



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CAMPUS UFRJ MACAÉ  
Professor Aloísio Teixeira  
Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia



**ALESSANDRA LUIZA DIAS FELIX**

PERSPECTIVAS DO ABORTAMENTO POR MULHERES USUÁRIAS DO SUS, UM  
ESTUDO DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL

MACAÉ  
2020

Alessandra Luiza Dias Felix

PERSPECTIVAS DO ABORTAMENTO POR MULHERES USUÁRIAS DO SUS, UM  
ESTUDO DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro Campus Macaé, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> MSc. Carina Bulcão Pinto.

MACAÉ  
2020

F316p

Felix, Alessandra Luiza Dias

Perspectivas do abortamento por mulheres usuárias do SUS, um estudo de representação social. / Alessandra Luiza Dias Felix. -- Macaé, 2020.  
46 f.

Orientador: Carina Bulcão Pinto.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Macaé Professor Aloísio Teixeira, Bacharel em Enfermagem e Obstetrícia, 2020.

1. Enfermagem. 2. Psicologia social. 3. Aborto. 4. Saúde da mulher. 5. Direitos sexuais e reprodutivos. I. Pinto, Carina Bulcão, orient. II. Título.

CDD 610.73

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a)  
Campus UFRJ-Macaé Professor Aloísio Teixeira  
Bibliotecária Rosângela Ribeiro Magnani Diogo CRB7/3719

**Banca Examinadora**

Carina Bulcão Pinto

<http://lattes.cnpq.br/1019669879529064>

**Presidente**

Rejane Correa Marques

<http://lattes.cnpq.br/9981984419027348>

**1º Examinador**

Gláucia Alexandre Formozo

<http://lattes.cnpq.br/1654496965557161>

**2º Examinador**

## RESUMO

FELIX, A.L.D; PINTO, C.B. **Perspectivas do abortamento por mulheres usuárias do SUS, um estudo de Representação Social.** Macaé, 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem e Obstetrícia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro Campus Macaé, Macaé, 2020.

O abortamento provocado, realizado de forma insegura, é uma importante causa de morte materna mundial. À vista disso, esta pesquisa objetivou identificar a estrutura das representações sociais acerca do aborto entre as mulheres usuárias do SUS e analisar os principais fatores influenciadores na construção dos sentidos do objeto em questão e suas implicações em relação ao planejamento reprodutivo. Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, cuja teoria e métodos utilizados foram fundamentados na Teoria das Representações Sociais (TRS). A fim de alcançar o principal objetivo desta pesquisa, adotou-se a abordagem estrutural. A coleta de dados foi realizada em duas etapas, na primeira utilizou-se o formulário socioeconômico, demográfico e de saúde sexual e reprodutiva e na segunda etapa, foi realizado o teste de evocação livre de palavras (TELP) com o termo indutor “aborto”. A pesquisa foi realizada com 34 mulheres assistidas pela equipe de uma Estratégia de Saúde da Família de Macaé-RJ. Os dados do perfil das participantes da pesquisa foram organizados de forma estatística a partir de tabelas e os dados coletados através do TELP foram processados pelo *software* IRAMUTEQ 0.7 alpha 2, que resultou nas análises prototípica e de similitude. Os resultados revelaram um núcleo central da representação ancorado em valores morais e éticos, inferindo na dimensão moral do aborto. A dimensão atitudinal se apresentou significativamente desfavorável à concretização do aborto, o que sugere a existência de julgamentos negativos às mulheres que realizam o aborto. Observou-se ainda, importante significado atribuído à dimensão afetiva da representação, relacionada principalmente aos sentimentos de “tristeza” e “sofrimento”, revelando uma espécie de causa e efeito, entre a realização do aborto e suas consequências emocionais. A partir dos resultados foi possível compreender a construção de sentidos sobre o aborto pelas mulheres, emergidos pelo meio social e cultural. Reforça-se nesta pesquisa a vulnerabilidade das mulheres acerca da prática insegura do aborto e a evidente ancoragem aos valores sociais normativos e de julgamentos sobre a vida e o corpo daquelas que praticam o ato. Face ao exposto, mostra-se fundamental a construção de estratégias sociais e de saúde específicas para mulheres inseridas nesse contexto, a reorganização da assistência à mulher em situação de abortamento, assim

como a funcionalidade das políticas públicas atuais, que por vezes não acompanham a realidade social do país no que tange a saúde reprodutiva das mulheres.

**DeCS:** Enfermagem, Psicologia Social, Aborto, Saúde da Mulher, Direitos Sexuais e Reprodutivos.

## ABSTRACT

FELIX, A.L.D; PINTO, C.B. **Perspectivas do abortamento por mulheres usuárias do SUS, um estudo de Representação Social.** Macaé. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem e Obstetrícia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro Campus Macaé, Macaé, 2020.

Unsafe abortion is an important cause of global maternal death. In view of that, this research aims to identify a structure of social representations about abortion among women users of Unified National Health System (SUS) and to analyze the main factors that influence in the construction of the meanings of the object in question and its implications in relation to reproductive planning. It is a descriptive study of a qualitative nature, whose theory and methods used were based on the Social Representations Theory. To achieve the main objective of this research, it was adopted the structural approach. Data collection was carried out in two stages, in the first one the socioeconomic, demographic and sexual and reproductive health form was used and in the second stage, a free word evocation test was performed with the inductive term “abortion”. A survey was carried out with 34 women assisted by the team of a Family Health Strategy of Macaé-RJ. The data of the profile of the research participants were organized statistically from tables and the data collected through the free word evocation test were processed by the IRAMUTEQ 0.7 alpha 2 software, which resulted in the prototypical and similarity analyzes. The results revealed a central core of representation anchored in ethical and moral values, inferring in the moral dimension of abortion. The attitudinal dimension is significantly unfavorable to abortion, which suggests the occurrence of negative judgments in women who perform abortion. It was also observed an important meaning attributed to the affective dimension of the representation, mainly to the feelings of "*sadness*" and "*suffering*", revealing a type of cause and effect, between the performance of an abortion and its emotional consequences. From the results, it was possible to understand the construction of meanings about abortion by women, emerged by the social and cultural environment. In this research, we reinforce the vulnerability of women in relation

to the practice of abortion and the evident anchoring to the normative and judgmental social values about the life and body of those who practice the act. In view of the above, the construction of specific social and health strategies for women inserted in this context is fundamental, the reorganization of assistance to women in situations of abortion, as well as the functionality of current public policies, which sometimes do not follow the country's social reality.

**DeCS:** Nursing, Social Psychology, Abortion, Womens's Health, Reproductive Rights.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	6
2	PERCURSO METODOLÓGICO .....	9
2.1	Tipo de estudo .....	9
2.2	Campo do estudo .....	9
2.3	Participantes do estudo .....	10
2.4	Aspectos éticos .....	10
2.5	Coleta de dados .....	11
2.6	Análise de dados .....	12
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO DE DADOS .....	15
3.1	Análise do perfil socioeconômico, demográfico e de saúde sexual e reprodutiva das .. mulheres participantes do estudo .....	15
3.1.1	Análise do perfil socioeconômico e demográfico das mulheres participantes do .. estudo .....	15
3.1.2	Análise dos dados referentes à saúde sexual e reprodutiva das mulheres .. participantes do estudo .....	21
3.2	Análise estrutural da Representação Social do aborto pelas mulheres .....	28
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	37
	REFERÊNCIAS .....	39
	ANEXOS .....	43

## 1 INTRODUÇÃO

O abortamento é considerado como a interrupção da gravidez, com terminalidade da vida intrauterina, podendo acarretar em eliminação do produto da concepção, o aborto (BRASIL, 2011).

O abortamento provocado, realizado de forma insegura, é uma importante causa de morte materna mundial. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 22 milhões de abortamentos inseguros são realizados em todo o mundo, destes, 98% são realizados em países em desenvolvimento (OMS, 2013).

Cerca de 5 milhões de mulheres sofrem com complicações físicas e/ou mentais resultantes do abortamento inseguro e calcula-se que 47 mil mortes relativas à gestação estão relacionadas às práticas de abortamento inseguro (OMS, 2013).

Entre os métodos mais comuns de abortamento inseguro podem-se incluir, a ingestão de preparados caseiros prejudiciais à saúde, a utilização de uma força externa e ainda, a introdução de substância/objeto na região uterina e a curetagem, realizados de forma insegura e ilegal por profissional não habilitado (OMS, 2013).

Estima-se que 1 a cada 4 mulheres que realizam abortamento inseguro irá desenvolver complicações como hemorragia, septicemia, traumatismo do colo do útero e dos órgãos abdominais e infecções do trato reprodutivo. Além de complicações relacionadas à saúde mental e o luto associado ao aborto, vivenciado pela mulher como uma perda que requer adaptação (ROMIO et al., 2015).

A América Latina é a 3º região em desenvolvimento no mundo que apresenta taxas significativas de mortalidade por métodos de abortamento inseguro (OMS, 2013).

No Brasil, o abortamento é considerado crime reconhecido nos artigos 124, 125 e 126 do Código Penal Brasileiro, contudo o artigo 128 destaca duas situações em que o aborto pode ser considerado legal, são eles: em caso de não existir outro meio de salvar a vida da gestante (aborto necessário) e no caso de gestação decorrente de estupro (aborto humanitário) (BRASIL, 1940).

Há ainda a situação de gestação de feto anencefálico, em que o aborto não é considerado crime, assegurado pela Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 54 (BRASIL, 2014).

Atendendo a esta demanda, o Ministério da Saúde publicou em 2011 a Norma Técnica *Atenção Humanizada ao Abortamento*, a fim de qualificar e organizar o fluxo de atendimento às mulheres que o vivenciam (BRASIL, 2011). Além disso, muitos estudos

sobre a atenção ao abortamento na rede pública do país são realizados com o objetivo de aprimorar a assistência à saúde de mulheres que estejam inseridas nesse contexto (AQUINO et al., 2012; ADESSE et al., 2015).

A Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) realizada em 2016 destaca que das 2002 mulheres entrevistadas, 251 realizaram pelo menos um abortamento no Brasil (DINIZ, MEDEIROS & MADEIRO, 2017).

Cabe ressaltar que condições culturais, religiosas, legais e morais interferem diretamente as mulheres a revelarem seus abortamentos, o que dificulta o cálculo fidedigno da sua magnitude (BRASIL, 2011).

O abortamento inseguro pode ser prevenido por meio de ações como educação sexual, medidas de expansão do planejamento reprodutivo, assistência ao abortamento seguro nos casos regulamentados e cuidados pós-abortamento em todos os casos (OMS, 2013).

Atender à escassez de planejamento reprodutivo consiste em uma intervenção significativa no que se refere à redução da gravidez não desejada (OMS, 2013).

No Brasil, a saúde sexual e reprodutiva é uma temática que se destaca no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS), a partir dela são desenvolvidas estratégias essenciais relacionadas ao planejamento reprodutivo, como a orientação e oferta de métodos contraceptivos. Nesse contexto, destaca-se o processo de trabalho da enfermagem, tendo em vista sua atuação fundamental com atividades regulamentadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Considerando as questões apresentadas, os objetivos deste trabalho são, identificar a estrutura das representações sociais das mulheres sobre o abortamento e a partir disso, analisar os principais fatores influenciadores na construção de sentidos ao objeto em questão e suas implicações em relação ao planejamento reprodutivo.

