todo o meu percurso de atuação.

O corpo profissional não se desvincula das inquietações pessoais. A castração da mulher e o recalque inerente ao corpo ficaram cada vez mais evidentes ao longo dos relatos colhidos no dia a dia da profissão, fazendo com que houvesse uma preocupação em construir debates e análises sobre essas questões. Durante minha atuação na política de saúde, o desconforto frente aos altos índices de encaminhamentos de mulheres à esterilização, antes mesmo da propositura de ações prévias de planejamento reprodutivo e educação sexual, fizeram-me questionar toda a política de regulação do estado sobre o corpo da mulher. Pretendia-se que o Assistente Social apenas “assinasse” o formulário e o termo que desse o aval para que a mulher se submetesse, durante o parto, ao procedimento da laqueadura. Afinal, submeter-se a

esse processo é uma escolha da mulher ou imposição do Estado? A inquietação frente a essa dúvida me fez repensar sobre o meu papel profissional enquanto Assistente Social, que apenas assina formulários, passando a questionar todo um sistema predeterminado.

A busca por um sistema mais justo gerou, inicialmente, uma monografia apresentada junto ao Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade Aberta do SUS (UnaSUS/UnB) intitulada “Planejamento Familiar: reproduzir sem repetir”. Diante desse gatilho, recorri novamente à academia, quando ingressei no Programa de Pós Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência (PSPV), na qual conheci e atuei no Projeto Para Elas – de atenção integral à mulheres vítimas de violência, programa esse que associa ensino, pesquisa, extensão e intervenção. O projeto tem um trabalho de excelência com mulheres em situação de vulnerabilidade e violência e fomenta o diálogo por meio de atendimentos, rodas de conversas, trabalhos manuais, música, teatro, proporcionando autonomia e ressignificações das experiências vividas.

No mestrado profissional, tive a oportunidade de trabalhar com dados secundários de uma grande pesquisa realizada pelo programa: o estudo epidemiológico transversal do inquérito domiciliar “SAUVI - Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência”. O SAUVI entrevistou 2.309 famílias, no período de 2014 a 2015, nos municípios de Belo Horizonte e Betim em Minas Gerais, com enfoque no relato de violência contra as mulheres que declararam, no inquérito, ter praticado aborto legal ou ilegal, dentro ou fora dos serviços de saúde. O presente estudo nasce, portanto, a partir da necessidade de responder às inquietudes referentes à violência sofrida por essas mulheres, que impactam tanto suas escolhas quanto sua sexualidade.

O aborto é crime no Brasil, no entanto, sua prática é uma evidente realidade. Salvo os poucos casos previstos por lei, as demais razões para interrupção da gravidez estão fadadas à clandestinidade. Esta pesquisa compreende o contexto do aborto, da forma como hoje é concebida, como uma ação que traz consequências violentas às mulheres, desde consequências criminais a consequências morais, assim como danos às saúdes físicas e psicológicas, sequelas no sistema reprodutivo e até mesmo a morte (OMS, 2013).

Este estudo se estrutura em oito partes: o capítulo 1 apresenta, de forma genérica, a pesquisa e os questionamentos que levaram à pesquisadora a delimitá-la. O capítulo 2 desenvolve a fundamentação teórica utilizada para análise dos dados, que é subdividida em quatro subcapítulos que tratam sobre violência, relações de domínio e poder, sexualidade e aborto, trazendo dados, conceitos, histórias, legislações, resultados de pesquisas análogas a esta, no Brasil e no mundo. Ademais, a última subdivisão aborda os perfis de abortamento encontrados na literatura. Os capítulos 3, 4 e 5 irão apresentar com mais consistência a justificativa desta pesquisa, os objetivos e as hipóteses de trabalho, seguidos do capítulo 6, o qual expõe os métodos utilizados na pesquisa, que, além de revisões bibliográficas, utilizou-se de técnicas de medidas de associações. Os capítulos 7 e 8 exibem resultados e discussões acerca dos dados, dialoga com os achados da literatura e, por fim, apresentam as considerações finais deste estudo.

A presente pesquisa investigou se a prevalência da violência contra as mulheres residentes em Belo Horizonte e Betim contribuiu para as práticas do abortamento, trazendo reflexões e proposições frente a esse tema bastante controverso, sobretudo no que diz respeito às imposições sofridas por mulheres que não desejam continuar uma gravidez.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 VIOLÊNCIA

A violência se manifesta de diversas formas na sociedade: pode ser visível, com marcas aparentes e escancaradas, ou invisível, silenciadas por diversos mecanismos que envolvem principalmente disputas de poder, domínio e opressões. Seja ela visível ou invisível, há uma complexidade de fatores que influenciam a forma com a qual a violência se dá.

Os países membros da OMS declararam que a “violência é um dos principais problemas mundiais de saúde pública”, na Resolução WHA49.25, da 49ª Assembleia Mundial de Saúde (KRUG, 2002, p. XX). O aborto é parte do contexto global da violência e da saúde pública em seus diversos aspectos.

As consequências da violência, além de infligir enorme sofrimento às pessoas, oneram os sistemas de tratamento de morbidades na saúde pública, e, quando fatais, aumentam as taxas de mortalidade, que poderiam ser evitadas. O DATASUS, departamento de informática do SUS, que reúne todas as informações dos sistemas de vigilância, a fim de embasar diagnósticos, pesquisas e estratégias sobre a situação de saúde, esclarece em Nota Técnica o significado das mortes evitáveis:

trata-se de um agravo ou situação, prevenível pela atuação dos serviços de saúde que incidem, provavelmente, quando o sistema de saúde não consegue atender as necessidades de saúde e seus fatores determinantes são frágeis a identificação e a intervenção acertada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A listagem das mortes evitáveis disponíveis no DATASUS elenca, entre outras causas:

-“Agressões”- Reduzíveis por ações intersetoriais adequadas de promoção à saúde, prevenção e atenção às causas externas”; e -“Gravidez, do parto e do puerpério, exceto assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente à gravidez- Reduzíveis por ações adequadas de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna”.

No caso do aborto, diversas morbimortalidades poderiam ser evitadas e prevenidas caso houvesse maior flexibilidade na construção de novos paradigmas, principalmente em relação à possibilidade legal de se interromper a gravidez no Brasil.

As morbidades decorrentes de violências, incluindo a violência geral, a doméstica por parceiro íntimo e a sexual, são identificadas por meio dos profissionais no sistema de saúde e/ou qualquer pessoa que as identifique, e notificadas por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e estão disponíveis *online* (SINAN, 2019).

Para o período estudado (entre os anos de 2014 e 2015), o sistema DATASUS fornece a frequência de notificações, em números absolutos, de “violência doméstica, sexual e/ou outras violências”, por sexo, nos municípios alvo (Belo Horizonte e Betim), a partir dos 20 anos de idade (figura 1), permitindo uma comparação com os dados recortados por esta pesquisa do inquérito “Saúde e Violência: subsídios para a formulação de políticas públicas de promoção de saúde e prevenção da violência- SAUVI”:

Figura 1- Dados DATASUS violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Belo Horizonte e Betim, 2014 e 2015.

DATASUS			
» VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS - BRASIL			
Frequência por Sexo segundo Município de notificação Município de notificação: 310620 Belo Horizonte, 310670 Betim Ciclo de Vida: 20-59, 60 e mais Período: 2014-2015			
Município de notificação	Masculino	Feminino	Total
TOTAL	745	2.453	3.198
310620 Belo Horizonte	651	1.835	2.486
310670 Betim	94	618	712

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

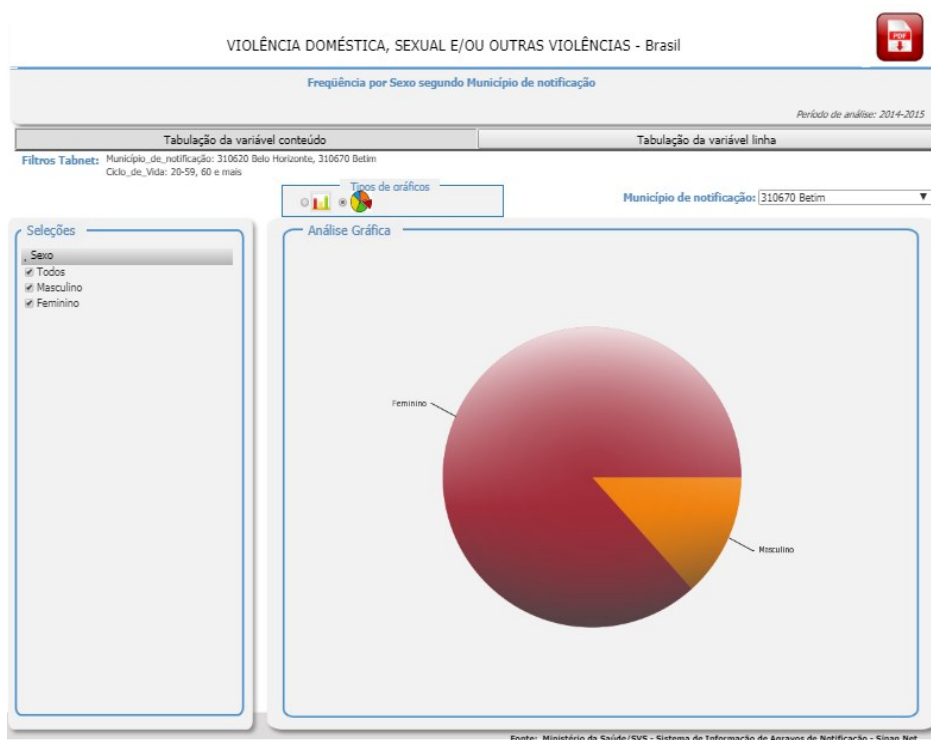
Notas:

1. Períodos Disponíveis ou período - Correspondem aos anos de notificação dos casos.
2. Dados de 2009 a 2014 atualizados em 15/05/2018.
3. Dados de 2015 e 2016 atualizados em 08/11/2018.
4. Dados de 2017 atualizados em 17/04/2019.
5. Dados disponibilizados no TABNET em 04/2019

Fonte: DATASUS 2019

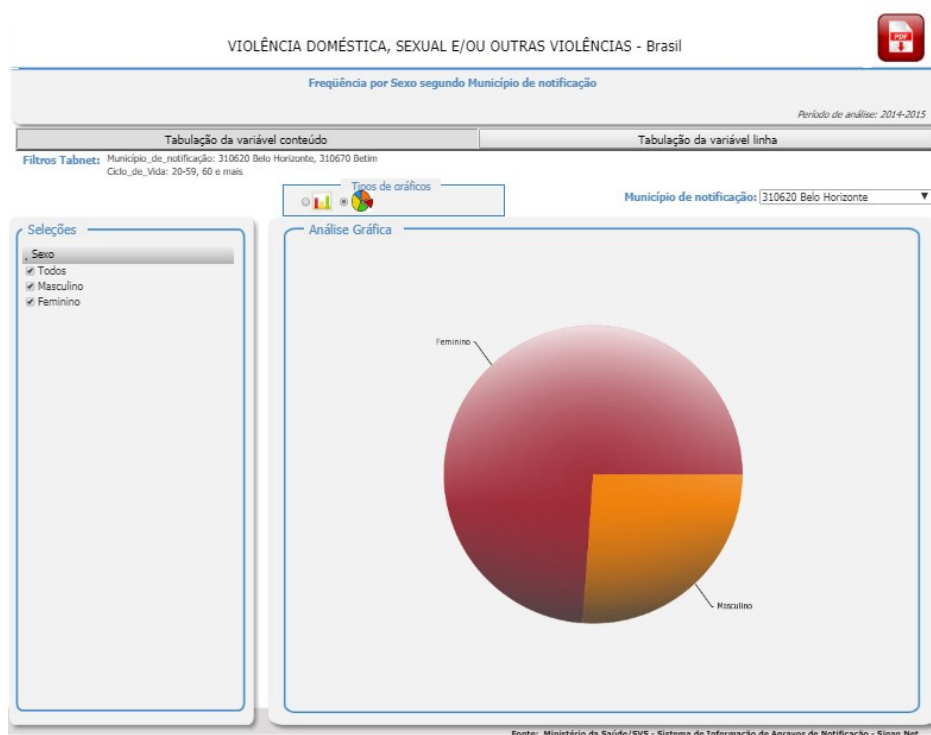
Os dados mostram que, em 2014 e 2015, foram notificados 3.198 casos de violências domésticas, sexuais e/ou outras, em Belo Horizonte e Betim, em pessoas com mais de 20 anos. Esse número revela que a chance de uma mulher sofrer alguma dessas formas de violências nessas cidades foi 3,2 maior do que os homens. O gráfico gerado pelo DATASUS destaca essa maioria expressiva de casos de violência contra as mulheres, em relação aos homens:

Figura 2- Análise gráfica- Dados DATASUS violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Betim. 2014 e 2015



Fonte: DATASUS 2019

Figura 3- Análise gráfica- Dados DATASUS violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Belo Horizonte. 2014 e 2015



Fonte: DATASUS 2019

A comparação dos dados de violência doméstica e sexual entre homens e mulheres, moradores de Belo Horizonte e Betim, vai além dos objetivos dessa pesquisa. No entanto, as figuras 2 e 3 ilustram o fato de que a incidência de violência é indiscutivelmente maior contra as mulheres, em ambos os municípios, fato significativo para este estudo que tem o interesse em investigar se a vivência da violência contra a mulher contribui para o desfecho do aborto.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2009) a violência contra as mulheres é um fenômeno mundial com sérias consequências à saúde pública. Além dos riscos de danos à saúde e ao bem-estar das mulheres, tais como “traumatismos sérios, incapacidades e óbitos”, a violência pode desencadear problemas de saúde decorrentes de distúrbios fisiológicos induzidos pelo estresse, incluindo o abuso de substâncias tóxicas ou a “falta de controle sobre a fertilidade e autonomia pessoal, observados frequentemente em relacionamentos abusivos”. A OMS (2009, p.55) destaca que

as mulheres que sofreram abusos têm altas taxas de gravidez não desejada, de abortos, desfechos neonatais e infantis adversos, infecções sexualmente transmissíveis (incluindo o HIV) e transtornos mentais (como depressão, transtornos de ansiedade, do sono e alimentares).

Essa informação deveria orientar as políticas públicas de prevenção de violência e promoção da saúde das mulheres no Brasil.

Em relatório recente sobre os dados da “Vitimização de mulheres no Brasil- 2ª edição” de 2019, o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) em conjunto com o Instituto de Pesquisa Datafolha, apontou que cerca de 16 milhões (27,4%) das mulheres brasileiras com mais de 16 anos foram vítimas de alguma violência no último ano, sendo

- 21,8% (12,5 milhões) foram vítimas de ofensa verbal, como insulto, humilhação ou xingamento;
- 9,0% (4,7 milhões) sofreram empurrão, chute ou batida (536 a cada hora);
- 8,9% (4,6 milhões) foram tocadas ou agredidas fisicamente por motivos sexuais (9 por minuto);
- 3,9% (1,7 milhão) foram ameaçadas com faca ou arma de fogo;
- 3,6% (1,6 milhão) sofreram espancamento ou tentativa de estrangulamento (3 por minuto) (FBSP, 2019 iconográfico)

O relatório também indica que as mulheres jovens, negras, são as mais vitimadas. Além disso, das mulheres agredidas, 76,4% declararam que o agressor era alguém conhecido, sendo 23,8% parceiro íntimo; 21,1% vizinho e 15,2% ex-parceiro íntimo. A análise do local em que

a violência ocorre mostra que 42% dos casos ocorreram em casa, 29% na rua, 8% na internet, 8% no trabalho e 3% no bar/balada. (FBSP, 2019)

A presente pesquisa investiga se a relação entre a prevalência da violência contra as mulheres nos últimos 12 meses da aplicação da pesquisa do SAUVI, em 2014 e 2015, e a prevalência da violência especificamente sexual, ocorrida em algum momento da vida, está associada ao número de mulheres que declararam ter praticado aborto. O inquérito SAUVI (2014) foi desenhado de forma a especificar alguns tipos de violências, organizados por blocos temáticos, em que cada bloco continha questões características à natureza da violência. Para melhor discussão, serão apresentadas as definições de cada uma, que sustentarão os resultados deste estudo:

- A) Violência contra a mulher
- B) Violência por parceiro íntimo (VPI)
- C) Violência Sexual

A) Violência contra a mulher

É comum associar a violência contra a mulher à violência doméstica. Entretanto, a violência, composta pelas mais diversas agressões, pode ocorrer não só no espaço doméstico como em diferentes locais e situações. Quando dentro da própria casa, a violência geralmente é praticada por familiares ou parceiros íntimos, e, conforme sustenta Mirla Cisne (2017, p.80), “o lugar supostamente idealizado como de afeto, amor, proteção e acolhimento, torna-se, muitas vezes, lócus da violência”.

A Lei 11.340/06, conhecida como Lei Maria da Penha, define a unidade doméstica como “espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar” (BRASIL, 2006, art.5, II). A unidade doméstica, nesse caso, pode ser qualquer local de convívio que não seja necessariamente o lar, podendo ser a rua, o bar, o clube, a padaria, desde que a violência seja sofrida por pessoas de convívio permanente, incluindo não apenas os familiares, mas amigos, colegas de trabalho, chefes, entre outros.

Portanto, a violência doméstica é apenas um dos tipos de violências sofridas pela mulher. Para manter o sistema de opressão e exploração às mulheres, o patriarcado sustenta mecanismos

estruturantes de relações de violência contra a mulher, como as instituídas por meio da maternidade compulsória, da reclusão ao lar, entre outras que serão abordadas mais adiante. Como muitas dessas violências são intrínsecas à sociedade patriarcal, a violência contra a mulher pode ser entendida de forma estruturante, englobando as diversas naturezas de violências existentes como a doméstica, interpessoal, intrafamiliar, dentre outras (CISNE; OLIVEIRA, 2017).

Em 1996, o Decreto 1973/96, que promulgou a “Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher”, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994, definiu a violência contra a mulher como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (BRASIL, 1996, art.1). O artigo 2 conceitua e detalha a compreensão do termo violência

Entende-se que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica.

- a) ocorrida no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras turmas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual;
- b) ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e
- c) perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra (BRASIL, 1996).

A OMS (2002) entende violência como uso de força física e exercício de poder, incluindo ameaças, contra qualquer pessoa, grupo, comunidade ou a si próprio, que contenha uma intenção (caso contrário seria um acidente) e que tenha como consequência ou possível desfecho o dano físico, psicológico, lesões, deficiências, provações ou até mesmo a morte. Essa definição introduz o termo “poder”, que amplia a compreensão do termo violência, abrangendo condutas decorrentes das relações de poder, sendo entendido como negligência no cuidado, omissão, ameaças, intimidações além dos abusos físicos, psicológicos, sexuais, até mesmo levando ao autoextermínio (KRUG et al., 2002).

A “tipologia da violência”, desenvolvida e proposta pela OMS, agrupa em três categorias as diversas formas de violência: “violência dirigida a si mesmo (auto infligida); violência interpessoal e violência coletiva”. A primeira, como o próprio nome já diz, refere-se à violência dirigida a si próprio; a última refere-se à violência política, social e econômica

cometida por grupos de pessoas ou mesmo pelos Estados, como por exemplo, na tortura, na repressão discriminatória, em ataques terroristas, crimes de ódio, guerras, entre outros. A “violência interpessoal”, é subdividida em duas subcategorias:

- Violência da família e de parceiro(a) íntimo(a) - ou seja, violência que ocorre em grande parte entre os membros da família e parceiros íntimos, normalmente, mas não exclusivamente, dentro de casa.
- Violência comunitária – violência que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco (consanguíneo ou não), e que podem conhecer-se (conhecidos) ou não (estranhos), geralmente fora de casa (KRUG et al., 2002, p.6).

Segundo Krug et al. (2002, p.6) a violência praticada pela família e/ou por parceiro íntimo inclui o abuso infantil e contra idosos; já a violência comunitária abarca a “violência juvenil, atos aleatórios, estupro ou ataque sexual por estranhos, bem como a violência em grupos institucionais” (escolas, ambientes de trabalho, prisões e asilos).

Para contemplar todos os tópicos propostos, a partir da análise das questões do inquérito SAUVI, dentro do bloco “Violência”, opta-se por não limitar a violência pelo termo “interpessoal”, a fim de tornar a definição o mais abrangente possível, para além das relações “entre pessoas”. Ao utilizar o termo “violência contra a mulher”, é possível incluir todos os tipos de violência estruturantes contra a mulher, sendo familiares, comunitárias ou até mesmo as praticadas pelo próprio Estado.

Este estudo delimita a caracterização de formas de violências de acordo às definições adotadas pelo “Manual sobre as questões do questionário geral” do entrevistador do SAUVI, que conceitua as violências como física, verbal, moral ou psicológica, sexual, discriminação por racismo; falta de acesso a direitos sociais e falta de cuidados necessários, explicados no manual como:

a) Física

Também denominada maus-tratos físicos ou abusos físicos: são atos violentos com uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras (SAUVI, 2014, p.31 apud Ministério da Saúde, 2008).

b) Verbal – “refere-se a palavrões, xingamentos” (SAUVI, 2014, p.29);

c) Moral ou psicológica

Agressão verbal, moral ou psicológica: é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa (SAUVI, 2014 apud Ministério da Saúde, 2008, p.31);

O silêncio, enquanto recusa em se comunicar com o outro, também poderá ser considerado uma forma de violência verbal. (SAUVI, 2014, p.31).

d) Sexual

Agressão sexual: é qualquer conduta que constranja a presenciar, manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça ou coação ou uso da força; comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que force o matrimônio, a gravidez, ao aborto, à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Ex.: jogos sexuais, práticas eróticas impostas a outros/as: estupro, atentado violento ao pudor, sexo forçado no casamento, assédio sexual, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, dentre outros (SAUVI, 2014, p.35 apud Ministério da Saúde, 2008).

- e) Discriminação por racismo – O racismo é um sistema de opressão que envolve as relações de poder que por séculos colocou o negro numa posição oprimida de negação de direitos e exclusão (RIBEIRO, 2018). Apesar de não contar com uma definição de racismo expressa no manual do entrevistador, o tema é de suma importância para as investigações, visto que a maioria das mulheres que é vítima de violência e que fazem aborto de forma insegura é negra, fato confirmado pelos dados do FBSP e pela PNA (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017; FBSP, 2019).

f) Falta de acesso a direitos sociais

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu art. 6º, cita como direitos sociais: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados (SAUVI, 2014, p.29 apud Ministério da Saúde, 2008).

Considerando que parte dos direitos sociais elencados na definição da Constituição Federal de 1988 (CF/88) deve ser garantida pelo Estado e deveria ser direito de todas e todos, a falta de acesso aos mesmos fere os princípios propostos no artigo 6º, ocasionando violações nos direitos dos cidadãos. As consequências dessas violações podem ser de diferentes graus e da

forma mais variada possível, o que proporciona impactos significativos na vida dos indivíduos, afetando a saúde e o bem-estar garantidos pela Constituição.

O direito humano e constitucional à saúde fica severamente afetado quando se trata de políticas de direito ao aborto. O caso de Rebeca Mendes, 31 anos, ilustra a legislação que criminaliza o aborto e limita drasticamente a opção da mulher. Em novembro de 2017, o caso tornou-se conhecido na mídia ao expor a contradição entre a precariedade da criminalização do aborto no Brasil e seu impacto na saúde pública. Após longa espera na fila para conseguir, por meio Sistema Único de Saúde (SUS), os exames necessários para colocar o Dispositivo Intrauterino (DIU), método contraceptivo, Rebeca engravidou. A jovem, que à época já tinha 2 filhos, recorreu ao Supremo Tribunal Federal (STF), solicitando o direito ao aborto legal por meio de uma liminar. O pedido não chegou a ser analisado, por entenderem que a fundamentação utilizada não se encaixava no mérito do caso que estava sendo julgado.

Foi por meio de campanhas de doações e com apoios de ONGs, que Rebeca conseguiu fazer o procedimento do abortamento na Colômbia, de forma legal. Na Colômbia, apesar de não haver legislação favorável ao aborto, o sistema de justiça do país reconhece o aborto legal quando a saúde física e/ou mental da mulher estão sob risco, ampliando o entendimento favorável à realização do aborto em diversos casos (MARTINELLI, 2017; OLIVEIRA, 2018; PASSARINHO, 2018). Casos como o de Rebeca e de tantas outras mulheres que aguardam o direito ao acesso à saúde sexual e reprodutiva podem ocasionar gravidezes indesejadas e, por consequência, o aborto inseguro, fora do Sistema Único de Saúde, que pode trazer danos irreversíveis à saúde da mulher.

g) Falta de cuidados necessários

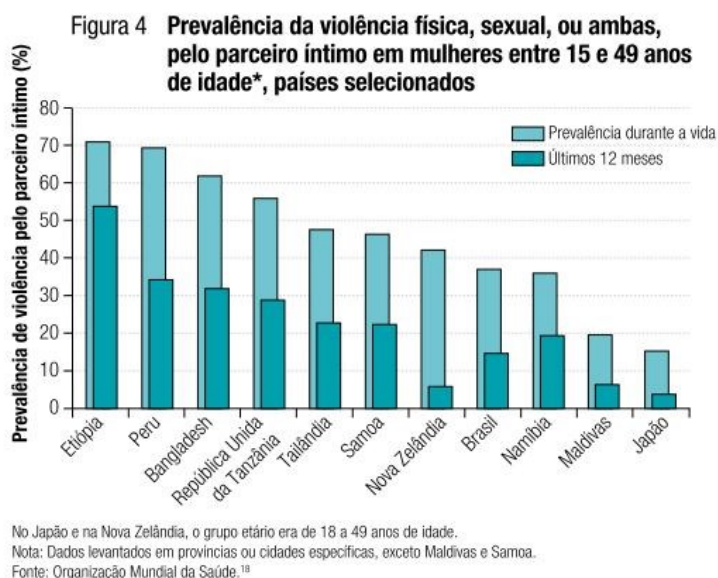
“Falta de cuidados necessários” equivale a “Negligência/abandono”: é a omissão; deixar de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com saúde; descuido com a higiene; a ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência (SAUVI, 2014, p.29 apud Ministério da Saúde, 2008)

B) Violência por parceiro íntimo (VPI)

As questões do bloco VPI, do SAUVI, indagam sobre as violências cometidas por parceiros íntimos, incluindo “marido, namorado, companheiro, ficante, e os respectivos ex-companheiros”. Para a pesquisa desta dissertação, utilizaram-se as perguntas e respostas do SAUVI sobre violências por parceiro íntimo, principalmente as que são decorrentes das relações de poder, disponíveis no ANEXO B.

A OMS (2009) apontou que os parceiros íntimos do sexo masculino são os maiores responsáveis pelas agressões sofridas pelas mulheres. Um estudo comparativo, envolvendo onze países, entre eles o Brasil, mostrou que é alta a prevalência de violências sofridas por mulheres pelos seus parceiros. A violência vivenciada pelas mulheres no período do último ano da pesquisa variou entre 4% e 54%, e, analisado ao longo da vida, esse número sobe para 15% a 71%.

Figura 4- Prevalência de violência ao longo da vida e nos últimos 12 meses.



Fonte: OMS (2009)

Na Figura 4, o gráfico reproduzido do documento da OMS “Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã” (2009), aponta que, no Brasil, cerca de 15% das mulheres declararam ter sofrido VPI nos últimos 12 meses, e esse número mais que dobra, se

comparado às violências sofridas ao longo de toda a vida, quando, de acordo com o gráfico, sobe para em torno de 40%. Os dados refletem que as violências sofridas por mulheres, no último ano, podem dobrar se comparadas ao índice de violências sofridas ao longo da vida.

O Relatório mundial sobre violência e saúde da OMS (2002, p.91) também indica que “a maioria das mulheres que são alvo de agressão física geralmente passam por múltiplos atos de agressão no decorrer do tempo”. A organização Think Olga (2014, p.1:6) aponta que 34% dos casos de violência doméstica e sexual atendidos na saúde eram reincidentes da violência. As consequências da violência são significativas na vida da vítima, podendo impactar o bem-estar e as relações de um coletivo inteiro.

