



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

**ATITUDES E VULNERABILIDADES FRENTE AO ABORTO PROVOCADO
EM CONTEXTOS DE LEGALIDADE E ILEGALIDADE**

IRIA RAQUEL BORGES WIESE

Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde

JOÃO PESSOA-PB

2017

IRIA RAQUEL BORGES WIESE

**ATITUDES E VULNERABILIDADES FRENTE AO ABORTO PROVOCADO
EM CONTEXTOS DE LEGALIDADE E ILEGALIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em
Psicologia Social da Universidade Federal da
Paraíba (UFPB) como requisito para obtenção do
título de doutora.

Orientadora: Prof^a Dra^a Ana Alayde Werba Saldanha

JOÃO PESSOA-PB
2017

W651a Wiese, Iria Raquel Borges.
 Atitudes e vulnerabilidades frente ao aborto
 provocado em contextos de legalidade e ilegalidade /
 Iria Raquel Borges Wiese. - João Pessoa, 2017.
 333 f. : il. -

 Orientadora: Ana Alayde Werba
 Saldanha. Tese (Doutorado) -
 UFPB/PPGPS

 1. Aborto provocado. 2. Legalidade - Aborto. 3.

UFPB/B

CDU –

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL – DOUTORADO

**ATITUDES E VULNERABILIDADES FRENTE AO ABORTO PROVOCADO
EM CONTEXTOS DE LEGALIDADE E ILEGALIDADE**

Iria Raquel Borges Wiese

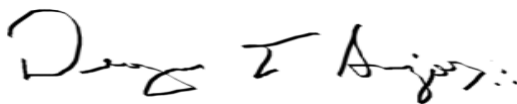
BANCA AVALIADORA



Profª Drª. Ana Alayde Werba Saldanha
(Orientadora – Universidade Federal da Paraíba)

Prof. Dr. Júlio Rique Neto
(Membro interno à universidade – Universidade Federal da Paraíba)

Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa
(Membro interno à universidade – Universidade Federal da Paraíba)



Prof. Dr. Degmar Francisco dos Anjos
(Membro externo à universidade – Instituto Federal da Paraíba)

Profª Drª. Josevânia da Silva
(Membro externo à universidade – Universidade Estadual da Paraíba)

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos, e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.” (Eduardo Galeano)

“(…) Elegí perdonarme si alguna parte de mí no estaba de acuerdo, antes que seguir castigándome.” (Emmeline Pankhurst, participante desta pesquisa)

AGRADECIMENTOS

“Aquilo que é mais pessoal é o que há de mais geral”, já diria Carl Rogers. Eu poderia interpretar essa frase para o presente contexto de duas formas. A primeira delas remete ao fato de que no caminho por que passei, eu não passei sozinha. No caminho por que passei existe uma rede de laços sociais e afetivos que me constituem enquanto ser no mundo; alguns transeuntes, afinal, quatro anos e meio é tempo suficiente para que pessoas e acontecimentos atravessem suas avenidas.

E, por falar em avenidas, a segunda maneira de compreender a referida citação, remonta a Edgar Morin e suas interrogações acerca das estruturas ideológicas e o enraizamento sociocultural inerentes à ciência. Em seu livro “Ciência com consciência”, este autor apontou problemas éticos e morais da ciência contemporânea, indicando algumas avenidas que conduzem ao “desafio da complexidade”. A oitava avenida da complexidade é o retorno do observador à sua observação. Nas ciências sociais, eliminar o observador, conforme preconiza a premissa da neutralidade da ciência positivista, constitui-se absolutamente ilusória. Isso quer dizer que todo cientista está implicado no fenômeno que pesquisa, a partir das suas escolhas políticas, teóricas e metodológicas. É, desse modo, que apresenta esta tese.

Feitas tais considerações, gostaria de expressar minha gratidão a quem se atravessou em meu caminho e me possibilitou fazer algumas escolhas. Em primeiro lugar, gratidão à minha família (Vilma, Célio, Maíra e Dibs) pela dedicação, apoio e carinho em todos os momentos, de forma incondicional. À minha orientadora e amiga Ana Alayde, pelo companheirismo em todas as horas, sabedoria, orientações, compromisso ético com a ciência e o social e, sobretudo, por me ensinar que é possível ser leve em meio aos desafios que a academia nos apresenta.

Gostaria de agradecer, ainda, aos professores Júlio Rique e Eduardo Sérgio pelas valiosas contribuições durante a qualificação, as quais foram consideradas na versão final da

presente tese, bem como aos professores Degmar, Regina e Josevânia por terem aceitado tão gentilmente o convite para participarem da (re) construção deste trabalho. Agradeço também a todos que compõem o Núcleo Vulnerabilidades e Promoção da Saúde (NPVPS), a todos os meus amigos (que são infinitos e não teria como citar todos por receio de esquecer alguém), à Manu, minha professora de espanhol, por toda ajuda; a todos que fazem a COPED/IFPB campus Cajazeiras e a Pablo, meu namorado, pela infinita atenção, carinho e colaboração com a tese.

Agradeço também ao professor Leonel Briozzo, à direção do Hospital Pereira Rossell e à organização civil de profissionais da saúde Iniciativas Sanitárias, os quais me acolheram e me possibilitaram desenvolver parte da minha pesquisa no Uruguai. Por fim, mas não menos importante, a todos e todas os/as participantes desta pesquisa pela contribuição, por partilharem suas histórias, muitas vezes com lágrimas nos olhos, e pela confiança depositada em mim e em meu trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO	10
ABSTRACT	11
LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS	12
LISTA DE TABELAS	14
LISTA DE FIGURAS	17
I – INTRODUÇÃO	18
1.1. MODELO TEÓRICO: VARIÁVEIS PREDITORAS DAS ATITUDES FRENTE AO DIREITO AO ABORTO PROVOCADO E VULNERABILIDADES ASSOCIADAS	29
II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	39
2.1. DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	39
2.1.1. Aborto segundo a medicina e as legislações brasileira e uruguaia	39
2.1.2. História do aborto: do privado ao público	52
2.1.3. Panorama legal e epidemiológico do aborto no mundo	58
2.2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	62
2.2.1. Teorias sobre as crenças em Psicologia Social	62
2.2.2. Crenças essencialistas versus crenças construtivistas sobre os gêneros	70
2.2.2.1. Perspectivas teóricas sobre gênero	78
2.2.3. Teorias dos Valores Sociais	85
2.2.4. Teorias das Atitudes	96
2.2.4.1. Variáveis preditoras das atitudes frente ao direito ao aborto provocado: o que dizem as pesquisas?	103
2.2.5. Vulnerabilidades e Direitos Humanos	107
2.2.5.1. Mulheres que abortam: vulnerabilidades e vivências associadas	114
III – ESTUDOS EMPÍRICOS	121
3.1. Estudo 1: tradução, adaptação e validação do Gender Attitude Inventory (GAI) e do Questionário de Valores Psicossociais (QVP-24)	121
3.2. Estudo 2: Modelo preditivo das atitudes frente ao direito ao aborto provocado	161

3.3. Estudo 3: Vulnerabilidades associadas ao aborto provocado em contextos de legalidade e ilegalidade	208
IV – SUBJETIVIDADE SOCIAL E SUBJETIVIDADE INDIVIDUAL: ARTICULANDO OS ESTUDOS 2 E 3.....	285
V – CONSIDERAÇÕES FINAIS	294
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	300
ANEXOS.....	324

RESUMO

Este estudo teve como objetivo investigar os valores, crenças de gênero, atitudes e vulnerabilidades associados ao aborto provocado em contextos de ilegalidade (Brasil – Paraíba) e legalidade (Uruguai – Montevideu). Tem-se como tese, a qual foi analisada a partir de um modelo teórico, que as atitudes frente ao direito ao aborto provocado podem ser explicadas pelos valores psicossociais e crenças de gênero de uma sociedade. Tais atitudes, contrárias ou favoráveis, demarcam contextos de ilegalidade e legalidade, respectivamente, os quais reduzem, reproduzem ou aumentam as situações de vulnerabilidades experimentadas pelas mulheres que praticam aborto, podendo influenciar na sua vivência e sentidos. A fim de responder a tese e o objetivo geral apresentados, foram realizados três estudos. O *estudo 1* consistiu na tradução, adaptação e validação dos instrumentos de medida (Gender Attitude Inventory – GAI e Questionários de Valores Psicossociais – QVP-24) utilizados no *estudo 2*. Este, por sua vez, também de natureza quantitativa, teve como finalidade analisar um modelo preditivo das atitudes de estudantes universitários, em ambos os contextos, frente ao direito ao aborto provocado, tendo como variáveis explicativas os valores psicossociais e as crenças de gênero. Por fim, o *estudo 3* (de natureza qualitativa) objetivou, de forma independente, identificar e analisar os elementos que reduzem, reproduzem ou aumentam determinadas vulnerabilidades implicadas no aborto provocado a partir do discurso das mulheres que o praticaram. Ao mesmo tempo, pretendeu-se investigar como tais contextos (de legalidade e ilegalidade) refletem na experiência e sentidos produzidos pelas mulheres que provocaram aborto. Ao buscar identificar os valores, crenças de gênero, atitudes e vulnerabilidades associados ao aborto provocado, pretende-se levantar elementos que poderão dar subsídios para a promoção da saúde. Participaram do *estudo 1* e do *estudo 2* 398 estudantes universitários brasileiros, acessados em universidades públicas e privadas do estado da Paraíba, bem como 384 estudantes uruguaios. Os questionários foram adaptados e validados analisando-se as suas evidências psicométricas. Após a validação desses instrumentos de medida, procedeu-se o estudo 2. Na análise do modelo preditivo das atitudes frente ao direito ao aborto provocado observaram-se diferenças entre os dois contextos legislativos pesquisados. No contexto de ilegalidade (Brasil – Paraíba), as variáveis que explicaram as atitudes frente ao direito ao aborto provocado foram: o sistema religioso (23%), as crenças modernas no que diz respeito à iniciativa sexual tanto por homens como mulheres (8%), o sistema de valor hedonista (3%) e as crenças modernas (construtivistas) em relação às diferenças nos papéis familiares e sexuais (1%). No contexto de legalidade (Uruguai – Montevideu), quatro variáveis explicaram as atitudes em relação ao direito ao aborto provocado: liberdade sexual feminina (18%), religiosidade (7%), diferença nos papéis profissionais (4%) e diferença nos papéis familiares e sexuais (2%). Por fim, participaram do *estudo 3* 17 mulheres uruguaias e 13 mulheres brasileiras que provocaram aborto, as quais responderam a uma entrevista semiestruturada, utilizando uma metodologia baseada no método de cenas. Os dados foram analisados com base na categorização temática. Emergiram, para ambos os contextos, quatro categorias, as quais se referem às cenas de interesse deste estudo, a saber: a categoria “Relação afetivo-sexual e direitos sexuais e reprodutivos”, passando pela “Descoberta da gravidez e trajetória”, pela “Decisão pelo aborto e trajetória” e, por fim, a “Vivência pós-aborto”. Observou-se, de forma geral que a subjetividade social, historicamente configurada em cenários sociais e, ao mesmo tempo, individuais, ressoaram sobre as vulnerabilidades, a experiência e sentidos das mulheres que provocaram aborto no contexto de legalidade e ilegalidade.