Logo, pretende-se contribuir de forma significativa para a construção de estratégias que possibilitem a redução dos casos de abortamentos inseguros visando à minimização dos números de óbitos maternos e complicações de saúde de mulheres decorrentes dessas práticas.

Ademais, a pesquisa almeja colaborar com a valorização do exercício profissional da enfermagem no que se refere à assistência à saúde da mulher e ao planejamento reprodutivo no campo da Atenção Primária à Saúde.

Diante disso, o estudo terá como arcabouço teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais (TRS) de Serge Moscovici, que ao desenvolver a teoria, oriunda da

sua tese de doutorado publicada em 1961, aprimorou concepções sobre o desenvolvimento do pensamento do senso comum relacionando-os aos conhecimentos da ciência.

Moscovici, portanto, estabeleceu um sistema complexo de representações sociais (RS) relativos às relações de indivíduos e grupos com a sociedade, levando em consideração aspectos culturais, éticos, psicológicos e religiosos e até contextos políticos (MOSCOVICI, 2012).

As relações entre pessoas e objetos são margeadas de sentidos e representações, que podem ser mudadas ou mantidas, por meio da linguagem e comunicação, haja vista que o uso de termos e sentidos empregados as palavras, podem modificar as RS. Além disso, as representações podem descrever sobre o comportamento ou as perspectivas sobre um assunto específico de um determinado grupo, a depender de suas características sociais, históricas e culturais (MARKOVÁ, 2017).

Sendo assim, é possível que as RS das mulheres acerca do abortamento possam revelar fatores influenciadores do comportamento e dos sentidos individuais e coletivos em relação a tal prática.

## **2 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **2.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, cuja teoria e método utilizados serão fundamentados na Teoria das Representações Sociais (TRS). Como se pretende conhecer a estrutura das representações sociais do abortamento por mulheres, este estudo utilizará a abordagem estrutural.

Este tipo de abordagem procura identificar a estrutura ou o núcleo central das representações, como elas se organizam e quais os elementos que as constituem. Ela se ocupa do conteúdo cognitivo das representações e o concebe como um conjunto estruturado de conhecimento, e não como uma simples coleção de ideias e valores (SÁ, 1998).

A metodologia baseada na TRS é utilizada para a obtenção de informações sobre a essência subjetiva do modo de agir e pensar de uma pessoa sobre um determinado objeto.

A RS se apresenta num conjunto de informações, crenças, valores e atitudes acerca de um objeto social, podendo ser arranjada, estruturada e organizada num sistema sociocognitivo (OLIVEIRA, 2000).

Os sujeitos acrescentam o objeto da representação a um conjunto de princípios morais próprios, categorizando-o conforme a associação existente na sua inserção social (ALMEIDA, SANTOS & TRINDADE, 2014). À vista disso, as RS são consideradas como uma forma de conhecimento próprio e socialmente partilhado que podem significar uma realidade comum a um grupo social (WACHELKE & CAMARGO, 2007).

Desse modo, estudos de RS destacam-se pela capacidade do pesquisador em compreender a perspectiva de indivíduos e grupos, sob um determinado conteúdo que se deseja pesquisar.

Em razão disso, a compreensão e análise do perfil das participantes é essencial para o desenvolvimento da pesquisa, uma vez que, questões individuais e coletivas estão intimamente envolvidas no processo de formação das representações

### **2.2 Campo do estudo**

A pesquisa foi realizada na Estratégia de Saúde da Família Lagomar A, localizada no Bairro Lagomar, no município de Macaé, Rio de Janeiro. Esta unidade realiza ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Possui equipe multiprofissional composta por enfermeira, médico, técnicos de enfermagem e agentes

comunitários de saúde, além de contar com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que é composta principalmente por assistentes sociais, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Funciona de segunda a sexta-feira de 7:00 às 18:00 horas.

A ESF Lagomar A é uma das 4 unidades de Estratégia de Saúde da Família do bairro Lagomar, destaca-se que tal bairro possui estimativa de 33.282 habitantes para o ano de 2020 (PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÉ, 2014). Por uma questão de divisão territorial, com base em sua delimitação geográfica e perfil socioeconômico, o bairro Lagomar compõe o Setor Administrativo 06 (SA6) na cidade de Macaé-RJ, juntamente com os bairros Parque Aeroporto, São José do Barreto, Cabiúnas, Parque Atlântico e Engenho da Praia. O SA6 possuía, em 2018, 27% dos cadastros da cidade de Macaé no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), quantitativo importante, tendo em vista as divisões territoriais do município (AZEVEDO, 2019). O CadÚnico é um instrumento utilizado para identificar e caracterizar famílias de baixa renda. A partir dele, é possível conhecer a realidade socioeconômica da população, com informações de condições de moradia, situação de trabalho e renda, escolaridade, entre outros (BRASIL, 2020).

### **2.3 Participantes do estudo**

As participantes deste estudo foram mulheres a partir de 18 anos de idade, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e que frequentavam a unidade onde foi realizada a pesquisa. Foram utilizados como critérios de exclusão: aquelas que possuíam qualquer comprometimento mental, as que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A), isto é, as mulheres que não aceitaram participar da pesquisa e gestantes.

### **2.4 Aspectos éticos**

A fim de cumprir as exigências estabelecidas pela Resolução nº 466/12, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, o presente estudo foi submetido à Plataforma Brasil (*online*) e encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro - Campus Macaé, que aprovou através do parecer de número 4.079.563 e CAAE de número 27482619.8.0000.5699.

As mulheres que aceitaram participar do estudo e assinaram o TCLE foram devidamente esclarecidas por meio de prévia leitura do termo, em que foram informadas

principalmente sobre a liberdade de recusar-se ou retirar o consentimento em qualquer etapa da pesquisa, da garantia do anonimato e do sigilo das informações coletadas.

Com a finalidade de garantir a integridade das participantes da presente pesquisa, considerando que a temática pode expor as mulheres a um risco mínimo de valor sentimental que envolve uma complexidade de emoções e simbologias negativas, e ainda, tendo em conta as questões legais relativas ao abortamento no Brasil, os encontros foram realizados na unidade da ESF Lagomar A em locais reservados e por meio de visitas domiciliares, marcadas e acompanhadas por Agentes Comunitárias de Saúde, realizadas nas residências das participantes da pesquisa, em ambientes reservados.

## **2.5 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada entre os meses de janeiro, fevereiro e março de 2020. Ocorreu em duas etapas, aplicando-se primeiramente o formulário socioeconômico, demográfico e de saúde sexual e reprodutiva das participantes da pesquisa (ANEXO B) e posteriormente, o teste de evocação livre de palavras (TELP) (ANEXO C).

O primeiro instrumento de coleta de dados teve como objetivo traçar o perfil das participantes da pesquisa, considerando essas informações imprescindíveis em estudos de RS para a compreensão do contexto onde as representações são elaboradas (MOSCOVICI, 2012).

Buscou-se, portanto, identificar questões como idade, bairro, escolaridade, raça/cor autodeclarada, religião, composição familiar, atividade laboral remunerada, renda mensal familiar e tipo de lazer. A segunda parte continha dados referentes à saúde sexual e reprodutiva das participantes, logo, foram investigados dados como idade da menarca e da sexarca, ida ao serviço de ginecologia, uso de preservativo, uso de anticoncepcional hormonal, história de gravidez, filhos, vivência de abortamento, entre outros.

Para o TELP, a participante foi orientada a escrever as primeiras quatro (04) palavras que viessem a sua mente quando a pesquisadora evocasse o termo *aborto* e, posteriormente, ela deveria colocar estas palavras em ordem de importância, sendo a primeira colocada a palavra de maior importância e a quarta colocada a de menor importância. Esta estratégia busca hierarquizar os termos, por ordem de importância dada por cada participante. As palavras coletadas neste teste passaram pelo processo de elaboração de um dicionário e foram agrupadas conforme o sentido analisado.

Para o processamento dos dados coletados, foi utilizado o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ) 0.7 alpha 2*, desenvolvido por Pierre Ratinaud, que permite fazer análises sobre matrizes e *corpus* textuais, isto é, bancos de dados construídos a partir das palavras ditas pelas participantes da pesquisa (CAMARGO & JUSTO, 2018).

## **2.6 Análise de dados**

Para análise do perfil das participantes, a partir dos dados coletados, foram desenvolvidas duas tabelas divididas entre os dados socioeconômicos e demográficos e da saúde sexual e reprodutiva. O tratamento dos dados neste caso foi estatístico por frequência absoluta (N) e frequência relativa (%).

Com a finalidade de realizar a análise estrutural das representações sociais, foram utilizadas as análises prototípica e de similitude, que contribuíram para o reconhecimento da estrutura das representações sociais das mulheres sobre o abortamento.

A principal contribuição da abordagem estrutural, necessária para que se atinja o objetivo deste estudo, se pauta na ideia de que o conteúdo da representação se organiza em um sistema central e em um sistema periférico, que possuem características e funções distintas.

Segundo Abric (2001), o sistema ou núcleo central (NC) está ligado à memória coletiva e à história do grupo, é consensual e define a homogeneidade do grupo, apresenta-se de maneira estável, é coerente e rígido, sendo assim, é resistente às mudanças por ser pouco sensível ao contexto imediato e estar mais associado a um sistema de valores e normas sociais que compõem o contexto ideológico do grupo, gera, portanto, a significação da RS e determina sua organização (ABRIC, 2001).

O NC possui três funções, são elas: I. Função Geradora, que considera o NC como elemento pelo qual se cria ou se modifica a RS; II. Função Organizadora, em que o NC determina a natureza das ligações entre os elementos da RS; III. Função Estabilizadora, sendo os elementos que compõem sistema central, os mais resistentes à mudança (ABRIC, 2001).

O sistema periférico por sua vez, permite a integração das experiências e das histórias individuais, por isso suporta contradições e a heterogeneidade do grupo, sendo flexível e sensível ao contexto imediato, se transforma e permite a adaptação à realidade concreta e a

diferenciação de conteúdo, são os elementos periféricos que protegem o sistema central. (ABRIC, 1998).

O sistema periférico, segundo Abric (2001), apresenta cinco funções: I. Concretização do NC, em elementos baseados na realidade, instantaneamente compreensíveis e transmissíveis; II. Regulação, que consiste na adaptação da RS às mudanças dos cenários, integrando ou modificando elementos, a partir de situações em que o grupo é confrontado; III. Prescrição de Comportamentos, pois funcionam como esquemas organizados pelo NC, garantindo o funcionamento imediato da RS como uma tradução de determinada situação, e por isso, sugere orientar tomadas de posição; IV. Proteção do NC, por absorver as informações novas suscetíveis de questionamentos relativos ao NC, sendo, desta maneira, um sistema essencial nos mecanismos de defesa, protegendo os sentidos centrais da RS; V. Modulações individualizadas, pela característica do sistema periférico em permitir a elaboração de RS baseadas nas histórias e experiência individuais do sujeito (ABRIC, 2001).