C) Violência Sexual

Nas questões do bloco sobre violência sexual, dispostas no Manual do entrevistador do ANEXO B, o termo “prática sexual” é entendido como “bolinação”, ou seja, “o ato de apalpar, esfregar-se, roçar ou tocar maliciosamente”, além da definição de agressão sexual já citada anteriormente (SAUVI, 2014, p. 35).

Por lei, o estupro é a única violência sofrida pela mulher capaz de dar a ela o direito de abortar. A aceitação social e legal do abortamento por estupro pressupõe a rejeição à barbaridade do ato e a invasão direta e violenta à sexualidade da mulher; sendo encarado socialmente como um ato mais grave que o próprio aborto. No entanto, a sociedade, de modo geral, tende a caracterizar como estupro o ato praticado por pessoas desconhecidas da vítima. O sexo sem consentimento, dentro do matrimônio ou numa relação preestabelecida, fica invisível e raramente é considerado como um ato invasivo, violento e criminoso. (OLGA, 2014, p. 1.6).

Conforme pesquisa com determinada população carcerária, realizada pela Universidade de Brasília (UnB) em 1998, “a maioria dos presos por estupro cometeu o crime contra uma mulher desconhecida, com a qual não possuía relação de afeto ou parentesco” (OLGA, 2014, p. 1.6). Este estudo concluiu que as denúncias de violência sexual muitas vezes não têm desfechos contra o agressor do âmbito doméstico, que é conhecido da vítima, uma vez que a imagem atribuída ao estuprador no imaginário coletivo é desumana e monstruosa, o que se difere da figura do pai de família, do companheiro e parentes próximos. Apesar do alto

número de denúncias de violência sexual no âmbito doméstico, a proximidade entre vítima e agressor colabora para obstruir as investigações, deixando-as morosas e muitas vezes sem desfechos e punições (OLGA, 2014, p.1.7).

Walter & Paker (KRUG, 2002 apud Walters RH) apontam que a violência é determinada culturalmente. A cultura e a crença de uma determinada região podem fazer com que algumas pessoas não percebam alguns atos como violentos. É o caso do estupro sofrido por parceiros íntimos no Brasil, quando, diante de uma sociedade patriarcal, muitas mulheres ainda se veem obrigadas a fazer sexo. Mesmo diante do sexo forçado, o ato ainda pode ser encarado como obrigação matrimonial e não como um estupro.

O sexo forçado, mesmo dentro do casamento, traz implicações para a saúde sexual e reprodutiva da mulher, dentre elas infecção e irritação vaginal, infecção urinária, sangramentos, redução da libido, e até mesmo tumores fibroides (KRUG, 2002).

A experiência de sexo forçado em idade tenra reduz a capacidade de uma mulher de encarar sua sexualidade como algo que ela controla. Consequentemente, é menos provável que uma adolescente que tenha sido forçada ao sexo venha a usar preservativos ou outras formas de contracepção, aumentando a probabilidade de ficar grávida. (KRUG, 2002, p.160)

A violência contra a mulher sofrida desde a infância pode estar relacionada à mulher ser vítima ou abusadora em outras relações, trazendo duradouras consequências para sua saúde física e mental, bem como um impacto na sua forma de estabelecer relações interpessoais. A OMS (2002) apresenta evidências de que a violência no lar “está associada ao fato de a pessoa ser uma vítima ou um perpetrador da violência na adolescência ou na fase adulta”, por ter sido “rejeitada, negligenciada ou de sofrer indiferença por parte dos pais”, aumentando o risco da criança de um comportamento agressivo e antissocial e até mesmo de reprodução de um “comportamento abusivo quando adulto”. As pesquisas utilizadas pela OMS também indicam “associações entre o comportamento suicida e os diversos tipos de violência, inclusive maus tratos à criança, violência praticada por parceiro íntimo, agressão sexual ou abuso contra idosos” (KRUG et al., 2002, p.15).

Na análise deste estudo, parte-se do pressuposto que a mulher vitimada na infância, ou em outra fase da vida, pode ter experiências de repetição da violência, seja como vítima ou como a perpetradora da violência, e, nesse ciclo, pode atingir a si mesma. O desejo de abortar,

nestas circunstâncias, pode ser encarado como um ciclo de perpetuação da própria violência sofrida, a partir do momento em que, na tentativa de encerrar o ciclo de agressões, a mulher acaba cometendo o aborto, no Brasil geralmente de forma insegura, tornando o processo agressivo e perigoso.

A forma como o aborto é tratado no Brasil por si só já viola os direitos das mulheres à autonomia e decisões sobre o próprio corpo. Quando se decide interromper voluntariamente a gravidez, seja por razões de violências anteriormente vividas, seja por outros motivos, ela sofre nova violação, dessa vez relacionada aos direitos à saúde e ao acesso seguro ao procedimento, e ainda sofre com a possibilidade de ser responsabilizada penalmente. O “efeito dominó”, reação em cadeia proporcionada pelo ciclo da violência, constrói as relações de poder intrínsecas à sociedade. Esse ciclo de violência é efeito do domínio constante da mulher, nas leis e nos costumes, em todas as instâncias da sociedade, reforçando a retroalimentação do próprio ciclo perverso de violência contra a mulher.

2.1.2 Efeito Domínio-dominó: sexualidade, violência e relações de poder

Este capítulo abordará o ciclo de violência constituído a partir das relações de domínio que se perpetuam ao longo da vida das mulheres e das gerações, desencadeando danos à saúde e ao bem-estar. Chamaremos essa situação violência de “efeito domínio”.

Falar de aborto é falar de sexualidade e de relações de poder. Michel Foucault, em sua obra “A história da sexualidade I: a vontade de saber” (1988), analisa que o entendimento da sexualidade reprimida ao longo dos tempos, como função utilitária de reprodução, reconhecida dentro do matrimônio, praticada por adultos heterossexuais, ganhou novos contornos na sociedade burguesa moderna pós-século XVIII: a de que “a sexualidade está ligada a dispositivos de poder” (FOUCAULT, 1988, p. 101). Segundo Foucault (1988, p. 98), a sexualidade é o dispositivo que tem maior instrumentalidade nas relações de poder: é permitido um número maior de manobras, com variadas estratégias, e, portanto, não seria a repressão o único artifício estratégico das relações de poder da sexualidade, visto os inúmeros e vastos objetivos pretendidos para exercer as relações de domínio. O domínio, por sua vez, é um dispositivo da sexualidade, pois

sua formação, a partir da carne, dentro da concepção cristã; seu desenvolvimento através das quatro grandes estratégias que se desdobraram no século XIX: sexualização da criança, histerização da mulher, especificação dos perversos, regulação das populações; estratégias que passam todas por uma família que precisa ser encarada, não como poder de interdição e sim como fator capital de sexualização (FOUCAULT, 1988, p.107).

A sexualidade como um ponto denso nas relações de poder, palco das relações de dominação do patriarcado sobre as mulheres, também integra o sistema simbólico do feminino – “conceito de gênero culturalmente construído, distinto do de sexo, como naturalmente adquirido” (RODRIGUES, 2006, 179) -, e das normas sociais já estruturadas e instituídas às mulheres, que muitas vezes, por si só, já as definem por sua função biológica reprodutora e por sua anatomia que se materializa a partir do útero. Márcia Tiburi (2008) relaciona o útero como a metonímia da mulher, ou seja, o destino da mulher vem definido por seu órgão fragmentado, fadado à reprodução: “o útero é o que se revela como foco último da estrutura de poder no que tange à modelagem que o sistema do feminino (como construção do poder dos homens) exerceu sobre as mulheres” (TIBURI, 2008, p.51).

Em texto que trata sobre violência e poder, Tiburi (2018) discute o poder masculino do público e do privado por meio da acepção Aristotélica do termo “política”. Do grego *Pólis* e *Óikos*, o primeiro radical exprime a cidade, a administração das nações, e, o segundo, refere-se à casa, à família. A cidade diz respeito ao espaço público, com administrações e regimes complexos, organização de leis, geralmente propostos e ocupados por homens. Enquanto nas ágoras os homens se encontravam para o diálogo, para as trocas de ideias e a construção das legislações e das normas de convivência, a casa e a família são os espaços privados, domésticos, destinados às mulheres. Tiburi destaca que “as bases da separação entre público e privado estão dadas aí e correspondem à diferença entre gêneros e classes, bem como entre cultura e natureza” (TIBURI, 2018, p.105).

O entendimento de que a separação entre o público e o privado define os lugares em que homens e mulheres foram intrinsecamente alocados na sociedade, bem como que as características de cada espaço estabelecem as ações e as relações de poder entre tais atores, é central para a análise da criminalização do aborto e suas consequências. O espaço público é universo de poder, proporcionando voz e diálogo a seus ocupantes; já o doméstico é recluso, solitário, submisso e, frequentemente, violento. Não é à toa que a maior parte da violência praticada contra as mulheres se dá no âmbito doméstico, na vida privada, e normatizada pelos costumes. Jargões como o conhecido “em briga de marido e mulher não se mete a colher”

elucida a trivialidade da violência e dos poderes estabelecidos. Tiburi (2018) afirma que “o reino público se define pela ordem do poder e o reino privado pela ordem da violência” (TIBURI, 2018, p. 106).

Ainda que nos séculos XX e XXI as lutas feministas tenham forçado avanços e conquistas significativas nos direitos da mulher, o espaço público e os lugares de poder ainda pertencem majoritariamente aos homens. Atualmente, no ano de 2019, dos 513 deputados(as) federais do Congresso Nacional brasileiro, apenas 77 são mulheres, e, das 81 cadeiras do Senado, 12 são ocupadas por senadoras, totalizando cerca de 15% da casa legislativa (MONTESANTI, 2018). Entendendo privilégios como uma forma imediata de poder, proporcionando benefícios relacionados ao status político, social, econômico, racial, de gênero, Tiburi (2018) analisa que “de modo geral, quem tem mais poder, tendo mais privilégios, sofre menos violência” (TIBURI, 2018, p. 108).

Esse número de 15% de mulheres no Congresso Nacional diz muito sobre quem majoritariamente ocupa e exerce o universo do poder e da legislação, e a quem resta o universo doméstico marcado frequentemente pela violência. O Congresso Nacional é o local onde se criam as regras e as leis que irão reger o sistema coletivo. As regras estabelecidas perpassam pelo corpo real e simbólico da mulher. Leis, projetos de leis e decretos que tratam de temas como o do aborto, planejamento familiar, saúde sexual e reprodutiva da mulher ou assuntos relacionados ao corpo e ao livre arbítrio da mulher, são discutidos majoritariamente por homens. É uma forma da manutenção do domínio, entre os gêneros, como um dispositivo de poder.

Ao longo da história, houve no Brasil apenas uma presidenta mulher. Não coincidentemente, acabou por não terminar o segundo mandato para o qual foi reeleita, tendo sido deposta após processo de impeachment (SALIBA; SANTIAGO, 2016). Em seu segundo mandato, antes do impedimento, a presidenta sofreu não só com manifestações populares previstas legalmente, como também com demonstrações opositoras de ódio, como vaias e xingamentos em coro no estádio durante abertura da copa no mundo no Brasil, além do emblemático uso de adesivos sexualmente pejorativos com sua imagem em carros nos protestos contra o preço alto dos combustíveis. Esses movimentos políticos, de caráter sexista, foram apoiados por parte significativa da opinião pública e contribuíram diretamente ao declínio do governo à época. A imagem dos adesivos nos carros trazia a figura da então presidenta de pernas abertas, com as

partes íntimas posicionadas na entrada do tanque do combustível, onde se insere a bomba de gasolina para abastecer. O processo de deterioração do apoio popular, da maneira como ocorreu, jamais fora vivenciada por outro presidente brasileiro do sexo masculino, atestando a posição da mulher pública frente à sociedade patriarcal, que ainda não suporta a figura feminina saindo de espaços privados para ocupar espaços públicos.

Em 2016, quando o vice-presidente que lhe sucedeu assumiu o poder, a Revista Veja (LINHARES, 2016) fez uma matéria de capa com a então primeira-dama utilizando-se do bordão “bela, recatada e do lar” para descrevê-la, numa tentativa de novamente delimitar o lugar da mulher “padrão”, estereotipada pelo arquétipo imposto ao gênero. Contudo, a investida virou chacota nas redes sociais e a ação foi definida por Tiburi como uma violência simbólica de domínio sobre as mulheres

(...) num contexto em que as mulheres, de um modo geral, se sentem mais livres do que o patriarcado gostaria que elas fossem. Verdade também que essa construção é violenta de um ponto de vista simbólico, e quem a constrói, ou quem se submete a ela, não está preocupado com isso (TIBURI, 2018, p.109).

Um dos papéis sociais atribuídos à mulher, até mesmo por sua fisiologia, é a maternidade, e o aborto é uma prática que rompe com o que lhe foi imposto. O aborto pode ser fruto de uma gravidez indesejada, que geralmente decorre de falhas no processo contraceptivo (BRASIL, 2011). A maternidade, da forma como é concebida, é uma instituição atribuída às mulheres antes mesmo delas nascerem, por meio de normas que advêm duma ancestralidade que perpassa por gerações a fio, com limitações impostas pela sociedade e pouca influência da decisão individual. É o que o precursor da sociologia Émile Durkheim definiria como “Fato Social”, que engloba as relações objetivas impostas e externas ao indivíduo, mas que exercem coerção sobre ele independente da sua vontade subjetiva. A subjetividade do indivíduo é objeto de estudos da psicologia, e, o Fato Social, enquanto objeto de análise da sociologia, é objetivo: não pertence ao indivíduo, mas exerce uma profunda influência sobre ele. A maternidade é um fato social que exerce coerção ao indivíduo, independente da sua vontade. É um fato instituído e o desejo da mulher em vivenciá-la não interessa ao sistema (DURKHEIM, 2007; MELO, 2017¹).

¹ Aula disciplina “Bases teor. e metod. da abordagem da violência” sobre a obra “As Regras do Método Sociológico” de Émile Durkheim. 2017.

As instituições regulam a consciência coletiva, que por sua vez não pertence ao indivíduo, mas o molda, influenciando a própria consciência individual. Na tentativa de romper com o instituído, o indivíduo sofre uma punição (MELO, 2017, informação verbal¹), ou seja, ao tentar romper com a maternidade/instituição, por meio do aborto, gera penalidades legais; se for mediante adoção ou doação da prole, recebe condenação moral; se o rompimento passar pela recusa de nem mesmo engravidar, há também a pena do julgamento social por meio da intromissão na sexualidade individual da mulher que se nega a cumprir o papel social de mãe. É o caso de movimentos de mulheres como os intitulados “*No Mothers*”, que surgiram numa tentativa de desconstruir a maternidade compulsória, tendo se unido com o objetivo de atenuar as sanções que sofrem decorrentes da não aceitação social pela decisão individual de não gestar um filho. São lutas que advêm das penas sofridas por negar a maternidade instituída.

Simone de Beauvoir (2016), com sua crítica sobre os papéis sociais atribuídos à maternidade, registrou, em 1949, as mudanças de paradigma em relação à maternidade no século XX, ao ressaltar a questão da vontade e opção da mulher.

É pela maternidade que a mulher realiza integralmente seu destino biológico; é a maternidade sua vocação “natural”, porquanto todo o seu organismo se acha voltado para a perpetuação da espécie. Mas já se disse que a sociedade humana nunca é abandonada à natureza. E, particularmente, há um século, mais ou menos, a função reprodutora não é mais comandada pelo simples acaso biológico: é controlada pela vontade (BEAUVOIR, 2016, p. 279)

Beauvoir (2016) problematizou a conciliação do papel de reprodutora da mulher com o seu trabalho produtor. Segundo a autora, a maternidade mantém a mulher no espaço doméstico, limitando-a de participar da construção do mundo, reduzindo-a à função geradora (BEAUVOIR, 2016b, p.171). A função biológica da mulher em gestar uma criança é imposta como fator inerente e obrigatório, o que acaba por tolher a vontade e limitá-la ao campo doméstico.

Tiburi (2008, p.54-55) também sustenta que há uma analogia entre o útero e o lar, e é por meio da maternidade que as mulheres ficam aprisionadas em seus lares. Esse argumento definiria o “enclausuramento”, que, para autora, seria a prisão da mulher ao lar ao longo da história, sob a alegação de que ela e a prole estariam protegidas no ambiente recluso. Nesse contexto

A clausura é o espaço fechado (como um mosteiro), ao mesmo tempo aberto e fechado, onde se permanece por vontade própria. ‘Custódia’ é o termo que designa o misto de cuidado e repressão que no tempo histórico forjou a mulher a ‘guarda’ de si mesma” (TIBURI, 2008, p.58-59).

Nessa situação de enclausuramento, como um local em que se permanece por vontade própria, impondo-se regras a si mesma através da castração imposta sob a premissa da estrutura do corpo, “a histeria aparece como sintoma dos recalques” advindos das limitações da mulher enquanto sujeito político, de poder, de conhecimento, desejo e autonomia (TIBURI, 2008, p.59).

Antes de ser encarada como uma estrutura da psicanálise freudiana, a histeria era considerada uma doença que atingia as mulheres com a crença da origem em perturbações causadas pelo útero. Os estudos de Freud clarearam a associação da histeria como um sintoma ligado à sexualidade, reprimida fortemente pelas mulheres que adoeciam, por não terem espaços para expressar seus afetos e desejos. Foi por meio da escuta das históricas e a possibilidade de reestruturar a elaboração do diálogo que se estabelece as condições para o tratamento e o alívio psíquico aos seus sofrimentos (BASTOS, 2019; TIBURI, 2008).

A prática do diálogo se estabelece como uma ferramenta fundamental para se apropriar da produção do poder comunicativo, capaz de influenciar a participação das decisões construídas no espaço público, nas decisões do Estado e na política, conforme sustenta Habermas (MELO; MELO, 2016, p.30). A mulher, por meio da fala historicamente reprimida, começa a tratar seus anseios, desejos ainda que recalcados, e a se investir no espaço público.

Foucault ressalta que o domínio sofrido pelas mulheres ao longo da história, principalmente por meio da sexualidade, não se dá somente no campo da repressão e da castração. Discorda de Freud, apontando os limites da intervenção psicanalítica, propondo uma mudança mais radical dos paradigmas atuais de dominação da sexualidade. Alega que a repressão foi classicamente a base da “ligação entre poder, saber e sexualidade” e que somente uma ruptura drástica, “uma transgressão das leis, uma suspensão das interdições, uma irrupção da palavra, uma restituição do prazer ao real, e toda uma nova economia dos mecanismos do poder; pois a menor eclosão de verdade é condicionada politicamente.” (FOUCAULT, 1988, p.11).

À vista do que preconiza Foucault, pondera-se que, apesar da condição da mulher estar instituída socialmente, é possível modificar as instituições de repressão que a oprimem. Promover a escuta da mulher, aprimorar as práticas do diálogo e até mesmo transgredir leis, são estratégias de resistência e mecanismos para a apropriação dos espaços públicos e, conseqüentemente, de um sistema de elaboração de leis, normas, instituições que ditam e constroem as práticas de regulação sobre o corpo feminino. A prática do aborto, que é o cerne deste trabalho, representa essa resistência transgressora, no entanto, extremamente penalizada e silenciada. Sua prática no Brasil por si só já penaliza as mulheres que a praticam, as quais, em um contexto de clandestinidade, operam a interrupção da gravidez de forma insegura, colocando em risco a própria vida, devido à falta de opção.

2.2 SOBRE O ABORTO

2.2.1 Dados – contexto e dimensões do aborto no Brasil e no mundo

Em 2018, um relatório com informações atualizadas sobre a incidência de gravidez indesejada e aborto em todo o mundo, intitulado *“Abortion Worldwide: Uneven Progress e Unequal Access”* (Aborto no Mundo: progresso desnivelado e acesso desigual) (SINGH et al., 2017), publicado pelo Instituto Guttmacher, organização de pesquisa de promoção à saúde nas áreas dos direitos sexuais e reprodutivos, compara dados de aborto desde 1990, considerando legislações de vários países e os impactos das leis mais ou menos restritivas à saúde da mulher. O relatório aponta que entre 2010 e 2014 estima-se que, a cada 1000 mulheres, 36 realizaram pelo menos um aborto nos países de baixa e média renda (PBMR) e 27 realizaram nos países de alta renda (PAR). A taxa teria diminuído significativamente desde 1990, nos PAR, onde, em quase todos, o aborto legal é permitido nas primeiras semanas de gestação. Em contraponto, não houve mudanças nas taxas de aborto nos PBMR. Segundo o documento, 93% dos países que restringem totalmente a prática do aborto, ou a permite só em alguns casos, estão localizados nos países de baixa e média renda, como o Brasil. Países com legislações liberais pró-aborto estão localizadas em quase toda a Europa, América do Norte e Ásia.

Estima-se que no mundo ocorram 55,9 milhões de abortos por ano, dentre os quais, aproximadamente, 55% são abortos seguros, 31% são menos seguros e 14% são inseguros. No entanto, essa proporção difere drasticamente de país para país. De acordo com o relatório,

quanto mais restritivas são as leis que tratam sobre aborto em um país, mais inseguros eles se tornam. A OMS reconhece esse dado, estimando que, entre 2010 a 2014, cerca de 25 milhões de abortos inseguros ocorreram a cada ano no mundo (SINGH et al., 2017, p.4-5). A confiabilidade dos dados e a qualidade das informações são afetadas em países em que o aborto é altamente restrito, uma vez que sistemas de notificações são praticamente ausentes, com baixa eficácia. É o caso do Brasil.

No Brasil, aspectos socioculturais, religiosos, legais e morais inibem que as mulheres declarem a prática do aborto. Tais fatores contribuem que a prática ocorra clandestinamente, favorecendo à subnotificação dos casos, que muitas vezes aparecem em dados epidemiológicos referentes à complicações de saúde. Portanto, a criminalização do aborto no Brasil afeta não só as práticas do abortamento inseguro, como também a confiabilidade estatística dos dados que subsidiam pesquisas e a implementação de políticas públicas que visam à diminuição da mortalidade materna e à diminuição das complicações que impactam a saúde da mulher (MARTINS-MELO, 2014, p.516).

Com o objetivo de fortalecer a agenda nacional de pesquisas sobre aborto, foi publicado, no ano de 2009, pelo Ministério da saúde, um relatório coordenado pela pesquisadora Débora Diniz, que sistematizou 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil para organizar os conhecimentos até então produzidos e aproximar o debate político das produções acadêmicas (BRASIL, 2009). O relatório aponta estudos e desafios sobre os cálculos da magnitude dos abortos no Brasil, visto ser alto o número de mulheres que omitem ter induzido o aborto em questionários com perguntas diretas.

Alguns estudos dedicaram-se a testar a eficácia de diferentes metodologias aplicadas simultaneamente a dois grupos homogêneos de mulheres. Em uma dessas pesquisas, foi testado o método de urna e o de questões indiretas para estimar a frequência do aborto induzido. Pelo método das perguntas indiretas, 3,8% das mulheres relataram aborto induzido, ao passo que, pelo método de urna, 7,2% delas o relataram. (BRASIL, 2009, p.44)

As diferentes metodologias traduzem as limitações na coleta de dados sobre o assunto no Brasil e indica que a certeza da confidencialidade é fator decisivo na informação de relatos de aborto, reforçando a constatação da criminalização como obstáculo para o relato.

Em 2016, foi realizada a segunda edição (a primeira foi realizada em 2010) da Pesquisa Nacional do aborto 2016 (PNA 2016) coordenada pelo Anis- Instituto de Bioética da

Universidade de Brasília (UnB). A pesquisa apontou que uma em cada cinco mulheres até 40 anos de idade no Brasil já efetuou ao menos um aborto. Estima-se que só no ano de 2015, 416 mil mulheres que vivem nas regiões urbanas realizaram aborto, chegando a meio milhão de mulheres se contadas as que vivem nas regiões rurais. Os resultados indicam que o perfil das mulheres que abortam é comum: a maioria tem filhos, religião, são de todas as classes sociais e níveis educacionais. No entanto, a maior incidência das taxas de aborto está entre as mulheres negras e indígenas, com menos escolaridade e que vivem nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país. (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017, p.653)

2.2.2 História, Religião e Conceitos

A questão do aborto perpassa várias épocas da história da humanidade. Nos primórdios das civilizações oriental e greco-romana, o aborto não era proibido. Simone de Beauvoir (2016, p.172) relata que na História “o direito romano não concedia proteção especial à vida embrionária”. O aborto era uma prática normal. No entanto, o delito da mulher nessa época, dentro do núcleo familiar, era considerado quando da desobediência ao marido, ou seja, a punição vinha se a mulher recusasse a ter o filho contra a vontade do cônjuge. (BEAUVOIR, 2016b).

Com o crescimento do Cristianismo, as ideias morais relativas ao aborto se transformaram ao longo do tempo, de modo a regular ainda mais os corpos femininos e manter a dominação patriarcal. Foi atribuída alma ao embrião, e o aborto passou a ser crime contra o feto. Os primeiros concílios da Igreja Católica deliberaram sobre penas severas a quem interrompesse voluntariamente a gravidez em qualquer idade do feto. No entanto, a discussão sobre “em que momento a alma se une ao corpo?” perdura até os dias de hoje. Ao longo da história, as instituições chegaram a estipular esse tempo, que era mutável conforme os interesses:

Durante a Idade Média, o livro penitencial declara: “Se uma mulher grávida faz perecer seu fruto antes de quarenta e cinco dias, sofre uma penitência de um ano. Se fizer ao fim de sessenta, de três anos. Finalmente, se a criança já estiver com alma deverá a mulher ser tratada como homicida. (BEAUVOIR, 2016, p.173)

No século IV, com a grande influência da Igreja Católica, as doutrinas baseadas em São Basílio condenavam qualquer tipo de aborto. No século VI, essa posição foi revista no Código de Justiniano, que permitia o aborto nos primeiros 40 dias de gestação e perdurou por 10

séculos, sendo reafirmado pelos Papas deste período (VERARDO, 1987). O referido Código é da época do Império Bizantino, quando este atingiu seu apogeu, expandiu fronteiras e organizou sua legislação com princípios fundamentais do direito romano (HADAS, 1972).

Quanto mais as religiões influenciam na elaboração das legislações de uma nação, as leis tendem a ser menos flexíveis e mais restritivas no que diz respeito à liberdade de escolhas, principalmente as que envolvem direitos das mulheres. Em 1588, o Papa Sisto V retoma a posição de São Basílio sobre proibição do aborto em qualquer estágio. No entanto, três anos depois esse entendimento é revogado pelo Papa Gregório XIV, argumentando que o feto não tinha alma até que começasse a se movimentar. Quase três séculos depois, em 1869, o Papa Pio IX restituiu a proibição que permanece até hoje como a posição oficial da Igreja Católica (JONES, 2005; VERARDO, 1987, p. 48).

Em 2015, o Papa Francisco permitiu que os sacerdotes perdoassem as mulheres que tenham feito aborto, com a condição que pedissem remissão pelos seus atos. Tal perdão, no entanto, não significa que a posição da Igreja Católica é favorável à interrupção da gravidez (NOSSA OPINIÃO- O GLOBO, 2015). Em 2018, o referido pontífice comparou o aborto ao uso de um ‘matador de aluguel’: “Interromper uma gravidez é como eliminar alguém. É justo eliminar uma vida humana para resolver um problema?” (G1, 2018).

Atualmente a Igreja Católica diverge das legislações dos países de alta renda, locais onde as taxas de abortamento são menores do que nos países mais restritivos, e os procedimentos mais seguros. Segundo Martins-Melo (2014, p.509), o aborto seguro é aquele realizado com o atendimento técnico necessário e qualificado, por serviços de saúde estruturados, com assistência médica e psicossocial. O atendimento qualificado preserva não só a saúde sexual e reprodutiva da mulher, como a própria vida que é colocada em risco nos abortamentos inseguros. No Brasil, no entanto, só é permitido em alguns casos previstos por Lei.

O abortamento inseguro, segundo a OMS (2013, p.18), “é um procedimento para finalizar uma gravidez não desejada, realizado por indivíduos sem as habilidades necessárias e/ou em ambiente abaixo dos padrões médicos exigidos”. De acordo com Martins-Melo (2014, p.509), “o aborto inseguro representa uma questão polêmica e desafiadora, que incorpora aspectos de justiça social em países de baixa e média renda, envolvendo uma complexa rede de fatores legais, econômicos, sociais e psicológicos”.