Palavras-chave: Aborto provocado, Atitudes, Vulnerabilidades, Legalidade, Ilegalidade.

ABSTRACT

This study aimed at investigating the values, gender beliefs, attitudes and vulnerabilities associated to induced abortion in a context of illegality (Brazil - Paraíba) and legality (Uruguay - Montevideo). This thesis is that attitudes towards induced abortion can be explained by the psychosocial values and gender beliefs of a society. Such attitudes, contrary or favorable, demarcate contexts of illegality and legality, respectively, which reduce, reproduce or increase situations of vulnerability experienced by women who practice abortion, and can influence their experience and meanings. In order to answer the thesis and general objective presented, three studies were carried out. Study 1 consisted of the translation, adaptation and validation of the Gender Attitude Inventory (GAI) and Psychosocial Values Questionnaires (QVP-24) used in study 2. This, in turn, also of a quantitative nature, aimed at analyzing a predictive model of the attitudes of university students, in both contexts, against ou favorable to the the right to induce abortion, having as explanatory variables the psychosocial values and the gender beliefs. Finally, study 3 (qualitative) aimed at identifying and analyzing the elements that reduce, reproduce or increase certain vulnerabilities involved in induced abortion from the discourse of the women who practiced it. At the same time, it was intended to investigate how such contexts (of legality and illegality) reflect in the experience and meanings produced by women who induced abortion. In order to identify the values, gender beliefs, attitudes and vulnerabilities associated with induced abortion, it is intended to elucidate elements that may provide subsidies for health promotion. The participantes os the study 1 and 2, were 398 Brazilian university students, as well as 384 Uruguayan students. After the validation of these measurement instruments, the study 2 was carried out. In the analysis of the predictive model of attitudes towards induced abortion, differences between the two legislative contexts were observed. In the context of illegality (Brazil - Paraíba), the variables that explained these attitudes were: the religious system (23%), modern beliefs about sexual initiative by both men and women (8%), the hedonistic value system (3%) and the modern (constructivist) beliefs regarding differences in family and sexual roles (1%). In the context of legality (Uruguay - Montevideo), four variables explained attitudes towards induced abortion: female sexual freedom (18%), religiosity (7%), difference in professional roles (4%) and difference in family and sexual roles (2%). Finally, 17 Uruguayan women and 13 Brazilian women who had abortions participated in the study 3, who responded to a semi-structured interview, using a methodology based on the scene method, which considers the subjectivity of people and their socio-cultural context. The data were analyzed based on thematic categorization. For both contexts, four categories emerged, which refer to the scenes of interest in this study, namely: the moment of sexual intercourse that generated unplanned and unwanted gestation, represented by the category named "Affective-sexual relationship and Sexual and reproductive rights"," Discovering pregnancy and trajectory "," Decision on abortion and trajectory "and, finally," Post-abortion experience ". It was observed, in general, that social subjectivity, historically configured in social and at the same time in individual scenarios, resounded on the vulnerabilities, experience and meanings of the women who induced abortion in the context of legality and illegality.

Keywords: Induced abortion, Attitudes, Vulnerabilities, Legality, Illegality.

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

STF – Superior Tribunal Federal

CNTS – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde

ANIS – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero

ONU – Organização das Nações Unidas

OEA – Organização dos Estados Americanos

IS – Iniciativas Sanitárias

IPPF – Federação Internacional de Planejamento Familiar

IPAS – International Pregnancy Advisory Services

CHRP – Centro Hospitalareiro Pereira Rossell

ISCACPR – Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado em Condiciones de Riesgo

SSSyR – Serviço de Saúde Sexual e Reprodutiva

IVE – Interrupción Voluntaria del Embarazo

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

TCA – Tribunal de lo Contencioso Administrativo

GAI – Gender Attitude Inventory

QVP – Questionário de Valores Psicossociais

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

DATASUS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Departamento de Informática do SUS

NAI – Número de Abortos Inseguros

NIH – Número de Internações Hospitalares

PNA – Pesquisa Nacional de Aborto

RVS – Rokeach's Value Survey

V&DH – Vulnerabilidade e Direitos Humanos

GRAVAD – Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil.

DP – Desvio Padrão

M – Média

ICG – Inventario de Creencias de Género

CVP – Cuestionario de Valores Psicossociales

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

CDD – Católicas pelo Direito de Decidir

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Escala de Valores de Rokeach (RVS)	87
Tabela 2. Vulnerabilidade e direitos humanos: dimensões individual, social e programática.	111
Tabela 3. Estrutura fatorial (carga fatorial e comunalidades) dos itens do GAI (versão uruguaia) após a rotação oblímin.....	130
Tabela 4. Correlações entre os fatores do ICG-Uruguay.....	135
Tabela 5. Estrutura fatorial (carga fatorial e comunalidades) dos itens do GAI (versão brasileira) após a rotação oblímin.....	138
Tabela 6. Correlações entre os fatores do ICG-Brasil.....	144
Tabela 7. Estrutura fatorial (carga fatorial e comunalidades) dos itens do QVP-24 (versão uruguaia) após a rotação oblímin.....	150
Tabela 8. Correlações entre os sistemas de valores do CVP-24.....	152
Tabela 9. Estrutura fatorial (carga fatorial e comunalidades) dos itens do QVP-24 (versão brasileira) após a rotação oblímin.....	154
Tabela 10. Correlações entre os sistemas de valores do QVP-23.	157
Tabela 11. Médias dos participantes uruguaios nos fatores do Inventario de Creencias (ICG) de Género em função do sexo, religião e curso e índice de correlação dos fatores do ICG com a religiosidade.....	165
Tabela 12. Médias dos participantes brasileiros nos fatores do Inventario de Crenças de Género (ICG-Brasil) em função do sexo, religião e curso e índice de correlação dos fatores do ICG com a religiosidade.	167
Tabela 13. Média dos participantes brasileiros em uma variável do fator “Aborto” do ICG-Brasil segundo o sexo e a religião.	170
Tabela 14. Médias dos participantes nos fatores do Inventário de Crenças de Género de acordo com o país.	170
Tabela 15. Médias dos participantes nos fatores do Inventário de Crenças de Género (ICG), a partir de itens comuns compartilhados, de acordo com o país	171

Tabela 16. Médias dos participantes uruguaios nos sistemas de valores do Cuestionario de Valores Psicossociales (CVP-24), em função do sexo, religião e curso e índice de correlação dos sistemas de valores do CVP-24 com a religiosidade.	179
Tabela 17. Médias dos participantes brasileiros nos sistemas de valores do Questionário de Valores Psicossociais (QVP-23), em função do sexo, religião e curso e índice de correlação dos sistemas de valores do QVP-23 com a religiosidade.	180
Tabela 18. Médias dos participantes nos sistemas de valores das versões validadas do Questionário de Valores Psicossociais (QVP), de acordo com o país.....	181
Tabela 19. Correlações entre as variáveis investigadas.....	187
Tabela 20. Modelo de regressão múltipla das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em um contexto de legalidade (Uruguai – Montevideú)	188
Tabela 21. Modelo de regressão múltipla das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em um contexto de legalidade (Uruguai – Montevideú) entre os participantes do sexo masculino.....	190
Tabela 22. Modelo de regressão múltipla das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em um contexto de legalidade (Uruguai – Montevideú) entre as participantes do sexo feminino.....	190
Tabela 23. Modelo de regressão múltipla das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em um contexto de legalidade (Uruguai – Montevideú) entre os participantes com e sem religião.....	191
Tabela 24. Modelo de regressão múltipla das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em um contexto de legalidade (Uruguai – Montevideú) entre os participantes com muita e pouca religiosidade.	192
Tabela 25. Correlações entre as variáveis investigadas.....	193
Tabela 26. Modelo de regressão múltipla das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em um contexto de ilegalidade (Brasil – Paraíba).....	195
Tabela 27. Modelo de regressão múltipla das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em um contexto de ilegalidade (Brasil – Paraíba) entre os participantes em função do sexo.	196

Tabela 28. Modelo de regressão múltipla das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em um contexto de ilegalidade (Brasil – Paraíba) entre os participantes católicos e evangélicos.	197
Tabela 29. Modelo de regressão múltipla das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em um contexto de ilegalidade (Brasil – Paraíba) entre os participantes com muita e pouca religiosidade.	199
Tabela 30. Dados sóciodemográficos atuais das participantes que provocaram aborto em contexto de legalidade (Uruguai) e ilegalidade (Brasil).....	211
Tabela 31. Categorias e subcategorias dos discursos das mulheres que provocaram aborto em contextos de legalidade (Uruguai – Montevideu) e ilegalidade (Brasil – Paraíba) ao aborto provocado.	231

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo teórico dos predilatores (valores e crenças de gênero) das atitudes frente ao direito ao aborto provocado, as quais demarcam os contextos de legalidade e ilegalidade que produzem vulnerabilidades específicas, podendo influenciar nas experiências.....	34
Figura 2. Estrutura dos Tipos Motivacionais. Adaptado de Schwartz (2006, p. 142).....	91
Figura 3. Dendrograma representando a estrutura dos sistemas de valores segundo a Abordagem Societal. Fonte: Camino & Da Costa (2005).	95
Figura 4. Diagrama de declividade (Scree Plot) dos fatores do GAI – versão uruguaia.....	129
Figura 5. Diagrama de declividade (Scree Plot) dos fatores do GAI – versão brasileira.....	137
Figura 6. Diagrama de declividade (Scree Plot) dos fatores do QVP – versão uruguaia.....	149
Figura 7. Diagrama de declividade (Scree Plot) dos fatores do QVP – versão brasileira.....	154
Figura 8. Variáveis explicativas das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em um contexto de legalidade (Uruguai – Montevideú) e ilegalidade (Brasil – Paraíba).....	201
Figura 9. Vulnerabilidades envolvidas no aborto provocado, as quais podem influenciar na experiência e sentidos atribuídos pelas mulheres que o praticaram em contexto de legalidade (Uruguai – Montevideú).	277
Figura 10. Vulnerabilidades envolvidas no aborto provocado, as quais podem influenciar na experiência e sentidos atribuídos pelas mulheres que o praticaram em contexto de ilegalidade (Brasil – Paraíba).	280
Figura 11. Modelo teórico dos preditores das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em contexto de legalidade (Uruguai – Montevideú), o qual produz vulnerabilidades específicas, influenciando na experiência e sentidos das mulheres que interromperam a gestação.	286
Figura 12. Modelo teórico dos preditores das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em contexto de ilegalidade (Brasil – Paraíba), o qual produz vulnerabilidades específicas, influenciando na experiência e sentidos das mulheres que interromperam a gestação.....	291

I – INTRODUÇÃO

A presente tese surgiu em virtude de alguns resultados encontrados na dissertação intitulada “Aborto provocado e seletivo na interface da Saúde e do Direito (Wiese, 2012), cujo objetivo foi analisar as crenças dos profissionais de saúde e dos profissionais de direito sobre o aborto provocado e o aborto seletivo. De forma geral, observou-se que tais profissionais apresentaram crenças contrárias à descriminalização dessa prática, mais especificamente do aborto provocado (autoaborto), ancoradas na perspectiva da sacralidade e heteronomia da vida, na culpabilização e responsabilização da mulher pelos seus atos. Ademais, foram observadas, especialmente entre os profissionais de saúde, crenças que remetem à violência institucional. Isso ressalta que nem sempre os profissionais estão preparados para assistir as mulheres que abortam, o que nos faz indagar se a qualidade do serviço prestado não é prejudicada por suas crenças (Wiese & Saldanha, 2014).