Nesse contexto, a análise prototípica, um tipo de análise estrutural em Representação Social, supõe que os elementos da representação com importância em sua estrutura são mais acessíveis à consciência, ou seja, mais prototípicos (WACHELKE & WOLKER, 2011). Esse tipo de análise possibilita a distribuição das palavras ou elementos a partir de uma frequência média e uma ordem média da evocação ou de importância, como é utilizada na presente pesquisa. O cruzamento dessas duas coordenadas a partir do processamento dos dados pelo *software* IRAMUTEQ versão 0.7 alpha 2, resulta em um quadro de quatro casas (CAMARGO & JUSTO, 2018), ilustrado no **Quadro 1**.

**Quadro 1: Síntese descritiva do quadro de quatro casas.**

<b>Núcleo Central/Elementos Centrais</b> Palavras com alta frequência e alta ordem de importância.	<b>Primeira Periferia/Elementos Intermediários</b> Palavras com alta frequência e baixa ordem de importância.
<b>Zona de Contraste/Elementos Intermediários</b> Palavras com baixa frequência e alta ordem de importância.	<b>Segunda Periferia/Elementos Periféricos</b> Palavras com baixa frequência e baixa ordem de importância.

Fonte: FELIX & PINTO, 2020.

Ressalta-se que as palavras com alta ordem de importância são as de maior relevância, pois quanto maior importância é atribuída a ela, maior representatividade ela possui em um grupo com perfil semelhante (WALCHELKE & WOLKER, 2011).

A análise de similitude por sua vez, indica a estrutura do conjunto das palavras evocadas, a partir de um gráfico de similitude ou árvore máxima de palavras. Nela, os vértices correspondem à frequência das palavras evocadas e as arestas indicam tanto os valores da associação entre as palavras como também a frequência de coocorrências, isto é, a conexão dentro de um grupo de evocações (CAMARGO & JUSTO, 2018).

Para que não ocorra nenhum erro na computação do material pelo *software* IRAMUTEQ, os bancos de dados exigem uma preparação com formatação específica, considerando o agrupamento de palavras conforme o sentido analisado e a organização das palavras de acordo com a ordem de evocação.

As tabelas referentes aos dados socioeconômicos e demográficos e da saúde sexual e reprodutiva, bem como os resultados obtidos através do processamento dos dados pelo *software* IRAMUTEQ, serão apresentados e discutidos no capítulo de resultados e discussão de dados.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO DE DADOS

#### 3.1 Análise do perfil socioeconômico, demográfico e de saúde sexual e reprodutiva das mulheres participantes do estudo

Sabe-se que em estudos de Representação Social, o conhecimento do perfil das participantes é essencial para o desenvolvimento da pesquisa. Tendo em vista que contextos sociais, crenças e valores individuais e coletivos estão intimamente relacionados à construção das representações sociais.

##### 3.1.1 Análise do perfil socioeconômico e demográfico das mulheres participantes do estudo

A seguir será apresentada a **Tabela 1**, que se refere aos dados socioeconômicos e demográficos das 34 mulheres participantes deste estudo.

**Tabela 1: Distribuição das usuárias do SUS de acordo com o perfil socioeconômico e demográfico. Macaé, 2020.**

Variáveis	N	%
<b>Faixa etária</b>		
18 – 25	4	11,8
26 – 35	9	26,5
36 – 45	5	14,7
46 – 55	6	17,6
56 – 65	7	20,6
66 – 75	2	5,9
76 – 85	1	2,9
<b>Bairro onde reside</b>		
Lagomar	33	97,1
Cabiúnas	1	2,9
<b>Escolaridade</b>		
Alfabetização	1	2,9
Ensino Fundamental Incompleto	7	20,6
Ensino Fundamental Completo	8	23,5
Ensino Médio Incompleto	5	14,7
Ensino Médio Completo	10	29,4
Ensino Superior Incompleto	1	2,9
Ensino Superior Completo	2	5,9
<b>Raça/Cor autodeclarada</b>		

Preta	10	29,4
Parda	11	32,4
Branca	13	38,2
Amarela	0	0
Indígena	0	0
<b>Religião</b>		
Não declarada	6	17,6
Candomblé	1	2,9
Católica	8	23,5
Cristã	3	8,8
Evangélica	13	38,2
Testemunha de Jeová	3	8,8
<b>Praticante</b>		
Não assinalado	7	20,6
Sim	23	67,6
Não	4	11,8
<b>Composição familiar</b>		
Sozinha	1	2,9
Marido	2	5,9
Filhos	5	14,7
Marido e familiares	1	2,9
Filhos e familiares	1	2,9
Marido e filhos	21	61,8
Marido, filhos e familiares	3	8,8
<b>Nº de pessoas na casa</b>		
1	1	2,9
2	9	26,5
3	10	29,4
4	10	29,4
5	3	8,8
6	1	2,9
<b>Trabalha fora</b>		
Sim	2	5,9
Não	32	94,1
<b>Renda Mensal</b>		
Não soube responder	11	32,4
Até 1 salário mínimo	7	20,6
De 1 a 2 salários mínimos	8	23,5
De 2 a 3 salários mínimos	3	8,8
De 3 a 4 salários mínimos	5	14,7
<b>Tipo de Lazer</b>		

Nenhum	15	44,1
Praia	8	23,5
Igreja	3	8,8
Shopping	1	2,9
Viajar	1	2,9
Ficar em casa	2	5,9
Artesanato	1	2,9
Atividade física	1	2,9
Ler	2	5,9
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Fonte: FELIX & PINTO, 2020.

A partir da **Tabela 1**, é possível perceber maior participação de mulheres entre 26 e 35 anos, somando em sua totalidade, 9 mulheres (26,5%). Seguido de 7 mulheres (20, 6%) com faixa etária entre 56 e 65 anos e 6 mulheres (17,6%) entre 46 e 55 anos.

Os dados apresentados acima indicam uma participação significativa de mulheres em idade reprodutiva, considerando esta, de 10 a 49 anos, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Houve também, participação considerável de mulheres acima de 50 anos, que é a idade média em que ocorre a menopausa, um marco do climatério, isto é, da fase de transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher, que pode se estender até os 65 anos (BRASIL, 2004).

Em relação à localidade de residência das participantes do estudo, pode-se destacar que 33 mulheres (97,1%) residiam no bairro Lagomar, que corresponde ao local da Estratégia de Saúde da Família em que foi realizada a pesquisa.

A respeito do nível de escolaridade, segundo a **Tabela 1**, 10 mulheres (29,4%) declararam ter concluído o ensino médio, no entanto, é predominante o número de mulheres que declararam o contrário, totalizando 21 mulheres (61,7%) que não concluíram o ensino secundário.

No Brasil a proporção de pessoas adultas que concluíram o ensino médio foi de 47,4% em 2018 (IBGE, 2018a). Dados de 2018 também indicam que mulheres possuem maior grau de instrução do que homens, todavia, possuem menor rendimento habitual mensal (IBGE, 2018b). Em relação à cor/raça, a porcentagem de mulheres brancas com nível superior é 2,3 vezes maior do que mulheres pretas (IBGE, 2018b). Evidenciando, portanto,

desigualdades sociais persistentes relacionadas tanto a questões de gênero como também, referentes à raça/cor da pele.

Quanto menor o nível de escolaridade, maior a prevalência de relatos de abortos entre as mulheres (SANTOS, 2016). Em contrapartida, mulheres com maior grau de instrução e mais escolarizadas possuem maior conhecimento em relação à saúde sexual e reprodutiva, maior autonomia e maior capacidade de escolha de métodos contraceptivos (MALARCHER, OLSON & HEARST, 2010).

Quanto aos dados relativos à raça/cor da pele autodeclarada, 13 mulheres (38,2%) se autodeclararam brancas, enquanto 11 (32,4%) autodeclararam-se como pardas e 10 (29,4%) como pretas. Considerando que juntas, as populações preta e parda compreendem a população negra, percebe-se predomínio deste grupo nesta pesquisa, somando 21 (61,8%) mulheres negras.

Os dados coletados para a realização desta pesquisa assemelham-se aos índices apresentados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) 2016, segundo a qual, 55,4%, isto é, a maioria da população se autodeclarou parda ou preta (IBGE, 2017).

Destaca-se, portanto, que a população negra possui importantes desigualdades étnico-raciais em relação à branca, que se referem ao mercado de trabalho, condições econômicas e de moradia, educação, violência e representação política (IBGE, 2019).

Em relação à saúde, o estudo de Carneiro (2017) considera todo o contexto histórico e social da população negra no Brasil e discute sobre a construção da política nacional de saúde para a população negra, que é baseada em questões sociais e fisiológicas, levando em consideração aspectos relacionados aos determinantes sociais desiguais em saúde, os quais são diferentes entre brancos e pretos (CARNEIRO, 2017).

Pícoli, Cazola e Lemos (2017) defendem que a raça/cor da pele, não deve ser vista somente sob o ponto de vista biológico, mas também, no campo social, como uma variável de menor equidade em saúde. Diante disso, mulheres negras apresentam risco de morte materna quatro vezes maior do que mulheres brancas pelas desigualdades sociais que interferem no acesso à saúde (PÍCOLI, CAZOLA & LEMOS, 2017).

Quanto à religião, de acordo com a **Tabela 1**, 24 mulheres (70,5%) declararam seguir religiões de origens cristãs, sendo 13 (38,2%) evangélicas, 8 (23,5%) católicas e 3 (8,8%) que preferiram se declarar simplesmente como cristãs. Das 28 mulheres que responderam essa alternativa, 23 (67,6%) revelaram ser praticantes da religião especificada.

Percebe-se uma aproximação dos dados apresentados anteriormente com as informações do Censo Demográfico 2010, segundo o qual o Brasil era um país predominantemente cristão com crescimento da diversidade de grupos religiosos. Na ocasião, a maioria da população se declarou católica, entretanto, a religião sofria declínio desde o Censo de 2000, ao contrário da religião evangélica, que apresentou aumento desde a pesquisa de 2010, juntamente com uma parcela da população que declarou não seguir nenhuma religião (IBGE, 2010).

Em pesquisa realizada no Brasil no ano de 2016, destaca-se a religião como um dos principais fatores associados ao abortamento. De acordo com a pesquisa supracitada, há associação positiva entre os relatos de aborto e religiões cristãs, afirmando que as circunstâncias em que ocorreram as gestações se sobrepõem aos preceitos religiosos (SANTOS, 2016).

Por outro lado, os resultados de um estudo de caso-controle realizado em 2013 com mulheres internadas para realização do procedimento de curetagem uterina apontam que das 11 mulheres que declararam ter realizado aborto provocado, nenhuma era evangélica. Indicando uma possível relação entre religião e a tomada de decisão para a realização do aborto (BORSARI, 2013).

Estudos sobre a influência da religião nos assuntos relativos aos direitos sexuais e reprodutivos são essenciais para o embasamento de discussões, que não são sempre fáceis, mas que, em todo caso, devem ser pautadas no respeito. Tais discussões são importantes para a construção de políticas públicas que considerem a diversidade sociocultural do país.

Ainda sobre a análise do perfil socioeconômico e demográfico das participantes da pesquisa, sobre composição familiar, 21 mulheres (61,8%) responderam residir com marido e filhos.

