

TRABALHOS DE PESQUISAS

A INFLUÊNCIA DO ABORTAMENTO NA QUALIDADE DE VIDA DA MULHER

Gabriela Andrade de Araújo¹; Larissa Oliveira Soares¹; Patrícia Alexandra dos Santos Schettert do Valle²

THE ABORTION INFLUENCE IN WOMAN'S QUALITY OF LIFE

Resumo: O abortamento espontâneo ou provocado apresenta repercussões emocionais e físicas ambivalentes para as mulheres, afetando a qualidade de vida. Esse contexto vivenciado pela mulher é permeado por sentimentos de dor, ansiedade, angústia, culpa, tristeza e baixa autoestima. Este artigo se trata de uma pesquisa qualitativa e quantitativa de levantamento de perfil de 359 mulheres usuárias de uma Clínica da Família (localizada no estado do Rio de Janeiro-RJ), moradoras dos bairros de Padre Miguel e Realengo, com idade média de 36 anos. Para a coleta de dados, foi utilizada entrevista semiestruturada com perguntas sobre situações socioeconômicas, saúde sexual, educação sexual, saúde coletiva, vida diária, relacionamento afetivo e a pergunta se já teve algum abortamento não era especificado se espontâneo ou provocado. A partir da análise dos questionários gerais, observou-se a necessidade de uma discussão mais ampla sobre os impactos do abortamento na qualidade de vida da mulher. Das entrevistadas, 29% relataram ter sofrido algum abortamento; dessas, foi descoberto que sofreram entre 1 a 7 episódios. Essas mulheres apresentaram pouca orientação para o uso dos métodos contraceptivos além de baixa autoestima. Uma alternativa para minimizar essa situação é a melhor aplicabilidade das políticas existentes e da reformulação necessária, para que sirva de incentivo à população a fim de adquirir informação sobre saúde sexual e garantir acesso aos métodos contraceptivos e materiais educativos; além disso, promover a educação sexual aumenta o questionamento do adolescente acerca da iniciação sexual precoce e estimula a consciência dos adultos para uma tomada de decisão tendo conhecimento dos possíveis danos acarretados por uma prática sexual imprudente.

Palavras-chave: abortamento; educação sexual; qualidade de vida

Abstract: The spontaneous or induced abortion has emotional and physical repercussions for women ambivalent affecting quality of life. This situation experienced by women is permeated by feelings of pain, anxiety, guilt, sadness and low self-esteem (BORSARI, 2012). This article deals with is a qualitative-quantitative research profile of women lifting users of a Family Clinic, located in the state of Rio de Janeiro-RJ. With 359 women, residents of neighborhoods Padre Miguel and Realengo, with an average age of 36 years. For data collection was used semistructured interviews with questions about socio-economic situations, sexual health, sexual education, public health, daily life, relationship. From the analysis of the general questionnaires noted the need for a broader discussion on the impact of abortion as a woman's life. Of the women interviewed, 29% reported having suffered a miscarriage, the respondents have suffered, it was discovered that they are between 1 to 7 miscarriages. These women had little guidance for the use of contraceptive methods as well as low self-esteem. An alternative to minimize this situation is the best applicability of existing and necessary reform policies, to serve as an incentive for people to get information about sexual health and ensure access to contraceptive methods and educational materials, and promote sex education increases questioning adolescents about early sexual initiation and stimulates awareness of adult decision making being aware of the potential damage posed by a reckless sexual practices

Keywords: abortion; sexual education; quality of life

¹Bolsistas do Programa de Educação Tutorial: Sexualidade e educação sexual. Estudantes do curso de Fisioterapia do Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ).

²Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Faculdade Adventista de Enfermagem (1985). Mestre em Sexologia pela Universidade Gama Filho (2002). Doutora em Saúde Coletiva (2008) pela UERJ/IMS. Tutora do Projeto do PET/MEC: Sexualidade, educação sexual E-mail: pet.sexualidade@ifrj.edu.br

Introdução

Este trabalho teve início com a criação de um banco de dados, construído pela equipe do Programa de Educação Tutorial (PET). A partir dos resultados coletados, observou-se a necessidade de uma discussão acerca da qualidade de vida das mulheres que sofreram abortamento. O estudo tem por objetivo problematizar essa questão no Brasil e questionar seus possíveis fatores desencadeantes, em razão da influência na autoestima, autoimagem e na saúde sexual, portanto, consequentemente afetando a qualidade de vida dessas mulheres. Há uma diferença entre as palavras aborto e abortamento, que será explicada ao longo do texto, mas para facilitar a leitura seguiremos usando aborto e abortamento com o mesmo significado, já que inclusive a legislação penal brasileira trata o evento "abortamento" como aborto.