Simone de Beauvoir (2016), descreve formas de abortamento inseguro, comuns à época da década de 1940, e não raros ainda os encontramos nos dias atuais

Na cidade, as mulheres auxiliam-se mutualmente. Mas nem sempre é fácil descobrir uma “fazedora de anjos” e menos ainda juntar a importância exigida; a mulher grávida pede socorro a uma amiga ou opera-se a si mesma; essas cirurgias ocasionais são muitas vezes pouco competentes; facilmente se perfuram com o gancho ou a agulha de tricô; um médico contou-me que uma cozinheira ignorante, querendo injetar vinagre no útero, injetou-o na bexiga, o que lhe provocou horríveis sofrimentos. Brutalmente executado e maltratado, o aborto, muitas vezes mais penoso do que um parto normal, é seguido de perturbações nervosas podendo ir até a beira do ataque epilético, provoca às vezes graves moléstias internas e pode desencadear uma hemorragia mortal. Colette contou em *Gribiche* a dura agonia de uma pequena dançarina de *music hall* entre às mãos ignorantes da mãe; um remédio habitual era, diz, beber uma solução concentrada de sabão e correr em seguida durante um quarto de hora: com tais tratamentos é muitas vezes matando a mãe que se suprime o filho. Falaram-me de uma datilógrafa que ficou durante quatro dias no quarto, banhada em sangue, sem comer nem beber, porque não ousara pedir socorro. (BEAUVOIR, 2016a, p.285-286)

Casos semelhantes à experiência descrita do século passado, ainda podem ser encontrados nos dias atuais. No Brasil em maio de 2018, Ingriane Barbosa Carvalho, 31 anos, negra, de baixa renda, babá e empregada doméstica, mãe de 3 filhos, abandonada pelo companheiro, morreu em Petrópolis-RJ, após tentar interromper sua gestação de quatro meses, ao tentar introduzir um talo de mamona no útero. Ingriane aguardava na fila do SUS para fazer laqueadura. Em julho do mesmo ano, a mulher que a ajudou a realizar o procedimento foi presa. Segundo matéria do portal Catarinas, assinada pela jornalista Paula Guimarães (2018),

Na delegacia

Em relato ao delegado titular da 105ª Delegacia de Polícia, Claudio Batista Teixeira, a mulher de 42 anos que teria ajudado Ingriane a realizar o abortamento, contou que a jovem a procurou depois de recorrer a um método mal sucedido. Após insistência da vítima, ela teria aceitado fazer o procedimento pelo qual cobrou R\$ 300. “Ingriane estava chorando muito e comunicou que já havia tentado outras manobras abortivas, inclusive procurou uma senhora que colocou uma espécie de ferro nela, porém não resolveu”, diz trecho do relato nos autos.

Conforme alude Martins-Melo (2014), o caso de Ingriane ilustra a complexa rede de fatores que envolve o aborto inseguro: uma jovem pobre e negra, aflita com uma gravidez indesejada, que desejava interromper a gestação. Ainda que tivesse passado por uma já frustrada e insalubre tentativa de aborto, arriscou-se novamente em sua desesperada aspiração, e procurou novas formas, ainda nocivas de interromper a gestação, dessa vez, não resistindo. Se Ingriane fosse de classe social mais abastada, ainda que na clandestinidade, poderia ter meios de acessar clínicas ou outros países onde o aborto é legal e talvez formas mais seguras de abortamento. São os aspectos da justiça social também presentes no perfil das mulheres que praticam o abortamento inseguro, e, por sua vez, têm mais risco de morrer. A narrativa da

matéria sobre o caso ainda reforça o contexto socioeconômico da mulher que abortou e da mulher que ajudou no abortamento

Ingriane chegou até a esta mulher por intermédio de um amigo próximo. A suspeita, também mulher negra, informou que o valor pago pela vítima foi utilizado para comprar alimentos para a casa. Ela tem uma filha de dez anos. Será julgada por um júri popular pelos crimes previstos nos artigos 126 e 127, respectivamente provocar aborto na gestante com o seu consentimento e aborto qualificado, quando resulta em morte, que pode levar a uma condenação de 20 anos de reclusão. (GUIMARÃES, 2018).

Tendo em vista os dados do Relatório *Abortion Worldwide* (2017), o qual aponta que os abortos inseguros ocorrem esmagadoramente nos países de baixa e média renda, em que as leis são mais punitivas, é possível afirmar que episódios como o relatado pela jornalista Paula Guimarães são corriqueiros. No entanto, o referido documento alerta que a mera reforma legal, embora necessária, ainda é insuficiente e requer “vontade política e plena implementação da lei para que todas as mulheres - apesar da incapacidade de pagar ou da relutância em enfrentar o estigma social - possam procurar um aborto legal e seguro” (SINGH et al., 2017, p.05).

Da mesma forma que leis flexíveis, por si só, não garantem o acesso ao aborto seguro sem a implementação de políticas, serviços de execução das mesmas, as leis mais restritivas também não coíbem práticas abortivas para interrupção da gravidez, pelo contrário, as tornam mais inseguras.

A PNA 2016 (Pesquisa Nacional do Aborto), mostrou que, apesar da ilegalidade, as mulheres têm utilizado métodos mais seguros para abortar. A pesquisa estimou que cerca de 48% das mulheres que abortaram declaram ter usado medicação, e número igual de 48% das mulheres precisaram de internação para finalizar o aborto (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017). Martins-Melo (2014) sugere que a redução do número de abortos inseguros está ligada ao aumento do aborto medicamentoso, à melhoria ao acesso a programas e informações de planejamentos familiares e a métodos mais eficazes de contracepção.

Estudos sobre os contextos em que a mulher decide fazer o aborto apontam que, quando elas se dão conta da ausência da menstruação, muitas recorrem a chás e ervas para tentar “regularizar” e medir se é um “atraso menstrual” ou gravidez - até quatro semanas de espera seriam encaradas como atraso. Nesses casos, chás e ervas são utilizados com intuito de

“regularizar” o atraso menstrual e não para induzir o aborto, e, caso comprovada a gravidez, tais plantas podem ser utilizadas, dessa vez, para indução do aborto. (BRASIL, 2009)

Uma das medicações mais utilizadas para o aborto é o misoprostol, popularmente conhecido como Cytotec, fármaco amplamente utilizado para, dentre outras coisas, induzir o parto, prevenir úlcera estomacal, estancar o sangramento intrauterino e para abortar. O medicamento é recomendado pela OMS para a realização de abortos seguros. O relatório com o compilado de 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil aponta que para o procedimento do abortamento por meio da medicação, há uma preferência pelo seu uso oral em relação ao vaginal, o que pode ser entendido como “uma extensão dos recursos para regularizar a menstruação e não como um método abortivo. É o uso vaginal do misoprostol que demarca culturalmente a tentativa de aborto” (BRASIL, 2009, p.24).

Em pesquisa sobre experiências de abortamento numa comunidade *online*, a pesquisadora Nanda Duarte (2018) analisa a internet como uma ferramenta de troca de experiências, aquisição de medicações e aponta que as narrativas das trajetórias do aborto são repletas de inseguranças, riscos e violências devido ao cenário da clandestinidade, indicando a necessidade de mais debates sobre o tema no Brasil.

Parte-se do pressuposto que o processo e a prática do abortamento no Brasil já são por si só uma experiência violenta que deixa marcas psíquicas, morais e físicas. Supõe-se que muitas das razões pelas quais a mulher deseja abortar coincidem com o histórico de violências sofridas pela própria mulher em seu ambiente familiar, ou fora dele, quando da negligência do Estado, e o aborto pode ser um dos recursos inconscientemente utilizados como uma tentativa de encerrar um ciclo longo de violências. É o que esta pesquisa pretende investigar.

2.2.3 “A vida desde a concepção”? – A legislação brasileira e a dominação do espaço público

Dissertar sobre a temática do aborto e da violência e seus entornos envolve o estudo do contexto de ilicitude da questão no Brasil. Portanto, é fundamental estudar as leis que

criminalizam o aborto no país, para apoiar reflexões sobre os dispositivos de poder do Estado, o domínio patriarcal e a violência que se entrelaçam nesta dissertação.

A lei vigente que regula a criminalização do aborto no Brasil é regida pelo Código Penal Brasileiro, de 1940. O artigo que trata sobre o assunto está dentro do capítulo “dos crimes contra a vida”: discute e discorre sobre crimes de homicídios, feminicídio, infanticídio e aborto. O código considera que há vida dentro do corpo da mulher desde a concepção do embrião. Os artigos 124 a 128 preveem detenção de um a três anos para quem “provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque” (BRASIL, 1940); reclusão de três a dez anos para quem provocar o aborto sem o consentimento da gestante, sendo reduzida para um a quatro anos de reclusão caso haja o consentimento da mesma. O artigo 128 trata dos casos permitidos na lei, assegurando a não punição ao aborto praticado por médicos em situações em que não há outros meios para salvar a vida da gestante, além de gravidez resultante de estupro (BRASIL, 1940). Há também o entendimento do STF, via ADPF 54, que flexibiliza o aborto em casos de gestação de bebês com anencefalia.

Tendo em vista que o aborto é tipificado como crime pelo código penal brasileiro, é importante compreender as penas consequentes da sua prática, qual o seu grau de punição e em que nível delituoso o aborto é tratado pelos legisladores. A diferença entre reclusão e detenção, segundo o Art. 33 da Lei 7209/84, que altera alguns dispositivos do código penal, prevê:

Art. 33 - A pena de reclusão deve ser cumprida em regime fechado, semiaberto ou aberto. A de detenção em regime semiaberto ou aberto, salvo necessidade de transferência a regime fechado.

§ 1º - Considera-se:

- a) regime fechado a execução da pena em estabelecimento de segurança máxima ou média;
- b) regime semiaberto a execução da pena em colônia agrícola, industrial ou estabelecimento similar;
- c) regime aberto a execução da pena em casa de albergado ou estabelecimento adequado (BRASIL, 1984).

Ao praticar o aborto ilegal, a mulher, após condenada, cumpre a pena de “detenção” em regime semiaberto ou aberto, ou seja, dentre as sanções previstas no código, esta é a mais branda quando comparada às demais.

De acordo com a referida Lei, as regras do regime aberto “baseiam-se na autodisciplina e senso de responsabilidade do condenado”. Ele pode executar suas atividades diárias

normalmente, como trabalho e estudo, desde que autorizadas, e deverá recolher-se nos períodos noturnos e nos dias de folga. No semiaberto o detento pode ter um trabalho local previamente estabelecido pelo sistema penitenciário ou um trabalho externo e retorna à prisão para dormir e para passar os finais de semana. (BRASIL, 1984).

O “abrandamento” da pena da mulher que pratica o aborto, apesar de aparentemente ser favorável à mulher, é indicativo de manutenção das relações de poder existente na sociedade patriarcal. A pena imputada à mulher que interrompe a gravidez lhe devolve a um lugar histórico e intrínseco do qual supõem que ela nunca deveria ter saído: o território doméstico. É no campo doméstico, área privada que sempre foi determinada à mulher, que o fato social se reproduz por séculos; é onde ela vive a maternidade e o local em que ela, via de regra, sofre as violências. Essa discussão sobre o público e o privado, referido no capítulo anterior, tem implicações diretas até mesmo nas sanções relacionadas a crimes de aborto, que se relacionam às escolhas feitas pelas mulheres em relação a sua própria sexualidade, ao seu próprio corpo e à sua vida.

A privação atribuída à mulher em sua pena se assemelha às privações que ela vivencia no exercício da maternidade: é permitido, mediante consentimento do outro (a partir de seu contexto de vida familiar) que ela vá ao trabalho fora do seu ambiente doméstico, mas devem retornar à casa para cuidar da prole durante a noite e finais de semana. Caso não tenham com quem deixar os seus filhos, o trabalho externo fica em segundo plano, e ela passa a viver integralmente no âmbito do lar.

As mulheres, muitas vezes reduzidas a seu útero, “seriam prisioneiras de seu próprio corpo e o lar seria a repetição de um desenho já implícito em sua anatomia” (TIBURI, 2008, p.55). Na ausência ainda que simbólica do órgão uterino, a mulher passa a ser desvalorizada como a freira, que é santificada, a prostituta, que é depravada, e a solteirona, vista como a mulher incapaz de constituir uma família (TIBURI, 2008).

A biopolítica, de acordo com Foucault, retrata um novo dispositivo de poder baseado no controle social dos corpos por meio da regulação do Estado sobre o indivíduo. Ela propõe indicar as melhores formas de viver, produzindo sujeitos regulados por um pensamento hegemônico patriarcal, na medida em que regula seu modo de vida. A biopolítica passa a “gerenciar o corpo feminino por meio de conhecimentos sobre fenômenos que lhe são

próprios, como natalidade, mortalidade, morbidade” (SCAVONE, 2010, p.48) e a disseminar mitos sobre a sexualidade feminina, fazendo com que as mulheres não tenham conhecimento sobre o próprio corpo, tendo como função social histórica o controle social. (MODELLI, 2017; SCAVONE, 2010, p.48)

Na prática, essas formas de poder e controle social podem ser entendidas por leis semelhantes às do Código Penal Brasileiro no que tange à prática do aborto pela mulher, e outros tantos projetos de lei que vêm sendo propostos pela ala mais conservadora do congresso, que visam a retroceder os direitos já conquistados pelas mulheres.

Atualmente, tramita no Congresso a Proposta de Emenda à Constituição nº 29, de 2015, conhecida por PEC 29. Proposta pelo senador Magno Malta e mais 27 senadores homens, e uma senadora mulher, ela sugere a alteração do art. 5º da Constituição Federal, acrescentando “a explicitação inequívoca ‘da inviolabilidade do direito à vida, desde a concepção’”. A justificativa da proposta escrita, em cinco pequenos parágrafos, alega em um dos trechos que

a omissão no texto constitucional sobre a origem da vida vem permitindo grave atentado à dignidade da pessoa humana que se vê privada de proteção jurídica na fase da gestação, justamente a fase em que o ser humano está mais dependente de amparo em todos os aspectos (BRASIL, 2015).

Com argumentos pouco fundamentados à luz da ciência, a justificativa sobre a PEC 29 alude a estudos sobre “fetologia” e “embriologia”, que apontam que de 11 a 12 semanas de gestação todos os órgãos já estariam presentes no corpo em formação e que, atualmente, a ciência conseguiria garantir a “perfeita sobrevivência de uma criança nascida de um parto de 18 semanas de gestação” (BRASIL, 2015). Em consulta aos termos “fetologia” e “*fetology*”, no portal de Descritores em Ciências da Saúde (DECS), não foi encontrado nenhum descritor dos vocábulos estruturados usados em pesquisas e documentos científicos. O portal Agência Pública (apublica.org) de jornalismo investigativo apontou que os argumentos científicos utilizados na fundamentação da PEC seriam falsos. Além do contato realizado com a assessoria do senador Magno Malta, sem que houvesse os devidos esclarecimentos, a Agência Pública entrevistou diversos especialistas da área e concluiu que há um consenso entre todos em apontar que a ciência utiliza diferentes critérios para definir o início da vida humana, tornando, portanto, equivocada a afirmação da alteração do art. 5º da CF/88 (ANJOS, 2017).

Fato é que a PEC 29 não mudará o número de abortos legais ou ilegais realizados no país, pois estes já são realizados mesmo sendo este um ato tipificado como crime grave pelo código penal do país. Propostas como esta, cada vez mais evidentes no Congresso Nacional, representam formas de silenciar a discussão e a luta das mulheres na decisão sobre o próprio corpo, além de dificultar a descriminalização completa do aborto. A discussão sobre a descriminalização do aborto ou da sua legalização se torna ainda mais frágil e retrocede consideravelmente os espaços de fala e desejos da mulher. A PEC 29 ainda abre brechas para criminalizar as poucas exceções legais existentes no art. 128 do Código Penal (não se pune aborto praticado por médicos) e dá margem ao aumento do número de abortos inseguros e à mortalidade das mulheres, bem como impacta em pesquisas de células tronco e fertilização in vitro.

Além da PEC 29, há outros casos que buscam mais ainda o domínio sobre a opção da mulher sobre a maternidade. Os projetos de lei 5069/2013 e 6033/2013, propostos pelo ex-deputado federal Eduardo Cunha (atualmente preso, condenado a 15 anos de prisão por corrupção passiva, lavagem de dinheiro e evasão de divisas), não só modificam a Lei 12.845/12 de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual como pedem a sua revogação. Esses projetos de lei impedem o uso de medicamentos considerados “abortivos” – como, por exemplo, a pílula do dia seguinte – após situações de estupro e propõem a criminalização do profissional de saúde que disponibilizar tal medicação e/ou auxiliar e orientar a vítima a fazer o aborto. Esses mesmos projetos preveem que as vítimas sejam encaminhadas à delegacia para atestar a violência sexual antes mesmo de receberem o atendimento médico. Os projetos sustentam que o aborto vem sendo imposto por organizações com interesses no controle populacional, conforme trecho abaixo:

- a) As poderosas entidades internacionais e supercapitalistas, interessadas numa política neomalthusiana de controle populacional, não hesitam em fomentar o aborto ilegal para alcançar seus objetivos;
- b) desde a década de 1970, os meios para o controle e redução da população mundial passaram a ser apresentados com uma roupagem feminista, sob o paradigma dos chamados “direitos sexuais e reprodutivos”;
- c) a redução de danos tem todas as condições para tornar-se a nova tática a ser empregada no fomento do aborto ilegal. (BRASIL.CONGRESSO NACIONAL., 2013; BRASIL, 2013)

Em 2016, o deputado federal Marco Feliciano propôs o projeto de lei 5617 com intuito de instituir o “Dia Nacional da Conscientização Antiaborto”, que seria celebrado, caso fosse aprovado, na sexta-feira que antecede o dia das mães. A proposta visava à conscientização

“sobre os riscos e danos associados ao aborto provocado, propiciando a valorização e a defesa da vida humana”(BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. MARCO FELICIANO., 2016). O projeto foi apensado à PL 4642/2016 do deputado federal Flavinho, do PSC/SP, que sugere a instituição do “Programa Nacional de Prevenção e Conscientização sobre os Riscos e Consequências do Aborto”. A ideia aparentemente seria interessante para abrir discussão e diálogo com as mulheres, no entanto, a justificativa para o PL diz que “a realização de abortos clandestinos e mesmo os tolerados em razão de não punibilidade indiscutivelmente gera um problema social relacionado às consequências e riscos que a mulher que aborta a gravidez enfrenta” (BRASIL, 2016b). O referido projeto busca “a proteção do direito da mulher e da vida humana”, o que é contraditório do ponto de vista prático, científico e do próprio texto da proposição. A partir do momento em que se reconhecem os riscos do aborto inseguro e o risco que ele traz às mulheres, a proposta alega que devido à falta de punibilidade da legislação, resta a conscientização sobre o aborto sem propor alternativas concretas para de fato proteger os direitos das mulheres. A proposição reconhece que o aborto continuará ocorrendo quando diz que

ao assumir a informação em sua completude, a mulher será capaz de discernir com maior clareza a respeito da decisão de abortar, seja este aborto legal ou ilegal. O fato é que medidas como a presente evitam que vidas se percam e que o sistema público de saúde seja onerado com o tratamento de pacientes que poderiam ter evitado as consequências de uma decisão, muitas vezes, prematura (BRASIL, 2016b).

Outro projeto polêmico que tramita no Congresso desde 2007 é o PL 478/2007, conhecido como “Estatuto do nascituro”, proposto pelos então deputados Luiz Bassuma, do PT/BA, e Miguel Martini PHS/MG. A proposta foi responsável pelo pedido da expulsão do deputado Luiz Bassuma pela ala feminista do Partido dos Trabalhadores. O projeto, além de proibir a prática legal do aborto decorrente de estupro, prevê que o ato seja considerado crime hediondo. O Estatuto entende que o “nascituro é o ser humano concebido, mas ainda não nascido” (BRASIL, 2007). Inclui os seres concebidos in vitro, clonagem e outros meios científicos. O PL garante os direitos ao feto acima dos da própria mulher, ignorando totalmente a sua voz, inclusive nos casos de violência sexual, conforme a proposição

Art. 13 O nascituro concebido em um ato de violência sexual não sofrerá qualquer discriminação ou restrição de direitos, assegurando-lhe, ainda, os seguintes:

- I – direito prioritário à assistência pré-natal, com acompanhamento psicológico da gestante;
- II – direito a pensão alimentícia equivalente a 1 (um) salário mínimo, até que complete dezoito anos;
- III – direito prioritário à adoção, caso a mãe não queira assumir a criança após o nascimento

Parágrafo único. Se for identificado o genitor, será ele o responsável pela pensão alimentícia a que se refere o inciso II deste artigo; se não for identificado, ou se for insolvente, a obrigação recairá sobre o Estado.

Parágrafo único. Se for identificado o genitor, será ele o responsável pela pensão alimentícia a que se refere o inciso II deste artigo; se não for identificado, ou se for insolvente, a obrigação recairá sobre o Estado (BRASIL, 2007)

O Projeto de Lei sugere que o agressor, o estuprador, ainda que desconhecido, pague pensão alimentícia ao feto até que este vire um ser humano e complete 18 anos, e silencia completamente a mulher em decidir se quer ou não gerar um ser fruto de uma violência. Ao final do estatuto, há proposições de diversas penas à mulher, que inclui, dentre outros, pena de detenção e multa se por acaso ela “referir-se ao nascituro com palavras ou expressões manifestamente depreciativas”.

Estes são alguns dos projetos que demonstram o papel do poder legislativo na manutenção do controle social e domínio sobre o corpo feminino. O poder judiciário, por sua vez, em novembro de 2016, por meio do Supremo Tribunal Federal (STF), tentou descriminalizar o aborto quando este é realizado até o primeiro trimestre da gestação por entender que a criminalização é inconstitucional, viola os direitos sexuais e reprodutivos da mulher e fere o direito à integridade física e psíquica e a sua autonomia.

“Em verdade, a criminalização confere uma proteção deficiente aos direitos sexuais e reprodutivos, à autonomia, à integridade psíquica e física, e à saúde da mulher, com reflexos sobre a igualdade de gênero e impacto desproporcional sobre as mulheres mais pobres. Além disso, criminalizar a mulher que deseja abortar gera custos sociais e para o sistema de saúde, que decorrem da necessidade de a mulher se submeter a procedimentos inseguros, com aumento da morbidade e da letalidade”, decidiu Barroso. (RICHTER, 2016)

O entendimento considerou apenas para os casos julgados naquela sessão, que julgava a prisão de cinco pessoas detidas em uma clínica de aborto clandestina, entre elas médicos e funcionários. No dia seguinte à decisão, o poder legislativo anunciou a instauração de uma comissão especial para analisar a decisão na tentativa de revertê-la. (DIAS, 2017)

A Constituição Federal, em seu art. 5º, trata dos Direitos e Garantias Fundamentais e dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos iniciando proferindo que

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (EC no 45/2004)

- I – homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;
- II – ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;
- III – ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;
- IV – é livre a manifestação do pensamento, sendo vedado o anonimato; (BRASIL, 2016c)

O artigo 5º é uma cláusula pétrea, ou seja, não pode ser alterado para a exclusão dos direitos ali presentes. Direitos não podem ser retirados, apenas acrescentados, e esta foi a justificativa da bancada diante da PEC 29. O artigo inicia tratando da igualdade de direitos e obrigações entre homens e mulheres, no entanto, as Leis e projetos que tratam do abortamento punem, em sua grande maioria, as mulheres. Segundo o referido artigo, ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa em virtude da lei, no entanto, o aborto é matéria que atinge exclusivamente às mulheres que não têm o direito da escolha; ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante, no entanto, o abortamento inseguro submete muitas mulheres, principalmente pobres e negras, a essa condição; é livre a manifestação de pensamentos, mas diante dos contextos em que a mulher se insere, o silêncio lhe é, por vezes, imposto.

Foram apresentados aqui alguns dos projetos de leis e de emendas à constituição que tramitam no Congresso Nacional. As casas legislativas, enquanto espaços públicos, lugares de voz e de poder, ainda são espaços dominados por homens, assim como os cargos eletivos do poder executivo. A maioria dos projetos de lei que visam ao cerceamento dos direitos da mulher à sua saúde sexual, reprodutiva, à autonomia e ao direito de escolha sobre o seu corpo, foram propostos por homens. Os homens legislam sobre os corpos femininos e dessa forma garantem a manutenção do poder e a garantia de condicionar a mulher ao espaço doméstico.

2.2.4 Aborto legal- a vitimização da mulher

Segundo Diniz (2014, p.292), “‘Aborto legal’ é uma expressão brasileira para descrever a ambiguidade do marco punitivo e de políticas públicas”. Como já mencionado anteriormente, a lei permite o aborto em apenas três casos: estupro, risco de vida à gestante e em caso de gestação de feto anencéfalo. De acordo com pesquisa realizada sobre os serviços de aborto legal no Brasil, em que foram avaliados 68 serviços de atendimento à mulher em todo o país, estimou-se que 94% dos abortos legais ocorridos entre 2013 e 2015 foram motivados por estupro (MADEIRO; DINIZ, 2016). As três causalidades que permitem à mulher de ter o direito ao aborto, como bem aponta Diniz (2014), ocorrem quando ela se torna vítima: pela violência do sistema patriarcal ou pelo acaso da natureza.

Apesar de o Código Penal permitir a interrupção da gravidez, em casos específicos, desde 1940, a regulamentação do aborto legal no Brasil só ocorreu de fato em 1999, a partir da norma técnica *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, lançada pelo Ministério da Saúde, que estabelece critérios ao atendimento às mulheres vitimadas. Ainda incipiente, o desconhecimento dessa política, aliado a questões morais e religiosas dos profissionais, tem comprometido o acesso ao direito ao aborto legal no país. Madeiro e Diniz (2016) apontam que há, atualmente, dois principais obstáculos encontrados para a oferta do abortamento: a falta de médicos para fazer o procedimento - muitos alegam ‘objeção de consciência’ e temem ficar com estigma e fama de “aborteiros”; e o segundo refere-se à capacitação das equipes sobre as legislações e os direitos sexuais e reprodutivos da mulher (MADEIRO; DINIZ, 2016).

A pesquisa sobre os serviços de aborto legal aponta que o perfil das mulheres que acessam os serviços são majoritariamente jovens de 15 a 29 anos: metade declarou-se de cor branca, a maioria solteira, escolarizada e católica. No entanto, estima-se que de 20% a 30% das mulheres vítimas de violência procuram atendimento médico. Dessas, de 10% a 30% aderem ao tratamento (MADEIRO; DINIZ, 2016). Percebe-se que o perfil da mulher que acessa os serviços para o aborto legal difere-se do perfil geral daquelas que fazem o aborto de forma insegura: maioria negra, menos escolarizada e casada. Pode-se inferir, portanto, que a ampliação de políticas públicas e a facilitação pelo Estado ao acesso a informações educativas são aspectos primordiais para garantir às mulheres vítimas de violência o direito ao aborto seguro. Contudo, a oferta dos serviços de atendimento à mulher vítima de violência também enfrenta entraves: em pesquisa realizada por Diniz (2014), observaram-se práticas de suspeição à narrativa da mulher sobre o estupro por parte dos profissionais, que acabam por construir métodos de obtenção de uma verdade, a partir de inquéritos periciais, para que a mulher tenha acesso ao aborto (DINIZ et al., 2014).

O direito ao aborto legal dispensa qualquer tipo de documento policial ou judicial, como Boletim de Ocorrência (B.O), liminar judicial, etc. A mulher, enquanto vítima e testemunha da violência sexual sofrida, tem sua palavra e seu consentimento suficientes para ter garantido o direito ao abortamento. Conforme a portaria 1508/05, que dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a mulher deverá passar por quatro fases documentadas para justificar e ter autorizado o aborto: o relato circunstanciado do evento; parecer técnico do

médico a partir de consultas e exames; assinatura do termo de responsabilidade contendo advertências sobre o crime de falsidade ideológica e de aborto caso não tenha sido vítima de violência; e por fim, a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Ainda que diante de uma série de protocolos que justifiquem o abortamento, Diniz (2014) retrata, em pesquisa que analisa como os profissionais dos serviços de aborto legal constroem a verdade da narrativa da mulher sobre o estupro, que antes da mulher acessar o serviço ela já é “suspeita”, e sua história só produz sentido quando ela se torna vítima tanto para os profissionais como para si mesma. Segundo a autora, “a centralidade da figura da mulher como vítima movimenta as políticas públicas de saúde que regulamentam os serviços de aborto legal no Brasil” (DINIZ et al., 2014, p. 292). Dessa forma, o aborto continua sendo crime, porém, sem pena. A pesquisa mostra que os profissionais, temendo ser enganados pelas mulheres que buscam o serviço público, muitas das vezes creem que elas estão mentindo. Esse paradigma, no momento em que ele é tratado como regra e não como exceção, dificulta ainda mais o acesso seguro ao aborto.