Em 2012, Fusco, Silva e Andreoni pesquisaram sobre as desigualdades em saúde e os determinantes sociais relacionados ao abortamento inseguro e ressaltaram que o estado civil é um fator determinante para a ocorrência ou não de aborto induzido, destacando que mulheres solteiras apresentam maior ocorrência de aborto induzido, nos casos de gravidez não planejada (FUSCO, SILVA & ANDREONI, 2012).

Acerca do número de pessoas que residem na mesma casa, destacam-se os dados que correspondem a 3 e 4 pessoas na mesma residência, igualmente declarados por 10 mulheres (29,4%), seguido de 2 pessoas na mesma residência, expressado por 9 mulheres (26,5%).

Referente ao trabalho remunerado, 32 (94,1%) mulheres declararam não trabalhar fora. Estas, seguem dedicando mais tempo ao trabalho doméstico, apesar das inúmeras transformações relacionadas ao gênero que a sociedade vivencia com o passar dos anos. Em 2016 as mulheres destinaram 73% a mais de horas do que os homens em afazeres domésticos (IBGE, 2018b).

Nesse contexto, donas de casa apresentam pior qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) do que trabalhadoras remuneradas. O estudo de Senicato, Lima e Barros (2016) aponta que levando em consideração o nível intermediário ou médio de escolaridade e baixa renda *per capita*, as donas de casa apresentam pior QVRS em vários aspectos, principalmente em relação à saúde mental (SENICATO, LIMA & BARROS, 2016). Muitos são os fatores relacionados à instabilidade emocional e social, dentre eles, destacam-se a falta de autonomia financeira, a desvalorização do trabalho realizado e o relacionamento conjugal e papel maternal descontentes (SOUZA, 2014).

São necessários estudos mais aprofundados sobre essa temática, com o objetivo de orientar estratégias de saúde para esse grupo específico.

Nos dados a respeito da renda mensal familiar, de acordo com a **Tabela 1**, 11 mulheres (32,4%) não souberam responder, enquanto 8 mulheres (23,5%) declararam renda mensal de 1 a 2 salários mínimos e 7 mulheres (20,6%) declararam renda mensal de até 1 salário mínimo. Considera-se, para melhor compreensão, que o valor do salário mínimo no momento da pesquisa era de R\$ 1045,00.

Em relação à concentração de renda, o Setor Administrativo 6 (SA6), no qual o bairro Lagomar está inserido, possuía 65% das famílias com renda per capita de R\$ 1,00 a ½ salário mínimo (SM) em 2018 (AZEVEDO, 2019).

Para uma análise mais aprofundada da situação econômica dessas famílias, foi realizado um estudo sobre as despesas familiares. Sobre isso, o SA6 apresentava o terceiro aluguel mais caro da cidade no ano de 2018, além de ser o segundo setor administrativo com mais gastos em transporte e o primeiro com mais gastos relativos à alimentação (AZEVEDO, 2019).

A despesa média mensal com energia, água/esgoto, gás, medicamentos, alimentação e transporte era de aproximadamente R\$ 542,63 (AZEVEDO, 2019). Levando em consideração o valor do salário mínimo em 2018 e ainda, que a maioria da população recebia até ½ SM, isto é, R\$ 476,00, é evidente a vulnerabilidade socioeconômica dessa população.

Mulheres em condições sociais de desvantagem apresentam maior vulnerabilidade em vivenciar uma gestação não planejada do que mulheres em melhor situação social e financeira. Ademais, a renda familiar baixa tem influência sobre a ocorrência de aborto provocado e inseguro (SOUZA, 2014).

Para finalizar a análise da **Tabela 1**, a respeito do tipo de lazer, quase metade das participantes da pesquisa, isto é, 15 mulheres (44,1%) declararam não ter nenhum tipo de lazer.

Revela-se, a partir deste resultado, que as mulheres participantes desta pesquisa possuem maior risco de vivenciar momentos de fragilidade relacionada à promoção do seu bem-estar. Tendo em vista que o lazer é uma importante proteção da saúde mental (PONDE & CAROSO, 2003).

Dado importante, considerando que o lazer se relaciona diretamente às relações dos grupos sociais no qual a mulher pertence, o que interfere, por sua vez, na construção das RS do grupo estudado.

### 3.1.2 Análise dos dados referentes à saúde sexual e reprodutiva das mulheres participantes do estudo

Dando continuidade à análise do perfil das participantes do estudo, será apresentada neste momento, a **Tabela 2**, que evidencia os dados referentes à saúde sexual e reprodutiva das 34 mulheres. A discussão dos resultados será feita em seguida.

**Tabela 2: Distribuição das usuárias do SUS de acordo com a história de saúde sexual e reprodutiva. Macaé, 2020.**

Variáveis	N	%
<b>Idade da menarca</b>		
7 – 10	3	8,8
11 – 14	23	67,6
15 – 18	8	23,5
<b>Idade da sexarca</b>		
13 – 16	18	52,9
17 – 20	11	32,4
21 – 24	2	5,9
25 – 28	3	8,8
<b>Prevenção de IST na primeira relação sexual</b>		
Sim	8	23,5
Não	26	76,5

<b>O que utilizou para se prevenir*</b>		
Sem resposta	3	37,5
Preservativo	5	62,5
<b>Recebe informações ou tira dúvidas sobre sexo/sexualidade</b>		
Sim	20	58,8
Não	14	41,2
<b>Com quem recebe informações ou tira dúvidas*</b>		
Amigas	5	25
Família	4	20
Internet	4	20
Profissional de saúde	5	25
Livros e revistas	2	10
<b>Já foi ao ginecologista ou profissional de saúde</b>		
Sim	34	100
Não	0	0
<b>Quantas vezes foi ao ginecologista ou profissional de saúde</b>		
Sem resposta	1	2,9
1 vez	0	0
De 2 a 5 vezes	15	44,1
Acima de 5 vezes	18	52,9
<b>Já usou camisinha</b>		
Sim	24	70,6
Não	10	29,4
<b>Atualmente utiliza camisinha</b>		
Sempre	4	11,8
Às vezes	0	0
Quase nunca	2	5,9
Nunca	28	82,3
<b>Utiliza anticoncepcional hormonal</b>		
Sim	9	26,5
Não	25	73,5
<b>Desde quando faz uso do anticoncepcional hormonal</b>		
Nunca utilizou	17	50
15 – 16	4	11,8
17 – 18	2	5,9
19 – 20	3	8,8

Já utilizou, mas não soube informar o período de uso.	6	17,6
Utilizou ao longo da vida por um período menor que 5 anos.	2	5,9
<b>Já ficou grávida</b>		
Sim	32	94,1
Não	2	5,9
<b>Tem filhos</b>		
Sim	32	94,1
Não	2	5,9
<b>Vivência de aborto</b>		
Sim	10	29,4
Não	24	70,6
<b>Aborto*</b>		
Somente provocado	0	0
Somente espontâneo	8	80
Provocado e espontâneo	1	10
Vivenciou o aborto, mas não declarou se provocado ou espontâneo.	1	10
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Nota: \* Para as mulheres que responderam “sim” na alternativa anterior.

Fonte: FELIX & PINTO, 2020.

A **Tabela 2** possibilita a análise do perfil das 34 mulheres que participaram desta etapa da pesquisa, a partir dos dados relativos à saúde sexual e reprodutiva, que correspondem à segunda parte do formulário respondido pelas mulheres em questão.

Inicialmente, a respeito da idade da menarca, 23 mulheres (67,6%) responderam que a sua primeira menstruação ocorreu entre 11 e 14 anos de idade. A idade média da menarca em brasileiras é de 11,71 anos (BARROS, 2019). Assim sendo, as participantes dessa pesquisa se incluem dentro dessa faixa etária.

A ocorrência da menarca pode não significar que a adolescente tenha atingido o estágio completo da função reprodutora, já que os primeiros ciclos podem ser anovulatórios. No entanto, após a menarca, isto é, na idade ginecológica, é recomendado que os profissionais de saúde façam orientações relativas à saúde sexual e reprodutiva e, caso seja necessário, a prescrição de métodos contraceptivos (BRASIL, 2018).

Nos dados referentes à idade da sexarca, 18 mulheres (52,9%) responderam que ocorreu entre 13 a 16 anos. Dado que condiz com uma pesquisa, na qual a maioria das participantes revelaram iniciação sexual entre 11 e 16 anos. Segundo o estudo, a sexarca é um importante indicador da exposição inicial à gravidez, sendo certo que, nessa fase, as

mulheres apresentam inúmeras vulnerabilidades, relacionadas à falta de conhecimento ou experiência necessária, de comunicação com os parceiros sexuais e de controle sobre as circunstâncias da vida (FUSCO, SILVA & ANDREONI, 2012).

Ao responder sobre a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na primeira relação sexual, apenas 8 mulheres (23,5%) declararam que realizaram, das quais 5 (62,5%) destacaram o uso do preservativo. Tais mulheres apresentavam idade entre 18 e 38 anos de idade, ensino fundamental completo e idade média da sexarca de 16,6 anos, ou seja, mulheres mais jovens e que vivenciaram a sexarca em contextos socioculturais contemporâneos. Salienta-se ainda que, não houve destaque relativo à raça ou cor autodeclarada que estivesse relacionado a esta variável.

Adolescentes não costumam usar preservativo no início de suas práticas sexuais, especialmente nas relações consideradas casuais. Os principais motivos para o não uso são: não gostar de usar, confiança no parceiro e imprevisibilidade das relações sexuais (PAIVA, 2020).

De acordo com a **Tabela 2**, 20 mulheres (58,8%) afirmaram receber informações ou tirar dúvidas a respeito de sexo e/ou sexualidade. Entre os principais meios destacaram-se amigas, profissionais de saúde, família e internet, quase na mesma proporção.

Destaca-se por tanto um perfil de mulheres que iniciaram a vida sexual jovens, sem prevenção de IST e recebendo informações sobre saúde sexual e reprodutiva de fontes que possivelmente não eram as mais adequadas e qualificadas.

Cabe ressaltar que ainda que tenha sido predominante o número de mulheres que afirmaram conversar sobre sexo e/ou sexualidade, tal assunto ainda é cheio tabus e por isso, muitas mulheres não conseguem dialogar a respeito. Como resultado, há uma restrição das mulheres com relação à exploração e valorização de seus desejos (OLIVEIRA, REZENDE & GONÇALVES, 2018).

Com relação à consulta ginecológica ou com outro profissional de saúde, todas as mulheres responderam já terem realizado. Em relação à quantidade, 18 mulheres (52,9%) responderam que já se consultaram mais de 5 vezes e 15 (44,1%) responderam que realizaram entre 2 a 5 consultas no decorrer da vida.

No Brasil a consulta ginecológica pode ser realizada no Sistema Único de Saúde (SUS), por profissional médico ou enfermeiro no cenário da Atenção Primária à Saúde. Nesse contexto, a consulta ginecológica pode ser compreendida como um momento de

cuidado integral à saúde da mulher, considerando a individualidade de cada uma, seus aspectos biológicos e sociais (FRIGO, 2016).

Ademais, é durante a consulta ginecológica que é realizado o exame clínico das mamas e a coleta do material colpocitopatológico, para rastreamento de câncer de mama e câncer de colo de útero respectivamente, e ainda orientações pertinentes à saúde sexual e reprodutiva e prescrições de métodos contraceptivos.