Sempre polêmico, o abortamento é um assunto com muitas vertentes e, em contrapartida, característico pela falta de posicionamento por parte de alguns. As condições de debates se tornam críticas em uma sociedade que, por tradição ou formação cultural, tem a maternidade com uma postura profundamente enraizada nas formas e valores estabelecidos pelo mesmo grupo de pessoas da sociedade (AMSSAC, 2014. p. 288).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2013 revelam que a taxa de abortamento provocado no Brasil é maior na região Nordeste com 419 casos, ficando quase igualada com a do Sudeste, com 412 casos. Nota-se que apesar das diferenças socioeconômicas de cada região, o percentual da taxa de abortos provocados tem valor aproximado em ambas.

Deve-se levar em consideração que, quando se trata de abortamento no Brasil, não existem dados fidedignos, isso porque supõe-se que muitos casos não sejam notificados e, também, por causa de abortos espontâneos. Tratando-se de aborto provocado, esses números ficam ainda mais subnotificados, pois essa prática no Brasil é proibida, ilegal, somente em casos específicos a prática é autorizada. O aborto deve ser precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. Além disso, mediante solicitação e consentimento da mulher, o Poder Judiciário também tem autori-

zado a interrupção da gravidez em casos de anomalias fetais graves com inviabilidade de vida extrauterina. Acredita-se que, com a coleta de dados anônima, as informações dadas se tornam mais fidedignas.

O aborto, de acordo com o Censo 2000, é uma das causas de mortalidade materna direta no Brasil, representando cerca de 53,23% dos casos em mulheres autodeclaradas pretas ou pardas, e, nas brancas, 35,6 % notificados em todo o Brasil. Em relação ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), algumas tendências se mantêm nos estudos à beira do leito com mulheres que abortaram e buscaram o serviço público de saúde: a maioria é jovem, pobre, católica e já possui filhos. Portanto, é essencial uma reformulação das políticas para uma intervenção que abranja a população socioeconomicamente desfavorecida, e fazer uma análise concreta da diversidade étnica levando em consideração a realidade social do país para que não seja distorcida a realidade da influência da raça com mortalidade materna. Logo, o número de indivíduos de uma raça ou cor em uma população é importante de ser considerada na análise da morte materna, pois permite identificar a presença de grupos vulneráveis.

A questão da religiosidade está ligada a firmes crenças que levam ao não uso dos métodos contraceptivos e à repressão com a relação sexual. Além disso, adolescentes iniciam precocemente a atividade sexual sem nenhuma orientação e acabam por engravidar, fato que reforça a necessidade de novas propostas de modificação do quadro atual.

A deficiência nas políticas públicas e a falta de acesso à educação sexual levam a um número elevado de mulheres com gravidez indesejada. Tais mulheres posteriormente podem cometer abortamento sem a ciência do real número de riscos que essa prática pode trazer para sua vida, tanto psíquica quanto física.

Segundo Rolim (1996), após o abortamento as mulheres no geral podem desencadear basicamente três tipos de fenômenos psíquicos: sentimentos de remorso e culpa; oscilações de ânimo e depressões; choro imotivado, medos e pesadelos. Quanto ao sentimento de culpa, o autor comenta que há alguns indícios de que podem ser atribuídos a

crenças religiosas, como atitudes que para a religião são pecados. Mas ele acredita que a maior parte destes sentimentos posteriores ao aborto têm pouco a ver com a crença religiosa. Mesmo sendo provocado ou espontâneo, viola algo muito profundo da natureza da mulher, e isso traz sentimentos fortes para ela. Possivelmente mulheres que já fizeram aborto carregam marcas dessa prática durante toda a vida, independentemente da idade em que o abortamento tenha ocorrido, sem nem se darem conta (PINTO, TOCCI, 2013). A síndrome pós-aborto é um exemplo desses sintomas. Além disso, a mulher pode considerar o suicídio e, com frequência, torna-se sexualmente disfuncional, em algumas ocasiões sentindo-se incapaz de manter relações estáveis e muitas vezes dependentes de substâncias químicas. O tratamento da Síndrome Pós-Aborto passa pelo reconhecimento da perturbação e por sua associação ao acontecimento traumático que é o aborto (VILAÇA, 2006). Um estudo retrospectivo com cinco anos de duração realizado em duas províncias canadenses expôs a utilização de serviços médicos e psiquiátricos significativamente mais elevados por parte de mulheres que já tinham sido sujeitas ao aborto. Ainda mais significativo foi o fato de 25% das mulheres sujeitas ao aborto frequentarem consultas de psiquiatria, comparadas com 3% das mulheres do grupo de controle (FUENTES, 2010)