Uma das lógicas utilizadas nos serviços para justificar e acatar a prática do aborto é análise do “nexo causal”, que consiste em avaliar se os fatos e datas da primeira fase do relato circunstanciado da violência são compatíveis com a data da gestação, que é avaliada na segunda fase do parecer médico, atribuindo caráter investigativo e policial às práticas médicas. Não é apenas o consenso entre as equipes sobre a existência donexo causal que produz a verdade da qualificação da mulher enquanto vítima: “a compaixão é outro modulador ativo das práticas periciais e dos regimes de construção da verdade do estupro” (DINIZ et al., 2014, p. 295). Após aprovada em vários testes, a mulher poderá se submeter ao aborto, caso tenha equipe disponível que não alegue objeção de consciência (DINIZ et al., 2014).

A posição da mulher na sociedade patriarcal já é por si só entranhada por violências constantes e silenciamento. Entretanto, não se pretende, por meio de presente pesquisa, estigmatizar as mulheres que interrompem a gravidez, tratando-as todas como vítimas de violências. O aborto é escolha individual, independentemente do fato gerador, seja ele decorrente de uma violência ou pelo desejo da mulher em não levar a termo uma gravidez indesejada.

2.3 ABORTO E VIOLÊNCIA: possíveis associações

Este capítulo visa a abordar os estudos que investigaram a prevalência da situação de violência contra mulheres e o desfecho do aborto. Dos artigos levantados sobre a temática, foram encontradas e selecionadas pesquisas análogas em regiões da Nigéria, Brasil, Índia, Reino Unido, Estados Unidos (EUA), Bangladesh, França e Turquia.

Pesquisa realizada com mulheres pacientes de diferentes departamentos do hospital Metropolitan Boston (EUA) concluiu que “o aborto está fortemente associado à violência baseada em gênero, mesmo quando se ajusta para traumas de infância e características demográficas” (McCloskey, 2016, p.158, tradução nossa). O referido estudo abordou quatro diferentes formas de violência baseada em gênero: abuso sexual infantil; violência física em namoro na adolescência, violência praticada por parceiro íntimo e violência sexual fora de relação íntima, e mostrou que o efeito cumulativo das múltiplas formas de violência contra a mulher aumentam as chances da mulher abortar.

A análise dos resultados também apontou que 40,9% das mulheres que declararam sofrer violência por parceiro íntimo (VPI) foram vítimas de abuso sexual na infância. Quando se trata de mulheres vitimadas na adolescência, que também sofreram abuso na infância, esse número é ainda maior: 56,9%. A maioria das mulheres que declararam ter sofrido abusos sexuais na infância e violência na adolescência passaram por relacionamentos violentos, mostrando uma tendência de perpetuação da vitimização ao longo da vida (MCCLOSKEY, 2016).

A VPI na idade adulta está associada a mais gravidezes indesejadas e abortos e desfechos adversos ao nascimento que se estendem à prematuridade neonatal, baixo peso ao nascimento e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. De acordo com um estudo de mulheres jovens que elegeram um aborto, 39,5% revelaram no ano passado VPI (McCloskey, 2016, 9.154, tradução nossa)

Entende-se, a partir dos dados apontados, que muitas vezes a violência na vida de uma mulher pode ser cíclica, iniciando por meio da violência doméstica praticada por qualquer pessoa de seu convívio permanente, como, por exemplo, pelo pai, tio, vizinho, passando futuramente às relações íntimas com o parceiro.

Outras pesquisas americanas, desenvolvidas por pesquisadores da Universidade da Califórnia, baseadas num estudo de coorte prospectivo chamado “*Turnaway*”, acompanharam por dois

anos e meio mulheres que procuraram clínicas de aborto, mas que tiveram o procedimento negado devido à idade gestacional, em comparação com o grupo de mulheres que abortaram. Após análise do banco de dados de 30 clínicas de aborto norte-americanas, concluiu-se haver associação direta entre aborto e redução de violência física praticada pelo parceiro. Nesse sentido, o aborto induz, portanto, na diminuição de violência física pelo companheiro, ao passo que levar uma gravidez indesejada a termo pode resultar na perpetuação das agressões (ROBERTS et al., 2014). O estudo também analisou como parceiros íntimos afetam na decisão do abortamento e nas suas consequências, e concluiu que são as mulheres quem geralmente tomam a decisão de interromper a gravidez, sendo levado em conta, para essa decisão, a qualidade dos relacionamentos, e o apoio dado pelo parceiro. A maioria das mulheres que relataram VPI buscou no aborto uma forma de acabar com o relacionamento abusivo, sem que houvesse coação do companheiro para que fosse mantida a gravidez (CHIBBER et al., 2014).

A conclusão de uma das pesquisas realizadas com dados do estudo “*Turnaway*” apontou preocupação com a crescente onda de restrições às políticas de abortamento nos EUA. O impedimento às mulheres à interrupção da gravidez pode ocasionar na manutenção destas em relacionamentos violentos, colocando-as em risco juntamente com os seus filhos, podendo gerar até mesmo efeitos nocivos à saúde (ROBERTS et al., 2014).

Nesse sentido, uma análise realizada pela *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, em clínicas locais de aborto em Londres, buscou explorar a “conveniência e viabilidade de oferecer serviços de VPI dentro do atendimento ao aborto em um ambiente local” (KEKANA et al., 2016, tradução nossa). O serviço de prevenção à VPI em Londres já é ofertado em maternidades, com sistema de serviços integrados, conscientização, consultas, ações comunitárias, etc. O estudo apontou que as mulheres que vivenciam VPI e abortam não são identificadas nas clínicas de aborto e os profissionais que fazem o atendimento nessas clínicas não passam por treinamento, além de possuírem pouco conhecimento sobre as questões relativas à violência. Há certa preocupação em relação à estigmatização das mulheres que procuram clínicas de aborto como “vítimas de violência”, o que também não é intenção do presente estudo, dado os diferentes motivos para a busca da interrupção de uma gravidez (KEKANA et al., 2016).

Uma pesquisa qualitativa realizada no Brasil, pela UFMG, entre 2013 e 2015, buscou compreender aspectos motivacionais e o processo de tomada de decisão de mulheres que realizaram aborto clandestino. Segundo Beraldo et al (2017, p.1154), o estudo mostrou que o processo de decisão do aborto envolve todo o contexto em que a mulher está inserida, profissional, religioso, afetivo, no entanto, há também uma forte envolvimento do parceiro e a relação do casal. “O modo como o parceiro reage à notícia da gravidez (nos casos em que ele fica sabendo) exerce um impacto fundamental no processo decisório”. As pesquisadoras destacam também, que não há um único motivo para a decisão pelo abortamento, mas sim um conjunto de fatores inter-relacionados que tornam a gestação indesejada. O estudo aponta que

o ponto em que a ilegalidade do aborto mais afetou a experiência das mulheres entrevistadas foi no silêncio a respeito da questão. O medo de serem denunciadas fez com que grande parte delas compartilhasse muito pouco suas vivências. Dessa forma, o aborto tornou-se um tabu em suas próprias vidas, o que evita que ele seja ressignificado. Esse silêncio é estimulado, também, pelo estigma em torno do aborto. O fato de ser ilegal não foi citado nenhuma vez como um motivo para não fazer o aborto. As análises das entrevistas indicam que a clandestinidade não inibe os abortos, mas faz com que eles sejam feitos de forma mais insegura e que não se possa falar sobre o assunto (BERALDO; BIRCHAL; MAYORGA, 2017, p. 1155).

O silêncio, o medo e o impedimento às mulheres em ressignificarem suas próprias experiências também são formas de manutenção do domínio patriarcal instalado em nosso sistema.

Dentre os artigos selecionados, havia também estudos realizados na Nigéria, Bangladesh, França e Índia que relacionavam a VPI com a prática do aborto. O estudo nigeriano avaliou violências conjugais ocorridas nos 12 meses anteriores à pesquisa, a partir dos dados do Inquérito Demográfico de Saúde da Nigéria de 2013. A pesquisa apontou que as mulheres que sofreram violência física tinham 9% mais chances de abortar, e as que passaram por violências psicológicas tinham 33% mais chances (não houve distinção entre aborto espontâneo ou induzido) (BOLA, 2016). O estudo realizado em Bangladesh foi transversal, e utilizaram dados da Pesquisa Demográfica de Saúde de Bangladesh de 2007, concluindo que a prevenção da VPI pode reduzir as altas incidências de abortamento induzido ou espontâneo no país (RAHMAN, 2015). A pesquisa francesa, que foi realizada na região da Alsácia, investigou a violência conjugal e o aborto repetido. O estudo transversal realizado entre 2013 e 2014 concluiu que sofrer ou ter sofrido VPI é um fator de risco para o aborto, e é ainda maior em mulheres que buscam o abortamento repetido (PINTON et al., 2017).

Uma pesquisa realizada na cidade de Sivas, na Turquia, em 2011, investigou a relação da violência doméstica com o aborto espontâneo entre mulheres vitimadas durante a gravidez, e concluiu que mulheres que sofreram violência física tinham 2,5 vezes mais chances de sofrer um aborto espontâneo (NUR, 2014).

Um estudo transversal indiano, realizado em 2014, investigou as consequências da VPI, além do aborto em si, em mulheres da região de Bihar, na Índia. A pesquisa concluiu que as taxas de VPI em Bihar são muito altas e estão associadas ao aumento do risco de aborto espontâneo, morte fetal e complicações de saúde materna. No entanto, essas associações não se atribuem às mulheres de camadas mais pobres (DHAR et al., 2018).

Outro estudo, também realizado na Índia, analisou dados do Inquérito Nacional de Saúde da Família 1998-1999, a fim de que fosse investigada a associação entre violência e aborto espontâneo ou induzido, e o quanto a experiência do abortamento afetam outras experiências de violência física, sexual e verbal. Concluiu-se que

mulheres que sofreram violência física têm chances significativamente maiores de relatar aborto induzido subsequente, ao passo que as mulheres que tiveram um aborto induzido probabilidade significativamente maior de relatar violência sexual e verbal subsequente (STEPHENSON et al., 2016, p. 1642, tradução nossa).

A referida pesquisa traz à tona a probabilidade da mulher sofrer novas violências subsequentes à prática do aborto, além de aumentar inclusive as chances de reincidência da interrupção da gravidez. As violências podem ter ocorrido, neste caso, em qualquer época da vida, por pessoas de seu próprio convívio. Em estudo qualitativo realizado no Brasil, com mulheres internadas em Salvador- BA que induziram aborto, constatou-se que a maioria das entrevistadas era negra, com baixa escolaridade, além de apontar que o cotidiano dessas mulheres “foi permeado pela vivência de violência doméstica, durante sua infância e adolescência, marcada pelo abandono e rejeição por parte da família” (COUTO et al., 2015, p. 266). A pesquisa conclui que as mulheres que se inserem precocemente na vida adulta, com vivência da sexualidade desprotegida, tendem a resultar em gravidez indesejada e aborto.

A violência contra a mulher e a prática do aborto no Brasil atingem mulheres de todas as classes, raças, idades e religiões, todavia, há um perfil sociodemográfico de vitimização maior que outros, geralmente de mulheres negras, pobres e de baixa escolaridade. No próximo

capítulo, serão apresentadas categorias de variáveis a serem utilizadas para a descrição do perfil das mulheres que a presente pesquisa pretende investigar, bem como as características dos territórios de Belo Horizonte e Betim, locais de abrangência e moradia das mulheres entrevistadas.

2.4 PERFIL DAS MULHERES QUE ABORTAM: QUEM SÃO ELAS?

Traçar o perfil das mulheres que declararam ter abortado é de suma importância para, além de subsidiar a construção de políticas pública, analisar o contexto no qual elas estavam inseridas e o motivo pelo qual optaram por interromper a gravidez. A famosa epígrafe “ninguém nasce mulher: torna-se mulher” (BEAUVOIR, 2016a, p. 11), escrita em 1949 por Simone de Beauvoir, analisa a situação da mulher na sociedade e sustenta que

Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado, que qualificam de feminino. Somente a mediação de outrem pode constituir um indivíduo como um *Outro* (BEAUVOIR, 2016a, p. 11).

Além dos modelos civilizatórios que qualificam o feminino e o masculino, há outros determinantes sociais que demarcam as diferenças como cor, classe social, idade, escolaridade, etc. Tais marcadores traspassam as experiências distintas vivenciadas pelos sujeitos, como, por exemplo, as diferentes práticas vivenciadas entre mulheres brancas e mulheres negras, entre ricas e pobres, bem como negras ricas e negras pobres, e outras tantas possibilidades de associações que influenciam nas experiências de determinado grupo. (THINK OLGA, 2014, p. 2:3).

Em seu último livro sobre feminismo negro, a filósofa Djamila Ribeiro (2018) faz a seguinte ponderação: “Sueli Carneiro, fundadora do Geledés, Instituto da Mulher Negra, afirma que, ao falar de mulheres, devemos sempre nos perguntar de que mulheres estamos falando. Mulheres não são um bloco único – elas possuem pontos de partida diferentes” (RIBEIRO, 2018, p. 25).

Segundo dados publicados Ministério da Saúde em 2009, que compilou 20 anos de estudos e pesquisas sobre o aborto no Brasil, o perfil médio das mulheres que declararam ter praticado o

aborto 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.16)

A Pesquisa Nacional de Aborto 2016 indicou que mulheres de todas as classes, religiões, classes sociais, escolaridade abortam, no entanto, há predominância entre as mulheres negras e indígenas, as menos escolarizadas, e as que vivem na região Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Segundo relatório do Instituto Guttmacher (2017), sobre o aborto no mundo, as decisões pelo abortamento estão, na maioria das vezes, relacionadas a determinantes sociais e econômicos. Mesmo em diferentes contextos socioeconômicos e legais, como no caso de diversos países pesquisados pelo Instituto, há semelhanças referentes aos marcadores sociais no que diz respeito às razões do abortamento (SINGH et al., 2017, p. 12-13).

O tipo de abortamento praticado também esclarece o perfil da mortalidade de mulheres no Brasil, decorrente da interrupção da gravidez, uma vez que diz respeito ao acesso ou não ao aborto seguro. Devido às condições ilegais do abortamento no Brasil, interromper a gravidez, de forma minimamente segura, exige recursos econômicos, seja para a compra, no mercado paralelo, de medicação abortiva, seja para o pagamento de uma clínica clandestina, ou para custear uma viagem a países onde o aborto pode ser praticado de forma legal. Nesse sentido, a renda individual e familiar da mulher pode ter forte influência na segurança do procedimento da interrupção da gravidez, mas não é a condição financeira o fator determinante ao optar pelo abortamento.

Segundo Martins-Melo (2014, p.518), regiões com tendência a altos índices de abortamento inseguro apontam as desigualdades regionais e mostram municípios com precárias condições socioeconômicas de acesso da população local à saúde pública de qualidade. Esta pesquisa abrange, como território de estudo, os municípios de Belo Horizonte (BH) e Betim, ambos em Minas Gerais. Betim integra a região metropolitana de BH (RMBH) e fica cerca de 30km da capital.

Há atualmente em Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, cerca de 2 milhões e meio de habitantes, e, de acordo com dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

– PNUD, a cidade possui Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,810 (dado do ano de 2010), considerado muito alto, sendo o 2º melhor IDH de Minas Gerais e o 20º melhor do Brasil². O IDH, em sua forma clássica proposta pela Organização Nações Unidas (ONU), reúne três indicadores que mensuram a qualidade de vida: a oportunidade de se levar uma vida longa e saudável (saúde); o acesso ao conhecimento (educação); e o poder desfrutar de um padrão de vida digno (renda) (IDHMB, 2013, p. 24). Em 2013, o PNUD Brasil, o IPEA e a Fundação João Pinheiro adaptaram a metodologia do IDH para calcular o IDH Municipal a partir dos dados disponíveis do país, associado a mais de 200 indicadores socioeconômicos.

Betim, com população de cerca de 400 mil habitantes, tem o IDHM 2010 de 0,749, número considerado alto, sendo o 42º no ranking do estado de MG, e 576º do Brasil. Os territórios de análise desta pesquisa possuem, portanto, alto índice de desenvolvimento humano, e os dados analisados do SAUVI serão apresentados de forma conjunta, ou seja, não haverá distinção entre os dados de BH e Betim.

Esse estudo irá apresentar a caracterização do perfil das mulheres que declararam, no SAUVI, ter feito aborto. Para essa descrição, serão utilizadas as seguintes variáveis: *faixa etária; escolaridade; estado civil; cor/raça; renda individual e familiar; número de filhos; e religião*. Dado o formato da pesquisa do SAUVI, o perfil traçado não será o do momento em que a mulher praticou o aborto, mas sim o do momento em que ela respondeu ao inquérito.

Segue a descrição das variáveis do perfil e características predominantes de abortamento encontrados na literatura:

Faixa etária: no Brasil, pesquisas realizadas até 2009 apontavam que, geralmente, há prevalência de mulheres jovens entre as que passaram pelo abortamento, com idades entre 20 e 29 anos (BRASIL, 2009). Segundo o Relatório mundial sobre o aborto do Instituto Guttmacher, a idade da mulher reflete o momento em que elas estão vivendo no ciclo da vida (estudando, construindo carreiras, casamento, etc), apontando as motivações e probabilidades de se ter uma gravidez indesejada, e qual o seu desfecho. No entanto, a coleta confiável desses dados é presente em poucos países, geralmente naqueles em que se permite a prática do aborto legal (SINGH et al., 2017).

² Dados disponíveis em atlasbrasil.org

A Pesquisa Nacional do Aborto 2016 revela que, mais recentemente, houve mudanças no perfil etário das mulheres que praticaram aborto no Brasil. Percebe-se aumento do aborto na faixa-etária de 12 a 15 anos e queda nas faixas de 16 anos em diante. Contudo, os dados apontam predominância de aborto entre mulheres jovens, sendo 29% na faixa-etária de 12 a 19 anos, 28% na faixa-etária de 20 a 24 anos e 13% acima dos 25 anos (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Escolaridade: uma pesquisa transversal, realizada com cerca de 15.500 servidores públicos em Campinas-SP, apontou que quanto mais alta a escolaridade, maior o acesso ao aborto seguro no Brasil (DIAS et al., 2015). Esse dado aponta que mulheres com maior risco de sofrer complicações de saúde pela prática do aborto são as com menor grau de escolaridade. A formação escolar e o nível educacional das mulheres também podem refletir na forma como as informações sobre direitos sexuais e reprodutivos são acessados por elas, e se isso poderia influenciar, ou não, a uma gravidez indesejada.

Estado Civil: segundo pesquisas ocorridas entre 1990 e 2009 no Brasil (2009), a maioria dos abortos foi praticada por mulheres em relacionamentos considerados estáveis ou seguros. (BRASIL, 2009). O relatório sobre aborto no mundo apontou que “como a maioria das mulheres nos países em desenvolvimento está em união durante a maior parte de seus anos férteis, o número de abortos para as mulheres que se unem é muito maior do que para as mulheres solteiras” (SINGH et al., 2017, p.12).

Cor/ Raça: Segundo Relatório do Ministério da Saúde, de 2009, pesquisas sobre o aborto no Brasil, e estudos que envolvam as temáticas da raça e deficiência ainda são ignorados. No entanto, existem apontamentos de que a mortalidade por aborto no Brasil também está ligada a cor/raça:

As mortes por aborto atingem preferencialmente mulheres jovens, de estratos sociais desfavorecidos, residentes em áreas periféricas das cidades. São também mais acometidas as negras que apresentam um risco três vezes superior de morrer por essa causa quando comparadas às brancas. (MENEZES; AQUINO, 2009, p.196)

Renda: conforme já citado, a renda individual e/ou familiar, assim como a escolaridade da mulher, impactam diretamente no acesso ao aborto seguro ou inseguro. Abortos mais seguros são praticados por mulheres com renda mais elevada, que têm maiores condições de acesso a

clínicas de aborto, medicamentos no mercado clandestino e viagens para países em que o procedimento da interrupção da gravidez é permitido.

Filhos: a quantidade de filhos que uma mulher possui também pode influenciar na decisão de abortar. Nas últimas décadas, o tamanho das famílias no mundo vem diminuindo, com famílias cada vez menores, com até dois filhos (SINGH et al., 2017). Segundo dados do relatório de 20 anos de pesquisa sobre o aborto no Brasil, “apenas entre 9,5% e 29,2% de todas as mulheres que abortam não tinham filhos” (BRASIL, 2009, p. 20).

Religião: um dos fatores que contribui para o aumento das polêmicas em torno do aborto diz respeito à moralidade na cultura brasileira, difundida através dos preceitos religiosos. O aborto, tratado e difundido como “pecado”, culpabiliza as mulheres que o tenha feito, cessando suas vozes e dificultando ainda mais no relato sobre seus abortamentos. No entanto, de acordo com dados da PNA 2016, 13% das mulheres que praticaram o aborto declaram não ter religião, 13% declaram ser católicas, 10% evangélicas, 16% outras religiões e 15% não respondeu (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

3 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa nasce a partir de inquietações da trajetória profissional, acadêmica e pessoal da pesquisadora acerca da regulação do Estado sobre o corpo da mulher, por meio de práticas, leis e políticas públicas. É a tentativa de nomear um incômodo de toda uma ancestralidade silenciada e domesticada, e poder encontrar voz, dentro deste espaço público, para aquilo que nasce recalçado.

O aborto é considerado crime no Brasil, e, além de envolver os aspectos biológicos, morais, religiosos e simbólicos, percebe-se que uma das grandes dificuldades nas pesquisas sobre o tema é destrinchar relatos de mulheres sobre suas experiências de abortamento. Por meio dos dados do inquérito domiciliar “Saúde e Violência: subsídios para a formulação de políticas públicas de promoção a saúde e prevenção da violência” - SAUVI, oportunizou-se traçar o perfil das mulheres que declararam o abortamento e de investigar a associação entre violência e aborto nos municípios de Belo Horizonte em Betim.

Um dos potenciais desta pesquisa é poder trabalhar com os dados de um inquérito sobre violência aplicado em grande amostra de domicílios de BH e Betim. Segundo Menezes e Aquino (2009, p.199), em uma revisão sobre as pesquisas sobre o aborto no Brasil,

a maioria das pesquisas está concentrada em populações específicas, sendo estas, em sua maioria, mulheres admitidas em hospitais públicos com aborto incompleto. Apresentam assim um viés de seleção, já que reportam apenas uma parcela dos abortos, aqueles com complicações que necessitam hospitalização.

Esta pesquisa busca responder alguns anseios e recomendações sugeridas em outros estudos sobre o aborto, tais como a necessidade de pesquisas do perfil das mulheres que abortam, principalmente em ambientes restritivos, investigação dos fatores que influenciam na decisão da interrupção da gravidez, entre outros (SINGH et al., 2017) . Segundo Relatório sobre o aborto no mundo (2017, p. 11, tradução nossa), “a informação sobre se determinados grupos de mulheres são mais propensos do que outros a fazer um aborto é útil para desenvolver e direcionar intervenções para prevenir a gravidez indesejada e para melhor servir as mulheres que fazem abortos. De acordo com Martins-Melo, et al (2014, p. 518-519)

Políticas públicas somente serão efetivas quando pautadas em maior conhecimento sobre a cadeia de causalidade do aborto inseguro, o que pode ser alcançado a partir de um maior número de estudos com metodologia específica. Há a necessidade de realização de estudos

com técnicas diretas de estimação para determinação da real magnitude do aborto inseguro. (MARTINS-MELO, 2014, p. 518-519)

Ainda que com limitações nos dados, que devido ao contexto da criminalização do aborto são subnotificados, o objetivo de se investigar a relação entre aborto e violência se torna necessário, haja vista que o tema, na conjuntura atual, é silenciado pelos sistemas de poder ainda vigentes. O aborto é uma questão de saúde pública, e a sua negação, enquanto foco acadêmico, de estudo, diálogo e debate, é fatal para muitas mulheres. O risco simultâneo de ser vítima de violência e de gravidez indesejada resultante em aborto evidencia, segundo McCloskey (2016), a necessidade de compreensão da violência de gênero como fato gerador do aborto.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Mensurar, por meio do inquérito SAUVI, a prevalência da violência sofrida pelas mulheres que declararam ter praticado aborto legal ou ilegal em Belo Horizonte e Betim, a fim de analisar se a violência praticada contra essas mulheres contribuiu na decisão de realizar o aborto.

4.5 Objetivos específicos

- a) Descrever o perfil sociodemográfico das mulheres de Belo Horizonte e Betim que declararam ter realizado aborto;
- b) Analisar se as mulheres que declararam ter abortado, relataram vivência de violências contra a mulher e de violências por parceiro íntimo, nos últimos 12 meses anteriores à resposta ao questionário do SAUVI;
- c) Analisar se as mulheres que declararam ter abortado, relataram vivência de violência sexual em algum momento da vida;
- d) Fornecer subsídios para nota técnica visando à formulação de políticas públicas de promoção a saúde e prevenção da violência no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

5 HIPÓTESE

Parte-se do pressuposto que uma parcela das mulheres que realizaram aborto vivenciou, anteriormente, situações de violências de gênero em sua trajetória de vida. Este estudo explora a associação entre a prática do aborto e a violência sofrida pela mulher, propondo-se, portanto, responder às seguintes questões:

a) A experiência de violências, praticadas por pessoas de dentro e/ou fora do ambiente doméstico, leva ao aumento das chances da mulher experimentar um aborto?

b) Quais as características das mulheres que declararam ter realizado o abortamento, em Belo Horizonte e Betim?

6 METODOLOGIA

6.1 Instrumentos: o SAUVI

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa e análises descritivas, realizado a partir de dados secundários do inquérito ‘SAUVI - Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência’ (ANEXO B), que entrevistou 2.309 famílias, entre 2014 e 2015.

Os dados da pesquisa SAUVI, inquérito domiciliar realizado nos municípios de Belo Horizonte e Betim, tiveram por objetivo investigar a dinâmica e o perfil da violência em diferentes grupos populacionais, suas formas de enfrentamento e sua relação com a saúde. (SAUVI, 2014, p.4).

Foram aplicados questionários semiestruturados compostos por 563 questões, subdivididas em 10 blocos temáticos: informações sociodemográficas; saúde; ambiência; meio ambiente; trabalho; trânsito; violência; violência por parceiro íntimo; violência sexual e enfrentamento da violência. A entrevista foi realizada por entrevistadores treinados nos domicílio selecionados.

Para a seleção da população alvo do SAUVI foi utilizada

amostragem estratificada por conglomerados em vários estágios, sendo o primeiro a seleção dos setores censitários com Probabilidade Proporcional ao Tamanho (PPT) por número de domicílios no setor; o segundo para selecionar os domicílios por meio da amostragem sistemática e o terceiro para selecionar a pessoa que responderia o questionário. (...) O sistema de referência adotado foi a listagem e os mapas dos setores censitários do Censo 2010. A amostra foi calculada com margem de erro máxima em 1,9% para a proporção de violência nos municípios e grau de confiança de 95% (COSTA, 2017, p. 59).

O questionário foi aplicado a adultos com 20 anos ou mais, residentes em domicílios particulares permanentes dos setores censitários urbanos dos municípios de Belo Horizonte e Betim, entre 2014 e 2015. No domicílio, o respondente foi escolhido por meio da Tabela de Kish.

A pesquisa SAUVI foi financiada pelo Ministério da Saúde e desenvolvida e aplicada pelo Núcleo de Promoção da Saúde e Paz/UFGM por meio do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa

– CAAE número 02235212.20000.5149 (ANEXO A). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento e livre esclarecido que informava sobre a desistência da participação da pesquisa a qualquer momento, sobre o direito ao sigilo dos dados e os devidos esclarecimentos sobre o estudo.