Quanto ao preservativo, 24 mulheres (70,6%) afirmaram já ter feito uso em alguma ocasião ao longo da vida. Em suas relações sexuais nos presentes dias, 28 mulheres (82,3%) responderam que nunca utilizam.

Muitos estudos são realizados tendo o comportamento sexual como a principal temática. Nesse sentido, uma pesquisa aponta a confiança no parceiro sexual como um determinante na decisão do uso do preservativo (PLUTARCO, 2019). Outro estudo, realizado com mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde demonstrou que as usuárias têm consciência da importância do uso do preservativo, no entanto, não o utilizam se possuem uma relação estável com parceiro fixo (FERRERA, 2019).

Face ao exposto, uma pesquisa realizada com mulheres casadas em 2017, destaca o alto risco de exposição ao HIV/AIDS, indicando que a negociação de sexo seguro é afetada, entre outros fatores, pela sociedade patriarcal, práticas culturais, posição da mulher inferior no relacionamento conjugal e desigualdade de gênero. Nesse sentido, a pesquisa aponta que a prática de sexo seguro é algo relacionado a um contexto sociocultural mais amplo e salienta a importância de estratégias de prevenção mais aceitáveis e de sensibilização de gerações mais velhas, posto que são as mais vulneráveis (MADIBA & NGWENYA, 2017).

Sobre o uso de anticoncepcional hormonal, 25 mulheres (73,5%) responderam não utilizar. Em relação ao tempo de uso, 17 mulheres (50,0%) nunca utilizaram, 6 (17,6%) já utilizaram, mas não souberam informar o período e 9 mulheres (26,5%) ainda utilizam até os dias de hoje. Destas, 4 (11,8%) iniciaram o uso entre 15 e 16 anos, 3 (8,8%) entre 19 e 20 anos e 2 (5,9%) entre 17 e 18 anos.

Percebe-se nos dados apresentados acima, que é predominante o número de mulheres que nunca utilizaram anticoncepcional hormonal. Tal método contraceptivo exige habilidade, disciplina, memória e reabastecimento frequente, fatores que limitam a adesão. Ademais, quando os cônjuges discordam, há influência negativa na continuidade do uso. O não uso de contraceptivos está intimamente relacionado à existência de gravidezes indesejadas e, conseqüentemente, com a realização de abortos inseguros (CLELAND, 2020).

A escolha do método deve ser feita de forma livre e esclarecida, para que os indivíduos tenham a possibilidade de escolher de maneira que atenda às suas necessidades específicas (BRASIL, 2013).

Defende-se ainda, a dupla proteção, com a combinação de um preventivo masculino ou feminino, junto a outro método anticoncepcional. A dupla proteção tem a finalidade de prevenir tanto gestações não planejadas como IST/HIV/AIDS (BRASIL, 2013).

Cabe destacar que no Brasil, os principais métodos contraceptivos distribuídos de forma gratuita pelo SUS são: preservativos feminino e masculino, anticoncepcional hormonal oral e injetável, dispositivo intrauterino - DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre), diafragma e os definitivos, que são laqueadura tubária e vasectomia. Além destes, ainda existem métodos naturais de contracepção, como Ogino- Knaus (tabelinha), método de Billings (mucocervical), curva térmica basal e sintotérmico (BRASIL, 2013).

Saliente-se que para todos os métodos deve haver oferta de informações, aconselhamento e acompanhamento clínico (BRASIL, 2013).

Evidencia-se que a presente pesquisa não analisou a utilização de outros métodos contraceptivos além de preservativos e anticoncepcional hormonal, apresentando certa fragilidade nesse aspecto.

Ainda sobre a análise dos dados referentes à saúde sexual e reprodutiva das participantes da pesquisa, em relação à ocorrência da gestação, 32 mulheres (94,1%) responderam de forma positiva.

Sabe-se que a gestação, mesmo sendo um período biológico natural, exige cuidados específicos. O Ministério da Saúde estabeleceu no Brasil as Redes de Atenção Materno Infantil, com o objetivo de diminuir a taxa de morbimortalidade materna, dispondo de serviços de planejamento familiar, assistência ao pré-natal, puerpério e atenção integral à saúde da criança (BRASIL, 2012).

No contexto da Atenção Primária à Saúde, a assistência ao pré-natal é realizada por médico e enfermeiro, exceto em casos de gestação de alto risco, que exijam atenção especializada (BRASIL, 2012).

Em relação à maternidade, 32 mulheres (94,1%) responderam que tem filhos. Relativo a isso, um estudo que destaca fatores econômicos associados à interrupção da gravidez, aponta que abortos provocados e espontâneos são prevalentes em mulheres com um ou mais filhos (BORSARI, 2013).

A respeito da realização de aborto, de acordo com a **Tabela 2**, 10 mulheres (29,4%) responderam que já realizaram. Destas, 8 (80,0%) declararam ter ocorrido de forma espontânea e apenas 1 mulher (10,0%) respondeu ter acontecido de forma espontânea e também provocada.

Este resultado demonstra a vivência do abortamento por quase 30% das participantes da pesquisa, evidenciando que nas construções representacionais deste grupo há evocações vividas pelas próprias mulheres, ou seja, elas trazem percepções a seu respeito, sobre o ato experienciado nas suas vidas. Revelando um possível subgrupo, que possivelmente apresenta uma representação social acerca do abortamento diferente das demais mulheres, que não o vivenciaram.

Destaca-se que destas 10 mulheres que afirmaram ter vivenciado o abortamento, 9 não preveniram IST na primeira relação sexual e não costumam utilizar preservativo nas relações sexuais atuais, 8 não utilizam anticoncepcional hormonal e 6 não recebem informação ou tiram dúvidas a respeito da sexualidade. Sendo assim, tais dados indicam que este subgrupo pode estar suscetível a vivenciar gravidezes indesejadas e conseqüentemente novos abortamentos. Ressalta-se ainda que 7 das 10 mulheres autodeclararam-se negras, sendo estas, as mais vulneráveis em viver as conseqüências da criminalidade do aborto.

Dessa maneira, é possível que esta pesquisa dê voz a essas mulheres, e que, as palavras evocadas, possam explicitar sentimentos, sentidos e representações que emergem de suas vivências, o que torna esta pesquisa ainda mais relevante.

Um estudo descritivo de série temporal e base populacional evidencia que não há nos sistemas de informação brasileiros dados específicos sobre o aborto, os dados disponíveis referem-se aos óbitos por aborto e às internações por complicações do aborto (CARDOSO, VIEIRA & SARACENI, 2020).

Segundo Cardoso, Vieira e Saraceni (2020) foram identificados 770 óbitos maternos, tendo como causa básica o aborto entre 2006 e 2015 e 200 mil internações/ano por complicações do aborto entre 2008 e 2015. Observou-se no estudo, uma redução dos óbitos por aborto no Brasil ao longo dos anos, sendo que as Regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste alternaram-se com as maiores Razão de Mortalidade Materna (RMM) específicas por aborto ao longo do período (CARDOSO, VIEIRA & SARACENI, 2020).

Dados importantes, tendo em vista que o abortamento no Brasil é proibido, sendo assim, muitos casos não são registrados e conseqüentemente, com a diminuição desses

números, as justificativas de que seja preciso prevenir mortes relacionadas ao abortamento provocado e realizado de forma insegura são restringidas.

Inúmeros fatores podem estar associados ao abortamento realizado de forma provocada e insegura, entre eles destacam-se os fatores socioeconômicos e demográficos que se relacionam diretamente com as dificuldades de acesso à saúde (FUSCO, SILVA & ANDREONI, 2012; BORSARI, 2013; ALMEIDA, 2015; SANTOS, 2016).

No entanto, a maioria dos estudos sobre o aborto são realizados em serviços públicos, onde há predomínio de mulheres em condições socioeconômicas desfavoráveis, o que pode ocultar outras variáveis importantes nesse contexto, sendo necessário o desenvolvimento de pesquisas que incluam serviços de assistência à saúde particulares (BORSARI, 2013).

Ressalta-se que a clandestinidade e o estigma associado ao aborto tornam complexa sua investigação, principalmente com relação à admissão pela própria mulher. Isso se deve ao fato da realização do aborto gerar conflitos religiosos, éticos, morais e condenação social reforçada pela ilegalidade (SINGH, 2010).

### **3.2 Análise estrutural da Representação Social do aborto pelas mulheres**

Esta etapa da pesquisa foi realizada com base na metodologia da abordagem estrutural das representações sociais, utilizando o TELP, com o termo indutor “aborto”. O teste foi realizado por 34 mulheres, com faixa etária entre 18 e 82 anos de idade. As evocações constituíram um dicionário com 131 palavras. Destas, 63 eram distintas, após o agrupamento conforme o sentido analisado.

As palavras evocadas serviram como base para a construção de uma matriz e um *corpus* textual, necessários para o processamento dos dados pelo *software* IRAMUTEQ. Assim sendo, foi realizada a análise prototípica, que possibilita a formação de um quadro de quatro casas a partir da distribuição das palavras por frequência média e ordem média de evocação. A frequência mínima considerada para inclusão na análise foi de 2.

O **Quadro 2** foi construído com base nos resultados gerados pelo *software*. Sua discussão será feita a seguir.

**Quadro 2: Distribuição dos elementos segundo a frequência e ordem média de evocação a partir do termo indutor “aborto”. Macaé, 2020.**

	Ordem média de evocações ≤ 2.44			Ordem média de evocações > 2.44		
	Núcleo Central	Frequência	Ordem de importância	1º periferia	Frequência	Ordem de importância
<b>Frequência média ≥ 4.57</b>	Crime	11	2.3	Triste	11	2.6
	Medo	8	2.0	Assassinato	6	2.8
	Prevenção	6	2.3	Contra	6	2.7
	Falta de amor	5	1.6	Irresponsabilidade	5	2.6
	Zona de Contraste	Frequência	Ordem de importância	2º periferia	Frequência	Ordem de importância
<b>Frequência média &lt; 4.57</b>	Crueldade	4	1.2	Pecado	4	3.7
	Sufrimento	4	1.8	Injustiça	3	3.5
	Amor	3	1.0	Necessidade	3	3.5
	Relativo	2	1.0	Morte	3	3.3
				Dor	3	3.3
				Maldade	3	2.7
				Errado	2	2.7
				Adoção	2	2.5
				Feio	2	2.4

Fonte: FELIX & PINTO, 2020.

Nota-se que as palavras evocadas sugerem sentidos relacionados ao abortamento provocado, apesar do termo indutor ter sido simplesmente “aborto”. Percebe-se ainda que, em sua maioria, os elementos apresentam conotação negativa, tal resultado pode estar relacionado ao contexto histórico de estigma e preconceito relacionados ao abortamento provocado e muito presentes na sociedade até os dias atuais.

Cabe destacar que a pesquisadora não considerou as palavras *Triste*, *Dor* e *Sufrimento* com o mesmo sentido, apesar da semelhança. O mesmo aconteceu em *Amor* e *Falta de Amor* e *Crime* e *Assassinato*.

A frequência média neste estudo foi 4.57 e a ordem média de evocação foi 2.44. Logo, as palavras com frequência média  $\geq 4.57$  e ordem média de evocação  $\leq 2.44$  sugerem pertencer ao núcleo central das representações sociais do aborto.