Com relação às sequelas físicas, o abortamento pode comprometer a saúde da mulher em graus variados: quanto maior a duração da gestação, maior o grau de dificuldade. Quando o abortamento é do tipo provocado, as complicações são maiores e, em caso de um procedimento feito em condições precárias, a situação é ainda mais crítica. Entre as complicações físicas, destacam-se: hemorragia profusa, perfuração uterina, retenção de restos de placenta seguida de infecção, peritonite, tétano e septicemia. (PINTO, 2003). Além dessas consequências, a disfunção sexual pós-aborto é muito comum; porém, são escassos os estudos que dissertam sobre o assunto. Um dos critérios usados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para mensurar a qualidade de vida é atividade sexual, ressaltando a importância de tratar dessa questão com mulheres que sofreram aborto. Um estudo mostra que cerca de 30 a 50% das mulheres que abortam referem experiências de disfunção sexual, tan-

to de curta quanto de longa duração, com início imediato após o aborto. Esses problemas podem incluir: perda de prazer durante o ato sexual, aumento de dor, aversão ao sexo ou ao homem de um modo geral ou desenvolvimento de um estilo de vida promíscuo (BELSEY, 1997).

Seja aborto espontâneo, seja provocado, ele apresenta repercussões emocionais e físicas ambivalentes para as mulheres, afetando sua qualidade de vida. Esse contexto é permeado por sentimentos de dor, ansiedade, angústia, culpa, tristeza e baixa autoestima por parte da mulher (BORSARI, 2012).

Para melhor esclarecimento, a origem da palavra aborto vem do latim *abortus*, que significa privação de nascimento – formada pelo prefixo *-ab* (a separação ou privação) e *ortus* (nascimento). A origem da palavra descreve, em si, as limitações de nascer e o peso do seu significado é atribuído na cultura, em desequilíbrio com a maternidade (AMSSAC, 2014. p.237). Muitas vezes, abortamento e aborto são empregados erroneamente como sinônimos, porém, abortamento é o processo, enquanto aborto é o produto (feto, embrião) eliminado/expulso do ventre materno (RECCHIA, 2008). Ainda que existam autores que argumentem que o uso da nomenclatura aborto/abortamento é feito de forma errônea, a legislação vigente brasileira refere-se ao evento abortamento como sinônimo de aborto.

O aborto afeta os vários aspectos da mulher, inclusive sua saúde e qualidade de vida. A OMS conceitua o termo saúde não como sendo meramente a ausência de doença, mas, sim, como um completo bem-estar físico, mental e social. A qualidade de vida é a percepção do indivíduo ligada a questões físicas, psicológicas, níveis de independência, relações sociais, meio ambiente, atividade sexual, saúde sexual, sentimentos, autoestima e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais; todos esses aspectos fazem parte da saúde do indivíduo. Tais questões estão relacionadas à sexualidade humana (OMS, 2013). A Associação Mexicana de Saúde Sexual A.C. (AMSSAC, 2014) conceitua sexualidade como um aspecto central do ser humano e que inclui: sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Portanto, sexualidade humana é algo biopsicossocial e espiritual.

Diante de todos os fatos descritos acerca

das consequências do aborto, fica claro que o procedimento do abortamento é uma condição agressiva à saúde da mulher em todos os âmbitos. As consequências irão refletir-se futuramente na autoestima e na autoimagem, o que pode desencadear um quadro depressivo capaz de persistir durante muito tempo, afetando diretamente a qualidade de vida das mulheres.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e quantitativa de levantamento de perfil de mulheres usuárias da Clínica da Família Olímpia Esteves, localizada no estado do Rio de Janeiro-RJ. O estudo foi realizado no período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015 com 359 mulheres, moradoras dos bairros de Padre Miguel e Realengo, com idade média de 36 anos. Para a coleta de dados, foi aplicada uma entrevista semiestruturada com 72 perguntas, sendo a primeira parte referente à coleta do perfil de todas as mulheres, perguntas socioeconômicas, sobre saúde sexual, educação sexual, saúde coletiva, vida diária, relacionamento afetivo. Para melhor análise dos dados, o questionário foi dividido entre os seguintes perfis: jovem/adulta, adolescente, mulher no climatério, jovem/adulta gestante, adolescente gestante. O questionário foi criado pela equipe do Programa de Educação Tutorial Conexões de Saberes: sexualidade e educação sexual do IFRJ/Realengo e aplicado após treinamento pelos alunos bolsistas do PET.