A pesquisadora é Assistente Social do quadro da Prefeitura Municipal de Alvorada- RS, autofinanciou sua pesquisa, e declara não ter conflito de interesses.

Os dados do SAUVI foram formatados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), que também foi utilizado para gerar as tabelas bivariadas, que foram formatadas no *Microsoft Excel*. Para a realização das análises dos dados, foi utilizado o programa *R Core Team (2019). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.*

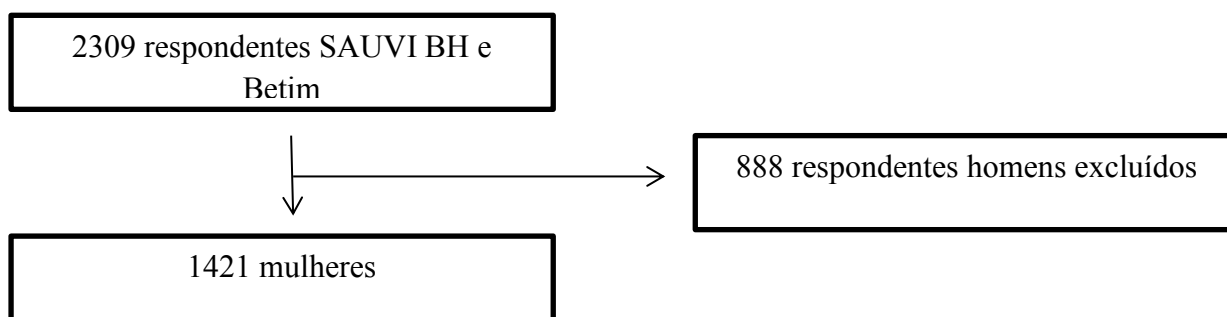
6.2 Métodos de análises: variáveis e análises de dados

Foi realizada, inicialmente, uma abordagem exploratória de pesquisa, com revisão de literatura, por meio da busca e levantamento de legislações para a compreensão das diferentes formas de regulação do Estado sobre o corpo da mulher. Além disso, buscaram-se notícias recentes sobre a situação do abortamento no Brasil e no mundo, aprofundando-se em temáticas e estudos referentes à violência, ao aborto, a relações de domínio e poder e relações de gênero. Também foram utilizados artigos científicos e estudos sobre a temática, publicados nas três principais bases de dados de pesquisas em saúde: Portal CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), PubMed e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde).

Para a busca dos artigos, foram eleitos vocábulos-chave em português e inglês, tais como: aborto; violência, gênero, Belo Horizonte; Betim; perfil, relações de poder; direitos da mulher; *women righth; woman profile; abortion*. Foi realizada, também, uma busca de vocábulos-estruturados e multilíngue no DECS (Descritores em Ciências da Saúde), que resultou em 18 descritores a partir do radical aborto. Foram selecionados os descritores “*abortion, criminal*” (aborto criminoso) e “*abortion, applicants*” (aspirante a aborto) e realizada a busca cruzada com vocábulos-chave. Para buscas com grande número de

resultados, como, por exemplo, “Aborto AND Violência” (753 artigos), foram selecionados os últimos 6 anos, 2014 a 2019 (130 artigos), realizada a leitura dos resumos e escolhidos os artigos com mais proximidade e interesse à temática desta pesquisa. Toda a documentação pesquisada foi organizada no *software* “Mendeley Desktop”, que gerencia as pesquisas, fichamentos, e toda a revisão literária dos textos selecionados também foi fichada manualmente.

Para análise dos dados do SAUVI, foram excluídos todos os 888 homens que responderam o inquérito. A amostra foi composta da seguinte forma:



Para construir a análise da violência sofrida pelas mulheres que declararam ter realizado aborto, legal ou ilegal, em BH e Betim, foram selecionadas, como variável desfecho, no SAUVI, as questões 534 e 535, que tratam sobre aborto e integram o bloco de perguntas referentes à violência sexual (ANEXO B). A primeira pergunta indaga se a mulher já fez algum aborto decorrente de estupro. Em seguida, questiona se ela teria realizado outro aborto previsto ou não em lei, sem, no entanto, dissociar o legal do ilegal, limitando assim a contagem do aborto praticado sob a clandestinidade. Todavia, essa formulação da pergunta oferece uma retaguarda para que a mulher se sinta menos exposta ao declarar um aborto ilegal. A última questão refere-se ao local que o aborto foi realizado: dentro ou fora do serviço de saúde, que foi utilizada para complementar a análise dos dados.

Para atingir os objetivos de descrever o perfil sociodemográfico e analisar as violências sofridas pelas mulheres que declararam o abortamento, foram utilizadas, como variável explicativa (ANEXO B), as questões:

a) referentes ao perfil sociodemográfico inseridos em “informações gerais”: faixa etária; escolaridade; estado civil; cor ou raça; renda individual e familiar (em salários mínimos); se

tem uma religião que pratica regularmente; se possui filhos. Esta última, como não há uma questão objetiva sobre ter ou não filhos, foi realizado um levantamento do “parentesco” das respondentes em relação aos moradores da casa, portanto, considerará apenas os filhos residentes com as mães, sem abarcar aqueles que já saíram de casa;

b) questões referentes às violências sofridas nos últimos 12 meses:

- violência geral contra a mulher (questões 399 a 405);

- violência por parceiro íntimo (VPI) (questões 491 a 501);

Qualquer item respondido com “sim” foi considerado para futura análise, como violência geral ou VPI.

c) questões referentes à violência sexual, em qualquer momento da vida (questões 517 a 533):

Foram realizadas as análises das distribuições univariada e bivariada das variáveis selecionadas e construídos gráficos dos tipos setores e barras. As análises dos dados deste estudo foram realizadas utilizando-se os métodos de medidas de associação: teste qui-quadrado, análise de correspondência e razão de chances.

Para análise do perfil sociodemográfico das mulheres que declararam o abortamento, foi gerada a tabela 1 bivariada, em que foi realizado o teste qui-quadrado de homogeneidade para avaliar a significância dos dados do perfil do abortamento, em que $p < 0,05$.

O teste Qui-Quadrado de homogeneidade foi utilizado para testar a afirmação de que diferentes populações têm a mesma proporção de mulheres que realizaram aborto ou sofreram estupros, em que a hipótese nula (H^0) e hipótese alternativa (H^a) são

H^0 : As proporções de mulheres vítimas de aborto/estupro é a mesma em cada variável (faixa etária, raça/cor etc): $p_1 = p_2 = \dots = p_k$

H^a : As proporções de mulheres vítimas de aborto/estupro não são as mesmas em cada variável (faixa etária, raça/cor etc), ou seja, ao menos uma das p_i 's é diferente das outras.

Para avaliar a associação entre violência contra a mulher e o aborto, utilizou-se a análise de correspondência. A Análise de correspondência (AC) é uma técnica multivariada de análise exploratória de dados que visa a representar as associações entre os níveis das linhas e das colunas de uma tabela de contingência, com duas ou mais entradas, como pontos em um espaço de dimensão reduzida. As posições dos pontos da linha e da coluna são consistentes com as frequências da tabela. Com a análise de correspondência tem-se uma visão global dos dados e das associações que mais destacam. Mais detalhes técnicos sobre a teoria e aplicações da AC podem ser obtidos em Greenacre (1984, 2007) e Mingoti (2005).

Para análise da relação entre violência sexual e aborto, foi realizado o cálculo da razão de chances e seu respectivo intervalo, com índice de 95% de confiança. Para estimar as chances, descartaram-se as informações ausentes.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 O Aborto em Belo Horizonte e Betim

O inquérito SAUVI contou com 2.309 respondentes em BH e Betim, os quais responderam questões sobre abortamento decorrente de estupro ou outro aborto legal ou ilegal. Para fins de análise deste estudo, e para atingir os objetivos propostos, foram excluídos os 888 homens que responderam à pesquisa. Optou-se por trabalhar com a amostra de 1.421 mulheres respondentes do SAUVI, sendo que, dessas, 5,9% declararam ter feito algum tipo de aborto.

O Instituto Guttmacher estimou, em relatório sobre abortamento no mundo, que, entre 2010 e 2014, cerca 3,6% das mulheres dos países de baixa e média renda realizaram ao menos um aborto. No Brasil, a Pesquisa Nacional do Aborto 2016 (PNA), estimou que 20% das mulheres já tenham interrompido a gravidez. Essas diferenças entre os dados refletem os desafios da coleta de dados em países onde o aborto é criminalizado (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017; SINGH et al., 2017).

Importante salientar que em países em que as legislações do aborto são restritivas e punitivas, a qualidade da coleta dos dados é diretamente afetada, visto que os sistemas de notificações são praticamente ausentes, além de aspectos socioculturais, religiosos, legais e morais que inibem as mulheres de declararem os abortamentos. No Brasil, a criminalização do aborto afeta a confiabilidade estatística dos dados, principalmente no que tange à prática do abortamento inseguro. Ainda com várias limitações, a pesquisa sobre o aborto se torna importante, num contexto em que o abortamento inseguro traz consequências de saúde física e mental às mulheres.

7.2 Aborto realizado dentro ou fora do serviço de saúde (seguro ou inseguro)

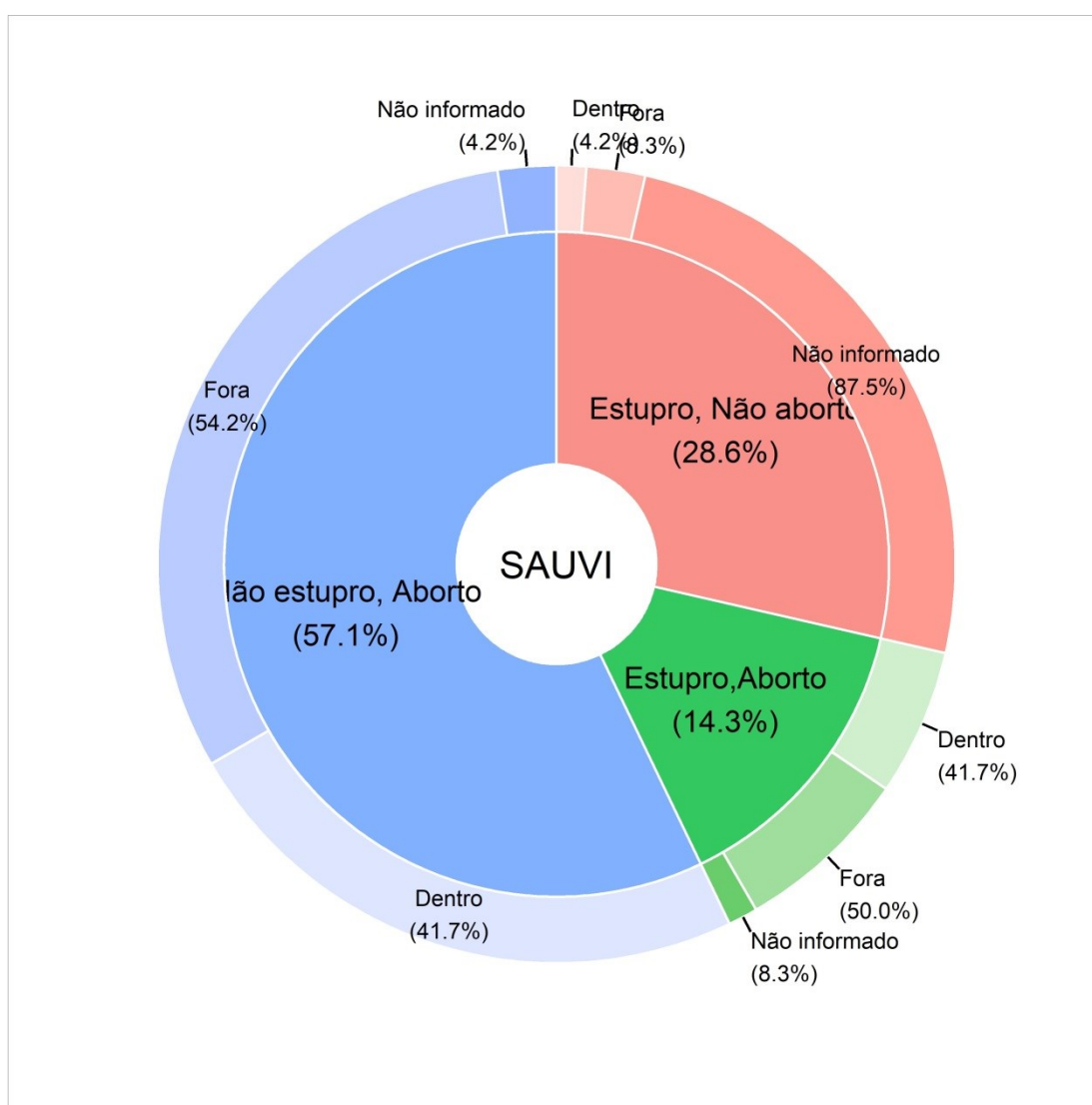
Os resultados apontaram que das mulheres que declararam o abortamento no SAUVI, 28,6% abortaram em decorrência de estupro, 57,1% realizaram outro tipo de aborto legal ou ilegal, e 14,3% declararam ter realizado os dois tipos de abortamento.

A Figura 5 apresenta um gráfico setorizado que aponta o tipo do abortamento que as mulheres relataram ter realizado (por estupro ou outro tipo de aborto legal ou ilegal), e o local em que o procedimento ocorreu: se dentro ou fora dos serviços de saúde - estes valores dispostos à

margem dos setores. Para fins de categorização dos dados, a palavra “Estupro” refere-se às mulheres que declaram ter abortado devido à violência sexual sofrida (rosa no gráfico); “Aborto” são as que declararam ter feito outro aborto legal ou ilegal (azul); e a terceira categoria abrange às que declararam ter realizado os dois tipos (verde).

Das mulheres que declararam o aborto decorrente de estupro: 8,3% disseram ter realizado fora dos serviços de saúde; 4,1% dentro do serviço de saúde e 87,5% não informaram o local. Dentre as que realizaram aborto previsto ou não em lei: 54,2% declararam que realizaram o aborto fora dos serviços de saúde, 41,7% dentro e, 4,2% não informaram. Entre as que sofreram os dois tipo de abortamento: 50% realizaram fora do serviço de saúde, 41,7% dentro, e 8,3% não informaram.

Figura 5- Gráfico setores- tipo de aborto x dentro ou fora do serviço de saúde.



Fonte: SAUVI 2015

Para analisar a Figura 5, pressupõe-se que os abortamentos realizados dentro do serviço de saúde são seguros, uma vez que esses contam com acompanhamento profissional técnico e métodos qualificados em serviços de saúde estruturados. Em contrapartida, presume-se que os abortos realizados fora do serviço de saúde são considerados menos seguros, ou inseguros: os menos seguros ocorrem quando não há critério de conduta profissional qualificada ou de método apropriado para a prática do aborto; e inseguro é quando não atendem a nenhum critério estabelecido em protocolos clínicos de qualidade. No entanto, a legislação brasileira, que restringe o aborto, torna menos seguros até mesmo os abortos realizados em clínicas (clandestinas), nas quais, apesar de algumas possuírem profissionais treinados e métodos criteriosos, o atendimento realizado não passa por qualquer normativa e fiscalização. Portanto, devido à natureza ilegal, qualquer complicação de saúde durante o procedimento da interrupção da gravidez, nessas condições, pode incidir no não envolvimento e responsabilização dos profissionais envolvidos. Quanto mais restritivas as leis de um país, menos seguros são os procedimentos do aborto (MARTINS-MELO, 2014; SINGH et al., 2017).

O resultado aponta que há aproximação dos dados das mulheres que realizaram aborto dentro e fora dos serviços de saúde, não sendo possível inferir em que contexto se deu a interrupção da gravidez. Como é de se esperar na conjuntura brasileira, as mulheres que declararam abortamento fora dos serviços de saúde, provavelmente realizaram de forma menos segura, ou insegura. Esse número pode ser maior, visto que uma parcela significativa dos respondentes não informou o local do abortamento. Esse dado é importante num cenário de pesquisa em que a prática do aborto é considerada crime, e a subnotificação de algumas informações revela o desafio da busca por informações de qualidade. Contudo, ainda assim, podemos destacar o silenciamento das mulheres diante de um fato que poderia ter colocado em risco a sua própria integridade física.

Tendo em vista que a primeira pergunta sobre o aborto no SAUVI indaga sobre “aborto decorrente de estupro”, presume-se, inicialmente, que todas as mulheres que declararam ter realizado este tipo de aborto, fizeram-no de forma legal, dentro dos serviços de saúde. Os resultados dispostos da Figura 5 apontam que, dessas mulheres, 8,3% revelaram ter realizado o aborto fora dos serviços de saúde. No entanto, esse número pode ser maior, uma vez que 87,5% das que abortaram em decorrência de violência sexual não informaram o local no qual

foi realizado o procedimento. Salienta-se que essa questão foi a que teve maior abstenção de respostas.

O fato de a mulher ter sido vítima de estupro não garante necessariamente o acesso ao aborto legal. Segundo Madeiro e Diniz (2016), estima-se que, das mulheres vítimas de violência sexual, apenas cerca de 20% a 30% delas procuram atendimento médico. Dessas, 10% a 30% aderem ao tratamento do protocolo de prevenção e tratamento Infecção Sexualmente Transmissível (IST) e ao apoio psicológico. A realização do aborto legal requer não apenas informações para o acesso a esse direito, como também um protocolo de avaliação técnica da gestação e dos fatos da violência para analisar o direito ou não ao abortamento legal, bem como apoio psicossocial (BRASIL, 2012; MADEIRO; DINIZ, 2016).

A discussão sobre o aborto seguro e inseguro também traz implicações sobre o perfil sociodemográfico da mulher nas diferentes formas de abortamento, revelando, principalmente, aquelas que estão mais vulneráveis ao optarem por um aborto inseguro. No entanto, este estudo não irá traçar, separadamente, o perfil das que o fizeram dentro ou fora do serviço de saúde, e sim o perfil geral de todas que declaram o abortamento. Descrever o perfil, baseado no local em que o aborto foi realizado, pode ser esta uma questão de análise para futuras pesquisas.

Segundo Madeiro e Diniz (2016), o perfil das mulheres que acessam os serviços de abortamento legal é de maioria branca, solteira, escolarizada e católica. A escolarização pode ter efeito no acesso às informações e na busca dos direitos das mulheres.

Martins-Melo (2014, p.509) aponta que o aborto inseguro traz à tona questões de justiça social que envolve uma complexa rede de fatores legais, econômicos, sociais e psicológicos. Os fatores sociodemográficos podem influenciar diretamente na forma como esse abortamento se estabelece. Neste trabalho, foi definida, a priori, a descrição do perfil sociodemográfico das mulheres que declararam o abortamento em Belo Horizonte e Betim, sem a distinção, no entanto, daquelas que realizaram o aborto seguro ou inseguro.

Os resultados revelam, portanto, um dado que já era esperado diante do contexto restritivo no Brasil: que parte das mulheres que realizaram o abortamento, em Belo Horizonte e Betim, o

realizou fora dos serviços de saúde, sendo possível inferior que tenha sido realizado de forma menos segura e/ou insegura.

7.3 Perfil sociodemográfico

O perfil sociodemográfico das mulheres que declararam ter abortado (decorrente de estupro ou não) em Belo Horizonte e Betim foi segmentado com as seguintes variáveis: faixa etária, escolaridade, estado civil, cor/ raça, renda individual e familiar, filhos, e religião. É importante ressaltar que todas essas questões do perfil se referem ao momento em que a mulher respondeu à pesquisa SAUVI e não ao momento em que o aborto foi realizado. Contudo, é de suma importância conhecer o perfil das mulheres que interromperam a gravidez, para elucidar quem são essas mulheres, a fim de que sejam fornecidos os subsídios adequados à formulação de políticas públicas.

A Tabela 1 bivariada apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas com a variável do aborto.

Tabela 1. Bivariada sociodemográfica x aborto.

Variáveis explicativas	Estupro / Aborto						Total		Valor p
	Sim		Não		Não informado				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Faixa Etária (em anos)									0,025
20 a 29	10	3,6	262	95,3	3	1,1	275	19,4	
30 a 39	16	5,3	285	93,8	3	1,0	304	21,4	
40 a 49	14	5,2	250	92,9	5	1,9	269	18,9	
50 a 59	16	5,6	269	94,1	1	0,3	286	20,1	
60 ou +	28	9,9	252	89,0	3	1,1	283	19,9	
Não informado	0	0,0	4	100,0	0	0,0	4	0,3	
Escolaridade									0,112
Baixa escolaridade	33	7,7	387	90,8	6	1,4	426	30,0	
Ensino fundamental	21	6,2	315	92,6	4	1,2	340	23,9	
Ensino médio	19	4,0	458	95,2	4	0,8	481	33,8	
Ensino superior / pós-graduação	10	6,3	149	93,1	1	0,6	160	11,3	
Não informado	1	7,1	13	92,9	0	0,0	14	1,0	
Estado civil									0,069
Solteiro	16	4,1	366	94,8	4	1,0	386	27,2	
Casado / União estável	41	5,8	654	93,2	7	1,0	702	49,4	
Separado /	15	10,2	130	88,4	2	1,4	147	10,3	

Cor / Raça	Divorciado								
	Viúvo	11	6,0	169	92,9	2	1,1	182	12,8
	Não informado	1	25,0	3	75,0	0	0,0	4	0,3
									0,230
	Branca	20	4,2	449	94,9	4	0,8	473	33,3
	Negra	15	8,7	155	89,6	3	1,7	173	12,2
	Amarela	4	6,1	62	93,9	0	0,0	66	4,6
	Parda	45	6,4	647	92,4	8	1,1	700	49,3
	Indígena	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	0,6
Renda (em S. M.)	Não informado	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	0,1
									0,105
	Sem renda	12	4,1	278	94,6	4	1,4	294	20,7
	Até 1	28	5,8	448	92,6	8	1,7	484	34,1
	Mais de 1 a 3	32	6,5	460	93,1	2	0,4	494	34,8
	Mais de 3 a 5	6	5,8	97	93,3	1	1,0	104	7,3
	Mais de 5 a 10	6	14,6	35	85,4	0	0,0	41	2,9
	Não informado	0	0,0	4	100,0	0	0,0	4	0,3
									0,403
Renda familiar (em S. M.)	Sem renda	1	3,1	30	93,8	1	3,1	32	2,3
	Até 1	14	5,9	216	91,5	6	2,5	236	16,6
	Mais de 1 a 2	31	6,2	462	92,8	5	1,0	498	35,0
	Mais de 2 a 5	28	5,7	457	93,6	3	0,6	488	34,3
	Mais de 5 a 10	5	4,2	113	95,8	0	0,0	118	8,3
	Mais de 10 a 20	5	14,3	30	85,7	0	0,0	35	2,5
	Mais de 20	0	0,0	10	100,0	0	0,0	10	0,7
	Não informado	0	0,0	4	100,0	0	0,0	4	0,3
									0,203
TemFilhos	Sim	53	6,7	733	92,4	7	0,9	793	55,8
	Não	31	4,9	589	93,8	8	1,3	628	44,2
									0,803
O Sr(a) tem uma religião que pratica regularmente?									0,803
	Sim	71	6,0	1094	93,0	11	0,9	1176	82,8
	Não	13	5,4	225	93,0	4	1,7	242	17,0
	Não informado	0	0,0	3	100,0	0	0,0	3	0,2
Total									
Total		84	5,9	1322	93,0	15	1,1	1421	100,0

Fonte: SAUVI 2015

No perfil sociodemográfico das 1.421 mulheres que responderam o SAUVI, segundo a distribuição univariada apresentadas na Tabela 1, sobressaem aquelas na faixa-etária entre 30 e 39 anos, representando 21,4% do total de mulheres. Observou-se que 33,8% têm Ensino Médio, 49,4% declaram-se casadas ou em união estável, 49,3% se auto declararam de cor

parda, 34,8% com renda individual entre 1 a 3 salários mínimos e 35% com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos; 82,8% das mulheres relataram praticar regularmente alguma religião, e 55,8% residem com os seus filhos.

Do universo total das mulheres que responderam o SAUVI, 5,9% declararam ter abortado em decorrência de estupro ou outro aborto, 93% declararam não ter realizado nenhum tipo de aborto e 1,1% não informaram sobre o abortamento.

Na distribuição bivariada do perfil sociodemográfico das mulheres que declaram ter ou não abortado, destacam-se, entre as que fizeram aborto, os seguintes perfis: houve maior prevalência entre as mulheres com 60 anos ou mais, com 9,9%; entre as de baixa escolaridade e aquelas com ensino superior, os percentuais foram de 7,7% e 6,3% respectivamente; entre as mulheres separadas e divorciadas a prevalência foi de 10,2%; entre as mulheres negras, de 8,7%; entre as que têm renda individual e/ou renda familiar de 5 a 10 salários mínimos, esse número sobe para 14,6%; dentre as que declararam renda individual de 10 a 20 salários mínimos, 14,3% abortaram. Das mulheres que declararam praticar alguma religião, 6% tiveram abortamento, e 6,7% são as que ainda residem com os filhos.

O teste de significância $p < 0.05$ apresentou um grau significativo de associação da faixa-etária das mulheres que declararam aborto, ou seja, há grande probabilidade desses resultados refletirem a realidade de toda a população de BH e Betim. O estado civil das entrevistadas também apresentou significância relevante, com valor de p próximo a 0,05. Devido à quantidade numerosa de categorias em algumas variáveis, a tendência é que testes realizados com n menor (no caso deste estudo $n = 84$) contribuam para a não significância estatística.

O SAUVI entrevistou mulheres com 20 anos ou mais, incluindo mulheres em idade fértil e não fértil. A OMS considera como férteis aquelas com idades entre 15 e 44 anos (OMS, 2011), e, para fins de análise do presente estudo, será considerado período fértil a faixa etária entre 20 e 49 anos, ou seja, aquelas que, além de estarem em idade reprodutiva, estão propensas a outros abortamentos.

Observou-se que a maioria das mulheres que declararam ter realizado aborto, no SAUVI, já não se encontra mais em idade fértil. A Tabela 1 mostra que houve maior prevalência de abortamento entre as mulheres mais velhas. Entre as mulheres com mais de 60 anos que

responderam à pesquisa, 9,9% já realizaram um aborto. As faixa-etárias que estão dentro do período fértil da mulher apresentaram menor frequência de declarações de aborto: entre as mulheres de 20 a 29 anos, 3,6% abortaram. Esse número tende a crescer nos resultados da tabela à medida que aumenta a faixa-etária.

Vale lembrar que, conforme pontua o Relatório sobre o abortamento no mundo (2017), a idade fértil da mulher reflete o momento da vida que elas estão vivendo: construindo carreiras, estudando, estabelecendo relações de casamento e família, e as decisões sobre uma gravidez indesejada impactam diretamente nesses planos. (SINGH et al., 2017). O SAUVI, todavia, retrata o momento em que a mulher respondeu à pesquisa e revela informações importantes.

Nota-se um reflexo temporal no resultado. Pode-se pressupor que a frequência maior do abortamento entre as mulheres mais velhas aponta uma tendência: mulheres em idade fértil, em geral, têm probabilidade de vivenciarem novos abortamentos. A Pesquisa Nacional do Aborto 2016 (PNA) apontou predominância do abortamento entre mulheres jovens de 20 a 24 anos, no entanto, não foram entrevistadas mulheres mais velhas, visto que o recorte abrangia apenas mulheres em idade fértil entre 18 a 39 anos (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

O fato de haver maior prevalência de aborto entre as mulheres mais velhas, que interromperam a gravidez na idade reprodutiva, é significativo para alinhar este estudo a futuras pesquisas com esse público e compará-los a outras faixas etárias. Esses resultados, ainda que inconclusivos, ajudam na elaboração de algumas hipóteses:

1 - As mulheres mais velhas tendem a assumir os abortos realizados se comparadas às mulheres mais jovens, uma vez que, com o passar dos anos, a prescrição legal do ato da interrupção da gravidez pode influenciar na tomada de decisão, motivando-a a quebrar o silêncio sobre a vivência do abortamento. A literatura chama atenção para os desafios da coleta de dados sobre abortamento, mostrando que as técnicas utilizadas, muitas vezes ilegais, podem inibir a declaração da interrupção da gravidez. O SAUVI utilizou o método de pergunta direta, no entanto, ao não desvincular, na questão, o aborto legal do ilegal, pode ter dado maior abertura para que a mulher assumisse o aborto. No entanto, segundo o relatório que sistematizou 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil, algumas pesquisas apontam que métodos como os de “urna”, em que a mulher responde anonimamente, teriam apontado

prevalência maior de abortamento nos resultados em relação aos resultados das perguntas feitas de forma indireta (BRASIL, 2009). A forma como a pergunta foi realizada às entrevistadas, pode ter inibido as mulheres mais jovens de relatarem os abortamentos;

2 - A diferença discrepante dos resultados entre as faixas etárias das mulheres mais velhas, que não estão mais em período fértil (9,9% com mais de 60 anos, e 5,6% das mulheres com idades entre 50 a 59 anos), poderia ser explicada pela consequência de políticas de acesso e informação ao planejamento reprodutivo e às melhorias no acesso e acompanhamento de saúde. Esses resultados também podem ser comparados com as demais faixas-etárias, no entanto, o presente estudo não tem elementos para afirmar esse fato.