Ressalta-se que tais valores indicam o corte de referência desta pesquisa e foram gerados automaticamente pelo *software* IRAMUTEQ. Sendo a frequência média de evocação calculada a partir da divisão do somatório total de evocações de todos os termos pertencentes a uma categoria pelo número de categorias, as palavras com alta frequência são aquelas com frequência igual ou maior ao valor de corte de referência. A ordem média de evocação (OME) por sua vez, resulta da divisão do somatório de todas as OME pelo número de

categorias, termos com baixa OME são aqueles que possuem OME menor ou igual ao valor de corte de referência, palavras com baixa ordem média de evocação são aquelas evocadas mais prontamente ou colocadas em maior ordem de importância e por isso as de maior interesse em estudos de Representação Social (WACHELKE & WOLTER, 2011; CORREIA & JOIA, 2014).

Assim sendo, os elementos com características de centralidade são *Crime*, *Medo*, *Prevenção* e *Falta de Amor*. Nesse sentido, ressalta-se que toda representação está organizada em torno de um núcleo central, ou seja, um elemento fundamental que determina a construção de significados na representação social. Tendo em vista que está ancorado em um sistema de valores da moral e da ética partilhados pelos membros do grupo, sendo, portanto, mais resistente a mudanças.

O núcleo central unifica e estabiliza a representação social, sua formação é essencialmente social, baseada na história e memória coletiva do grupo estudado, define, assim, a homogeneidade do grupo estudado (MOREIRA, 1998).

À vista disso, a palavra *Crime* aparece como principal organizador da representação social do aborto pelo grupo investigado. Percebe-se que as mulheres participantes desta pesquisa, identificam o aborto como uma ação criminosa, ou seja, algo associado à violação da lei.

Este resultado pode estar baseado na própria legislação brasileira que tipifica o abortamento como delito. Além do mais, *Crime* também pode ser interpretado como algo socialmente condenável, de acordo com o senso comum, permeado por princípios éticos, morais e religiosos, que traz fortes implicações na construção da representação social de um determinado objeto para o sujeito.

A identificação de *Crime* como elemento central, ancora-se ao valor da moral e da ética, que é diretamente ligado a construção de significados na representação social. Nesse sentido, observa-se que a dimensão moral do aborto foi muito representativa nesta pesquisa.

Tal dado reforça os resultados encontrados em uma pesquisa sobre o conteúdo e a estrutura das representações sociais das mulheres sobre o aborto provocado. Segundo o qual, crime aparece como um dos elementos do núcleo central, qualificando a realização do aborto provocado, uma vez que está ancorado em preceitos morais e religiosos da sociedade (PÉREZ, 2013).

Corroborando com tais aspectos, um estudo acerca dos sentimentos das mulheres diante da concretização do aborto provocado, aponta relatos de culpa e arrependimento. Tais

emoções se relacionam com o pensamento compartilhado socialmente, em que o abortamento é considerado um desrespeito às regras sociais e, portanto, uma prática digna de punição (SANTOS & BRITO, 2016).

Observam-se ainda, termos negativos presentes no núcleo central, com exceção de *Prevenção*, possivelmente fazendo referência ao essencial processo de trabalho dos profissionais da saúde neste contexto, muito relacionados a ações relativas aos direitos sexuais e reprodutivos e garantidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como a orientação e prescrição de métodos contraceptivos, com vistas a prevenção de gravidezes não planejadas e consequentemente a diminuição dos casos de abortamentos inseguros.

Dando continuidade à análise estrutural das representações sociais do grupo estudado, destaca-se que em torno do núcleo central se organizam os elementos periféricos, estes, possuem aspecto móvel e evolutivo, têm determinação mais individualizada e contextualizada, o que permite maior flexibilidade e heterogeneidade de comportamentos e de conteúdo, estão relacionados às experiências individuais e integram os dados de vivências de situações específicas (MOREIRA, 1998).

Os elementos periféricos por sua vez, correspondem as palavras com baixa frequência de evocação e alta ordem de evocação, representados por *Pecado, Injustiça, Necessidade, Morte, Dor, Maldade, Errado, Adoção e Feio*.

Percebe-se que tais elementos possuem conteúdos que sugerem uma avaliação negativa frente à concretização do abortamento, indicando uma dimensão atitudinal do aborto, que também foi muito representativa na presente pesquisa.

Nesse sentido, ao descrever sobre as representações sociais, Moscovici teoriza o preconceito como fator de crença e de memória coletiva da representação social, tratando-se de estereótipos que são categorias de discriminação, distinguindo aqueles que não são como nós (MOSCOVICI, 2012). Este fenômeno é manifestado através de julgamentos.

Sendo assim, evidencia-se, nesta pesquisa, uma necessidade de rotulagem às mulheres que não seguem os comportamentos determinados pelo grupo estudado. Em Representação Social, este movimento é denominado Objetificação de Conduta, onde os sujeitos nomeiam e identificam pessoas por um determinado comportamento ou atitude.

O sistema de transição entre o núcleo central e periférico é denominado de sistema intermediário. Os elementos que compõem esse sistema estão inseridos na zona de contraste e na primeira periferia, são menos expressivos na estrutura da representação, mas são

importantes em sua organização. Nesta pesquisa correspondem à *Crueldade, Sofrimento, Amor, Relativo, Triste, Assassinato, Contra e Irresponsabilidade*.

Tal resultado indica que a dimensão afetiva do aborto foi muito representativa, os sentimentos envolvidos nesse contexto possuem forte influência no núcleo central e revelam uma espécie de relação de causa e efeito, em que o amor pode estar relacionado com a não concretização do abortamento, ao passo que a vivência do aborto pode acarretar sentimentos como tristeza e sofrimento.

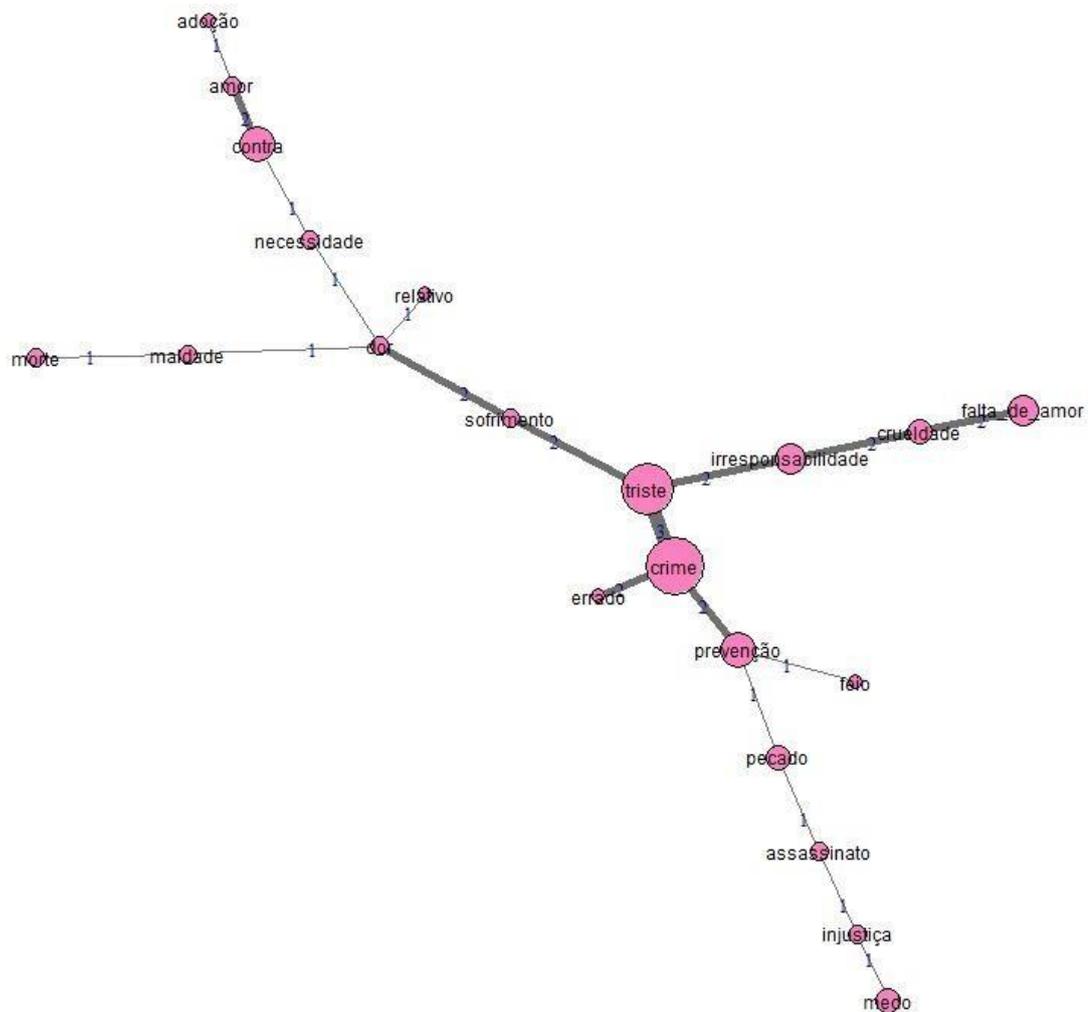
Destaca-se que a zona de contraste, aqui representada por *Crueldade, Sofrimento, Amor e Relativo*, é composta por elementos com baixa frequência média e alta ordem média de evocação, ou seja, apesar de terem sido evocados por poucas mulheres, foram mais prototípicos e, portanto, representam as perspectivas de um subgrupo. Nesse sentido, *Amor* aparece como termo positivo na RS destas mulheres, evocado por àquelas que não vivenciaram o abortamento e que já passaram pela gestação e maternidade. Ressalta-se ainda que o termo *Relativo* pode sugerir a perspectiva de relativização do abortamento, ou seja, para as participantes da pesquisa, a depender do motivo, o abortamento provocado pode ser justificável.

Em outra perspectiva, os elementos como *Crueldade, Assassinato e Irresponsabilidade* reforçam a dimensão atitudinal do aborto. Visto que, tais elementos consolidam o pensamento de um possível julgamento negativo em relação à atitude de quem realiza o abortamento.

Para dar continuidade a análise estrutural das representações sociais do grupo estudado, faz-se necessário uma análise complementar a fim de confirmar a centralidade dos termos evocados. Assim sendo, foi realizada a análise de similitude pelo *software* IRAMUTEQ.

Este tipo de análise permite a criação da árvore máxima de palavras, representada a seguir pela **Figura 1**.

**Figura 1: Árvore máxima de palavras – Aborto. Macaé, 2020.**



Fonte: IRAMUTEQ, 2020.

A **Figura 1** apresenta a estrutura do conjunto de 21 palavras com frequência de evocação a partir de 2. Assim sendo, a árvore máxima de palavras confirma a centralidade de *Crime*.

Dessa forma, nota-se as fortes conexões vistas entre o núcleo central e os elementos *Errado*, *Prevenção* e *Triste*, indicando que a representação social desse grupo, em relação ao aborto, se organiza a partir desses elementos.