O Programa de Educação Tutorial (PET) é um projeto do Governo Federal que visa a melhoria do ensino superior. Pelo PET, o Ministério de Educação (MEC) aprova, mediante seleção, a formação de grupos tutoriais compostos por 12 bolsistas e certo número de não bolsistas, orientados por um professor-tutor. O PET propicia aos alunos do grupo condições para a realização de inúmeras atividades extracurriculares e que têm por objetivo levar educação e informações sobre sexualidade por universitários do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ), *campus* Realengo, para a população no entorno do Instituto, em escolas e clínicas da família.

Para desenvolvimento da pesquisa na unidade de saúde, obtivemos aprovação do

nosso projeto, e foi aplicado para cada participante um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início das entrevistas.

Para a redação deste artigo sobre a influência do abortamento na qualidade de vida da mulher, foram selecionadas 22 perguntas dos dados gerais, contendo todos os grupos já citados, portanto foi considerado para a discussão as respostas das mulheres que já tiveram algum episódio de abortamento individualmente, além de uma análise comparativa entre os dados das mulheres que já abortaram e as que não tiveram nenhum aborto em algumas questões representativas.

Em seguida, foi realizada uma análise global do perfil dessas mulheres feita nos programas QualiQuantSoft e Excel. As questões selecionadas para essa pesquisa levantaram dados sobre o prazer feminino, disfunções sexuais, percepção sobre a influência do sexo na qualidade de vida e violência.

Resultados e Discussão

A partir da análise dos questionários gerais, observou-se que 31% das mulheres relataram ter sofrido algum aborto; às que responderam positivamente foi perguntado quantos elas já tiveram, e descobriu-se que esse número varia entre um e sete abortamentos. A maior parte teve de 1 a 2 episódios, que representam respectivamente 60% e 25% dos casos. A faixa etária em que mais ocorreu aborto entre essas mulheres é entre 16 a 30 anos, sendo 24,8% dos casos. Dessas mulheres, 53% tiveram seu primeiro filho entre 13 e 19 anos, e 24% entre 20 e 25 anos. Com base nos dados coletados se observa que mais da metade das mulheres tiveram seu primeiro filho na adolescência. Segundo o Ministério da Saúde (2012), a adolescência está na faixa etária entre 10 e 19 anos, esse período da vida é caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, por conta disso, uma gestação nessa época é considerada de risco. Nessa fase o jovem geralmente se encontra sem independência financeira e amadurecimento psicológico. Por ser um período principalmente de transformações em todos esses âmbitos, o adolescente pode não ter ainda maturidade suficiente para assumir tal responsabilidade. O que nos leva a questionar como uma inicia-

ção sexual precoce e uma posterior gravidez indesejada podem vir a afetar sua qualidade de vida.

Nessa amostra, apenas 10% das mulheres não possuem filhos, as demais 90% têm entre 1 e 8 filhos, sendo a maior parte 2 filhos em média. Portanto, 31% das entrevistadas no geral tiveram aborto, mas só 10% das mulheres que abortaram não possuem filhos; esses dados mostram que a maior parte das mulheres que optaram pelo aborto tem o desejo de ser mãe e possuem filhos tanto antes quanto depois do abortamento. Fica então um questionamento; supondo que a escolha pelo aborto fosse “não querer ser mãe”, ou “não ter condições financeiras”, então por que 90% das mulheres possuem em média dois filhos? Qual é a razão de optarem pelo aborto?