Martins-Melo (2014) sugere que a redução da prática totalmente insegura do aborto estaria ligada ao aumento do número de medicamentos destinados a este fim, à melhoria do acesso a programas e informações de planejamentos familiares e a métodos mais eficazes de contracepção. Seguindo esse raciocínio, pode-se inferir que não só a forma do abortamento, como, talvez, a prevalência, possa ser resultado de políticas de acesso à saúde. No caso da faixa-etária acima do 60 anos de idade, supõe-se que a redução na prevalência do aborto, no SAUVI, possui relação com o acesso à saúde garantido pelo Sistema Único de Saúde, implementado na década de 1990, após a Constituição Federal de 1988, (BRASIL, 1990). Em trecho sobre a reflexão das melhorias ao acesso ao planejamento familiar, Martins-Melo discorre que

É inegável que houve melhorias no acesso ao planejamento familiar, sobretudo devido à expansão da Política Nacional de Planejamento Familiar, bem como da disponibilização quantitativa de alguns métodos anticoncepcionais eficazes distribuídos gratuitamente pelo SUS. No entanto, houve pouca mudança na diversidade de opções para contracepção utilizada por mulheres com menor nível socioeconômico(...) (MARTINS-MELO, 2014, p. 518).

Apesar das mudanças e melhorias nas políticas de acesso ao planejamento reprodutivo, há ainda muito a melhorar. Mulheres mais velhas tiveram menos acessos a essas políticas, e o estudo aponta que o planejamento reprodutivo pode ser uma das causas que impactou nos resultados obtidos. A possibilidade de reflexos, por meio de políticas de planejamento reprodutivo, nas gerações das mulheres que realizaram o abortamento, pode revelar dados surpreendentes sobre o papel das políticas de saúde na minimização do abortamento, podendo ser este objeto de futuras pesquisas.

Vale ressaltar que, dentro da análise do perfil sociodemográfico do SAUVI, a variável faixa-etária foi a que apresentou o maior nível de homogeneidade, ou seja, esse resultado tem grande probabilidade de refletir a realidade da população de BH e Betim.

Os dados sobre abortamento na literatura apontam, em geral, a predominância do abortamento entre mulheres em relacionamentos afetivos estáveis (BRASIL, 2009). O Relatório sobre o abortamento no mundo, realizado pelo Instituto Guttmacher (2017), destaca que, nos países de baixa e média renda, a maioria das mulheres está em união estável na maior parte dos anos férteis, resultando em um número maior de abortamento entre mulheres em união estável do que entre as solteiras (SINGH et al., 2017, p.12). Os resultados do SAUVI mostraram a maior prevalência de abortamento entre as mulheres separadas e divorciadas, totalizando 10,2%, seguida por 6% entre as viúvas. Entre as mulheres solteiras, 4,1% já realizaram o aborto. Essa diferença pode estar ligada ao reflexo da idade das mulheres, uma vez que a maioria daquelas que abortaram pertencem às faixas etárias de 50 anos ou mais, e há a probabilidade de já terem passado por relacionamentos estáveis e depois se separado, ou até mesmo ficarem viúvas.

Segundo pesquisa realizada em Campinas (2015), quanto maior a escolaridade, maior o acesso ao aborto seguro no Brasil. A pesquisa sobre o aborto legal, citada anteriormente, aponta o maior acesso de mulheres escolarizadas ao aborto previsto em lei no país. Os resultados do SAUVI mostram que apesar do perfil das mulheres que responderam ao inquérito ter maior prevalência de mulheres com ensino médio completo, as que se destacaram entre as que abortaram foram as de baixa escolaridade: entre as mulheres desse perfil, 7,7% declararam ter interrompido a gravidez. No entanto, chama a atenção os 6,3% de mulheres com nível superior completo ou pós-graduação que realizaram aborto, ficando atrás somente das que tem baixa escolaridade. Esse resultado reforça o dado de que as mulheres que praticam o abortamento estão em todas as classes sociais, cor, idade, escolaridade, no entanto, a literatura discute que a forma de como o procedimento é feito, seguro ou inseguro, impacta no perfil sociodemográfico das mulheres.

Não foram realizados os cruzamentos do perfil dessas mulheres com os resultados da pergunta se o aborto foi realizado “dentro ou fora dos serviços de saúde”, para que pudesse ter sido traçado o perfil das que abortam de forma segura ou insegura. A literatura aponta que o nível

da escolaridade pode refletir no tipo do aborto realizado pela mulher, uma vez que o acesso às informações sobre saúde sexual e reprodutiva, bem como as formas de abortamento mais seguros, são diferenciados (DIAS et al., 2015; MADEIRO; DINIZ, 2016).

Considerando o conjunto de fatores associados ao perfil de cada mulher, o acesso ao aborto seguro ou inseguro também se relaciona à renda e a fatores de desigualdade social. A renda também diz respeito ao poder econômico e aquisitivo de adquirir medicamentos abortivos, acesso a clínicas clandestinas, ou até mesmo viajar para países em que o procedimento é seguro. Um dado que sobressai nesse inquérito é que, entre as mulheres com alta renda, cerca de 14% delas já realizaram aborto. Considerando que a renda retrata o momento em que a pesquisa foi realizada e não o momento do abortamento, pondera-se o fato que as mulheres mais velhas, que nesse estudo são as que mais abortaram, possam estar economicamente mais estáveis, seja por motivo de aposentadoria ou até mesmo pensões, mas que não é possível afirmar por meio dos dados analisados.

A desigualdade social no Brasil atinge diretamente as mulheres negras e pardas. As mulheres negras são as que mais sofrem violência e as que também acumulam vulnerabilidades, estando elas, em sua maioria, em camadas sociais baixas, fazendo com que optem por práticas de aborto menos seguras, ou mesmo se valendo de um abortamento improvisado pela falta de recursos financeiros. Dados do relatório de Vitimização de mulheres no Brasil (2019) apontam que as mulheres negras são as que mais sofrem violência, sendo a mais comum a ofensa sexual (FBSP, 2019, p.13). Cerca de 50% das mulheres que responderam o SAUVI se declararam pardas, 12,2% negras e 33,3% brancas. No entanto, a maior prevalência de abortamento está entre as mulheres negras, chegando a 8,7%, seguida de 6,4% dentre as que se declararam pardas. Segundo a literatura, além da violência sofrida, a mortalidade por abortamento também atinge predominantemente as mulheres negras (MENEZES; AQUINO, 2009).

A questão racial envolve relações de poder e opressão e, por séculos, colocou o negro numa posição de negação a direitos e de exclusão social (RIBEIRO, 2018). Não foram feitos os cruzamentos entre as variáveis sociodemográficas como cor e renda e cor e escolaridade, mas a prevalência do aborto realizado em mulheres negras e pardas também pode estar atrelada aos números relativos a outras variáveis sociodemográficas como renda e escolaridade.

Ter ou não filhos também é um fator importante de análise, uma vez que a literatura aponta que mulheres que possuem ao menos um filho são aquelas com maior tendência ao abortamento (BRASIL, 2009). As questões do SAUVI não perguntam diretamente se as respondentes têm filhos. Para estimar esse número, utilizou-se a “relação e situação dos moradores da casa”, fazendo-se o levantamento de todas aquelas que responderam que moram com “filho(a)”. Portanto, mulheres que já abortaram, mas possuem filhos que não mais residem com elas, podem estar subnotificadas neste estudo. Ainda assim, entre todas as mulheres que foram identificadas vivendo com os filhos, há a predominância de 6,7% das que declararam ter abortado. Esse número pode ser maior, considerando que muitas têm mais de 60 anos e podem não viver mais com os filhos. Esse resultado corrobora com o fato de que muitas mulheres que abortam já vivenciavam ou vieram a vivenciar a maternidade.

A maternidade sempre foi imposta às mulheres pela sociedade, tornando-se um fato obrigatório em suas vidas, e tentar romper com essa imposição, por meio do aborto, pode resultar em penalidades legais e/ou morais. Beauvoir (2016) discute que é pela maternidade que a mulher cumpre o seu destino biológico, e vivenciá-la é algo inerente a todas as mulheres, limitando-as, conseqüentemente, ao espaço doméstico. O aborto, nesse sentido, pode ser uma forma de romper com a maternidade compulsória, no entanto, os dados apontam que a maioria das mulheres acaba por cumprir esse “destino biológico”, seja pelo próprio desejo, ou por coação do sistema. A interrupção da gravidez e transgressões às leis representam uma forma de resistência às instituições. A escolha da mulher de levar adiante ou não uma gravidez indesejada também é um ponto fundamental para se discutir a voz que a sociedade patriarcal dá às escolhas feitas pela mulher.

Ao se referir sobre o aprisionamento das mulheres aos lares, Tiburi (2008) faz uma correlação com a clausura e a custódia, discorrendo a respeito do misto de cuidado e repressão vivenciados por elas, fazendo com que se tornem as “guardas de si mesmas”, mantendo-se reclusas mesmo em um ambiente aberto. Um dos dispositivos fortemente utilizados nesse processo é a religião. O crescimento do Cristianismo amplia as ideias morais relativas não só ao aborto, mas à regulação dos corpos femininos, contribuindo para a manutenção do poder patriarcal por meio do pecado e da culpabilização das mulheres, o que dificulta até mesmo os relatos sobre abortamentos. Os dados do SAUVI apontam que, entre as mulheres que relataram praticar alguma religião regularmente, 6% informaram o aborto, número pouco maior do que os 5,4% de mulheres que praticaram aborto, mas não possuem religião.

Os resultados do perfil sociodemográfico e suas discussões apontaram que o perfil das mulheres que abortam perpassam por todas as classes, idades, rendas, cor, estado civil. Os resultados também mostram potenciais estudos para serem explorados e novos cruzamentos entre os perfis, aprofundando no perfil das mulheres que sofreram violências, das que abortaram dentro ou fora dos serviços de saúde e outros potenciais que não estavam previstos nos objetivos deste estudo, mas que geraram novas indagações.

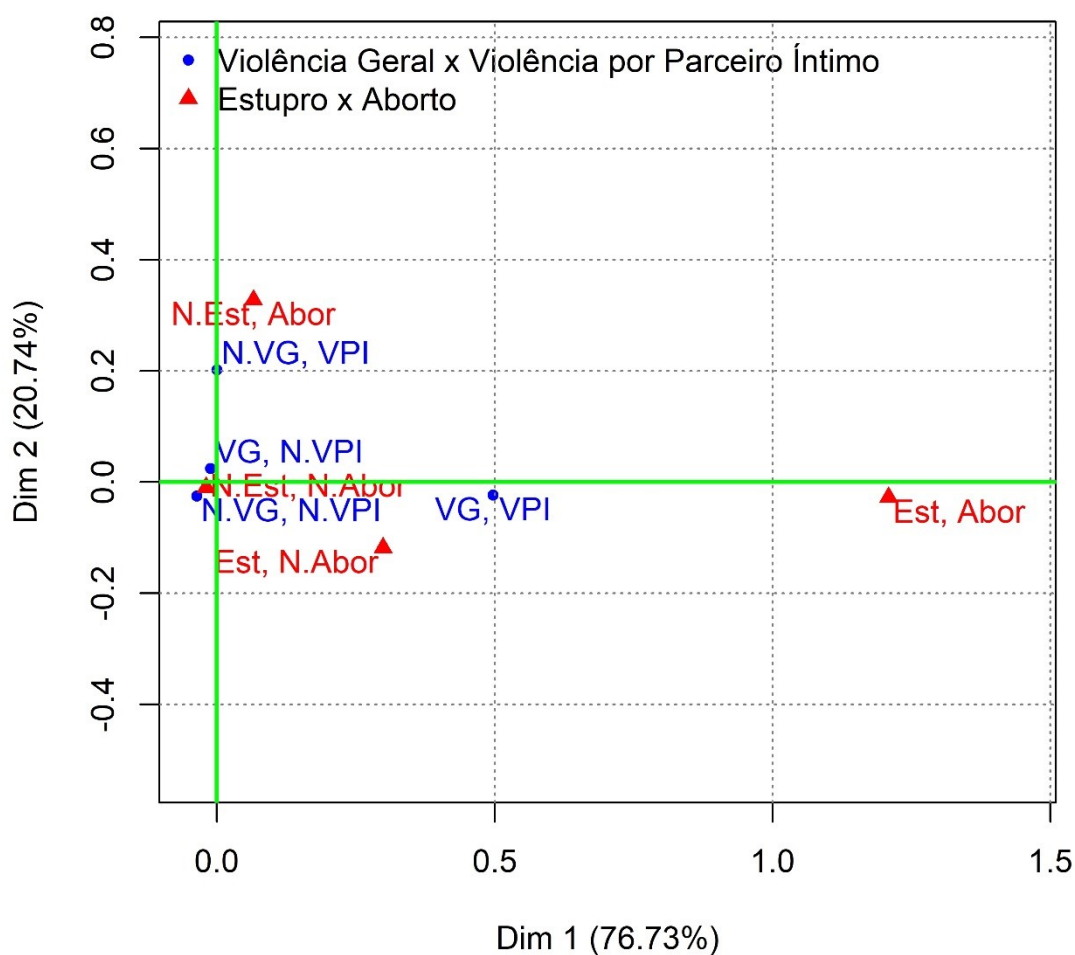
7.4 A Violência contra a mulher que aborta: as múltiplas faces da violência

As questões do inquérito do SAUVI, utilizadas na presente pesquisa, indagam aos entrevistados, nos blocos “violência” e “violência por parceiro íntimo”, questões sobre agressões sofridas nos últimos 12 meses (ANEXO B).

A Figura 6 apresenta o mapa de correspondência entre a violência geral x violência por parceiro íntimo e o estupro x aborto. A título de análise do mapa, entendem-se as seguintes abreviações: VG = violência geral; VPI= violência por parceiro íntimo; NVG = quando não há violência geral; NVPI= quando não há violência por parceiro íntimo; EST= aborto decorrente de estupro; ABOR = outro aborto previsto ou não em lei; N.EST= não houve aborto decorrente de estupro; N.ABOR= não houve outro aborto previsto ou não em lei.

Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (violência geral x violência por parceiro íntimo: VG, VPI; VG, N.VPI; N.VG, VPI; N.VG, N.VPI) e dos perfis coluna (estupro x aborto: Est, Abor; Est, N.Abor; N.Est, Abor; N.Est, N.Abor) devem ser analisadas as Tabelas 2 e 3. A Tabela 2, referente a violência geral x violência por parceiro íntimo, revela uma melhor representação dos níveis ‘VG, VPI’ e ‘N.VPI’ na dimensão 1 (em negrito), enquanto os níveis ‘VG, N.VPI’ e ‘N.VG, VPI’ contribuem mais quando interpretados na dimensão 2 (em negrito). A Tabela 3, referente a estupro x aborto, revela uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em negrito), exceto o nível ‘N.Est, Abor’ que deve ser interpretado na dimensão 2 (em negrito).

Figura 6: Mapa de Correspondência entre a violência geral x violência por parceiro íntimo e o estupro x aborto.



Fonte: SAUVI 2015

Tabela 2: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Violência geral x Violência por parceiro íntimo).

Violência geral x Viol. por parceiro íntimo	Dim 1	Dim 2
VG, VPI	0,9977	0,0022
VG, N.VPI	0,0292	0,1456
N.VG, VPI	0,0000	0,9913
N.VPI	0,6491	0,3235

Fonte: SAUVI 2015.

Tabela 3: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Estupro x Aborto).

Estupro x Aborto	Dim 1	Dim 2
Est, Abor	0,9946	0,0005
Est, N.Abora	0,7085	0,1106
N.Est, Abor	0,0389	0,9561
N.Est, N.Abora	0,7900	0,1921

Fonte:SAUVI 2015.

Com base na Figura 6, verifica-se uma associação maior entre as mulheres que afirmaram não ter abortado em decorrência de estupro e/ou ter realizado aborto com aquelas que relataram não terem sofrido violência geral, mas que afirmaram terem sido vítimas de violência por parceiro íntimo. As mulheres que afirmaram não serem vítimas de estupro ou não terem realizado aborto se associaram mais àquelas que não sofreram violência por parceiro íntimo, independente se foi vítima de violência geral ou não. As mulheres que afirmaram terem sido vítimas de violência geral e de violência por parceiro íntimo se associaram mais fortemente àquelas que relataram ter abortado em decorrência de estupro e não ter realizado outro aborto. Essa associação foi mais fraca quando a mulher declarou os dois tipos de abortamento. A associação envolvendo mulheres vítimas de violência geral, e que não sofreram violência por parceiro íntimo, foi desprezada, pois a contribuição foi muito baixa, e certamente haveria uma terceira dimensão para ser considerada na análise. Optou-se, no entanto, por trabalhar apenas com duas, para facilitar as interpretações.

A OMS (2009, p.55) já apontava, em estudos de saúde pública, que, dentre as mulheres que sofrem violência, existe uma taxa alta de gravidez não desejada e, conseqüentemente, um número alto de aborto. Cada localidade territorial possui seu próprio perfil, e, no Brasil, violências praticadas contra mulheres são extremamente corriqueiras. O relatório sobre a vitimização de mulheres no Brasil, elaborado pelo FBSP, estimou que 27,4% das mulheres brasileiras com mais de 16 anos foram vítimas de violência no último ano. Dessas, 23,8% foram agredidas pelos parceiros íntimos, e 15,2% pelos ex-parceiros (FBSP, 2019; OMS, 2011).

Os resultados do presente estudo apontaram existir associação entre as mulheres vítimas de violência e aborto. Pesquisas de outros países, como o estudo realizado em Boston, nos Estados Unidos, já apontavam existir associação entre o aborto e a violência contra a mulher, aliado, inclusive, a violências pregressas na infância e/ou adolescência e a características

sociodemográficas. O efeito cumulativo das múltiplas formas de violência contra a mulher também contribui para que a mulher opte pelo abortamento (MCCLOSKEY, 2016).

Os resultados do mapa de correspondência, na Figura 6, mostra que, em Belo Horizonte e Betim, houve uma associação importante entre as mulheres que realizaram aborto, previsto ou não em lei, com a violência sofrida por elas pelos seus parceiros íntimos. Há também, a associação entre as múltiplas violências sofridas pela mulher (VPI e VG) e o aborto resultante de estupro.

O aborto decorrente de VPI pode estar associado a diversos fatores vivenciados pela mulher, tal como uma gravidez indesejada, por abuso dentro do relacionamento, fazendo com que a mulher tente, de certa forma, romper com o ciclo de violências dentro da relação afetiva. Estudo realizado pela Universidade da Califórnia (EUA) aponta associação entre o aborto e a redução da violência física praticada pelo parceiro (ROBERTS et al., 2014). A metodologia do SAUVI, que é um estudo transversal, não permite analisar essa relação, mas, a partir dos dados apresentados, além da relação entre VPI e aborto, pressupõe-se a existência de tal causalidade. Estudos anteriores realizados na UFMG (2017) apontam que o processo de decisão pelo aborto envolve múltiplos fatores presentes no contexto social da mulher, destacando que a situação do parceiro, bem como a qualidade do relacionamento entre casal, podem corroborar na manutenção ou não da gravidez, muitas vezes, indesejada (BERALDO; BIRCHAL; MAYORGA, 2017).

A associação entre aborto decorrente de estupro e VPI e VG também revela o engodo do pensamento coletivo, que supõe que o estupro é cometido por agressores desconhecidos. As múltiplas violências sofridas por mulheres, associadas ao aborto decorrente de estupro, que segundo a legislação brasileira seria passível de aborto legal, induzem a reflexões sobre a situação da mulher enquanto vítima. Diniz et al. (2014), em estudo sobre o aborto legal no Brasil, chama atenção para o fato de que as três causalidades para a mulher ter direito ao aborto legal no Brasil (estupro, anencefalia ou risco de morte), ocorrem quando ela se torna vítima, ou pela violência do sistema patriarcal ou pelo acaso da natureza. Segundo os autores “a centralidade da figura da mulher como vítima movimenta as políticas públicas de saúde que regulamentam os serviços de aborto legal no Brasil” (DINIZ et al., 2014, p.292). Alocar a mulher na posição de vítima é uma forma de determinar o poder de alguém que a oprime, no caso, expresso nas normas da sociedade patriarcal. Dessa forma, simbolicamente, a mulher

perde o poder da escolha e a autonomia do seu próprio desejo, uma vez que negam a ela a independência de determinar o futuro de seu corpo, de sua sexualidade e de sua vida.

A associação entre mulheres que abortam e a redução da VPI pode ser tema importante para futuros estudos. No Brasil, a violência doméstica, por anos, tendeu a ser normatizada pelos costumes. Jargões como “em briga de marido e mulher não se mete a colher” retrata a banalização da violência e dos poderes estabelecidos entre os gêneros. A sexualidade da mulher é fator intenso nessas relações, que integra o sistema simbólico do feminino e é alvo de excessivas normativas de dominação. Há diversos fatores que pertencem à fórmula da relação entre aborto e violência por parceiro íntimo: a violência decorrente das relações de domínio, a sexualidade como um instrumento de poder sobre a mulher – que é impedida de decidir sobre a própria gravidez indesejada, sendo silenciada pelo sistema patriarcal e legal brasileiro-, a banalização da violência, fazendo com que muitas vezes a própria mulher não perceba a violência sofrida, que é travestida por obrigações matrimoniais.

Ainda que diante de tantos fatores de dominação sobre os atos e desejos da mulher, o aborto, ainda que ilegal, aparece como um dispositivo não só para tentar buscar as rédeas da própria sexualidade, desejos e escolhas da mulher, mas para romper com o processo violento de dominação dentro da relação íntima. Segundo achados da referida pesquisa realizada na Universidade da Califórnia, o impedimento das mulheres que sofrem VPI em abortar corrobora com a manutenção destas em relacionamentos violentos, colocando-as em risco juntamente com seus filhos, gerando o que chamamos no presente estudo de “efeito domínio-dominó” (ROBERTS et al., 2014).

As questões do inquérito do SAUVI, utilizadas na presente pesquisa, indagam aos entrevistados, nas categorias “violência” e “violência por parceiro íntimo”, questões sobre agressões sofridas nos últimos 12 meses anteriores à entrevista. Não se sabe, por meio do questionário, se as violências sofridas pelas mulheres entrevistadas foram anteriores ou posteriores à prática do abortamento, principalmente pelo fato da pergunta do questionário considerar apenas as violências vividas no último ano. No entanto, tendo em vista que pesquisas como a apresentada pela OMS (2009) apontam que a prevalência de violência ao longo da vida da mulher é maior, se comparada à incidência da violência num período de 12 meses, é possível inferir que a violência, ocorrendo antes ou depois do aborto, não afetará os

resultados, visto que mulheres que não declararam ter sofrido violência no último ano, mas que abortaram, têm grande probabilidade de ter sofrido violências ao longo da vida.

Visando qualificar a comparação dos dados do SAUVI, incluímos na análise desta pesquisa o bloco de questões que abordam apenas a “violência sexual”, que, apesar de ser contemplada no bloco “violência”, trata sobre questões mais específicas sobre violências sexuais sofridas ao longo da vida.

7.5 A Violência sexual contra a mulher que aborta: violência ao longo da vida

As questões da categoria “violência sexual” abordam as agressões sexuais sofridas pela mulher em qualquer momento da sua vida.

Entre 1.421 mulheres que responderam ao SAUVI, 5,98% declararam terem sido forçadas a fazer sexo ou alguma prática sexual em algum momento da vida. Desse universo, 16,5% declararam terem realizado algum aborto legal ou ilegal.

O resultado da razão de chances foi de 3,4, o que significa que as chances estimadas de estupro/aborto (em relação a não estupro/aborto) para as que sofreram violência sexual são 3,4 vezes (ou 240%) maiores que as chances estimadas para as que não sofreram violência sexual. O intervalo com 95% de confiança para esta razão de chance foi (1,82; 6,31), e, portanto, pode-se afirmar, com 95% de confiança, que esse aumento varia de 82% a 531%.

Esses resultados apontam e corroboram com a hipótese de que mulheres que sofrem abusos têm maiores chances de experimentar um aborto legal ou ilegal. O abuso sexual pode estar ligado não apenas às altas taxas de gravidez indesejada, como também coloca a mulher em comportamentos de risco. A OMS (2002) apontou que as violências sofridas pelas mulheres, tanto na infância como na fase adulta, têm impacto direto nas saúdes física e psicológica, além de colocá-las em situações de risco crescente expondo-as à depressão, lesões, distúrbios e consequências negativas à saúde reprodutiva.

Violências sofridas pela mulher podem perpetuar durante os ciclos de sua vida. Os abusos iniciados ainda na infância ou adolescência, por meio da violência doméstica, podem

futuramente passar para as relações com o parceiro íntimo. O silêncio imposto às mulheres, diante do contexto do abortamento, é uma forma não apenas de impedir a ressignificação da experiência da interrupção da gravidez, como também agrava a situação da própria situação da violência em que vive. A prática do diálogo e da escuta com as mulheres é uma ferramenta fundamental para a elaboração de suas experiências, buscando reflexões sobre o contexto em que ela está inserida e, por conseguinte, incitar a promoção de autonomia. Dessa forma, ela tem instrumentos para superar a situação de violência que muitas vezes a acompanha, e poderá, inclusive, decidir sobre o abortamento de forma autônoma, sem estar atrelada à sua posição enquanto vítima.

Os homens legislam sobre os corpos femininos e, para garantir a manutenção do poder, o sistema conta com “dispositivos sutis” de amordaçamento da mulher. No contexto atual, os movimentos feministas começaram a dar luz à problemática da violência contra a mulher e, ainda que incipientes, começaram a surgir espaços de fala, diálogo, reflexão e ressignificação sobre as violências sofridas, muitos deles de iniciativas populares, como coletivos feministas e círculos de mulheres. No entanto, tratar sobre a temática e vivência do aborto, num contexto de criminalização, ainda é desafiador.

Em pesquisa sobre experiências de abortamento em uma comunidade *online*, a pesquisadora Nanda Duarte (2018) analisa que a internet se torna uma ferramenta de trocas de experiências e apoio, no entanto, as narrativas expressam as inseguranças, riscos e violências em decorrência do contexto da clandestinidade, indicando a necessidade de mais debates sobre o tema no Brasil. Conforme sustentado ao longo deste estudo, é possível superar essa situação ampliando os locais de diálogo sobre as questões que oprimem as mulheres, e, na atual conjuntura, a transgressão das leis é uma forma de resistência ao cenário de restrições às escolhas, essas, muitas vezes, advindas da própria violência.

Embora este estudo tenha sido trabalhado com dados secundários de um questionário previamente estruturado, vale ressaltar que o inquérito SAUVI não foi elaborado para tratar especificamente de estudos sobre aborto. Sendo um inquérito, a pesquisa abordou um número significativo de questões sobre os diversos tipos de violência, em suas múltiplas faces e em diferentes grupos populacionais. Sugerimos que questões mais específicas, referentes ao aborto, sejam consideradas na elaboração de inquéritos futuros, com novas formulações de perguntas e abordagem.