O aborto provocado tem sido tratado pela comunidade internacional enquanto um problema de saúde pública. Em termos numéricos, estima-se que, em virtude do crescimento populacional, sua incidência anual apresentou um crescimento, passando de 50,4 milhões entre 1990 e 1994 (podendo variar entre 48,6 e 59,9) para 56,3 milhões no período de 2010 a 2014 (podendo variar entre 52,4 e 70,0). Nos países desenvolvidos, a taxa de aborto declinou 19 pontos (variando de 26 a 14), de 46 (entre 41 e 59) para 27 milhões (entre 24 e 37). Nos países em desenvolvimento, por sua vez, houve um declínio de dois pontos (variando de 9 a 4), não significativo estatisticamente, passando de 39 (entre 37 e 47) para 37 milhões (Sedgh et al., 2016). O aborto provocado em condições inseguras é responsável por aproximadamente 13% das mortes maternas, resultando em 47 mil mortes por ano, especialmente nos países latino-americanos (Shah & Åhman, 2010; WHO, 2011).

Nesse sentido, tem-se que o aborto pode ser provocado de forma segura ou insegura. O aborto inseguro é definido como um procedimento utilizado para finalizar uma gravidez

indesejada, realizado por pessoas ou profissional que carecem de habilidades técnicas necessárias ou em ambiente sem condições sanitárias adequadas, ou ambos (WHO, 2003), comumente praticado em países com legislação restritiva ao procedimento ou naqueles em que o aborto é considerado legal, mas o acesso aos serviços de saúde é dificultado. Por outro lado, o aborto é considerado seguro quando existem serviços de atenção especializados e qualificados, os quais ofertam assistência psicossocial durante o momento de decisão da mulher, bem como garantir a qualidade do cuidado em saúde para o tratamento e monitoramento dessa prática (Mello, Sousa & Figueroa, 2011). Outra distinção importante a se fazer é entre gravidez indesejada e não planejada. Uma gestação pode ser não planejada, mas desejada, ou seja, embora não tenha havido uma preparação e um planejamento para tal, a gravidez é aceita. Ao contrário, na gravidez indesejada não existe o planejamento e nem a posterior aceitação. Geralmente, as gestações que terminam em aborto são as indesejadas.

Abortos inseguros acontecem geralmente em lugares onde existem restrições legais. A legislação de uma sociedade sobre o que é considerado desejável, correto e justo é reflexo das crenças, valores sociais e atitudes que a caracterizam, sendo o direito o responsável pela sua instrumentalização (Bar-Tal, 2000; Nader, 2016). Nessa direção, conforme discutido, nos cenários legislativos estão implicados contextos que reduzem, reproduzem ou aumentam as vulnerabilidades.

Frente ao exposto, surgiram alguns questionamentos que se pretendeu investigar no presente estudo: Quais variáveis ajudam a predizer as atitudes das pessoas em relação ao direito ao aborto provocado? Os valores psicossociais e as crenças de gênero são bons preditores? Há diferenças, mais especificamente quanto a contextos de legalidade (Uruguai – Montevideu) e ilegalidade (Brasil – Paraíba) do aborto, no que diz respeito a essas atitudes? Ou seja, a legislação de um país realmente reflete as atitudes de seu povo sobre determinado objeto? Em contextos de legalidade e ilegalidade do aborto, quais são as vulnerabilidades

implicadas no ato de abortar? Como essas vulnerabilidades podem influenciar na vivência e significados atribuídos ao ato de abortar pelas mulheres que passam por esse processo?

Nesse sentido, esta pesquisa tem a seguinte tese, a qual foi analisada a partir de um modelo teórico, descrito mais detalhadamente na seção seguinte: as atitudes frente ao direito ao aborto provocado podem ser explicadas pelos valores psicossociais e crenças de gênero de uma sociedade. Tais atitudes, contrárias ou favoráveis, demarcam contextos de ilegalidade e legalidade, respectivamente, os quais reduzem, reproduzem ou aumentam as situações de vulnerabilidades experimentadas pelas mulheres que praticam aborto, podendo influenciar na sua vivência e sentidos.

É a partir destes dois contextos sociopolíticos do aborto provocado, ilegalidade (Brasil – Paraíba) e legalidade (Uruguai – Montevideú), que este estudo se situa. Vale ressaltar que se objetivou analisar contextos e não, necessariamente, comparar países. Destaca-se, ainda, que este estudo se debruça apenas sobre a modalidade do aborto chamado de provocado, denominado, ainda, de autoaborto ou Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), o qual é considerado crime no Brasil.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo investigar os valores, crenças de gênero, atitudes e vulnerabilidades associados ao direito ao aborto provocado em contexto de ilegalidade (Brasil – Paraíba) e legalidade (Uruguai – Montevideú). A fim de responder a tese e o objetivo geral apresentados, foram realizados três estudos. O *estudo 1* consistiu na tradução, adaptação e validação dos instrumentos de medida utilizados no *estudo 2*. Os instrumentos foram: para avaliar as crenças de gênero e as atitudes frente ao direito ao aborto provocado utilizou-se o inventário Gender Attitude Inventory (GAI) (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995) e como medida de valores, o Questionário de Valores Psicossociais (QVP) (Pereira, Camino & Da Costa, 2005).

O *estudo 2*, por sua vez, de natureza quantitativa, teve como finalidade analisar um modelo preditivo das atitudes de estudantes universitários, em ambos os contextos, frente ao direito ao aborto provocado, tendo como variáveis explicativas os valores psicossociais e as crenças de gênero. Nesse sentido, pretendeu-se verificar se as atitudes frente ao direito ao aborto provocado dos participantes brasileiros e uruguaios desta tese refletem suas legislações atuais sobre o tema e quais variáveis explicam tais atitudes em cada cenário. Ressalta-se que a presente tese não teve por objetivo a generalização dos resultados, visto que esta pesquisa se restringe a um determinado recorte populacional.

Por fim, o *estudo 3* (de natureza qualitativa) objetivou, de forma independente, identificar e analisar os elementos que reduzem, reproduzem ou aumentam determinadas vulnerabilidades implicadas no aborto provocado a partir do discurso das mulheres que o praticaram. Compreende-se que as vulnerabilidades são, de certo modo, produzidas por um contexto em que os direitos humanos fundamentais são negligenciados. Ao mesmo tempo, pretendeu-se investigar como tais contextos (de legalidade e ilegalidade) refletem na experiência e sentidos produzidos pelas mulheres que provocaram aborto. Assume-se que os *estudos 2 e 3* são independentes. Não obstante, entende-se que ambos se comunicam pelos motivos expostos anteriormente, os quais também serão mais bem elucidados na apresentação do modelo teórico proposto por esta tese no tópico seguinte.

A escolha por esse delineamento metodológico se deu pelos seguintes objetivos: (1) estudar o aborto provocado, numa perspectiva macro (subjetividade social), ou seja, analisar as atitudes dos participantes de ambos os contextos legislativos e quais variáveis as explicam, bem como numa perspectiva micro (subjetividade individual), isto é, compreender o aborto provocado a partir da experiência da mulher que o praticou em ambos os cenários; (2) situar os contextos legislativos no qual o aborto é praticado pelas mulheres a partir de um modelo que objetiva explicar as atitudes frente a essa prática; (3) identificar as vulnerabilidades

envolvidas para entender como o aborto é praticado, vivenciado e significado pelas mulheres na legalidade e ilegalidade.

Optou-se pelo Uruguai como representante do contexto de legalidade ao aborto por ser um dos únicos países da América do Sul que legalizou a referida prática no ano de 2012, sendo os outros dois as Guianas. Observa-se que a redemocratização do Brasil e do Uruguai na década de 1980, após um período de ditadura militar, representou um fator fundamental para ampliar o debate sobre o aborto, através dos seus diversos atores (sociedade civil organizada, movimento feminista, profissionais de saúde, Igreja, etc.), bem como as discussões no parlamento e no poder judiciário, tendo sido apresentados diversos projetos de lei sobre a matéria (Rocha, Rostagnol & Gutiérrez, 2009). Entretanto, embora constatados alguns avanços no Brasil, como os serviços de aborto legal e a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (Brasil, 2005, 2011), seu rumo, em termos legislativos, foi distinto do que se seguiu no Uruguai. É a partir desses dois contextos que este estudo se circunscreve.

No Brasil, o aborto é considerado crime contra a vida quando provocado pela própria gestante (autoaborto) ou por terceiros desde o Código Penal de 1940. Com base no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), verificou-se que foram registradas no SIH/SUS, no período entre 1996 e 2012, 4.007.327 internações devido ao aborto (espontâneo ou provocado), obtendo uma média anual de 235.725 admissões, dos quais se estima que 16.905.911 foram abortos inseguros, com média anual de 994.465. Esse cálculo foi feito utilizando-se o método Alan Guttmacher (1994), o qual estima o número de abortos inseguros (NAI) considerando 20% das internações hospitalares em função de complicações de abortos no geral (uma admissão por cada cinco abortos); parâmetro de 12,5% como uma estimativa de subnotificação (admissões realizadas fora do SUS) e um desconto de 25% de abortos devido a

causas espontâneas. Portanto, o cálculo utilizado foi: NAI (número de abortos inseguros) = $(5) \times (1.125) \times (0.75)$ NIH (internações hospitalares por abortamento) (Alan Guttmacher, 1994; Martins-Melo et al., 2014). Esses números indicam decréscimo nas taxas de aborto inseguro nas regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste, estabilidade no Sul e aumento no Norte (Martins-Melo et al., 2014).

Mais recentemente, a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) realizada em 2016 com mulheres brasileiras apontou que, a partir das taxas de aborto das mulheres alfabetizadas urbanas (13%), o número de abortos realizados no Brasil em 2015 foi de 503 mil (Diniz, Medeiros & Madeiro, 2017). Esse quantitativo é inferior à média anual descrita por Martins-Melo et al. (2014), que seria de 994.465 abortos, podendo ser explicado pelo fato de a mensuração basear-se no número oficial de mulheres internadas por complicações pós-aborto na rede pública, aplicando-se fatores de correção para estimar o número de abortos induzidos. Essas estimativas utilizam cenários em que 16%, 20% ou 28% das mulheres que abortaram foram hospitalizadas devido a complicações, multiplicando por 6,5 ou 3,5 o número de internações por aborto (Diniz, Medeiros & Madeiro, 2017). Os PNA's de 2010 (Diniz & Medeiros, 2010) e 2016 (Diniz, Medeiros & Madeiro, 2017) sugerem que esse fator deve ser mais próximo de um valor entre 1,3 e 2 do número total de internações, depois de corrigida a ausência de notificação da rede privada. No entanto, vale salientar que os 503 mil abortos ocorridos em 2015 desconsideram as mulheres que abortam na zona rural e/ou são analfabetas.