Conforme os dados apresentados no Anexo 1, foram criados dois grupos para melhor entendimento dos resultados sendo eles: Grupo 1 – as que sofreram abortamento; e Grupo 2 – as que não sofreram abortamento. Na questão 3 está expressa a porcentagem das participantes que adotam algum tipo de método contraceptivo, como pílula anticoncepcional, camisinha, DIU e tabelinha, tendo maior prevalência as mulheres do grupo aborto. Porém, a maior parte do Grupo 1 relata possuir ciclo menstrual irregular, está na menopausa ou não sabe responder – portanto, o uso da tabelinha como contraceptivo possivelmente não será eficaz. E 40% das mulheres do grupo 1 não utilizam nenhum método contraceptivo ou adotam algum método ineficaz, como coito interrompido; em contrapartida, o Grupo 2 corresponde a 72%.

Segundo a questão 5 do Anexo 1, as mulheres do grupo não abortamento ficaram com uma pequena diferença referente a alguma orientação quanto ao uso dos métodos na primeira relação sexual. Ambos os grupos tiveram uma porcentagem baixa, 19% e 7,4% respectivamente contrariando as diretrizes da educação em sexualidade que prevê que as pessoas sejam orientadas, por educadores e profissionais da saúde.

Quando questionadas sobre o conhecimento de disfunções sexuais, na questão 6, 67% das mulheres que abortaram relatam não saber; enquanto que no grupo não abortamento, 29%. Entretanto, cerca de 20% das mulheres que abortaram relataram que sentem dor na relação sexual e as que não abor-

taram 13%, sendo a média de tempo que sentem dor respectivamente de 1 ano e mais de 1 ano. Quando receberam explicação das bolsistas que aplicaram o questionário acerca do que é disfunção sexual, esse número ficou mais parecido entre os dois grupos, mostrando que o que faltava era a informação. Anteriormente mais da metade das mulheres do grupo abortamento não sabia o que era disfunção, caindo de 67% para 26%. Dentre as que conheciam o termo e o significado de disfunção sexual relataram que têm ou já tiveram vaginismo, dispareunia, desejo sexual hipotativo, falta de lubrificação ou ninfomania.

Portanto, fica nítido que essas mulheres não tiveram orientação acerca dos meios para se evitar uma gravidez no início da vida sexual e tiveram relações sexuais desprotegidas, fazendo a atividade sexual ser propícia tanto para gestações indesejadas quanto para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) devido ao baixo índice de utilização do único método que previne as ISTs, a camisinha. Além disso, constatou-se que elas desconhecem questões básicas da sexualidade (por exemplo, os tipos de disfunção sexual e até mesmo o que significa o termo). Fato preocupante, pois, embora essas mulheres sejam usuárias da Clínica da Família, não têm orientação adequada, pela falta tanto do hábito de buscar informações quanto de capacitação e incentivo dos profissionais de saúde para a educação sexual.

Segundo o levantamento dos dados, na pergunta 10 do Anexo 1, uma pequena parcela das mulheres frequenta algum grupo de educação em saúde; nem mesmo as próprias gestantes estão realizando o mínimo de 6 consultas de pré-natal, número esse orientado pelo Ministério da Saúde (2012).

Mais de 70% das entrevistadas do Grupo 1 considera-se ser cristã (evangélica ou católica). Entretanto, apenas 37% são praticantes da religião, esse número cai um pouco com as mulheres do outro grupo 2 – 39% se consideram cristãs e 19,47% são praticantes. Do Grupo 1, em relação ao estado civil, 48,64% mora com o parceiro ou é casada, que no Grupo 2 corresponde a 7%; entre as mulheres do Grupo 1, solteiras correspondem a 33%, divorciadas 9,9%; viúvas a 9,0%, e mulheres do grupo 2- 32,18%, 4,78 e 3,45 consecutivamente. Pelo fato de mais da metade das participantes serem católicas ou evangélicas e apenas 48% ser casada ou morar com o parceiro, é possível

supor que o baixo índice de pessoas que utilizam algum método contraceptivo pode estar relacionado à religião, devido ao contraste dos princípios das mesmas. Porém, essas mulheres – mesmo não utilizando os métodos contraceptivos – não deixam de ter vida sexual ativa, tornando-se, portanto, vulneráveis e colocando sua saúde sexual em risco.