Durante o processo da análise das respostas da variável desfecho (questões referentes ao aborto) no banco de dados, observou-se que o número de pessoas que responderam ter realizado aborto foi significativamente menor do que o número de pessoas que responderam se o aborto foi realizado dentro ou fora do serviço de saúde. No intuito de ajustar as informações levantadas, que poderiam conter as divergências identificadas entre as questões, foram mapeados e conferidos 209 questionários físicos. Verificou-se que alguns questionários apresentavam equívocos de tabulação das informações respondidas, principalmente na questão 536, que se refere ao local da realização do aborto (dentro ou fora do serviço de saúde). Dessa forma, foram identificados e realizados os devidos ajustes, visando à redução do viés não amostral, que traria indubitavelmente tendência sobre a análise dos dados e, posteriormente, sobre as discussões. Para qualificar os dados, optou-se por trabalhar com a amostra daqueles que declararam algum tipo de abortamento por meio das questões 534 e/ou 535 (ANEXO B).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aborto, ainda que ilegal, aparece neste estudo como uma forma da mulher responder aos processos de violência, intrínsecos à sociedade patriarcal, podendo também ser entendido como a busca por autonomia, pelas decisões sobre sexualidade, desejos, e escolhas relativas ao próprio corpo.

Este estudo apontou que 5,9% das mulheres residentes em Belo Horizonte e Betim já realizaram aborto. Esse universo é composto por mulheres de todas as classes, raças, escolaridades e religiões, no entanto, os resultados mostram predominância de declaração do aborto entre as que, no momento da pesquisa, estavam com mais de 60 anos, com baixa escolaridade, separadas e divorciadas, negras, com renda individual e familiar elevada de 5 a 20 salários mínimos, que possuem religião e, a maioria, é mãe – características não necessariamente cumuladas.

A pesquisa confirma a hipótese que as violências sofridas pelas mulheres estão associadas à decisão pelo aborto. As chances da mulher vítima de violência sexual abortar é 3,4 vezes maior que as que não sofreram essa violência.

Os resultados também mostram que houve uma aproximação estatística do número de procedimentos de interrupção da gravidez realizados de forma segura, e os que foram realizados de forma menos segura e/ou insegura. Apesar de não pertencer, inicialmente, ao objetivo desta pesquisa, essa informação possui potencial a futuros estudos com objetivos de traçar o perfil sociodemográfico das mulheres que abortaram de forma segura e as que abortaram de forma menos segura ou insegura.

A idade das mulheres, na análise do perfil sociodemográfico, revelou um importante público para futuros estudos e instigou novas indagações, como por exemplo: o fato das mulheres mais velhas terem declarado mais abortamentos poderia ser consequência de políticas de planejamento familiar e do acesso universal ao SUS?

A pesquisa do SAUVI não foi desenhada visando à abordagem específica do tema aborto. Diante disso, o estudo encontrou algumas limitações de análise mais singulares devido ao formato da formulação das perguntas. No entanto, considerando o contexto de restrições de

pesquisas sobre o aborto no Brasil, para além de dados coletados no ambiente hospitalar, pode-se dizer que as variabilidades do cruzamento de dados (aborto x violência) geraram um importante potencial de investigação, que foi realizada de acordo com as possibilidades e limitações do inquérito.

Apesar de o resultado apontar significativas associações entre aborto e violência, esta pesquisa considera e trata o aborto como uma escolha individual da mulher, independentemente de ter gerado um feto anencéfalo ou ter sido vítima de estupro. Vale ressaltar que, na sociedade, a mulher tem sido constantemente vitimada pelo sistema opressor, e, muitas vezes, é apenas dessa forma que ela consegue acessar o direito ao aborto: sendo vítima (da violência ou do acaso). A ilegalidade da escolha pelo aborto já é, por si só, uma privação de acesso ao direito à autonomia, da escolha sobre o seu próprio corpo.

O silenciamento, o medo e o impedimento às mulheres em ressignificarem suas próprias experiências também são formas de manutenção do domínio patriarcal instalado em nosso sistema. Os espaços de fala, escuta, diálogo são essenciais para a elaboração das violências sofridas e das práticas de abortamento realizados. Acolher a mulher que aborta é respeitar, acima de tudo, a autonomia da escolha. Escutá-las pode revelar, segundo esta pesquisa, violências passadas, presentes, futuras e contribuir significativamente para o rompimento desse ciclo.

REFERÊNCIAS

ANJOS, Anna Beatriz. PEC contra aborto usa argumento científico falso. **Agência Pública**, 20 jun. 2017. Disponível em: <<https://apublica.org/2017/06/truco-pec-contra-aborto-usa-argumento-cientifico-falso/>>. Acesso em: 19 maio. 2019.

BASTOS, Gilla Maria Jacobus. **Histeria no século XXI? Breve ensaio prático**. Trabalho apresentado à Jornada de estudo Círculo do Círculo Psicanalítico do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo: a experiência vivida**. Tradução: Sérgio Milliet. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016a.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo: fatos e mitos**. Tradução: Sérgio Milliet. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016b.

BERALDO, Ana.; BIRCHAL, Telma de S.; MAYORGA, Cláudia. O aborto provocado: um estudo a partir das experiências das mulheres. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 1141–1157, 23 set. 2017.

BOLA, Solanke Lukman. Spousal violence and pregnancy termination among married women in Nigeria. **African Health Sciences**, v. 16, n. 2, p. 429–440, 1 jul. 2016.

BRASIL. Decreto- Lei No 2.848, de 7 de Dezembro de 1940. **Diário Oficial da União de 31/12/1940**. Código Penal, Brasília: Predidência da República, 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 27 nov. 2018.

BRASIL. **Lei 7209, de 11 de Julho de 1984**. Altera dispositivos do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências, Brasília: Presidência da República, 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1980-1988/L7209.htm#art33>. Acesso em: 19 maio. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 28 jul. 2019

BRASIL. **Decreto Nº 1.973, de 1º de Agosto de 1996**. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994, Brasília: Presidência da República, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm>. Acesso em: 9 jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em: 19 abr. 2019.

BRASIL. **Projeto de Lei Nº 478/2007 (Dos Srsº Luiz Bassuma e Miguel Martini)**. Dispõe

sobre o Estatuto do Nascituro e dá outras providências, Brasília: Congresso Nacional, 2007. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=443584&filenome=PL+478/2007>. Acesso em: 19 maio. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento:** norma técnica. 2ª ed. Brasília- DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADPF 54 – STF.** Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 Distrito Federal. Ministro Marco Aurélio, Brasília: STF, 2012. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=10488>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

BRASIL. **Projeto de Lei Nº 5069/2013 (Do Senhor Eduardo Cunha e outros).** Acrescenta o art. 127-A ao Decreto-Lei no. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, Brasília: Congresso Nacional, 2013a. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1061163&filenome=PL+5069/2013>. Acesso em: 19 maio. 2019.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 6033/2013 (Do Senhor Eduardo Cunha).** Revoga a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, Brasília: Congresso Nacional, 2013b. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1112959&filenome=PL+6033/2013>. Acesso em: 19 maio. 2019.

BRASIL. **Projeto de Lei 5617/2016 (Do Sr. Marco Feliciano).** Institui o Dia Nacional de Conscientização Antiaborto, Brasília: Congresso Nacional, 2016c. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1469418>. Acesso em: 19 maio. 2019.

BRASIL. **Proposta de Emenda à Constituição n. 29, de 2015.** Altera a Constituição Federal para acrescentar no art.5, a explicitação inequívoca "da inviolabilidade do direito à vida, desde a concepção. Proposta pelo senador Magno Malta et al, Brasília: Senado Federal, 2015. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=3455035&ts=1557342748915&disposition=inline>>. Acesso em: 19 maio. 2019.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 4642/2016 (Do Sr. Flavinho).** Dispõe sobre a prevenção e conscientização dos riscos e consequências relacionados ao aborto, Brasília: Congresso Nacional, 2016a. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1440475&filenome=PL+4642/2016>. Acesso em: 19 maio. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Senado Federal, Ed., 2016b. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>. Acesso em: 19 maio. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da**

Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. 3ª ed. Brasília- DF: 2002.

CHIBBER, Karuna S. et al. The role of intimate partners in women's reasons for seeking abortion. **Women's Health Issues**, v. 24, n. 1, p. e131–e138, jan. 2014.

CISNE, Mirla; OLIVEIRA, Giulia Maria J. Cavalcante de. Violência contra a mulher e a Lei Maria da Penha: desafios na sociedade patriarcal-racista-capitalista do Estado brasileiro. **Serv. Soc. Rev.** Londrina, n. 1, p. 77–96, 2017.

COSTA, Gerverson André Silva. **Trabalho e adoecimento mental: uma análise quantitativa a partir do inquérito SAUVI Betim (2014 a 2015).** Dissertação (mestrado)-Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2017.

COUTO, Telmara Menezes et al. Cotidiano de mulheres com história de violência doméstica e aborto provocado. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 263–269, 2015.

DHAR, Diva et al. Associations between intimate partner violence and reproductive and maternal health outcomes in Bihar, India: A cross-sectional study. **Reproductive Health**, v. 15, n. 1, p. 109, 19 dez. 2018.

DIAS, Samanta. Mapeamos as principais ameaças aos direitos reprodutivos no Congresso. **Revista AzMina**, 3 jul. 2017. Disponível em: <<https://azmina.com.br/reportagens/mapeamos-os-projetos-de-lei-contra-os-direitos-reprodutivos-no-congresso/>>. Acesso em: 10 maio. 2019.

DIAS, T. Z. et al. Association between educational level and access to safe abortion in a Brazilian population. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 128, n. 3, p. 224–227, 2015.

DINIZ, Débora et al. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, p. 291–298, ago. 2014.

DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653–660, fev. 2017.

DUARTE, Nanda Isele G.; MORAES, Lorena L. de; ANDRADE, Cristiane B. A experiência do aborto na rede: análise de itinerários abortivos compartilhados em uma comunidade online. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3337–3346, 2018.

DURKHEIM, Émile. **As Regras do Método Sociológico.** Tradução: Paulo Neves. 3a. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

FBSP. **Visível e Invisível: a Vitimização De Mulheres No Brasil- 2ª Edição.** Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019. 1 Iconográfico. Disponível em: <<http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Infográfico-visível-e-invisível-2.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

FOUCAULT, Michel. **HISTÓRIA DA SEXUALIDADE I: a vontade de saber.** Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13a. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

G1. Papa Francisco compara o aborto ao uso de um “matador de aluguel”. **Portal G1.** 10 de

out. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mundo/noticia/2018/10/10/papa-francisco-compara-o-aborto-ao-uso-de-um-matador-de-aluguel.ghml>>. Acesso em: 18 maio. 2019.

GREENACRE M.J. **Theory and Applications of Correspondence Analysis**. London: Academic Press, 1984

GREENACRE MJ. **Correspondence Analysis in Practice**. Chapman & Hall/CRC, Boca Raton, second edition, 2007.

GUIMARÃES, Paula. A morte evitável de Ingriane. **Portal Catarinas**, 2 ago. 2018. Disponível em: <<https://catarinas.info/a-morte-evitavel-de-ingriane-e-lembrada-em-audiencia-publica-sobre-aborto/>>. Acesso em: 18 maio. 2019.

HADAS, M. **Roma Imperial**. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 1972.

IDHMB. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013**. PNUD, Ipea ed. Brasília: FJP, 2013. Disponível em: <www.atlasbrasil.org.br>. Acesso em: 20 jun. 2019

JONES, D. A. The human embryo in the Christian tradition: a reconsideration. **Journal of medical ethics**, v. 31, n. 12, p. 710–714, 2005.

KEKANA, Loveday Penn et al. Should violence services be integrated within abortion care? A UK situation analysis. **Reproductive Health Matters**, v. 24, n. 47, p. 104–117, 2 jan. 2016.

KRUG, Etienne G. et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, p. 1–380, 2002.

LINHARES, Juliana. Marcela Temer: bela, recatada e “do lar”. **VEJA.com**, 18 abr. 2016. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/brasil/marcela-temer-bela-recatada-e-do-lar/>>. Acesso em: 18 jul. 2019.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Débora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 563–572, 2016.

MARTINELLI, Andréa. Esta campanha quer garantir um emprego para Rebeca Mendes, que teve pedido de aborto negado pelo STF. **HuffPost Brasil**, 19 dez. 2017. Disponível em: <https://www.huffpostbrasil.com/2017/12/19/esta-campanha-quer-garantir-um-emprego-para-rebeca-mendes-que-teve-pedido-de-aborto-negado-pelo-stf_a_23312073/>. Acesso em: 26 maio. 2019.

MARTINS-MELO, Francisco Rogerlândio et al. Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. **Revista de saúde pública**, v. 48, n. 3, p. 508–520, 2014.

MCCLOSKEY, Laura A. The effects of gender-based violence on women’s unwanted pregnancy and abortion. **Yale Journal of Biology and Medicine**, v. 89, n. 2, p. 153–159, 2016.

MELO, Elza Machado de. **Emile Durkheim- Bases Teórico-Metodológicas da Abordagem da Violência**. (Aula mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2017.

MELO, Victor Hugo de; MELO, Elza Machado de. **Para Elas**. Belo Horizonte : Nescon/UFGM, 2016.

MENEZES, Greice; AQUINO, Estela M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. S193–S204, 2009.

MINGOTI, S. A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada**. Belo Horizonte: Editora UFGM, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 1.508, de 1º de setembro de 2005**. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS, Brasil, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Óbitos por causas evitáveis de 5 a 74 anos**, Brasil: Departamento de informática do sus (DATASUS), 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Obitos_Evitaveis_5_a_74_anos.pdf>. Acesso em: 25 maio. 2019

MODELLI, Lais. Por que a sexualidade da mulher é tratada como questão de saúde?. **Revisa AzMina**, 30 jan. 2017. Disponível em: <<https://azmina.com.br/reportagens/por-que-a-sexualidade-da-mulher-e-tratada-como-questao-de-saude/>>. Acesso em: 19 maio. 2019.

MONTESANTI, Beatriz. Mulheres são 15% do novo Congresso, mas índice ainda é baixo. **Notícias - UOL Eleições 2018**, São Paulo, 8 out. 2018. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/politica/eleicoes/2018/noticias/2018/10/08/mulheres-sao-15-do-novo-congresso-mas-indice-ainda-e-baixo.htm>>. Acesso em: 3 jun. 2019

NOSSA OPINIÃO. É importante acolher. **Jornal O Globo**, 21 set. 2015. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/opiniao/e-importante-acolher-17538401>>. Acesso em: 18 maio. 2019.

NUR, Naim. Association Between Domestic Violence and Miscarriage: A Population-Based Cross-Sectional Study Among Women of Childbearing Ages, Sivas, Turkey. **Women and Health**, v. 54, n. 5, p. 425–438, 4 jul. 2014.

OLIVEIRA, Monique. STF faz audiências públicas sobre descriminalização do aborto; entenda o processo e o que está em disputa. **Portal G1**, 3 ago. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2018/08/03/stf-faz-audiencias-publicas-sobre-descriminalizacao-do-aborto-entenda-o-processo-e-o-que-esta-em-disputa.ghtml>>. Acesso em: 1 dez. 2018.

OMS. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2011.

OMS. **Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. 2. ed. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2013.

PASSARINHO, N. Brasileiras procuram abortos seguros nos poucos países da América Latina onde prática é legal. **BBC News Brasil**, 10 ago. 2018. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-45135808>>. Acesso em: 1 dez. 2018.

PERROT, Michelle. Os silêncios do corpo da mulher. In: **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Editora Unesp, 2003.

PINTON, A. et al. Existe-t-il un lien entre les violences conjugales et les interruptions volontaires de grossesses répétées ? **Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie**, v. 45, n. 7–8, p. 416–420, 1 jul. 2017.

R Development Core Team (2019). **R**: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org>.

RAHMAN, Mosfequr. Intimate partner violence and termination of pregnancy: a cross-sectional study of married Bangladeshi women. **Reproductive Health**, v. 12, n. 1, p. 102, 5 dez. 2015.

RIBEIRO, Djamila. **Quem tem medo do feminismo negro?** São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

RICHTER, André. Turma do STF decide que aborto nos três primeiros meses de gravidez não é crime. **Agência Brasil- EBC**, 29 nov. 2016. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-11/turma-do-stf-decide-que-aborto-nos-tres-primeiros-meses-de-gravidez-nao-e>. Acesso em: 19 maio. 2019.

ROBERTS, Sara C. M. et al. Risk of violence from the man involved in the pregnancy after receiving or being denied an abortion. **BMC Medicine**, v. 12, n. 1, p. 144, 29 set. 2014.

RODRIGUES, Carla. Butler e a desconstrução do gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 179–183, 2005.

SALIBA, Maurício G.; SANTIAGO, Brunna R. Bailarinas não fazem política? Análise da violência de gênero presente no processo de impeachment de Dilma Rousseff. **Revista Direitos Fundamentais & Democracia**, v. 21, n. 21, p. 91–105, 1 jul. 2016.

SAUVI. **Manual sobre as Questões do Questionário geral** - Pesquisa sobre saúde e prevenção da violência. UFMG: Belo Horizonte, 2014.

SCAVONE, Lucila. Nosso corpo nos pertence? Discursos feministas do corpo. **Revista Gênero**, Niterói, v. 10, n. 2, p. 47–62, 2010.

SINGH, Susheela. et al. **Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access**. New York: Guttmacher Institute, 2017.

STEPHENSON, Rob et al. Domestic Violence and Abortion Among Rural Women in Four Indian States. **Violence Against Women**, v. 22, n. 13, p. 1642–1658, 9 nov. 2016.

THINK OLGA. **Meu corpo não é seu: desvendando a violência contra a mulher**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

TIBURI, Márcia. Branca de Neve ou corpo, lar e campo de concentração: as mulheres e a questão biopolítica. In: **Mulheres, filosofia ou coisas do gênero**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC (Ed.). 2008. p. 53–73.

TIBURI, Márcia. A violência e o poder. In: **Feminismo em comum: para todas, todes e todos**. 8a. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.p. 105–111.

VERARDO, Maria Tereza. **Aborto um direito ou um crime?** 9 ed. São Paulo: Moderna, 1987. 88p.

ANEXO A – Aprovação no COEP/UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 02235212.2.0000.5149

Interessado(a): Profa. Elza Machado de Melo
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 23 de novembro de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Saúde e violência: subsídios para formulação de políticas de promoção de saúde e prevenção da violência**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B – Questões utilizadas do questionário SAUVI



Manual sobre as Questões do Questionário Geral

Realização:



UFMG

Belo Horizonte, abril de 2014

Entrevistador:
Área:

Saúde e Violência: Subsídios para a formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência	Questionário nº:
	Tabela de Kish:
	Nº moradores: (com 20 anos ou+)
	Nº de mulheres: (com 20 anos ou+)
	Resultado da Tabela de Kish:
Nome do entrevistador:	Data:

INFORMAÇÕES GERAIS	
1. Nome:	
Registrar o nome completo do entrevistado	
2. Município:	
Anotar o nome do município onde está sendo feita a pesquisa	
3. Estado:	
Anotar a sigla do Estado (a Unidade Federativa) onde está sendo feita a pesquisa	
4. Setor censitário:	
Copiar o número da lista de endereços	
5. Endereço completo (Rua, Avenida, Alameda, Estrada, Rodovia, Número e complemento)	
Anotar o endereço completo do domicílio entrevistado Se Zona de Residência Rural, anotar se é fazenda, roça, sítio, chácara, assentamento do INCRA, etc. Nesta pesquisa não serão considerados os domicílios particulares improvisados, tais como estabelecimentos comerciais, prédios em construção ou abandonados.	
6. Telefone de contato:	
Anotar o número do telefone fixo e celular, com o prefixo, da pessoa entrevistada.	
7. Número de contatos feito com o morador, para marcar a entrevista:	
Registrar o número de tentativas ou visitas feitas ao morador do domicílio a ser entrevistado, para agendar/marcar a entrevista com a pessoa entrevistada. Se o questionário for aplicado na primeira ida, é 1 contato. Se forem feitas 3 tentativas sem sucesso, podemos considerar que "perdemos" o domicílio.	
Tipo de contatos feitos com o responsável pelo domicílio:	
8. Telefone () 1. Sim () 2. Não	
9. Por intermédio da Saúde da Família () 1. Sim () 2. Não	
10. Por intermédio de lideranças comunitárias () 1. Sim () 2. Não	
11. Ida ao domicílio com retorno para entrevista () 1. Sim () 2. Não	
12. Outro () 1. Sim () 2. Não	
Especificar os meios utilizados para marcar a entrevista com o responsável pelo domicílio.	
13. Adolescentes moram na casa? () 1. Sim () 2. Não	
Informar se adolescentes residem ou não no domicílio informado. Considera-se adolescente o indivíduo com idade entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias.	
14. Se sim, quantos? _____ () 888.NSA	
Informar o número de adolescentes que residem no domicílio.	

15. Adolescentes responderam ao questionário? () 1. Sim () 2. Não () 888 NSA	
Informar se algum adolescente do domicílio respondeu à pesquisa. Caso houver mais de um, sortear quem irá responder ao questionário.	
16. Motivo de não participação do adolescente () 1. Responsável não permitiu () 2. Estava ausente () 3. Recusou-se a participar () 888.NSA	
Informar o motivo pelo qual o adolescente não participou da pesquisa O <i>Não se aplica</i> (NSA) será utilizado quando na residência não residir nenhum adolescente.	
17. Estado Civil () 1. Casado () 2. Solteiro () 3. Viúvo () 4. União estável (amasiado, amigado) () 5. Separado/divorciado	
Marcar a opção relacionada ao estado civil do entrevistado. Considerar como separado ou divorciado o entrevistado que teve separação judicial ou divórcio homologados por decisão judicial.	
18. Cor ou raça: () 1. Branca () 2. Preta () 3. Amarela () 4. Parda () 5. Indígena	
Ler todas as opções de cor ou raça para o entrevistado e considere aquela que for declarada pelo entrevistado.	

Contatos

Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Medicina

Núcleo de Promoção de Saúde e Paz

Coordenadora: Profa. Dra. Elza Machado de Melo

Av. Prof. Alfredo Balena, 190 Belo Horizonte - MG – Cep 30130-100

www.medicina.ufmg.br

telefones: 31 3409-9945 e 9702-2078

Facebook: www.facebook.com/sauvi.salve

Coordenadores do trabalho de campo na sua regional:

Questionário Domiciliar

19. Ocupação/atividade:	
Informar a ocupação ou atividade exercida pelo entrevistado e não a sua formação profissional. Considerar indivíduo ocupado aquele que é economicamente ativo, exercendo atividade remunerada em dinheiro ou não. Este item diz respeito à profissão, função ou ofício que o indivíduo exerce e, desta forma, inclui estudantes, aposentados, donas de casa, desempregado, etc.	
20. Qual é a renda do (a) Sr.(a)? (Salário mínimo = R\$724,00) ☐ 1. Até um salário mínimo (até R\$724,00) ☐ 2. Mais de 1 até 3 salários mínimos (Mais de R\$724,00 até R\$2172,00). ☐ 3. Mais de 3 até 5 salários mínimos (Mais de R\$ 2172 até R\$3620,00) ☐ 4. Mais de 5 salários mínimos. (Mais de R\$ 3620,00) ☐ 5. Não possui renda	
Marcar a opção que informa a renda do entrevistado, tendo como referência o salário mínimo vigente, que é de R\$724,00. Considerar como renda os valores auferidos com mesada e bolsa.	
21. Qual é a renda familiar? (Salário mínimo = R\$ 724,00) ☐ 1. Até um salário mínimo (Até R\$ 724,00) ☐ 2. Mais de 1 até 2 salários mínimos (mais de R\$ 724,00 até R\$ 1448,00) ☐ 3. Mais de 2 até 5 salários mínimos. (mais de R\$ 1448,00 até R\$ 3620,00) ☐ 4. Mais de 5 até 10 salários mínimos (mais de R\$ 3620,00 até R\$ 7240,00) ☐ 5. Mais de 10 até 20 salários (mais de R\$ 7240,00 até R\$ 14480,00) ☐ 6. Mais de 20 salários (mais de R\$ 14480,00) ☐ 7. Ninguém possui renda na minha família	
Marcar a opção que informa a soma de todos os moradores do domicílio, tendo como referência o salário mínimo vigente, que é de R\$724,00. Considerar os valores encaminhados por terceiros para as pessoas que residem na casa, pensão alimentícia (espontânea ou via ação judicial), recebimento de aluguel e sublocação ou arrendamento de móveis, imóveis, máquinas, equipamentos, animais, seguro-desemprego, benefício do Programa Bolsa-Família, etc	
22. A casa onde o (a) Sr.(a) mora é: ☐ 1. Própria e quitada ☐ 2. Cedida ☐ 3. Alugada ☐ 4. Ocupada por invasão ☐ 5. Financiada ☐ 6. Outro	
“Própria” equivale a “casa própria quitada” e “Financiada” equivale à “casa não quitada” Entende-se por cedida a casa que foi emprestada ou doada”.	
23. Quantos banheiros existem na sua casa?	
Registrar tanto o número de banheiros, como o de sanitários de uso exclusivo dos moradores que residem no domicílio selecionado. Considerar como banheiro local destinado a banho, que também dispõe de vaso sanitário ou buraco para dejeções. Considerar como sanitário o local limitado por paredes, que tenha vaso sanitário ou buraco para dejeções.	
24. Quantos cômodos a sua casa tem?	
Considerar como cômodo aqueles espaços que fazem parte do domicílio e que se encontram cobertos por um teto e limitados por paredes. Não são considerados cômodo: alpendre e varanda coberta; corredores de ligação entre cômodos, garagem, depósitos e outros locais utilizados para fins não residenciais.	

25. O (a) Sr.(a) ou alguém na sua casa possui plano de saúde? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
Considerar apenas as pessoas que moram na casa. Considerar como Plano de Saúde o atendimento de saúde contratado e pago mensalmente pelo indivíduo ou seu empregador, que é prestado por profissionais e/ou empresas de saúde (Hospitais, clínicas, Cooperativas, Laboratórios, etc). Este item inclui o servidor público (civil ou militar) que paga mensalidade todo mês, por meio de desconto em folha, ao seu instituto de assistência médica.	
26. Quantas pessoas de sua casa são cobertas pelo plano de saúde? _____ pessoas	
Marcar a opção que informa se o número de pessoas do domicílio que são cobertas pelo plano de saúde.	
27. Existe Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde perto da sua casa? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
Informar se existe ou não perto de casa: Unidade Básica de Saúde ou Posto de Saúde. Esta informação é autorreferida, ou seja, o entrevistado irá definir se é perto para ele, segundo o seu ponto de vista.	
Quais os tipos de veículos que os moradores da sua casa possuem? 28. Bicicleta () 1. Sim () 2. Não 29. Automóvel ou caminhonete () 1. Sim () 2. Não 30. Motocicleta () 1. Sim () 2. Não 31. Van ou Ônibus () 1. Sim () 2. Não 32. Caminhão () 1. Sim () 2. Não 33. Outro. () 1. Sim () 2. Não 34. Qual? _____	
Considerar bicicleta enquanto veículo usado para o deslocamento. Não considerar a bicicleta infantil. Considerar caminhonete o veículo destinado ao transporte de carga com peso bruto total de até três mil e quinhentos quilogramas.	
35. Na sua casa, existem pessoas que necessitam ser cuidadas por outra pessoa? (Idoso, pessoa com deficiência, doenças crônicas, doença mental, etc.) () 1. Sim () 2. Não	
Bebês e crianças só devem ser considerados se tiverem uma deficiência ou doença que demande "ser cuidado" de forma especial e diariamente.	
36. Quantas pessoas se encontram nessa condição de precisar de cuidados de outros? _____ () 888.NSA	
Informar o número de pessoas. O "Não se aplica" - NSA significa que não existem na casa pessoas que necessitam ser cuidadas por outra pessoa.	
37. Quantas pessoas moram na sua casa? _____	
Considerar moradores do domicílio todos que moram na mesma casa, aqueles que acessam a casa através da mesma entrada, não tendo necessidade de passar pela moradia de outras pessoas para entrar ou sair. Também serão considerados moradores aqueles que se encontrarem na casa e que não tenha outro local de residência habitual, bem como aqueles que estiverem ausentes no dia da entrevista, por um período inferior a 12 meses, tendo a casa como residência habitual. Eles poderão estar ausentes pelos seguintes motivos: viagem(turismo, negócio, consulta, etc); permanência no local de trabalho; internação em colégio, pensionato ou em casa de parentes por motivo apenas de estudos, internação em hospital e estabelecimento similar ou detenção sem sentença definitiva, etc.(PNS) Na existência de mais de uma moradia em um mesmo lote, cujo número de endereço seja o mesmo, realizar um sorteio para a escolha do domicílio a ser entrevistado.	