Buscando verificar o que se tem produzido em termos de debate e pesquisa acerca do aborto no Brasil, o Ministério da Saúde realizou um levantamento bibliográfico a fim de mapear a literatura especializada no período de 1987 a 2007, a partir de um levantamento de fontes em 88 bases de dados bibliográficos de acesso público (bibliotecas, bases da Capes, dentre outros), utilizando como descritores: abortamento, abortivo, aborto completo, expulsão

de todo o conteúdo uterino, dentre outros. Foram levantadas 2.109 fontes de informação e referências bibliográficas, das quais foram selecionados apenas aqueles estudos com evidência, ou seja, aqueles resultantes de dados empíricos e cujo conteúdo era disponibilizado integralmente, dentre outros critérios de avaliação da qualidade dos trabalhos (Brasil, 2009).

O conjunto final abarcou 398 documentos, cujos resultados revelaram que as mulheres que provocaram aborto no referido período encontravam-se, majoritariamente, em união estável, escolaridade até oito anos de estudo, idades entre 20 e 29 anos, trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos, tendo abortado com misoprostol. Não obstante, foi destacado que o universo simbólico, o processo de tomada de decisão e o impacto do aborto em sua trajetória reprodutiva ou seu bem-estar são questões pouco exploradas. A religiosidade é um tema superficialmente analisado nos estudos qualitativos com grupos de mulheres e nos estudos de base populacional. Também não se tem dados de como se aborta na zona rural e nas clínicas privadas (Brasil, 2009).

Observou-se uma queda no número de mulheres atendidas em decorrência de complicações pós-aborto (provocado ou espontâneo) no Brasil, durante o período entre 1992 e 2009, sendo as complicações com maior severidade reduzidas em 60%. Essa mudança na epidemiologia do aborto pode ser explicada pela maior facilidade no acesso aos serviços de saúde, bem como pela entrada no mercado e popularização do uso do misoprostol, abortivo de nome comercial Cytotec (Singh, Monteiro & Levin, 2012). Esse foi método de escolha mais citado dentre as brasileiras para a interrupção de uma gestação indesejada (Diniz & Medeiros 2010; Diniz, Medeiros & Madeiro, 2017), considerado mais seguro se comparado a outros métodos invasivos que acarretam em maiores chances de infecções e complicações. O misoprostol, embora tenha contribuído para o declínio da mortalidade materna e um aumento no número de internações hospitalares para a finalização do aborto com a curetagem, ainda é

utilizado sem prescrição, orientação ou assistência psicossocial, visto que é vendido na clandestinidade (Nader, Blandino & Maciel, 2007; Singh, Monteiro & Levin, 2012).

O Uruguai foi o terceiro país da América do Sul a legalizar o aborto. No ano de 2012, seu senado aprovou uma lei que possibilita essa prática até a 12ª semana de gestação. O período se amplia para 14 semanas em caso de estupro e não há restrições nos casos de malformação fetal incompatível com a vida extrauterina ou risco de morte para a mãe. A mulher que decide realizar o aborto deve ser cidadã uruguaia e passar por uma equipe multiprofissional formada por um ginecologista, um psicólogo e um assistente social, os quais informam os riscos e as alternativas ao aborto, como, por exemplo, colocar o nascituro para adoção. Posteriormente, é dado cinco dias para a reflexão e, caso a vontade permaneça, é feito o aborto farmacológico, utilizando-se o misoprostol, seguindo os critérios recomendados pela OMS (Organização Mundial da Saúde), de acordo com a Lei nº 18.987 (*Interrupción voluntaria del embarazo*), promulgada em 2012.

O ex-presidente uruguaio José Mujica, em entrevista à BBC Mundo, alegou que a descriminalização do aborto permite salvar vidas, pois coíbe a sua prática de maneira clandestina e insegura, o que tem sido confirmado pelas pesquisas. No início do ano de 2013, o vice-ministro de Saúde Pública do Uruguai, Leonel Briozzo, afirmou que o país tem realizado cerca de 400 abortos legais por mês desde a promulgação da lei que descriminalizou a sua prática e, se mantida essa taxa, o Uruguai terá em média quatro mil abortos anualmente, uma quantidade bastante inferior a de 33 mil, estimada antes da mudança legislativa. Desse modo, segundo o vice-ministro, essa lei vem tornando os abortos mais seguros e reduzindo mortalidade e morbidade maternas (Lissardy, 2012).

Resultados de um estudo retrospectivo sobre mortalidade materna, efetuado entre 1997 e 2001, período ainda da ilegalidade do aborto no Uruguai, apontou que, embora as taxas de mortalidade materna nesse país fossem similares as de países desenvolvidos, a mortalidade

em consequência de um aborto inseguro era uma das mais altas do mundo. A taxa era de 16 mortes para cada 10.000 gestações, sendo responsável por 25% das causas de mortalidade materna (Briozzo et al., 2004). Em contrapartida, não foram registradas mortes em virtude do aborto provocado após a sua legalização no Uruguai (Lissardy, 2012).

No período de março a junho de 2016, no intuito de desenvolver este estudo de doutorado, fui recebida pelo Dr. Leonel Briozzo, professor da Faculdade de Medicina da *Universidad de la República*, e vice-ministro da saúde do Uruguai no governo do ex-presidente José Mujica, época em que o aborto foi legalizado (2012). Fui igualmente recebida pela organização civil de profissionais de saúde Iniciativas Sanitárias (IS), a qual teve um papel importante na consolidação da política pública de saúde sexual e reprodutiva do referido país, conforme mencionado.

Na ocasião, tive a oportunidade de conhecer o Serviço de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSSyR), através do qual a mulher tem acesso à interrupção voluntária da gravidez, observando como estudante visitante os atendimentos realizados pela equipe multiprofissional em todas as quatro tapas da IVE (*Interrupción Voluntária del Embarazo*), as quais serão mais bem detalhadas adiante, no Hospital da Mulher do Centro Hospitalareiro Pereira Rossell (CHPR) localizado na cidade de Montevidéu, Uruguai. O CHRP é uma referência na atenção à saúde da mulher, responsável por um em cada cinco nascimentos e pela formação de 90% dos profissionais de ginecologia e obstetrícia do país (Gorgoroso et. al, 2011).

Não obstante todas as colocações feitas, frente a uma gravidez não desejada, tanto prosseguir com a gestação quanto interrompê-la não é de fácil decisão, seja em contextos de legalidade ou ilegalidade. As mulheres que ainda chegam à consulta solicitando orientação, ou porque estão considerando ou já decidiram abortar, encontram-se em situação de vulnerabilidade acentuada, permeada de sentimentos como a dúvida, a tristeza, a incerteza, a vergonha e o medo. Além disso, devido à restrição do aborto e à censura social em relação a

esse tema em países como o Brasil, a mulher nessa situação costuma enfrentar a culpa, o maltrato, a humilhação e a falta de apoio familiar, do seu companheiro, e das instituições que prestam serviços médicos (Briozzo, L., Labandera, A., Gorgoroso, M., & Pons, J. E., 2009; Rabay & Soares, 2008; Wiese & Saldanha, 2014).

Trata-se de uma decisão dramática, sobretudo nos países em que essa prática é criminalizada, visto que as mulheres se confrontam com a clandestinidade e com o complexo universo de personagens e saberes conhecidos apenas no momento em que elas recorrem ao medicamento ou às clínicas, após a utilização de outras estratégias, como os chás, sobretudo nas classes populares. Elas têm medo da polícia, de uma condenação moral e, principalmente, de serem redescobertas em uma das violações tidas como mais graves ao feminino: a renúncia à maternidade (Arend, Assis & Motta, 2012; Diniz & Medeiros, 2012). Esse processo de estigmatização e de pressão social são aspectos que devem ser observados quando se fala de aborto, principalmente quando no imaginário social esta prática se confunde com o homicídio ou infanticídio, distorção “provavelmente oriunda das mídias, que tendem a confundir feto-embrião, conceito-sangue de forma constante e espetacular” (Tornquist, Reis, Benetti & Favarin, 2012, p. 55).

De modo geral, a experiência de aborto provocado, conforme vem sendo discutido, é demarcada por uma série de vulnerabilidades em todos os seus cenários, seja anterior, durante e posterior à tomada de decisão pela interrupção. Vale ressaltar que esta tomada de decisão não é meramente individual, mas produzidas por um determinado contexto social, conformado por crenças, valores e atitudes frente a um determinado fenômeno, os quais podem apontar para processos de estigmatização, condenação moral e a não garantia de direitos. Sendo assim, são vulnerabilidades de ordem individual (nível de escolaridade, relações afetivo-sexuais, rede de apoio social, crenças, valores, etc.), social (contexto político e legislativo, relações de gênero, processos de estigmatização, proteção ou discriminação

sistemática de direitos, a precariedade no acesso à saúde integral, justiça, dentre outros) e programática (interação entre profissionais de saúde e usuárias, ausência de programas e serviços) (Ayres, Paiva & França-Jr., 2012), presentes na experiência do aborto provocado em seus diversos cenários.

O relatório especial sobre o direito ao mais alto padrão de saúde atingível mostra como as restrições ao aborto, – jurídicas, penais, sociais, etc. –, são discriminatórias. Essa discriminação, a qual torna vulnerável o direito à saúde sexual e reprodutiva – um direito humano – e restringe a eficácia das políticas de saúde de maneira global, dificulta o acesso a bens, serviços e informações de qualidade (Grover, 2011).

Nesse sentido, este estudo parte do pressuposto de que a saúde é um direito e, como tal, o fim dos impeditivos legais poderia subsidiar programas multidisciplinares, auxiliando, inclusive, no processo anterior à tomada de decisão pelo aborto, para uma atenção mais especializada à saúde da mulher que pretende não levar uma gestação indesejada adiante, diminuindo os danos e riscos, tanto físicos quanto psicológicos, causados pelo aborto praticado na clandestinidade. Entende-se que esse apoio social se configuraria como um fator protetor, facilitando na superação dessa experiência adversa e no enfrentamento do problema (Mariutti & Furegato, 2010). Ao mesmo tempo, considera-se a legislação punitiva e a consequente ausência de políticas públicas enquanto um fator de vulnerabilidade social e programática.

Frente ao exposto, este estudo objetivou investigar os valores, crenças de gênero, atitudes e vulnerabilidades associados ao aborto provocado em contextos de legalidade (Uruguai – Montevideú) e ilegalidade (Brasil – Paraíba), a partir de três estudos, cujo delineamento metodológico é apresentado no modelo teórico discutido a seguir. O segundo estudo, especificamente, analisou um modelo preditivo das atitudes frente ao direito ao aborto provocado. O terceiro estudo, de forma independente, investigou as vulnerabilidades,

experiência e significados relacionados à prática do aborto, bem como o universo simbólico e o processo de tomada de decisão, questões que vêm sendo pouco exploradas (Brasil, 2009). Ao buscar identificar os valores, crenças de gênero, atitudes e vulnerabilidades associados ao aborto provocado, pretendeu-se levantar elementos que poderão dar subsídios para a promoção da saúde, buscando um olhar para outras dimensões na assistência.