Na análise das perguntas, constatou-se que 29% das entrevistadas do grupo aborto já sofreram algum tipo de violência, seja ela física, psicológica ou emocional, moral, espiritual ou obstétrica; as mulheres do grupo não aborto 27%. Do Grupo 1, 22,60% relataram terem sido violentadas pelo marido, ex-marido ou namorado; as do Grupo 2 foram 24,71%. Dados mostram que mais da metade das mulheres que abortaram têm ou já tiveram depressão e apenas 16,21% fazem ou já fizeram algum tipo de tratamento; em contrapartida as mulheres que nunca abortaram correspondem a 20% dentre as que têm ou já tiveram depressão e apenas 19,9% fazem ou já fizeram tratamento. Podemos confrontar esses dados com a quantidade de mulheres que já sofreram aborto, levando em consideração que uma das consequências mais notáveis do aborto, seja ele provocado ou espontâneo, é a depressão – e, de igual modo, a violência, que pode também se refletir em sequelas emocionais, afetando a autoestima dessa mulher e podendo gerar um quadro depressivo, com falta de empoderamento e dificuldade de relacionar-se. O que seria mais agravante para o exercício da sexualidade dessas mulheres, afetando diretamente a qualidade de vida.

Ao serem questionadas se tinham alguma preocupação com a aparência ou se estavam satisfeitas com ela, mais da metade do Grupo 1 relatou possuir preocupação e que estão nada ou pouco satisfeitas com sua aparência. Dessas, 26 % afirmaram que nem ao menos se olham nuas no espelho. Referente ao Grupo 2, 33% responderam possuir preocupação com a aparência e 18% não estão nada satisfeitas. Dessas 33% responderam que não se olham nuas no espelho. Portanto, mais da metade preocupa-se bastante com a aparência, o que está muito relacionado à questão de “ser gorda”. Das entrevistadas, 66% relataram ter vontade de mudar algo em seu corpo; a respeito de qual parte gostariam de mudar, as respostas foram as mais diversas: barriga, seios, glúteos, rosto, pernas, cabelo e nariz;

elas afirmaram que gostariam de perder gordura, eliminar estrias, celulites, entre outras. Dentre as respostas mais frequentes, mudanças na barriga e nos seios correspondem a 40% das respostas. Uma parcela de mulheres de ambos os grupos entre 28% e 36% deixam de sair em razão da própria aparência confirmando o alto índice de mulheres que não estão satisfeitas com sua aparência. Esses dados foram similares aos dois grupos abortamento e não abortamento.

Observando que mais da metade dessas entrevistadas tem algum problema com a aparência, elas não estão satisfeitas com a autoimagem e têm como padrão de beleza o que é mostrado pela mídia. Portanto, relatam que estão gordas, que têm imperfeições no corpo (feias, segundo elas), que não estão com a pele boa, que não têm a altura ideal e que, em geral, não se acham sexy porque não estão de acordo com aquele padrão de beleza. Esse conjunto de critérios – até então inalcançados por elas – está acarretando reflexos negativos ao convívio social – por exemplo, deixam de sair devido a essa baixa autoestima e muitas delas chegam a ter ou já tiveram depressão. Dados da análise evidenciam uma carência de ações que estimulem o empoderamento e a valorização do corpo feminino, sendo então mais um fator a contribuir para a baixa autoestima da mulher.

Estatísticas com a representação dos dados de mulheres que não receberam orientação sexual, não usam nenhum método contraceptivo ou não foram orientadas a respeito da utilização deles podem justificar a alta taxa de abortos de uma pequena amostra extraída da população de Padre Miguel e Realengo (RJ); outros agravos são os relatos de violência sofrida, cometida pelos maridos. Tudo isso implica a distorção da autoimagem e a diminuição da autoestima, tendo como consequência uma situação de vulnerabilidade.

Apesar de existirem Políticas de Saúde da Mulher/Saúde Materna, sua aplicabilidade ainda é baixa, como foi possível observar na amostra. Todos esses dados analisados desenharam um perfil de mulheres com pouco acesso à informação, devido à baixa capacitação dos profissionais, levando à falta de ações que promovam a educação sexual, a orientação para o uso dos métodos contraceptivos e a conscientização sobre o início da atividade sexual, e acabam ficando vulneráveis à gravidez

indesejada e a alguma IST. Consequentemente, é possível que muitas delas recorram ao aborto; logo, sofrerão as consequências desse procedimento e suas sequelas físicas, emocionais e até mesmo reclusão do convívio social. Esses acontecimentos podem repetir-se inúmeras vezes caso não sejam tomadas as de-

vidas providências, por parte do Estado, dos profissionais de saúde e das próprias mulheres, as principais prejudicadas nesse cenário. O organograma (Figura 1) ilustra os fatores desencadeantes e suas repercussões quando se trata de aborto no Brasil.