Nesse contexto, a ligação entre o núcleo central (*Crime*) e *Errado*, reforça que, para as mulheres participantes da pesquisa, o abortamento é qualificado como algo errado,

considerado como uma ação que descumpra a lei e confronta as normas sociais do que é certo.

A relação entre *Prevenção* e o núcleo central, condiz com as características de centralidade do elemento demonstradas no **Quadro 2**, ou seja, demonstra forte representatividade para este grupo. Tal resultado, além de fazer uma alusão ao trabalho dos profissionais da saúde, pode sugerir ainda que, para as mulheres o abortamento é algo prevenível.

Assim sendo, nota-se um possível julgamento da atitude de quem faz o aborto, tendo em vista que a *Prevenção*, neste caso, pode ser compreendida como uma zona de conforto na construção do conhecimento sobre o objeto, e ainda, pode estar relacionada a pensamentos e comportamentos que sugerem uma maneira simples para a não realização do aborto. Confirmando uma dimensão mais atitudinal do aborto.

As representações são elaboradas em um contexto de relação eu-outro, de característica emocional, social, cultural e historicamente determinada (MOSCOVICI, 2003). Nesta lógica, entende-se que os sujeitos constroem uma forma de pensar tendo em vista as exigências do seu ambiente social.

Nesse sentido, a evidência de *Prevenção* como um elemento de representatividade para as participantes da pesquisa pode sugerir a existência de uma zona muda, isto é, uma região de difícil exposição da representação social, um evento que pode acontecer com determinados objetos, marcados por princípios morais, como é o caso do abortamento.

A zona muda não está associada à parte inconsciente das representações sociais, e por isso, sua existência revela que os sujeitos se preocupam com a normatividade social que permeia o objeto em questão e apresentam aquilo que acreditam ser a resposta correta, na tentativa de gerar uma imagem positiva de si (ABRIC, 2005).

A confirmação da ocorrência de zona muda em representações sociais acerca do aborto, demanda outros métodos de pesquisas que não foram utilizados neste estudo. Sendo assim, sugere-se o desenvolvimento de estudos com o objetivo de verificar a existência de uma zona muda nas representações sociais sobre o aborto, considerando a importância de pesquisas nesse sentido.

É importante ressaltar as características deste grupo, onde a maioria, isto é, 24 mulheres (70,6%) nunca realizaram aborto, portanto há aqui uma orientação de comportamento dos indivíduos frente ao objeto, determinando condutas preventivas através

de um conhecimento prévio de como realizar a prevenção. Evidenciando uma dimensão cognitiva, ou seja, de conhecimento da representação social.

Diante disso, tal dado torna-se interessante, levando em consideração a análise dos dados referentes à saúde sexual e reprodutiva, em que 25 mulheres (73,5%) responderam não utilizar anticoncepcional hormonal, 28 (82, 3%) declararam que nunca utilizam preservativo nas relações sexuais e 24 (70,6%) nunca vivenciaram o abortamento.

Dessa forma, percebe-se que as participantes da pesquisa identificam a importância da prevenção de gestações não planejadas, no entanto, apresentam certa vulnerabilidade na prática. Reforçando, portanto, uma dimensão cognitiva do abortamento. Esta dimensão está relacionada às informações recebidas e compartilhadas do grupo alvo, constituindo os estereótipos.

Ainda sobre a análise estrutural das representações sociais sobre o aborto, a forte relação entre o elemento *Triste* com o núcleo central, reforça a compreensão do sentimento de tristeza como uma consequência da vivência do abortamento, seja ele provocado ou espontâneo. Fortalecendo a dimensão afetiva do abortamento, expressada também pela importante conexão que ocorre em *triste - sofrimento – dor*.

Em alternativa, outra perspectiva sugere o abortamento como um ato de irresponsabilidade, sua prática estaria associada à crueldade e à falta de amor. Nesse contexto, as dimensões atitudinal e afetiva do abortamento também são reforçadas, a partir de conexões como *triste - irresponsabilidade; irresponsabilidade - crueldade; crueldade – falta de amor*.

Estes elementos traduzem forte significado para a RS, uma vez que as representações nestes contextos são prescritivas, pois já existe uma tradição que decreta o que deve ser pensado, conforme imposição de uma estrutura que nos precede e que determina e organiza o pensamento dos indivíduos (MOSCOVICI, 2012).

Salienta-se que o termo *Triste* pode migrar para o núcleo central, a partir das transformações do contexto sociocultural, considerando que sua frequência média de evocação foi idêntica à *Crime* e ainda, apresenta características de centralidade no gráfico de similitude. Tal dado revela a importância de estudos com o objetivo de verificar esta perspectiva.

O termo *Relativo* aparece com certa proximidade dos elementos centrais, reforçando a ideia da perspectiva de relativização do abortamento, ou seja, para as participantes da pesquisa, a depender do motivo o abortamento provocado pode ser justificável. Essa análise é

reforçada com a presença de termos como *Necessidade*, *Estupro* e *Falta de Condições*, nas evocações em que o termo *Relativo* também aparece. Ressalta-se que *Estupro* e *Falta de Condições* não aparecem na análise prototípica e de similitude por não possuírem características necessárias relativas à frequência média e ordem média de evocação.

A forte conexão entre *Contra e Amor* pode estar relacionada ao posicionamento das mulheres frente à realização do aborto provocado e sua relação com a ideia do amor como fator decisivo para a não realização de tal prática. Cabe destacar, no entanto que tais elementos aparecem distantes do núcleo central, na extremidade da árvore máxima de palavras. Além disso, na análise prototípica, *Contra* e *Amor* aparecem como elementos intermediários. Logo, tais elementos possuem significância para uma pequena parcela deste grupo, isto é, não possuem sentido consensual em relação a RS do aborto.

Para finalizar, destaca-se que *Medo* e *Falta de amor* apresentam características de centralidade de acordo com o **Quadro 2**, contudo, é possível perceber certo distanciamento do núcleo central, haja vista o posicionamento dos elementos nas extremidades da árvore máxima de palavras. Apresentam, portanto, pouca representatividade para as participantes desta pesquisa.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que a construção de uma representação implica na integração de diversos elementos, tais como o contexto social em que os sujeitos estão inseridos, princípios morais e éticos, e ainda, as vivências pessoais associadas ao objeto em questão. Observa-se que a representação social das mulheres sobre o aborto revela, através de sua estrutura, um processo de construção do conhecimento ancorado fortemente na dimensão moral através da centralidade da palavra *Crime*. Tal dado, remete à construção histórica e social dos sentidos do abortamento, baseada principalmente pela legislação brasileira e por princípios éticos, morais e religiosos.

Evidencia-se que *Prevenção* possui importante função na RS para o grupo estudado, revelando a dimensão atitudinal e também cognitiva do aborto. Além disso, o sentido da palavra *Prevenção* sugeriu pertencer à zona muda da RS sobre o aborto, ainda que não aprofundada, uma vez que faz-se necessário análise complementar, indicando como essencial o desenvolvimento de estudos que ampliem esta dimensão da RS nesse contexto.

Prevenção sugere estar associada ao sentido da construção social sobre a responsabilização do outro. Tal aspecto foi percebido a partir dos discursos e dos dados referentes ao perfil das participantes da pesquisa, em que a maioria das mulheres reconheceram o abortamento como algo prevenível, mas poucas faziam uso de métodos contraceptivos. Nesse contexto, o sentido de *Prevenção* sugere também uma orientação de comportamento, considerando que a maioria das mulheres nunca vivenciou o abortamento. Revelando portanto, a dimensão cognitiva do aborto.

O sistema periférico, composto por elementos relacionados a experiências mais individualizadas, é caracterizado nesta pesquisa principalmente por palavras que possuem conteúdos sugestivos de julgamentos negativos, o que revela também aqui, a dimensão atitudinal do aborto, refletindo possíveis práticas sociais relacionadas ao estigma e preconceito.

No sistema de transição, composto por elementos que são menos significativos, porém muito importantes na construção da RS, destacam-se *Triste* e *Sofrimento*. Tais sentimentos sugerem uma perspectiva de causa e efeito, em que a concretização do aborto gera consequentemente sentimentos de tristeza. Qualificando, dessa maneira, a dimensão afetiva do abortamento.

Destaca-se que a compreensão do processo de construção dos sentidos do abortamento para as mulheres, bem como do contexto social no qual estão inseridas, torna

possível o planejamento de intervenções específicas para o grupo em questão. Diante disso, ressalta-se a relevância de estudos com abordagem teórico-metodológica fundamentada na Teoria das Representações Sociais.

Complementarmente, considerando as representações sociais das participantes da pesquisa sobre o abortamento, torna-se importante destacar que a criminalização do aborto não impede que práticas de abortamento provocado sejam feitas de forma insegura no Brasil. Por esse motivo, defende-se que em todas as situações, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida, inclusive nos casos em que o abortamento for provocado e realizado de forma insegura. A assistência deve ser humanizada, livre de discriminações e pautada no respeito aos princípios fundamentais da bioética.

Para concluir, este estudo pretendeu contribuir para a construção de estratégias que possibilitem a redução dos casos de abortamentos inseguros visando à minimização de morbimortalidade materna e complicações de saúde de mulheres decorrentes dessas práticas. Neste sentido, no que tange a saúde reprodutiva das mulheres, é fundamental o fomento e a adequação de políticas públicas sociais e de saúde para que de fato haja contribuição e acompanhamento à realidade de vida das mulheres brasileiras.

Por fim, intencionou colaborar para a valorização do exercício profissional da enfermagem no que se refere aos cuidados individualizados à saúde da mulher, considerando seus diferentes contextos culturais, sociais e econômicos. Respeitando a autonomia e o direito à informação clara no que diz respeito a sua saúde sexual e reprodutiva.

A enfermagem destaca-se por ser essencial na assistência ao planejamento reprodutivo no Brasil, tendo em vista sua atuação com trabalho qualificado no contexto da saúde pública do país, especialmente na Atenção Primária à Saúde, com ações regulamentadas em diversos manuais e programas do Ministério da Saúde. Atendendo as necessidades de saúde e as vulnerabilidades sociais, exercendo papel fundamental na construção de conhecimentos sobre a saúde reprodutiva e a prevenção e as complicações do abortamento, com vistas à minimização dos preconceitos.

Tais profissionais são capazes de instrumentalizar os grupos sociais a fim de desatar os nós referentes ao abortamento encontrados nesta pesquisa e ainda, as demais necessárias transformações sociais que visem entre outras questões, à diminuição das vulnerabilidades das mulheres em relação ao abortamento no Brasil.

## REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. A zona muda das representações sociais. In: OLIVEIRA, D.C.; CAMPOS, P.H.F. (Editores). **Representações sociais: uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. p.23-34.

ABRIC, J.C. L'approche structurele des représentations sociales: d'evloppements récents. **Psychologie & Societé**, [S.l.], n. 4, p. 81-106, 2001.

ADESSE, L. et al. Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p.694-706, 2015.

ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z.A. (Org.) **Teoria das representações sociais: 50 anos**. 2 ed. Brasília: Techno Politik Editoras, 2014.

ALMEIDA, M.S. et al. Perfil socioeconômico e demográfico de mulheres com história de aborto. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.29, n.4, p.296-306, 2015.

AQUINO, E. M. L. et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v.17, n. 7, p.1765-1776, 2012.