1.1. MODELO TEÓRICO: VARIÁVEIS PREDITORAS DAS ATITUDES FRENTE AO DIREITO AO ABORTO PROVOCADO E VULNERABILIDADES ASSOCIADAS

A literatura tem identificado um número significativo de variáveis que buscam explicar as atitudes frente ao aborto: religião, religiosidade, ideologia política, sexo, nível de escolaridade, etc. (Adamczyk, 2013; Dillon, 2014; Duarte, Osis, Faúndes & Sousa, 2010; Harris, Lince, Constant, Hargey & Grossman, 2012; Ogland & Verona, 2011; Porto, 2008; Puri et al., 2012; Tamney, Johnson & Burton, 1992; Zucker, 1999; Yen & Zampelli, 2017), demonstrando, por exemplo, que a religiosidade e o conservadorismo político, tanto em termos ideológicos como filiação partidária, estão negativamente correlacionados à aprovação do aborto, sendo aqueles considerados “eleitos” (ex.: por questões econômicas/emocionais, dentre outras nesse sentido) mais apoiados do que os tidos como “traumáticos” (resultados de estupro, etc.) (Yen & Zampelli, 2017). O liberalismo político, por sua vez, teria um impacto positivo no apoio ao aborto desde a década de 1980 (Strickler & Danigelis, 2002).

De acordo com Wang e Buffalo (2004), existem três modelos que buscam explicar as atitudes frente ao aborto. O primeiro vincula as atitudes às variáveis como religião, educação e renda. O segundo modelo se debruça sobre o efeito do sexo e da raça/etnia sobre essas atitudes. O terceiro, por sua vez, foca em variáveis como o tamanho ideal da família e a proximidade com o aborto. Os referidos autores discutem que esses modelos apresentam

pouca coerência para a compreensão de uma estrutura causal na explicação das atitudes frente ao direito ao aborto provocado. Nesse sentido, propõem investigar essa temática a partir da análise das proposições de Reiss (1980, 1986, citado em Wang & Buffalo, 2004), cujas pesquisas realizadas nos Estados Unidos e na Suécia apontaram as variáveis socioculturais (nível societal), a exemplo da percepção dos papéis de gênero, as crenças religiosas fundamentalistas, nível de escolaridade, número ideal de filhos, raça e sexo, como preditoras das atitudes frente ao aborto.

Os estudos têm sido ambíguos no que diz respeito ao sexo (masculino/feminino) enquanto preditor das atitudes em relação ao aborto. Dessa forma, Huang, Davies, Sibley e Osborne (2016) propõem que as crenças em relação aos papéis de gênero seriam melhores preditores do que o sexo per si. Analisando alguns estudos (Patel & Johns, 2009; Wall et al., 1999), Huang, Davies, Sibley e Osborne (2016) observaram que há uma associação negativa entre crenças tradicionais de gênero e apoio à legalização do aborto.

As crenças religiosas, por sua vez, são consideradas variáveis importantes na explicação das atitudes frente ao aborto. A maioria das religiões apoiam as estruturas da família tradicional e os papéis de gênero e, conseqüentemente, quanto mais religioso, menor será a tendência de apoiar o aborto e de ter atitudes de gênero igualitárias (Adamczyk, 2013). Não obstante a filiação religiosa seja um preditor importante das atitudes frente ao aborto, algumas pesquisas têm preferido usar o impacto da religiosidade ou envolvimento religioso (Sahar & Karasawa, 2005).

Embora as pesquisas apontem a existência de uma relação entre crenças religiosas e morais e atitudes contrárias ao direito de abortar, alguns países considerados religiosos, como o Nepal, África do Sul e Portugal, por exemplo, legalizaram o aborto. Segundo o Censo 2011 português, 81% de sua população se declararam católicos e apenas 6,8% sem religião (Instituto Nacional de Estatística, 2012). Estudo desenvolvido por Yen e Zampelli (2017) nos

Estados Unidos mostrou que a religiosidade se correlaciona positivamente com o apoio ao aborto “eletivo”, ou seja, o autoaborto, bem como, para a surpresa dos autores, a identificação com o partido Republicano. Esses resultados indicam que a compreensão das atitudes em relação ao aborto envolve uma complexidade que transcende o aspecto religioso.

Frente ao exposto e às pesquisas acima referidas, para esta tese foram escolhidos os valores psicossociais e as crenças de gênero enquanto preditores das atitudes em relação ao direito ao aborto provocado (frisando-se que este estudo apenas se debruça sobre esta modalidade), partindo-se das seguintes premissas: 1. A legislação sobre o que a sociedade considera como desejável e justo decorre de suas crenças e valores (Bar-Tal, 2000; Nader, 2016), 2. O sistema de valores podem influenciar diferentemente as atitudes sobre determinados fenômenos (Barros, Torres & Pereira, 2009; Pereira, Lima & Camino, 2001), abarcando valores que expressam a religiosidade, o hedonismo, o materialismo e pós-materialismo, 3. Tendo em vista que os valores expressam os conflitos ideológicos, orientam os comportamentos e posicionamentos dos grupos sociais (Lima & Camino, 1995; Pereira, Lima & Camino, 2001; Pereira, Camino & Da Costa, 2004; Pereira, Camino & Da Costa, 2005), as atitudes foram pesquisadas em função de grupos de pertença (contexto legislativo, sexo, religião e religiosidade), e, portanto, tais variáveis não entraram no modelo como preditoras, 4. Em consonância com os estudos citados, as crenças de gênero seriam melhores preditores do que o sexo em si. Além disso, qualquer reflexão sobre aborto deve incluir uma análise das relações de gênero, desiguais e assimétricas em nossa sociedade, do controle e responsabilidade pela contracepção e pela concepção (Tornquist, Reis, Benetti & Favarin, 2012).

Analisando a produção científica do Brasil e Uruguai sobre a temática, observam-se poucos artigos que buscam analisar algum modelo que explique as atitudes frente ao direito ao aborto provocado (também chamado de autoaborto ou aborto eletivo), sobretudo tendo

como variáveis preditoras as crenças de gênero e os valores psicossociais. A maioria objetiva verificar quais variáveis sóciodemográficas, como o sexo, religião, escolaridade, etc. se correlacionam com as atitudes em relação ao fenômeno em questão, como os estudos de Rossi e Triunfo (2012) no Uruguai e Duarte, Osis, Faúndes e Sousa (2010) no Brasil.

Nesse sentido, pretendeu-se investigar se as crenças de gênero, e quais delas, bem como se os valores psicossociais (sistemas de valores religioso, hedonista, materialista e pós-materialista), e quais deles, explicam as atitudes frente ao direito ao aborto provocado em ambos os contextos (legalidade e ilegalidade). Existem diferenças entre os contextos no que diz respeito às variáveis preditoras? Tendo em vista as pesquisas anteriormente citadas, têm-se as seguintes hipóteses: 1. As crenças de gênero mais igualitárias (modernas ou construtivistas), sobretudo aquelas vinculadas à liberdade sexual, se correlacionam positivamente com as atitudes frente ao direito ao aborto provocado; 2. Os valores psicossociais ligados à abertura à mudança e ao liberalismo, como o sistema de valor pós-materialista e o hedonista, se correlacionam positivamente com as atitudes em relação ao direito ao aborto provocado; 3. Por fim, o valor religioso, vinculados ao conservadorismo, associa-se negativamente com tais atitudes.

Ao mesmo tempo, questiona-se sobre quais são as situações de vulnerabilidades implicadas nessa prática e se elas são distintas em função da cultura e legislação. Quais são as distinções? Como tais vulnerabilidades influenciam na experiência do aborto pela mulher que o pratica e nos sentidos dados. Essas são as hipóteses e questões que norteiam a elaboração deste estudo.

Pode-se dizer que a legislação de um país é, de certo modo, reflexo dos valores, crenças e atitudes de uma sociedade específica, sobre um objeto, num determinado período histórico. Os contextos sociopolíticos do aborto, e as atitudes em relação a essa prática,

podem operar em diversos níveis e moldar as experiências das mulheres em sua tomada de decisão, bem como nos resultados adversos à sua saúde reprodutiva (Adamczyk, 2013).

Nesse sentido, as atitudes podem demarcar um contexto social e legal no qual o aborto é praticado pelas mulheres, implicando na presença ou ausência de algumas vulnerabilidades. Ao mesmo tempo em que essas vulnerabilidades conduzem a uma gravidez indesejada e à decisão de provocar o aborto, essa prática também finda por submeter as mulheres a algumas situações de vulnerabilidade acentuada e violência (sobretudo a institucional), numa relação dialética, como denotam as setas na figura abaixo.

Partindo dessas premissas, a figura 1 sintetiza o modelo teórico que foi utilizado para investigar a problemática em questão. Trata-se de um modelo explicativo das variáveis (valores e crenças de gênero) que podem ajudar a predizer as atitudes frente ao direito ao aborto provocado. Acredita-se que as atitudes de uma sociedade sobre um objeto específico refletem a legislação em relação ao mesmo. Ressalta-se, no entanto, que este estudo não tem por objetivo generalizar as atitudes de sua amostra para a população geral, tratando-se, tão-somente, de um recorte.

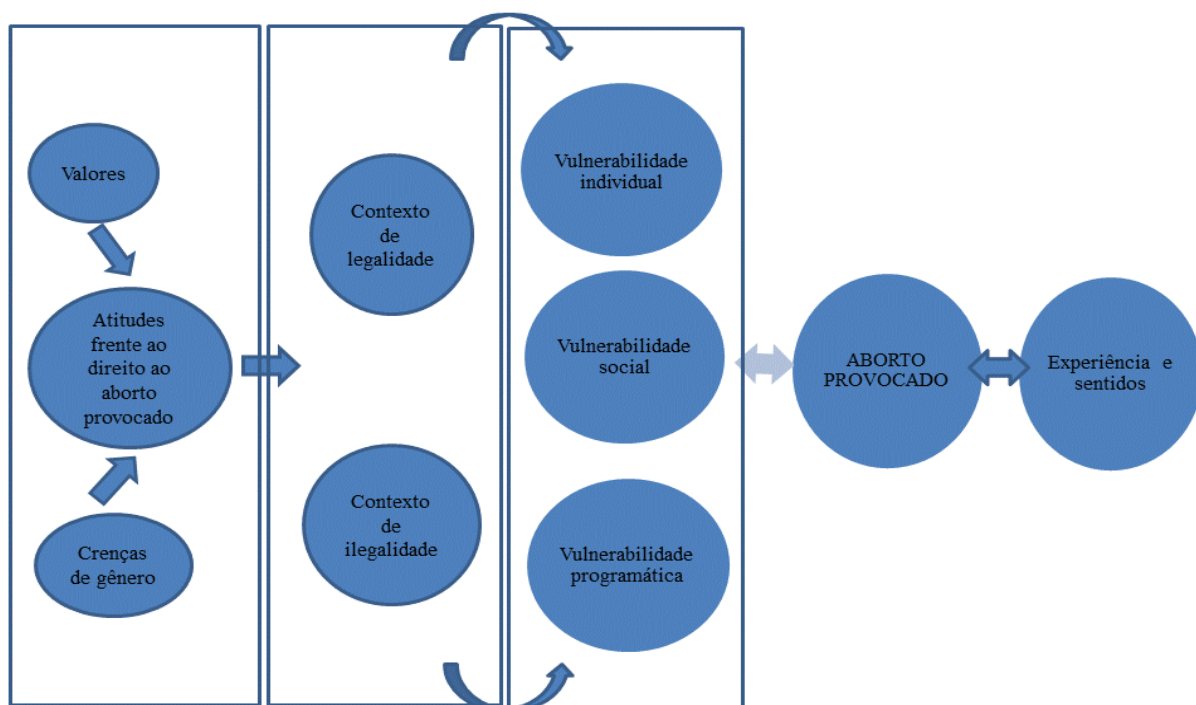


Figura 1. Modelo teórico dos predilatores (valores e crenças de gênero) das atitudes frente ao direito ao aborto provocado, as quais demarcam os contextos de legalidade e ilegalidade que produzem vulnerabilidades específicas, podendo influenciar nas experiências.