Conclusão

A questão do aborto no Brasil diz respeito a muitos aspectos que vão muito além de discussões sobre legalizar ou não essa prática. Contudo, a ênfase deve ser dada em como ele permeia a vida da mulher atualmente. Porém, na prática, não é o que acontece, uma vez que discussões e dados científicos têm como foco maior a questão da legalidade/ilegalidade. Uma alternativa para minimizar essa situação é a melhor aplicabilidade das políticas existentes e da reformulação necessária, a fim de que sirva de incentivo à população para adquirir informação sobre saúde sexual e garantir acesso aos métodos contraceptivos e materiais educativos que reforcem essa ideia.

Promover a educação em sexualidade leva o adolescente a um maior questionamento acerca da iniciação sexual, bem como estimula a consciência dos adultos para uma tomada de decisão tendo conhecimento dos possíveis danos acarretados pela prática sexual imprudente. Além disso, trabalha o empoderamento, a autoestima, o conhecimento do próprio corpo, questões afetivas, de relacionamento e todos os outros assuntos pertinentes à sexualidade humana.

Consequentemente, essa promoção da educação em sexualidade contribui para a diminuição do número de gravidezes indesejadas, decaindo a taxa de abortamento, minimizando assim danos que a mulher sofreria e evitando, assim, a má qualidade de vida.

Referências

AMSSAC – ASOCIACION MEXICANA PARA LA SALUD SEXUAL. *Lo que todo clínico debe saber de sexología*. Edicion y Farmacia SA de CV Edicion y Farmacia SA de CV, 2014, 288p.

BELSEY, E. M.; GREER, H. S.; LAL, S.; Lewis, S. C.; BEARD, R. W. Predictive Factors in Emotional Response to Abortion – Kings termination study.4. *Social Science & Medicine*, 11, n. 2, p. 71-82, 1977.

BENUTE, G.vR.vG. et al. Perception influence of professionals regarding unsafe in attention to women's health , *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia: revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*. Abril, 34, n. 2, p. 69-72, 2012.

BORSARI, C.M. G. *Aborto provocado: vivência e significado*. Um estudo fundamentado na fenomenologia. 2012. Dissertação (Mestrado em Obstetrícia e Ginecologia) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. doi:10.11606/D.5.2012.tde-20062012-164737.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos. Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. *Aborto e Saúde Pública no Brasil: 20 anos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 428 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. *Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas*. 2. ed. Brasília; Ministério da Saúde, 1996. p. 32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Estatísticas vitais*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 3 jun. 2011.

CAVALCANTE. A; XAVIER, D. *Em defesa da vida: Aborto e direitos humanos*. São Paulo: Ed. Católicas pelo Direito, 2006. p. 06-222.

DINIZ, D. O aborto seletivo no Brasil e os alvarás judiciais. *Revista Bioética*, Brasília, v. 5, n. 1, p. 19-24, 1997. Disponível em: <<http://>

revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/360/461>. Acesso em: 3 jun. 2011.

FESCINA, R.; MUCIO, B.; ROSSELLO, J.L.D.; MARTÍNEZ, G.; GRANZOTTO, J.A. *Saúde sexual e reprodutiva: guias para a atenção continuada de mulher e do recém-nascido focalizadas na APS*. Montevideu: CLAP/SMR, 2010. 256 p.

FLECK. M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciências Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5 n.1, 2000.

FUENTES, M. A. *O teólogo responde: Respostas católicas a dúvidas e objeções dos homens do terceiro milênio*. v. I. Nova York: IVE Press, 2010. 313p.

IBGE. *Pesquisa Nacional de Saúde: Mulheres de 18 a 49 anos de idade no ano de 2013 que já tiveram algum aborto provocado (mil pessoas)*, Brasília: IBGE, 2013.

MENEZES, G.; AQUINO, E.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. 193-204, 2009.

MINAYO, M.C.S et al. Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MATOS, M. C. A. *O Aborto*. O portal dos psicólogos. Portugal. 2005.

PIMENTA, et al. *Prevalência de hiv/aids em idosos entre 2010 e 2014 no Brasil*. Anais cieh, vol. 2, n.1, 2015.

PINTO AP, TOCCI HA. *O aborto provocado e suas consequências*. Rev Enferm UNISA 2003; 4: 56-61.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL Conexões de Saberes: sexualidade e educação sexual do IFRJ/Realengo. *Resultados das respostas mais relevantes para discussão obtidas no questionário*. 2015.