AZEVEDO, D. C. Painéis da pobreza em Macaé. In: SILVA, S.R.A.; CARVALHO, M.R. (Org.). **Macaé, do caos ao conhecimento: olhares acadêmicos sobre o cenário de crise econômica**. Macaé: Prefeitura de Macaé, 2019. p. 398-415.

BARROS, B.S. et al. ERICA: estado da menarca e sua associação com o estado nutricional. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 95, n. 1, p. 106-111, 2019.

BRASIL. Lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 dez. 1940.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Cadastro Único**. Disponível em: <<http://cidadania.gov.br/servicos/cadastro-unico>>. Acesso em: 16 abr. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica 26: Saúde Sexual e Reprodutiva**. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica**. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Cumprimento de Preceito Fundamental (Medida Liminar) - 54. 2014. Disponível em:  
<<http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADPF&s1=54&processo=54>> Acesso em: 19 nov. 2018

BORSARI, C.M.G. et al. Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioeconômicos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.35, n.1, p.27-32, 2013.

CARDOSO, B.B.; VIEIRA, F.M.S.B.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.36, sup.1, p.1-13, 2020.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)**. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição, 2018.

CARNEIRO, R. O Peso do Corpo Negro Feminino no mercado da saúde: mulheres, profissionais e feministas em suas perspectivas. **Mediações**, Londrina, v.22, n.2, p.394-424, 2017.

CLELAND, J. The complex relationship between contraception and abortion. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, Boston, v. 62, p. 90-100, 2020.

CORREIA, J.C.; JOIA, L.A. A Representação Social das Competências Essenciais aos CIOs sob a Perspectiva dos Profissionais de TI. *In: XXXVIII Encontro da ANPAD*, 2014, Rio de Janeiro, 2014. Rio de Janeiro: 2014, p. 1-16.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 22, n. 2, p.653-660, 2017.

FERRERA, A.P.C. et al. (Des) Conhecimento de mulheres sobre a utilização de métodos contraceptivos. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, Recife, v. 13, n. 5, p. 1354-60, 2019.

FRIGO, J. et al. A consulta ginecológica e seu potencial para produzir integralidade da atenção em saúde. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, Recife, v. 10, n. 4, p. 1299-1306, 2016.

FUSCO, C.L.B.; SILVA, R.S.; ANDREONI, S. Unsafe abortion: social determinants and health inequities in a vulnerable population in São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n. 4, p.709-719, 2012.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. IBGE, 2010.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Desigualdades sociais por Cor ou Raça no Brasil**. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. Nº 41. IBGE, 2019.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Educação 2018: PNAD Contínua**. Política Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. IBGE, 2018a.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas de Gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil**. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. Nº 38. IBGE, 2018b.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: Algumas características da força de trabalho por cor ou raça. IBGE, 2017.

MADIBA, S.; NGWENYA, N. Cultural practices, gender inequality and inconsistent condom use increase vulnerability to HIV infection: narratives from married and cohabiting women in rural communities in Mpumalanga province, South Africa, **Global Health Action**, [S.l.], v. 10, p. 54-62, 2017.

MALARCHER, S.; OLSON, L.G.; HEARST, N. Unintended pregnancy and pregnancy outcome: equity and social determinants. In: BLAS, E.; KURUP, A.S. (Editores). **Equity, social determinants and public health programmes**. Geneva: World Health Organization, 2010. p. 177-97

MARKOVÁ, I. A fabricação da teoria de representações sociais. **Cadernos de Pesquisa**, [S.l.], v. 47, n. 163, p.358-375, 2017.

MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 11. Ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, E.L.; REZENDE, J.M.; GONÇALVES, J.P. História da sexualidade feminina no Brasil: Entre tabus, mitos e verdades. **Revista Ártemis**, [S.l.], v.26, n.1, p.303-314, 2018.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. [S.l.], 2013.

PAIVA, N.S. et al. Mulheres que fizeram aborto no Município do Rio de Janeiro, Brasil: aplicação de um modelo hierárquico bayesiano. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.36, sup.1, p.1-13, 2020.

PÉREZ, B.A.G. et al. Aborto provocado: representações sociais de mulheres. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 736-742, 2013.

PÍCOLI, R.P.; CAZOLA, L.H.O.; LEMOS, E.F. Maternal mortality according to race/skin color in Mato Grosso do Sul, Brazil, from 2010 to 2015. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.17, n.,4, p.739-747, 2017.

PLUTARCO, L.W. et al. A influência da confiança no parceiro na decisão do uso da camisinha. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v.20, n.1, p. 220-233, 2019.

PONDÉ, M.P.; CAROSO, C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v.12, n.2, p. 163-172, 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÉ. **Revisão do Plano Diretor**: Diagnóstico Geral do Município de Macaé. Macaé, 2014.

ROMIO, C. M. et al. Saúde mental das mulheres e aborto induzido no Brasil. **Psicologia Revista**, São Paulo, v. 24, n. 1, p.61-81, 2015.

SÁ, C.P. **A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998.

SANTOS, A.P.V. et al. Factors Associated with Abortion in Women of Reproductive Age. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.38, n.6, p.273-279, 2016.

SANTOS, D.L.A.; BRITO, R.S. Sentimentos de mulheres diante da concretização do aborto provocado. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1-5, 2016.

SANTOS, L.S.; DINIZ, G.R.S. Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. **Psicologia clínica**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p. 37-59, 2018.

SENICATO, C.; LIMA, M.G.; BARROS, M.B.A. Ser trabalhadora remunerada ou dona de casa associa-se à qualidade de vida relacionada à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.8, p.1-12, 2016

SINGH, S. et al. The estimated incidence of induced abortion in Ethiopia, 2008. **International Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, [S.l.], v.36, n.1, 2010.

SOUZA, M.G. et al. Prevalência e características sociodemográficas de mulheres com aborto provocado em uma amostra da população da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.17, n.2, p. 297-312, 2014.

WACHELKE, J.F.R.; CAMARGO, B.V. Representações sociais, representações individuais e comportamento. **Revista Interamericana de Psicologia**. Porto Alegre, v.41, n.3, p.379-390, 2007.

WACHELKE, J.; WOLTER, R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.27, n.4, p.521-526, 2011.

## **ANEXOS**

### **ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Perspectivas do abortamento por mulheres usuárias do SUS, um estudo de Representação Social.

**Nome do Voluntário:** \_\_\_\_\_

Convidamos a Sra. para participar da Pesquisa Perspectivas do abortamento por mulheres usuárias do SUS, um estudo de Representação Social, sob a responsabilidade do pesquisador Alessandra Luiza Dias Felix e orientadora Carina Bulcão Pinto, a qual pretende descrever as representações sociais das mulheres a respeito do abortamento, identificar os fatores que influenciam a mulher na tomada de decisão para a realização do abortamento inseguro, a partir do conteúdo das representações sociais e analisar se há relação com a carência de informações acerca do planejamento reprodutivo.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de dois questionários, sendo o primeiro sobre informações relacionadas à sua vida pessoal, seus dados socioeconômicos e saúde sexual e reprodutiva. E o segundo, será realizado a partir de um termo que será dito a você, em que você deverá anotar as primeiras 4 palavras que pensar, e colocar estas palavras em ordem de importância, sendo a primeira colocada a palavra de maior importância e a quarta colocada a de menor importância.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para a construção de estratégias que possibilitam a diminuição dos casos de aborto inseguro visando à diminuição dos números de óbitos e complicações de saúde de mulheres decorrentes das práticas do abortamento inseguro e ainda, com a valorização da Enfermagem no que se refere aos cuidados com a Saúde da Mulher e planejamento reprodutivo no cenário da Atenção Básica.

Se depois de consentir em sua participação Sra. desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. A Sra. não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, a Sra poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço Rua Aloísio da Silva Gomes, 50 - Granja dos Cavaleiros, Macaé - CEP: 27930-560 pelo telefone (22) 98160-6597 ou pelo email: alediasfl@gmail.com, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa –

CEP/UFRJ - Macaé, na Rua Aloísio da Silva Gomes nº 50 Bloco B Sala 106 - Granja dos Cavaleiros, Macaé- CEP:

27930-560 TEL.: (22) 2796-2552 email: cepufrjmaca@gmail.com.

Consentimento Pós-Informação.

Eu, \_\_\_\_\_, fui informada sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

\_\_\_\_\_ Macaé, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_

Alessandra Luíza Dias

Félix Carina Bulcão Pinto e-mail: alediasfl@gmail.com

e-mail: [cacabulcao@gmail.com](mailto:cacabulcao@gmail.com) telefone:(22)981606597

telefone: (21) 971462080

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo à voluntária indicada acima.

\_\_\_\_\_ Macaé, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

## ANEXO B – FORMULÁRIO DE PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

### 1- Identificação:

Número da entrevista: \_\_\_\_\_

Pseudônimo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Bairro onde reside: \_\_\_\_\_

Nível escolaridade no momento: \_\_\_\_\_

Raça/Cor: ( ) Preta ( ) Parda ( ) Branca ( ) Amarela ( ) Indígena

Religião: \_\_\_\_\_ Praticante: ( ) Sim ( ) Não

Composição familiar: \_\_\_\_\_

Nº de pessoas na casa: \_\_\_\_\_

Trabalha fora: ( ) Sim ( ) Não Renda Mensal : \_\_\_\_\_ Tipo

de lazer: \_\_\_\_\_ 2-

### História da Vida Sexual:

Idade da menarca: \_\_\_\_\_

Idade de início de práticas sexuais: \_\_\_\_\_

Fez algo para se prevenir de IST na primeira relação sexual?

( ) Sim ( ) Não O que? \_\_\_\_\_

Recebe informação ou tira dúvidas sobre sexo/sexualidade com alguém?

( ) Sim ( ) Não. Quem? \_\_\_\_\_

Já foi ao ginecologista ou profissional de saúde? ( ) Sim ( ) não

Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Já usou camisinha? \_\_\_\_\_

Atualmente utiliza a camisinha: ( ) sempre ( ) às vezes ( ) quase nunca ( ) nunca

Toma pílula anticoncepcional? ( ) sim ( ) não

Desde quando começou a tomar a pílula anticoncepcional? \_\_\_\_\_

Já ficou grávida? ( ) sim ( ) não

Tem filhos? ( ) sim ( ) não

Já fez Aborto? ( ) sim ( ) não ( ) Provocado ( ) espontâneo

## ANEXO C – TESTE DE EVOCAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Nº da evocação: \_\_\_\_\_

- As participantes serão orientadas a falar as quatro primeiras palavras que lhes ocorrem quando a pesquisadora enunciar a expressão indutora.
- A pesquisadora deverá registrar as palavras, respeitando a ordem em que tenham sido evocadas.
- Ao término das evocações, a participante irá numerar nos parênteses a ordem de importância das palavras.

Pesquisadora pergunta:

- Me diga, as primeiras quatro palavras que logo vem a sua lembrança quando você pensa em:

“aborto”:

1. \_\_\_\_\_ - Importância ( )
2. \_\_\_\_\_ - Importância ( )
3. \_\_\_\_\_ - Importância ( )
4. \_\_\_\_\_ - Importância ( )

- Agora, coloque estas palavras em ordem de importância, sendo a primeira colocada a palavra de maior importância e a quarta colocada a de menor importância.

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_