Os contextos de legalidade e ilegalidade, cuja hipótese é de que sejam precedidos por atitudes pró e contra determinado fenômeno, respectivamente, produzem vulnerabilidades específicas. Essas, por sua vez, influenciam na forma como as mulheres vivenciam e significam a experiência de uma gravidez indesejada, culminando na decisão por sua interrupção.

Conforme explicitado anteriormente, as vulnerabilidades são interdependentes entre si. No plano individual da vulnerabilidade, concebe-se a pessoa como um sujeito de direitos dinamicamente em suas cenas, compreendendo tanto os recursos pessoais (nível de conhecimento, escolaridade, nível socioeconômico, acesso à informação, relações familiares, relações afetivo-sexuais, rede de apoio social, etc.) quanto os intersubjetivos (valores, crenças, desejos, atitudes em cena, momento emocional, etc.) (Ayres, Paiva & França Jr., 2012). As

cenar puderam ser identificadas e analisadas com base na metodologia das cenas, a qual produz e permite analisar as três dimensões da vulnerabilidade (Paiva, 2012).

Desse modo, para este estudo, a vulnerabilidade individual foi definida operacionalmente como as condições de vida das mulheres que passaram pela experiência do aborto provocado ou seus recursos pessoais, a exemplo da sua classe social, escolaridade, renda, o acesso à informação, as relações familiares, as relações afetivo-sexuais e a rede de apoio social, bem como os aspectos inter-relacionais e subjetivos, como a religião/religiosidade, crenças acerca de aspectos da sexualidade, momento emocional.

Na dimensão social da vulnerabilidade teve-se a análise das relações sociais, dos marcos da organização e da cidadania, tais como as relações de gênero, o acesso à saúde integral, etc. (Ayres, Paiva & França Jr., 2012). Neste estudo, as variáveis de interesse nessa dimensão foram os aspectos que dizem respeito às relações de gênero, o acesso à educação/prevenção, os processos de estigmatização, as instituições e poderes relacionados à ausência ou presença de matéria legislativa permissiva ao aborto.

Por fim, a vulnerabilidade programática diz respeito a como as políticas e instituições, especialmente aquelas de saúde, educação, bem-estar social, justiça e cultura atuam como elementos que reduzem, reproduzem ou aumentam a vulnerabilidade (Ayres, Paiva & França Jr., 2012). Nesse sentido, pode-se considerar também a legislação restritiva ou não ao aborto, a qual permite estabelecer serviços de atenção especializados à saúde da mulher. Foram analisados os aspectos concernentes ao momento da efetivação do aborto, os meios e serviços disponibilizados a essa mulher para garantir sua saúde, incluindo a assistência pré e pós-aborto, bem como a qualidade desse serviço.

As vulnerabilidades são produzidas e reproduzidas dentro de um contexto social, cultural e legislativo específico, o qual compõe e é composto pelos valores, crenças e atitudes de uma sociedade sobre diversos fenômenos. Desse modo, esse contexto deu subsídios para

compreender a forma como as mulheres vivenciaram e deram sentido à experiência do aborto provocado.

A experiência e os sentidos produzidos encontram-se entrelaçados ao contexto e formas complexas de organização social que subjazem os vários espaços de ação social em que os sujeitos atuam (família, comunidade, trabalho, etc.). O que caracteriza os sentidos subjetivos é a relação recíproca e permanente entre as emoções individuais e a multiplicidade de processos simbólicos sociais, os quais se evocam mutuamente sem que nenhum dos dois se transforme em causa do outro (González Rey, 2016).

A subjetividade representa um sistema aberto, que se expressa de maneira permanente através da ação, tanto de sujeito individuais como das diferentes instâncias e instituições sociais. Trata-se de um sistema complexo que tem dois espaços de constituição permanente e inter-relacionada: o individual e o social, os quais se constituem de forma recíproca. Nesse sentido, observa-se que a subjetividade, conforme apresentada, é um conceito dialético entre a subjetividade individual e social, e representa um tipo de fenômeno que não é redutível nem ao individual nem ao social abstrato. A subjetividade é social e historicamente configurada, tanto em cenários sociais, como também individuais, ou seja, a produção de sentidos não se reduz nem a uma única delimitação social, nem a uma individual, constituindo as duas dentro de um mesmo sistema (González Rey, 2016).

Nessa mesma direção, discutem Ayres, Paiva e França Jr. (2012) ao comentarem sobre as vulnerabilidades. Essas não se circunscrevem numa perspectiva individualista ou social, mas a partir de contextos intersubjetivos, compreendendo o indivíduo como ativo coconstrutor, e não enquanto um mero produto das relações sociais. O individual e social encontram entrelaçados e em constituição permanente. Desse modo, objetiva-se apreender o plano individual na totalidade da sua dinâmica psicossocial.

Retomando a definição de González Rey (2016), pode-se dizer que a subjetividade individual aponta processos e formas de organização da subjetividade que ocorrem nas histórias particulares dos sujeitos individuais, os quais atribuem valores emocionais diferenciados a objetos de mesmo significado, permitindo a produção de posições específicas, singulares, diante dos diferentes espaços da subjetividade social. Por exemplo, os elementos de sentido envolvidos na prática do aborto de uma mulher, bem como o valor atribuído a essa experiência, serão diferentes do mesmo tipo de elementos de outra mulher. Entretanto, nessa produção de sentidos é possível encontrar elementos comuns de uma situação social compartilhada.

A subjetividade social, por sua vez, é associada à definição de sociedade enquanto um sistema cujos processos, macro e micro, guardam uma interdependência entre si, a qual estabelece uma ligação entre a organização macroestrutural e infraestrutural de uma sociedade e sua organização subjetiva. No entanto, essa organização subjetiva, sua subjetividade social, não é um reflexo de nenhum de seus sistemas constituintes, e sim uma produção que se nutre de todos os sistemas, processos e fatos que são parte daquela sociedade. Esses se constituem em nível subjetivo como sentidos. (González Rey, 2016).

É justamente essa relação entre o simbólico social e o emocional individual que caracteriza os sentidos subjetivos. Todo sentido subjetivo se nutre de elementos de sentido muito diferentes, oriundos de espaços e tempos da história de uma pessoa ou grupo social. A produção de sentidos dos sujeitos individuais é uma via essencial para o estudo dos processos sociais em que esses estão implicados. Isso significa dizer que o individual também é social, e vice-versa, “pois expressam a maneira pela qual a história de uma experiência vivida se transformou em um sentido subjetivo que, a partir da ação individual, volta a objetivar uma situação social” (González Rey, 2016, p. 161).

Dessa forma, considera-se, neste estudo, a subjetividade social como sendo os sistemas de crenças, valores e atitudes que demarcam contextos de legalidade ou ilegalidade frente ao direito ao aborto provocado, os quais produzem vulnerabilidades específicas. E, como a subjetividade individual, a forma que cada mulher experencia e dá sentido a essa prática, visto que a experiência é inseparável do sentido subjetivo. As duas subjetividades compõem uma teia de produção de sentidos, visto que esses não podem ser reduzidos nem a uma delimitação social, nem a uma individual, mas são produzidos dentro um mesmo sistema complexo, o qual é objetivo desta tese elucidar, num nível macro (*estudo 2*) e num nível micro (*estudo 3*).

II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

2.1.1. Aborto segundo a medicina e as legislações brasileira e uruguaia

Aborto é uma palavra de etimologia latina, *ab* (privação) e *ortus* (nascimento), que significa impedimento do nascimento. O termo técnico mais adequado seria abortamento, visto que aborto se refere ao produto dessa prática. Entretanto, adotar-se-á neste estudo o termo aborto por este ser o descritor utilizado em pesquisas científicas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), o aborto é a interrupção espontânea ou induzida de concepto pesando menos de 500g ou menos de 16,5 cm, o equivalente a 20 a 22 semanas completas, aproximadamente (Rezende, Montenegro & Barcellos, 1995).

Alguns obstetras delimitam o tempo de até 22 semanas de gravidez para definir o aborto. Após esse período, a interrupção é definida como parto prematuro, e se houver óbito do feto, este é considerado natimorto. Desse modo, pela medicina, até os cinco meses e meio de gestação a expulsão do feto é considerada como aborto; após esse período, parto prematuro. No entanto, verifica-se que a maioria dos abortos acontece num prazo inferior às 22 semanas delimitadas pelos obstetras (Verardo, 1987).

De acordo com a ótica médico-legal e para o Direito Penal, o aborto se refere à interrupção voluntária da gestação, com a morte do fruto da concepção. Com o início do parto, caracterizado pela dilatação do colo do útero, pelo rompimento da membrana amniótica ou, tratando-se de parto cesariana, pela incisão nas camadas abdominais, a hipótese de realização de aborto é afastada (Grecco, 2016a; Grecco, 2016b).

Conforme comentado, os abortos podem ser classificados como espontâneos e provocados, sendo estes denominados também de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). Os espontâneos são decorrentes de fatores de ordem natural, ou seja, quando o próprio

organismo materno, sem auxílios externo, expulsa o produto da concepção. Sobre esse tipo de aborto não há a aplicação da lei penal. Os abortos provocados, por sua vez, são aqueles que sofrem a interferência de agentes externos, sejam mecânicos (cureta, aspiração, etc.) ou químicos (remédios abortivos). Podem ser praticados pela própria mulher (autoaborto) ou por terceiros (Grecco, 2016a; Grecco, 2016b; Verardo, 1987).