RECCHIA. J. A et al. Aspectos éticos e jurídicos do aborto. *Saúde*, Santa Maria, v. 34a, n. 1-2,

p 12-15, 2008.

ROLIM, L .C. S. P. *Aborto e traumatismos psicológicos*. São Paulo: Unifesp-Epm, 1996.

SOUZA, N. R. et al. *Perfil da População Idosa que procura o Centro de Referência em DST/AIDS de Passos MG*, 2011, p.198-204.

VILAÇA, M. J. *Síndrome pós-aborto*. Alameda Digital:Actualidades, Ideias e Cultura. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Mulheres de 18 a 49 anos de idade que já tiveram algum aborto provocado, total, percentual e coeficiente de variação, por*

condição em relação à força de trabalho na semana de referência e situação do domicílio. Disponível em: <<http://www.estatgeo.ibge.gov.br/cartograma/gerador.html?nvt=2&zoo m=fe&metodo=3&qtdfaixas=5&cor1=%23fcfe7&cor2=%23ffb2ce&cor3=%23f796bd&cor4=%23ef70a5&cor5=%23e76594&colge ocodigo=D1C&colgeonome=D1N&colvalor=V&colunidade medida=MN&colvariavel=D2N &colperiodo=D3N&urldados=http%3A%2F% 2Fapi.sidra.ibge.gov.br%2Fvalues%2Ft%2F5 26%2Fn2%2Fall%2Fv%2F6176%2Fp%2F20 13%2Fc653%2F32860%2Fc1%2F6795%2Ff%2 Fu&fonte=IBGE%20-%20Pesquisa%20Nacio nal%20de%20Sa%C3%BAde>>. Acesso em 18 abr. de 2016.

ANEXO 1

Tabela 1- Resultados das respostas mais relevantes para discussão obtidas no questionário.

Questões	Grupo abortamento (%) Total 111	Grupo não abortamento (%) Total 248
1-Se possuem filhos	90% possui= média de 2 filhos	45% possui=Média de 2 filhos
2-Idade do primeiro filho	53%= 13 a 19 anos 24%=20 a 25 anos	Média de 16 anos
3-Utilizam algum método contraceptivo?	60% utilizam	28% utilizam
4-Possui ciclo menstrual regular, está na menopausa ou não sabem responder	56% irregular	17,8% irregular.
5-Se na 1º relação sexual recebeu orientação para utilizar o método contraceptivo.	19% tiveram orientação	7,4% tiveram orientação
6-Se sabem o que são disfunções sexuais.	67% não sabem	29% não sabem
7-Sentem dor na relação sexual	20% sim	13% sim
8-Média de tempo que sentem dor	De 1 ano a 1 ano e meio	De 1 ano a 1 ano e meio
9-Têm ou já tiveram vaginismo, dispareunia, desejo sexual hipoativo, falta de lubrificação ou ninfomania.	26% sim	14% sim
10-Frequentam algum grupo de educação em saúde na clínica da família.	14,41% sim	6,8% sim
11-Religião?	77% cristã (evangélica ou católica)	39% crista (evangélica ou católica)
12-Praticante?	37%	19,47%
13-Estado civil	-48,64% mora com o parceiro ou é casada	-7% mora com o parceiro ou é casada
	-33% solteira	- 32,18% solteira
	-9,9% divorciada	-4,78% divorciada
	-9,0% viúva	-3,45%. Viúva

14-Já sofreu alguma violência?	29% sim	27% sim
15-Por quem?	22,6% (marido, ex-marido ou namorado e ex namorado)	24,71% (marido, ex-marido ou namorado e ex namorado)
16-Tem ou já teve depressão?	56,74% sim	20%
17-Fazem ou já fizeram tratamento?	16,21% sim	20% sim
18-Possui alguma preocupação com a aparência?	58,55% sim	33% sim
19-Está satisfeita com sua aparência?	58% não está nada ou pouco satisfeitas com sua aparência	18% não está nada ou pouco satisfeitas com sua aparência
20-Você se olha nua no espelho?	26% não	33% não
21-Mudaria algo em seu corpo?	66% sim	60% sim
22-Já deixou de sair por causa de sua aparência?	36% sim	28% sim

Total de entrevistadas= 349; mulheres que abortaram 111=31%, mulheres que não abortaram 248=69%

Fonte: Banco de dados Programa de Educação Tutorial Conexões de Saberes: sexualidade e educação sexual do IFRJ/Realengo