Folha para informações sobre os moradores (o entrevistado entra neste quadro e é a referência para os demais – pessoa 1)

RELAÇÃO E SITUAÇÃO DOS MORADORES:					
Moradores	Nome	Parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação
Pessoa 1 (o entrevistado)	_____ (pode ser só o primeiro nome)	xxxxxxxxxx	_____	() 1. Nunca estudou () 2. Nunca estudou mas sabe ler e escrever () 3. Alfabetização de jovens e adultos () 4. Até a 4ª série do ensino fundamental () 5. Até a 8ª série do ensino fundamental () 6. Ensino médio completo () 7. Ensino médio incompleto () 8. Nível superior completo () 9. Nível superior incompleto () 10. Pós-graduação	() 1. Trabalho formal () 2. Trabalho informal () 3. Aposentado por invalidez () 4. Aposentado por tempo de serviço () 5. Aposentado mas trabalhando () 6. Desempregado () 7. Trabalho familiar () 8. Benefício Social. Qual? _____ () 9. Procurou emprego nos últimos 30 dias? () 10. Estudante () 888. NSA (criança)
Pessoa 2	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 3	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 4	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 5	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 6	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 7	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 8	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 9	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 10	_____	_____	_____	_____	_____

Escolha, a partir das opções abaixo, as principais medidas que podem reduzir comportamentos inadequados no trânsito e/ou transporte?		
368. Criar leis mais rígidas	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
369. Punir o infrator ou agressor conforme legislação	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
370. Promover cursos e campanhas educativas na TV, rádio, etc	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
371. Melhorar a qualidade do transporte coletivo (ônibus, metrô)	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
372. Aumentar a fiscalização por agentes, policiais de trânsito ou fiscalização eletrônica	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
373. Introduzir o ensino de educação para o trânsito nas escolas	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
374. Aumentar o valor das multas de trânsito	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
375. Participar de um programa de tratamento do alcoolismo	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
376. Criar benefícios para os motoristas que cumprem as leis de trânsito (redução ou isenção de impostos/taxas, por exemplo)	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
Fiscalização eletrônica é realizada por equipamento: Fixo: instalado em local definido e em caráter permanente (Lombada Eletrônica, Pardal); Estático: instalado em veículo parado ou em suporte apropriado (Radar estático); Móvel: instalado em veículo em movimento, procedendo à medição ao longo da via (Radar móvel); Portátil: direcionado manualmente para o veículo (Radar portátil).		
377. O (a) Sr.(a) acredita que há em seu município preocupação das autoridades em prevenir acidentes de trânsito?		
() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei		
Considerar somente as autoridades municipais: Prefeito, Vice-prefeito, Secretários Municipais e Vereadores.		
O(a) Sr(a) já tomou alguma das medidas abaixo para solucionar algum problema no trânsito?		
378. Reclamou junto a órgão público responsável pelo trânsito	() 1. Sim () 2. Não	
379. Reclamou junto à empresa prestadora do serviço de transporte	() 1. Sim () 2. Não	
380. Mobilizou a Associação de bairro ou Organização não Governamental ou participou de reuniões ou manifestações sobre este tema	() 1. Sim () 2. Não	
381. Manifestou indignação pelo(s) problema(s) de trânsito por meio de redes sociais (facebook, twitter, etc.)	() 1. Sim () 2. Não	
382. Solicitou aos órgãos de imprensa (TV, rádio, jornal) que noticiem e divulguem problemas de trânsito	() 1. Sim () 2. Não	
383. Xingou a(s) pessoa(s) que o(a) desrespeitou	() 1. Sim () 2. Não	
384. Nunca registrou uma reclamação formal		
No que se refere às reclamações, considerar somente as reclamações formais (que geraram protocolo ou documento registrado). Os xingamentos não formais, sejam por telefone ou na garagem da empresa) não serão considerados.		
384 – caso a pessoa nunca tenha registrado, responder SIM, se tiver registrado, responder NÃO.		
385. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento ou iniciativa que atue na sua região para abordagem da violência no trânsito?		
() 1. Sim () 2. Não		
A palavra “abordagem” equivale a “falar sobre”, “dialogar sobre”, “tomar providências com relação a”		
VIOLÊNCIA		
386. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) foi fisicamente agredido dentro do serviço de saúde por algum funcionário?		
() 1. Sim () 2. Não		
A opção NSA refere-se ao indivíduo que não foi no serviço de saúde (público ou privado) nos últimos 12 meses.		
Considerar agressão física: tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, etc.		

387. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) foi verbalmente agredido, humilhado ou ignorado dentro do serviço de saúde por algum funcionário? () 1. Sim () 2. Não	
"verbalmente" refere-se a palavrões, xingamentos ocorridos dentro de qualquer serviço de saúde (público ou privado) "ignorado" equivale a "tratado com indiferença".	
388. O (a) Sr.(a) viu alguém ser agredido dentro do serviço de saúde por um funcionário? () 1. Sim () 2. Não	
Considerar qualquer tipo de agressão: física, verbal, psicológica, etc., ocorrida dentro de qualquer serviço de saúde (público ou privado)	
389. O (a) Sr.(a) agrediu fisicamente algum funcionário dentro do serviço de saúde? () 1. Sim () 2. Não	
Considerar qualquer tipo de agressão física ocorrida dentro de qualquer serviço de saúde (público ou privado)	
390. O (a) Sr.(a) viu alguém agredir algum funcionário dentro do serviço de saúde? () 1. Sim () 2. Não	
Considerar qualquer tipo de agressão ocorrida em serviços de saúde (público ou privado): física, verbal ou sexual Não importa quem iniciou o ataque, a provocação	
391. O(a) Sr.(a) já viu brigas/conflitos dentro do serviço de saúde? () 1. Sim () 2. Não	
Considerar qualquer tipo de briga/conflito ocorrido entre usuários e trabalhadores do serviço de saúde (público ou privado), entre os usuários do serviço de saúde, ou ainda, entre os próprios trabalhadores do serviço de saúde. Conflitos refere-se à discussão, troca de insultos, humilhações, tentativa de um responsabilizar(culpar) o outro, etc.	
Na sua opinião, se ocorrerem brigas nos serviços de saúde, elas ocorreram por causa:	
392. Da falta de profissionais no serviço () 1. sim () 2. Não () 888. NSA	
393. Da superlotação () 1. sim () 2. Não () 888. NSA	
394. Falta de conservação dos serviços de saúde () 1. sim () 2. Não () 888. NSA	
395. A precariedade da estrutura física do serviço () 1. sim () 2. Não () 888. NSA	
396. A falta de privacidade durante o atendimento () 1. sim () 2. Não () 888. NSA	
397. Falta de cortesia no atendimento () 1. sim () 2. Não () 888. NSA	
398. Insatisfação com o atendimento () 1. sim () 2. Não () 888. NSA	
Precariedade refere-se à falta de funcionários, de equipamentos, de sala para atendimento, etc. Considerar serviços de saúde públicos ou privados.	
O (a) Sr.(a) sofreu alguma das violências abaixo, nos últimos 12 meses?	
399. Física () 1. sim () 2. Não	
400. Verbal () 1. sim () 2. Não	
401. Moral ou Psicológica () 1. sim () 2. Não	
402. Sexual () 1. sim () 2. Não	
403. Discriminação por racismo () 1. sim () 2. Não	
404. Falta de acesso a direitos sociais () 1. sim () 2. Não	
405. Falta dos cuidados necessários () 1. sim () 2. Não	
ATENÇÃO: Se a resposta for Não para todas as questões de 399 a 405, pule para 457	
Esta pergunta aceita mais de uma resposta. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu art. 6º, cita como direitos sociais: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. "falta dos cuidados necessários" equivale a "Negligência/abandono": é a omissão; deixar de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O <u>abandono</u> é considerado uma forma extrema de negligência. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008).	

Em que local esta violência ocorreu?			
406. No domicílio	() 1.sim	() 2.Não	() 888. NSA
407. No trabalho	() 1.sim	() 2.Não	() 888. NSA
408. Em estabelecimento público (saúde, educação, delegacia)	() 1.sim	() 2.Não	() 888. NSA
409. Na rua	() 1.sim	() 2.Não	() 888. NSA
410. Em clube, bar ou similar, academia	() 1.sim	() 2.Não	() 888. NSA
411. Outros	() 1.sim	() 2.Não	() 888. NSA
Identificar o local onde a violência ocorreu "Outros" inclui outros locais não descritos acima, como por exemplo, no ambiente virtual/internet.			
412. Essa violência limitou as suas atividades habituais? () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA			
Esta pergunta pretende verificar se o entrevistado deixou de realizar algumas de suas atividades habituais em decorrência da violência sofrida. Considere a violência mais grave sofrida nos últimos 12 meses.			
413. O (a) Sr.(a) recebeu assistência por profissionais de saúde por causa dessa violência? () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA			
Esta pergunta pretende identificar se o entrevistado foi atendimento por profissional da saúde em decorrência da violência sofrida, ou seja, se houve demanda ou não por assistência em saúde.			
Onde ela foi prestada?			
414. Atenção Básica (Saúde da Família, Posto de Saúde)	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
415. Atenção Secundária	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
416. Atenção Terciária (Hospital)	() 1.sim	() 2.Não	() 888. NSA
417. Serviço de emergência em geral	() 1.sim	() 2.Não	() 888. NSA
Em relação à Atenção Secundária de Emergência, considerar: UPA, UAI, PA No que se refere à Atenção Terciária, considerar hospitais e urgências e emergências hospitalares.			
A violência SOFRIDA foi cometida com:			
418. Força corporal/espantamento (tapa, murro, beliscão, empurrão)	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
419. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
420. Arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura, foice, machado)	() 1.sim	() 2.Não	() 888NSA
421. Objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra, outros)	() 1.sim	() 2.Não	() 888NSA
422. Arremesso de substância/objeto	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
423. Envenenamento	() 1.sim	() 2.Não	() 888NSA
424. Outra coisa	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
Refere-se a violência FÍSICA. Informar qual foi o meio utilizado para agredir, atacar ou provocar. Outra coisa refere-se a qualquer outro meio não descrito acima. Por exemplo, palavras ofensivas, ameaças, xingamentos, negligência ou abandono(falta de cuidados básicos), tortura, subtração de dinheiro ou bens, etc. "Outra coisa" refere-se a outros meios não descritos acima, como por exemplo, calúnias, difamações, xingamentos, etc, mesmo que sejam virtuais (pela internet).			
Quem o agrediu fisicamente?			
425. Pai	() 1.sim	() 2.Não	() 888. NSA
426. Mãe	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
427. Tio(a)	() 1.sim	() 2.Não	() 888NSA
428. Irmão(a)	() 1.sim	() 2.Não	() 888NSA
429. Filho(a)	() 1.sim	() 2.Não	() 888NSA
430. Padrasto	() 1.sim	() 2.Não	() 888NSA
431. Madrasta	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
432. Parceiro(a); esposo(a)	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
433. Chefe ou colega de trabalho	() 1.sim	() 2.Não	() 888NSA
434. Bandido, ladrão, assaltante	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
435. Policial ou guarda municipal	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
436. Segurança ou porteiro	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
437. Profissional da saúde	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
438. Profissional da escola	() 1.sim	() 2.Não	() 888NSA

30

439. Vizinho ou conhecido	()1.sim	()2.Não	()888NSA
440. Outros	()1.sim	()2. Não	()888NSA
Agressão Física (também denominada <i>maus-tratos físicos ou abuso físico</i>): são atos violentos com uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008) A opção outros inclui avós.			
Quem o agrediu verbal, moral ou psicologicamente?			
441. Pai	()1.Sim	()2.Não	()888. NSA
442. Mãe	()1.Sim	()2.Não	()888. NSA
443. Tio(a)	()1.Sim	()2.Não	()888. NSA
444. Irmão(a)	()1.Sim	()2.Não	()888. NSA
445. Filho(a)	()1.Sim	()2.Não	()888. NSA
446. Padrasto	()1.Sim	()2.Não	()888. NSA
447. Madrasta	()1.Sim	()2.Não	()888. NSA
448. Parceiro(a); esposo(a)	()1.Sim	()2.Não	()888. NSA
449. Chefe ou colega de trabalho	()1.Sim	()2.Não	()888. NSA
450. Bandido, ladrão, assaltante	()1.Sim	()2.Não	()888. NSA
451. Policial ou guarda municipal	()1.Sim	()2.Não	()888. NSA
452. Segurança ou porteiro	()1.Sim	()2.Não	()888. NSA
453. Profissional da saúde	()1.Sim	()2.Não	()888. NSA
454. Profissional da escola	()1.Sim	()2.Não	()888. NSA
455. Vizinho ou conhecido	()1.Sim	()2.Não	()888. NSA
456. Outros	()1.Sim	()2. Não	()888. NSA
Agressão verbal, moral ou psicológica: é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008). O silêncio, enquanto recusa em se comunicar com o outro, também poderá ser considerado uma forma de violência verbal. “Bandido, ladrão ou assaltante” inclui sequestradores. “Policial ou guarda municipal” inclui autoridades judiciárias e outros agentes da lei.			
457. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) presenciou algum evento violento no seu bairro e/ou vizinhança? ()1. Sim ()2. Não			
Esta pergunta é autorreferida, portanto o entrevistador não precisa explicar o que é evento (acontecimento) violento.			
458. O (a) Sr.(a) conhece alguém que foi assassinado no seu bairro e/ou vizinhança? ()1. Sim ()2. Não			
A palavra “conhece” equivale a “ter a ideia ou noção mais ou menos precisa de quem se trata”, não se referindo, portanto, apenas a pessoas com quem o entrevistado tenha laços de amizade ou parentesco.			
459. O (a) Sr.(a) considera a sua cidade violenta? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei			
Esta pergunta pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.			
460. O (a) Sr.(a) já pensou em mudar de cidade por causa da violência? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei			
Esta pergunta pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.			
461. O (a) Sr.(a) se acha violento (a)? ()1. Sim ()2. Não			
Esta pergunta pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.			

Ao longo da sua vida, o (a) Sr.(a) já agrediu alguém com:		
462. Força corporal/espantamento (tapa, murro, beliscão, empurrão)	() 1.sim () 2.Não	
463. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)	() 1.sim () 2.Não	
464. Arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura, foice, machado)	() 1.sim () 2.Não	
465. Objeto ou substância	() 1.sim () 2.Não	
466. Envenenamento	() 1.sim () 2.Não	
Considerar durante toda a vida do entrevistado Substância quente: água, gordura, óleo e líquidos quente ou substâncias derretidas em geral Objeto quente: panelas, ferro de passar roupa, chapas, etc Envenenamento: poderá ser pela ingestão de medicamentos, plantas venenosas, pesticidas, gases, agrotóxicos, produtos químicos, substâncias corrosivas. Outra coisa: quaisquer outras possibilidades não descritas acima, como por exemplo, fogo/chama, choque elétrico, substância química (soda cáustica, ácidos), sufocação/engasgamento, etc.		
Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) já agrediu alguém com:		
467. Força corporal/espantamento (tapa, murro, beliscão, empurrão)	() 1.sim () 2.Não	
468. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)	() 1.sim () 2.Não	
469. Arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura, foice, machado)	() 1.sim () 2.Não	
470. Objeto ou substância	() 1.sim () 2.Não	
471. Envenenamento	() 1.sim () 2.Não	
Considerar apenas nos últimos 12 meses. Substância quente: água, gordura, óleo e líquidos quente ou substâncias derretidas em geral Objeto quente: panelas, ferro de passar roupa, chapas, etc Envenenamento: poderá ser pela ingestão de medicamentos, plantas venenosas, pesticidas, gases, agrotóxicos, produtos químicos, substâncias corrosivas. Outra coisa: quaisquer outras possibilidades não descritas acima, como por exemplo, fogo/chama, choque elétrico, substância química (soda cáustica, ácidos), sufocação/engasgamento, etc.		
472. O (a) Sr.(a) ou alguém que mora com o Sr.(a) possui arma de fogo em casa? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei		
Se a resposta for Não pule para a questão 474		
Considera-se arma de fogo: revólver, espingarda, metralhadora, cartucheira e carabina		
473. Por qual motivo o (a) Sr.(a) possui arma de fogo em casa? () 1. Medo, proteção () 2. Vingança () 3. Profissão, trabalho () 4. Status, poder () 5. Lazer, hobby () 6. Outros () 7. Não sei () 888. NSA		
Considerar "outros" quaisquer possibilidades não descritas acima, como: arma da família (transferência pelas gerações), pedido de amigo/parente para guardar a arma, etc		
474. O (a) Sr.(a) usa arma de fogo: () 1. Sempre () 2. Quase sempre () 3. Às vezes () 4. Raramente () 5. Nunca		
A palavra "usa" equivale a "levar consigo, carregar"		
475. O (a) Sr.(a) é a favor do desarmamento do cidadão? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei		
Atualmente a lei 10.826/2003 proíbe o porte de armas por civis, exceto em casos onde houver necessidade comprovada, estando o indivíduo sujeito à demonstração de sua necessidade em portá-la, ao registro e porte junto à Polícia Federal ou ao Comando do Exército, no caso de armas de uso restrito, e ao pagamento de taxas específicas.		
476. O (a) Sr.(a) já pensou em suicídio? () 1. Sim () 2. Não		
Considerar se pensou em tirar a própria vida pelo menos uma vez na vida		

477. O (a) Sr.(a) já tentou suicídio? () 1. Sim () 2. Não	
Se a resposta for Não pule para a questão 480	
Considerar se o entrevistado realizou qualquer ação com o objetivo de tirar a própria vida, pelo menos uma vez na vida.	
478. Se já tentou, qual foi o meio utilizado? () 1. Envenenamento/intoxicação () 5. Pulou de lugar elevado () 2. Enforcamento () 6. Outro () 3. Arma de fogo () 7. Prefiro não responder () 4. Objeto perfuro-cortante () 888. NSA	
Esta pergunta aceita mais de uma resposta e pretende identificar o meio utilizado intencionalmente pelo indivíduo para se mutilar ou lesar no intuito de obter o resultado morte. Envenenamento/intoxicação: pela ingestão de medicamentos, plantas venenosas, pesticidas, gases, agrotóxicos, produtos químicos, substâncias corrosivas, etc Enforcamento: por meio de corda, fio, roupa, etc Arma de fogo: revólver, espingarda, metralhadora, cartucheira e carabina Objeto perfuro cortante: navalha, punhal, vidro, tesoura, faca, facão, chave de fenda, garrafa quebrada, etc Outro: Outros meios não descritos acima, como por exemplo afogamento, acidente de carro (conduzindo o veículo ou se jogando na frente de um que esteja em movimento), etc.	
479. Qual foi o motivo o(a) levou a tentar suicídio? () 1. Perda financeira, dívida () 2. Desemprego () 3. Sentimento de culpa, vergonha ou vingança () 4. Briga com parceiro(a) () 5. Conflitos familiares () 6. Tristeza/Depressão () 7. Outros () 8. Sem motivo () 9. Prefiro não responder () 888. NSA	
Especificar a razão pela qual o indivíduo tentou tirar a própria vida.	
Quando ocorre algum caso de violência contra o (a) Sr.(a) ou alguém da sua família, o (a) Sr.(a) procura ajuda em:	
480. Serviços de saúde	() 1.sim () 2.Não () 888. NSA
481. Escolas	() 1.sim () 2.Não () 888. NSA
482. Delegacias	() 1.sim () 2.Não () 888. NSA
483. Igreja	() 1.sim () 2.Não () 888. NSA
484. Conselho Tutelar	() 1.sim () 2.Não () 888. NSA
485. Juizado	() 1.sim () 2.Não () 888. NSA
486. Associações em geral	() 1.sim () 2.Não () 888. NSA
487. Amigos	() 1.sim () 2.Não () 888. NSA
488. Família	() 1.sim () 2.Não () 888. NSA
489. Outros	() 1.sim () 2.Não () 888. NSA
490. Não procura ajuda	() 1.sim () 2.Não () 888. NSA
O entrevistado poderá marcar mais de uma alternativa.	
490 – caso a pessoa não procure ajuda, responder SIM, se procurar, responder NÃO	

VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO	
As perguntas de 491 a 516 referem-se à violência contra mulher ou contra o homem, por parceiro(a) íntimo(a) - marido ou ex, esposa ou ex, namorado(a) ou ex, companheiro(a) ou ex; ficante...	
O(a) seu(sua) atual companheiro(a), ou qualquer outro (a) companheiro(a) anterior, no último ano:	
491. Depreciou ou humilhou você?	() 1.Sim () 2.Não
492. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	() 1.Sim () 2.Não
493. Fez coisas para assustá-la(o) ou intimidá-la(o) de propósito (ex.: a forma como ele (ela) olha, grita, como quebra coisas)?	() 1.Sim () 2.Não
494. Ameaçou machucá-la(o) ou alguém de quem você gosta?	() 1.Sim () 2.Não
495. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão; empurrou?	() 1.Sim () 2.Não
496. Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	() 1.Sim () 2.Não
497. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	() 1.Sim () 2.Não
498. Estrangulou ou queimou você de propósito?	() 1.Sim () 2.Não
499. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	() 1.Sim () 2.Não
500. Forçou-lhe a manter relações sexuais quando você não queria?	() 1.Sim () 2.Não
501. Forçou-lhe a uma prática sexual degradante ou humilhante para você?	() 1.Sim () 2.Não
Esta pergunta permite mais de uma resposta. Fique atento para fazer os PULOS adequados, perguntando pelo número de vezes apenas para as respostas SIM.	
Quantas vezes isso aconteceu?	
502. Depreciou humilhou você?	() 1. Uma vez () 2. algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorreu o evento relacionado acima	
503. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	() 1. Uma vez () 2. algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
504. Fez coisas para assustá-la(o) ou intimidá-la(o) de propósito (ex.: a forma como ele (ela) olha, grita, como quebra coisas)?	() 1. Uma vez () 2. algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
505. Ameaçou machucá-la (o) ou alguém de quem você gosta?	() 1. Uma vez () 2. algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
506. Empurrou-a(o) um tranco/chacoalhão?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
507. Machucou-a(o) com um soco ou com algum objeto?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
508. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
509. Estrangulou ou queimou você de propósito?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
510. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
511. Forçou-lhe a manter relações sexuais quando você não queria?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorreu o evento relacionado acima	
512. Forçou-lhe a uma prática sexual degradante ou humilhante para você?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorreu o evento relacionado acima	
513. Alguma destas vezes o(a) Sr(a) procurou ajuda?	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não me lembro () 4. NSA
Identificar a demanda por assistência de qualquer natureza em razão da violência sofrida.	

514. Caso tenha procurado, onde foi? () 1. Setor saúde () 2. Igreja () 3. Organizações não governamentais () 4. Polícia, Delegacia, juizado () 5. Amigos, Vizinhos () 6. Familiares () 888. NSA	
Identificar em quais locais ocorrem a principais demandas decorrentes de violência sofrida.	
515. Esta violência o(a) impossibilitou de realizar suas atividades diárias? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não me lembro () 4. NSA	
Identificar a interrupção de tarefas diárias em razão da violência sofrida.	
516. O(a) Sr(a) precisou de atendimento médico? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não me lembro () 4. NSA	
Identificar a demanda por assistência em saúde em razão da violência sofrida.	
VIOLÊNCIA SEXUAL	
As perguntas de 517 a 536 referem-se à violência sexual praticada por qualquer pessoa, seja parceiro ou não, e em qualquer momento de sua vida.	
517. Alguém já o(a) forçou a fazer sexo ou alguma prática sexual? () 1. Sim, () 2. Não () 3. Não me lembro	
"Práticas sexuais" "equivale a "bolinação" e refere-se ao ato de apalpar, esfregar-se, roçar ou tocar maliciosamente. Fique atento para pular para 534 se a resposta for NÃO e marcar NSA nas seguintes.	
518. Quantos anos você tinha quando isto aconteceu pela primeira vez? _____	
Identificar a idade do entrevistado quando ocorreu a violência sexual.	
Caso alguém a (o) tenha forçado a fazer sexo ou alguma prática sexual, quem foi? 519. Pai/Mãe () 1. Sim () 2. não () 888.NSA 520. Padrasto/Madrasta () 1.sim () 2.não () 888.NSA 521. Irmão(ã) () 1.sim () 2.não () 888.NSA 522. Filho (a) () 1.sim () 2.não () 888.NSA 523. Outro parente () 1.sim () 2.não () 888.NSA 524. Amigos(as)/conhecido(as) da família () 1.sim () 2.não () 888.NSA 525. Policial/agente da lei () 1.sim () 2.não () 888.NSA 526. Profissional de saúde () 1.sim () 2.não () 888.NSA 527. Professor(a) () 1.sim () 2.não () 888.NSA 528. Parceiro(a) () 1.sim () 2.não () 888.NSA 529. Vizinho(a) () 1.sim () 2.não () 888.NSA 530. Padre/líder religioso(a) () 1.sim () 2.não () 888.NSA 531. Alguém do trabalho () 1.sim () 2.não () 888.NSA 532. Desconhecido(a) () 1.sim () 2.não () 888.NSA 533. Outro () 1.sim () 2.não () 888.NSA	
Agressão Sexual: é qualquer conduta que constranja a presenciar, manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça coação ou uso da força; comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que force um matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Ex.: jogos sexuais, práticas eróticas impostas a outros/as: estupro, atentado violento ao pudor, sexo forçado no casamento, assédio sexual, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, dentre outros. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008).	

534. A Sra ou, no caso do entrevistado ser homem, a sua parceira, já fez algum aborto previsto em lei, especificamente, no caso de gravidez decorrente de estupro? () 1. sim () 2. não	
Considerar apenas o aborto previsto em lei, mediante: comprovação de que este é o único meio para evitar a morte da mulher grávida, comprovação de que o bebê irá sofrer, irreversivelmente, de doença grave ou má formação e em casos de indícios de que a gravidez foi resultante de violência sexual (para efeitos legais basta a mulher afirmar que ela foi vítima de um ato sexual não consentido).	
535. A Sra ou, no caso do entrevistado ser homem, a sua parceira, já fez algum outro aborto, previsto ou não previsto em lei? () 1. Sim () 2. Não	
Considerar qualquer tipo de aborto. Se a resposta for NÃO, pular a pergunta seguinte.	
536. Se a Sra ou, no caso do entrevistado ser homem, a sua parceira já fez algum aborto, ele foi realizado: () 1. Dentro de serviço de saúde () 2. Fora de serviço de saúde.	
Considerar qualquer serviço de saúde, público ou privado.	
ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA	
537. O (a) Sr.(a) acha que é possível prevenir a violência? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
Considerar qualquer tipo de violência. “prevenir” equivale a “evitar” Esta pergunta é autorreferida, portanto o entrevistador não precisa explicar o que é violência. Pretende-se investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre o tema descrito acima, segundo o seu próprio ponto de vista.	
538. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento ou iniciativa que atue aqui na região para a abordagem e prevenção da violência? () 1. Sim. () 2. Não	
Identificar movimento ou iniciativa para a abordagem e prevenção. Este movimento ou iniciativa pode ser por meio de associações (bairro, moradores, mães, trabalhadores, sindicatos, etc), grupo religioso, cooperativa, Ong, partido político.	
539. Se sim, liste: _____	
Relacionar os grupos que conhece.	
540. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento, entidade ou grupo que atue aqui na região dando apoio e assistência a vítimas de violência? () 1. Sim () 2. Não	
Identificar: Grupo, movimento ou entidade que dá apoio e assistência	
541. Se sim, liste: _____	
Listar movimento, entidade ou grupo que conhece.	
542. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento, entidade ou grupo de recuperação de agressores que atue aqui na região? () 1. Sim () 2. Não	
Movimento, entidade ou grupo de recuperação de agressores, refere-se a espaços de abordagem da questão da violência em que ações são promovidas com o objetivo de ajudar o agressor a enfrentar as diversas formas de exclusão e restabelecer a sua inserção no mercado de trabalho e na sociedade, aspectos que conduziram a uma mudança em seu comportamento. Neste intuito, estes grupos oferecem cursos de qualificação profissional, atividades laborais socioeducativas e religiosas, dentre outras.	
543. Se conhece, liste: _____ _____ _____ _____	
Listar o movimento, entidade e/ou grupo que conhece.	