O aborto pode ser provocado de forma cirúrgica ou não cirúrgica. Na forma cirúrgica utiliza-se o método de dilatação e evacuação e envolve a abertura mecânica do colo do útero, com a consequente evacuação dos conteúdos intrauterinos, sendo a curetagem a técnica mais utilizada. Na forma não cirúrgica, também denominada de aborto químico ou medicamentoso, utilizam-se alguns fármacos. Antes dos 63 dias, a OMS recomenda o aborto medicamentoso utilizando-se 200 mg de mifepristona administrada oralmente, seguida de 800 mcg de misoprostol administrado bucal, sublingual ou vaginalmente 24 ou 48 horas após do a ingestão do mifepristona. Nos países em que é apenas o misoprostol está disponível, recomenda-se 800 mcg de misoprostol colocado na vagina ou sublingual, até três repetições da dose num intervalo de pelo menos três horas. O mifepristona é um anti-progesterona que bloqueia a ação desse hormônio, o qual é necessário para manter a gestação e o misoprostol causa a dilatação cervical e a contração uterina, resultando na expulsão do seu conteúdo (WHO, 2012).

O fármaco mais utilizado pelas mulheres que abortaram no Brasil é o misoprostol. Proibido nesse país desde 1998, excetuando-se seu consumo em hospitais, o misoprostol, cujo nome comercial mais conhecido é Cytotec, é indicado para o tratamento de úlceras, mas, devido ao fato de provocar fortes contrações uterinas, é utilizado por mulheres para provocar o aborto. Entretanto, mesmo após a expulsão do feto, as contrações uterinas continuam acontecendo, o que geralmente provoca sangramento e hemorragia nas mulheres. Desse

modo, às vezes faz-se necessário recorrer a um hospital para que a curetagem no útero para retirar os restos placentários e fetais seja feita (Brasil, 2009).

Existem três métodos de curetagem, sendo eles a aspiração manual a vácuo, aspiração elétrica a vácuo e curetagem precisa (Sharp Curettage). Quando comparados com procedimentos realizados fora do ambiente hospitalar, os procedimentos de curetagem por sucção realizados em regime ambulatorial têm baixas taxas de morbidade e mortalidade. Complicações imediatas incluem hemorragia, laceração cervical e perfuração uterina. Ainda podem ocorrer hematometra, caracterizada por ser uma dor aguda no pós-operatório, sem sangramento vaginal, e morte materna (Castadot, 1986). Mulheres que fizeram uso de drogas ou substâncias tóxicas para indução de aborto, a exemplo do misoprostol, ou como auxiliares no aborto cirúrgico podem apresentar uma variedade de sintomas, incluindo dano à vagina e sinais de dano renal ou intoxicação hepática (Gilliam & Haider, 2013).

Nos países em que as legislações sobre o aborto são mais restritivas, a exemplo do Brasil, são onde acontece o maior número de abortos inseguros, acarretando, inclusive, em maior mortalidade/morbidade materna (Alan Guttmacher Institute, 1997; Benagiano & Pera, 2000; World Health Organization, 2007). O aborto inseguro é definido como um procedimento utilizado para finalizar uma gravidez indesejada, realizado por pessoas que carecem de treinamento necessário ou que se leva a cabo em um ambiente onde se carece de um padrão médico mínimo, ou ambos. Por outro lado, o aborto seguro, realizado normalmente em países com legislações liberais ao aborto de forma geral ou a alguma de suas modalidades, é aquele feito por pessoas habilitadas para tal, com procedimentos adequados e em instituições de saúde reconhecidas (WHO, 1992).

Os determinantes imediatos dos riscos de um aborto provocado, como o método utilizado e a idade gestacional, são influenciados por outros determinantes sociais, como as restrições legais, a avaliação dos serviços de saúde para a realização de um aborto seguro,

nível de estigma e preconceito relacionado ao aborto, as informações que as mulheres têm sobre o aborto, a idade da mulher e seu nível socioeconômico. Aborto ilegal não é sinônimo de aborto inseguro. É necessário avaliar o acesso aos serviços, a equidade, a qualidade do cuidado e a disponibilidade da contracepção pós-aborto (Ganatra et. al, 2014). A diferenciação entre aborto seguro e inseguro é importante pelas distintas implicações à saúde das mulheres, do ponto de vista da saúde pública (Brasil, 2005).

No Brasil, observa-se que a legislação sobre o aborto sofreu um processo de rigidez. O Código Penal do Império, por volta de 1830, enquadrava o aborto no capítulo contra a segurança das pessoas e das vidas, mas não o punia quando praticado pela gestante. No Código Penal da República, em 1890, o aborto só era punido ao ser praticado por terceiros, com ou sem o consentimento da gestante, se esta viesse a óbito. Nos casos de autoaborto visando “ocultar desonra própria”, a pena era reduzida. A partir de 1940, com o Código Penal vigente, o aborto é considerado crime quando provocado pela gestante ou a seu pedido. (Verardo, 1987).

Desse modo, o aborto provocado é considerado crime no Brasil. Essa conduta está tipificada nos arts. 124 (autoaborto ou aborto provocado com o consentimento da mulher), 125 (aborto provocado por terceiros com o consentimento da gestante) e 126 (aborto provocado por terceiros sem o consentimento da gestante) do Código Penal de 1940. Tal normativa prevê em seu art. 128 duas excludentes de ilicitude para a prática do aborto, denominados de aborto legal, as quais não são passíveis de punição quando praticados por médicos. Estes são o aborto de natureza terapêutica e o aborto sentimental (Brasil, 2010; Grecco, 2016a; Grecco, 2016b; Verardo, 1987).

O aborto terapêutico, igualmente chamado de aborto necessário, é praticado quando a vida da mãe corre perigo, sendo cada vez mais raro em virtude do avanço da medicina. Não obstante, é geralmente recomendado em casos de cardiopatias que necessitem de cirurgia, de

insuficiências respiratórias graves provocadas por tuberculose ou asma crônica, de câncer de colo uterino, etc. Ainda no campo do aborto terapêutico, têm-se as indicações de caráter psiquiátrico, cuja medida é recomendada em casos de psicoses graves e debilidade mental da gestante. Trata-se de uma situação em que dois bens jurídicos (a vida da gestante e a vida do embrião ou feto) encontram-se em conflito. Nesse sentido, se está diante de uma situação de estado de necessidade (art. 24 do Código Penal), na qual a legislação brasileira entende que entre a vida do feto e entre a vida da gestante, a lei deve optar por esta, prescindindo-se do seu consentimento (Grecco, 2016a; Grecco, 2016b; Verardo, 1987).

Outra modalidade de aborto legal é o aborto em decorrência de estupro, denominado igualmente de aborto sentimental ou humanitário. Costuma-se classificá-lo nesta categoria pelo fato de a violência sexual produzir um forte abalo psíquico na vítima, a qual tem sua saúde mental comprometida. Há nesse caso o confronto de dois bens jurídicos. De um lado, a vida do feto ou embrião, tutelada pelo ordenamento jurídico desde a concepção. Do outro, a honra da mulher vítima de violência sexual e sua dor. Nesse sentido, em nome da dignidade da pessoa humana, o direito permite que a vida do feto ou embrião pereça. No entanto, é imprescindível o consentimento da gestante, pois apenas esta pode dizer se pretende ou não levar a gestação a termo (Grecco, 2016b; Nucci, 2016; Verardo, 1987).

Além das duas excludentes de ilicitude para o aborto, o decorrente de estupro e quando há risco de morte da gestante, no início de abril de 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) julgou procedente a ação impetrada pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS) e descriminalizou a prática de aborto de fetos anencefálicos. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontaram o Brasil como o quarto país do mundo em prevalência de anencefalia, anomalia incompatível com a vida mais referida pelo Supremo Tribunal Federal (STF, 2008). A cada dez mil gestações levadas a termo no país, cerca de

nove são de fetos anencefálicos (Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero [ANIS], 2004).

Desde 1946, projetos de lei sobre a matéria são apresentados no Congresso Nacional brasileiro, tanto no sentido da sua descriminalização, como na direção da criminalização dos abortos já permitidos. Entram nesse cenário político-jurídico a Igreja Católica, segmentos da classe médica, movimento feminista e igrejas de denominação evangélica (Rocha, 1996). Na década de 1980, o movimento feminista assume a questão do aborto como uma bandeira de luta e vai para as ruas. Por outro lado, em 1987, na ocasião dos debates para a elaboração da nova Constituição, houve pressão da Igreja católica, em consonância com deputados evangélicos, para que o aborto fosse crime em todas as modalidades (R-Nunes & Jurkewicz, 2002). Nesse sentido, ainda predomina certa intransigência moral quando o assunto é aborto, embora existam projetos de leis sobre a sua descriminalização, não obstante, arquivados e não aprovados.

O aborto inseguro foi qualificado pela comunidade internacional como um grave problema de saúde pública a partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo 1994, e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing 1995. Desse modo, recomendou-se aos governos a revisão das leis que punem as mulheres que tenham se submetido a abortos ilegais, garantindo a elas, em quaisquer casos, o acesso a serviços de qualidade para tratar de complicações decorrentes dessa prática (Brasil, 2005; Pimentel, Pandjlarjlan & Piovesan, 2000; Ventura, 2009).

O Estado brasileiro assinou os documentos produzidos nas conferências acima mencionadas, assim como foi um dos que assumiu o compromisso político de reformar as leis internas que punem as mulheres submetidas a abortos ilegais, sendo signatário da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Convenção da Mulher, Organização das Nações Unidas (ONU), 1979) e da Convenção Interamericana para

Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, Organização dos Estados Americanos (OEA), 1994). Os documentos elaborados durante as conferências internacionais recomendam aos Estados ações que garantam esses direitos. No entanto, não têm força jurídica vinculante, isto é, não são leis na acepção técnica, ao contrário das Convenções que impõem o Estado a cumprir legalmente com suas obrigações (Brasil, 2005; Pimentel, Pandjlarjlan & Piovesan, 2000; Ventura, 2009).

O Brasil avançou em alguns pontos em relação à matéria em questão. Por volta dos anos 1990, com o apoio do Ministério da Saúde e do Governo de alguns Estados, bem como com a pressão do movimento feminista, os municípios começaram a regulamentar o atendimento à mulher vítima de violência sexual que necessita realizar o aborto legal. Foi lançada em 1999 pelo Ministério da Saúde a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, cujo objetivo é orientar profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada nos casos de violência sexual. Nessa direção, os dados do dossiê elaborado entre 1989-2004 apontaram para a presença de 56 hospitais públicos que prestam serviços de aborto legal no Brasil (Talib & Citeli, 2005).

Ainda em termos de políticas públicas sobre o aborto neste país, tem-se a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, formulada em 2005 e atualizada em 2011 pelo Ministério da Saúde, dirigida aos gestores e profissionais de saúde e a todas as pessoas comprometidas com os direitos humanos de mulheres e adolescentes no país. Nesse sentido, estabeleceu que “as mulheres em processo de abortamento, espontâneo ou induzido, que procuram os serviços de saúde devem ser acolhidas, atendidas e tratadas com dignidade” (p.5). O Brasil consolida, dessa forma, um instrumento de ação para produzir resultados práticos em respeito à cidadania feminina, e, ao mesmo tempo, o cumprimento das Resoluções da Cúpula do Milênio das Nações Unidas, cuja meta principal é a redução do

nível de mortalidade materna em 75% até 2015 em relação aos índices do ano de 1990 (Brasil, 2005, 2011). A referida normativa também retirou a obrigatoriedade da apresentação do boletim de ocorrência policial em se tratando de maiores de 18 anos nos casos do aborto em decorrência de estupro. Contudo, pesquisas têm mostrado uma série de violência institucional perpetrada por tais profissionais (Rabay & Soares, 2008; Rosas, 2005; Soares, 2003; Wiese, 2012; Wiese & Saldanha, 2014).

Em relação ao Uruguai, a discussão sobre o aborto no campo da saúde reprodutiva entrou na agenda do Poder Executivo a partir do contexto de sua participação nas conferências das Nações Unidas dos anos 1990. Em 1996 questões do campo da saúde sexual e reprodutiva começaram a ser enfrentadas no setor público de saúde por meio de programas do Ministério da Saúde Pública e da Prefeitura de Montevideu. Desde 1985, foram apresentados pelo parlamento uruguaio alguns projetos de lei para descriminalizar o aborto. O movimento feminista foi importante para a discussão política dos dois projetos sobre o assunto, que foram debatidos no Parlamento, tanto em 1993/1994 como, sobretudo, em 2002/2003. Não obstante, sem lograr êxito (Lopez et. al., 2003).

Embora a taxa de mortalidade materna no Uruguai fosse considerada de baixa a moderada, o aborto inseguro estava entre uma das suas principais causas. Esse contexto era devido a uma legislação desfavorável, acesso precário à contracepção e ausência de políticas públicas. Nesse sentido, foram pensadas estratégias de enfrentamento a tais problemas, passando por três estágios: 1) 1990–200: período que precede a implementação do modelo de redução de riscos e danos ao aborto inseguro; (2) 2001–2012: período durante o qual o modelo de redução de riscos e danos foi gradualmente implementado; (3) final do ano de 2012 até os dias atuais: quando foi implementada a legislação de descriminalização do aborto e serviços de referência (Briozzo, 2016).

A associação Iniciativas Sanitárias (IS), formada no ano de 2001 por acadêmicos e profissionais de saúde preocupados com a mortalidade materna por aborto teve importante participação nesse cenário. Juntamente com o *Sindicato Médico del Uruguay*, da *Sociedad Uruguaya de Ginecología y Obstetricia* e da própria *Facultad de Medicina*, foram responsáveis pela formulação do Serviço de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSSyR) e da Resolução 369/04 (“Medidas de proteção materna diante do aborto provocado”), melhor explicitada mais adiante (Briozzo, Gorgoroso, Almada, Rodríguez & Vidiella, 2009; Briozzo, Labandera, Gorgoroso & Pons, 2009; Lopez et al., 2003).

Iniciativas Sanitárias (IS) é uma associação de profissionais da saúde, integrados de forma inter e multidisciplinar, cujo objetivo é promover o desenvolvimento teórico e profissional que defenda e promova os direitos sexuais e reprodutivos de homens e mulheres, compreendidos enquanto direitos humanos básicos. Nesse sentido, também está engajada com a mudança social, cultural e política. Tem como missão: a) desenvolvimento da prática profissional comprometida com os usuários e a sociedade, sobretudo a população mais vulnerável; b) aplicação do conhecimento em concordância com a ética profissional e os princípios bioéticos, com ênfase para a autonomia e confidencialidade; c) desenvolvimento de políticas de saúde asseadas nos direitos dos usuários e nas questões de gênero. Tem notoriedade internacional, estabelecendo parcerias e projetos com órgãos como a Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF), *International Pregnancy Advisory Services* (IPAS), Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), etc. (Gorgoroso et al., 2011).

Durante o período de 1995 a 1999, o aborto inseguro era a primeira causa de mortalidade materna, responsável por 47% e 28% dos óbitos no CHPR e em todo o país, respectivamente (Briozzo et al., 2004). Nesse sentido, Iniciativas Sanitárias foi criada em 2001 como uma reposta dos profissionais de saúde para reduzir os riscos e dados associados

ao aborto provocado. Sua estratégia, intitulada “*Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo*” (ISCAPCR), tornou-se no ano de 2004 uma Resolução do Ministério da Saúde Pública (Resolução 369/04: “Medidas de proteção materna diante do aborto provocado”), implementada no CHPR através do aconselhamento policlínico, expandindo-se, posteriormente, para as demais localidades (Gorgoroso et. al, 2011).

A base do modelo consistia em mudar a situação de clandestinidade do aborto a um cenário com proteção institucional, de uma situação humilhante a uma situação de respeito à mulher, prevenindo, além do abuso e exploração próprios de situações ilícitas, as frequentes complicações decorrentes do aborto inseguro, incluindo a mortalidade. Seu modelo está baseado na política de redução de riscos e danos, cujo ponto central é o respeito à decisão da usuária, tanto em contextos de legalidade ou ilegalidade, bem como na defesa e promoção dos direitos humanos, a exemplo do direito à vida, informação, saúde autonomia e privacidade materna (Briozzo, Labandera, Gorgoroso & Pons, 2009).

O que, mesmo em meio à ilegalidade do aborto, podia ser feito para reduzir a morbimortalidade de um aborto inseguro? Devido à lei nº 9763 que criminalizava o aborto no Uruguai, até o ano de 2012, os profissionais de saúde não podiam agir durante o processo de interrupção da gravidez por este ser considerado um crime. Todavia, eles poderiam atuar no “antes” e “depois” da prática aborto, através do aconselhamento e informação, com a finalidade de reduzir os riscos e danos (Briozzo, Gorgoroso, Rodriguez, Rodriguez & Vidiella, 2007).

Nesse sentido, o principal dever dos profissionais de saúde era ajudar as mulheres a tomarem decisões conscientes e responsáveis em relação à sua vida e saúde. Nas visitas de aconselhamento, as mulheres que procuravam o serviço eram, em primeiro lugar, orientadas sobre o seu direito de serem informadas e assistidas em caso de gravidez indesejada, mediante

confidencialidade, porém que o atendimento deveria ser feito dentro da legislação vigente, ou seja, a Resolução 369/2004 do Ministério da Saúde Pública (Briozzo et al., 2007).

Posteriormente, a gravidez e seu estado deveriam ser confirmados através de exames obstétricos. Num terceiro momento, eram avaliados os fatores de vulnerabilidade (situações de violência, uso e abuso de substâncias psicoativas, etc.) e as usuárias eram ouvidas em suas dúvidas, angústias, decisões, orientadas possíveis alternativas ao aborto (como a adoção), em conformidade com sua autonomia de escolha. Caso decidissem pela interrupção da gravidez, eram informadas sobre os métodos que causavam maiores e menores riscos (misoprostol), como também era ofertado suporte nos aspectos médicos e psicológicos, sociais, legais, no sentido de clarificar sua situação de gravidez indesejada e as razões para cessá-la. Entretanto, vale ressaltar que o contexto ainda era de ilegalidade, ou seja, a medicação deveria ser comprada na clandestinidade os profissionais de saúde não estavam autorizados a fazer o procedimento (Briozzo et al., 2007).

Por fim, na visita de aconselhamento pós-aborto, ou seja, o “depois”, era feita a avaliação do estado físico da mulher, se haviam complicações pós-procedimento, e analisadas as possíveis consequências psicoafetivas da decisão. Em seguida, as usuárias eram orientadas sobre os métodos contraceptivos e, então, agendada uma nova consulta para avaliação e continuidade do acompanhamento dentro de um período de 1 a 3 meses (Briozzo et al., 2007).

Em 2008, foi aprovada a Lei 18.426 (Lei de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos), a qual previu, em seu Cap. 1, art. 4b-2, implementar em todo o território nacional a normativa sanitária vigente (Resolução 369/2004 do Ministério da Saúde Pública) em relação à atenção integral aos casos de gravidez não desejada. Nesse sentido, Iniciativas Sanitárias começou a capacitar os profissionais de saúde do Uruguai, ao mesmo tempo em que trabalharam na divulgação desta lei, através de material gráfico, mídia (televisão e rádio),

debates, conferências, congressos, treinamento de professores e comunicadores, etc., para que a mesma estivesse ao alcance e conhecimento de todos (Gorgoroso et al., 2011).

De forma geral, não foi registrada nenhuma morte entre os anos de 2008 e 2009 no país inteiro e desde 2007 não tem havido nenhuma morte no CHPR em função de um aborto inseguro. Isto indica que as visitas de aconselhamento e o atendimento pós-aborto contribuíram para reduzir o número de gravidezes indesejadas e, então, a necessidade das mulheres recorrerem a um aborto voluntário. Ainda no referido período, o SSSyR teve um papel importante na capacitação dos profissionais de saúde para a implementação de serviços de saúde sexual e reprodutiva em Montevideu e nas cidades do interior (Gorgoroso et al., 2011).

Finalmente, em 2012 o aborto no Uruguai é legalizado (Lei nº 18.987 – *Interrupción Voluntaria del Embarazo*), tendo a IS um papel importante na construção do modelo de assistência e na discussão sobre a gravidez indesejada e o respeito pelos direitos sexuais e reprodutivo, impactando positivamente o posicionamento dos profissionais, o sistema de saúde e a opinião pública. De acordo com a referida lei, o aborto pode ser solicitado por toda cidadã uruguaia, incluindo adolescentes, até a 12ª semana de gestação. O processo de atenção à usuária consta de quatro consultas, conforme manual do Ministério de Saúde Pública, as quais eu pude observar e encontram-se descritas a seguir.

A primeira consulta, denominada de IVE 1 (*Interrupción Voluntaria del Embarazo*), é feita por uma obstetra/parteira ou médico ginecologista, e tem como objetivo verificar se a usuária preenche os requisitos para a aplicação da referida lei, sendo solicitados, portanto, exames. Nesta primeira consulta são explicados todos os procedimentos da IVE, bem como preenchido um formulário a fim de investigar algumas variáveis sociodemográficas, uso de drogas, presença de IST, ocorrência de outros abortos, violência, principal motivo para a interrupção da gestação, dentre outras, em consonância com a confidencialidade profissional.

Na IVE 2, a usuária é atendida por uma equipe multiprofissional composta por ginecologista, psicólogo ou psiquiatra, sociólogo, assistente social ou educador social. Nesta etapa, a mulher será ouvida em suas demandas e assessorada de maneira integral. Algumas outras questões também são aprofundadas, a exemplo da rede de apoio, aspectos emocionais frente à situação (negação, ansiedade, confusão, depressão, indiferença, etc.), vínculos familiares, etc. Entretanto, foi observado pela autora desta tese não haver um espaço para uma escuta psicológica mais aprofundada.

Dando continuidade, após a IVE 2 a paciente terá cinco dias para refletir sobre a sua solicitação. Caso ratifique sua decisão pelo aborto, na consulta seguinte, IVE 3, o procedimento da interrupção é explicado por um médico ginecologista, através de slides e panfletos informativos. A usuária é orientada a utilizar uma combinação farmacológica de um comprimido de Mifepristona (200mg) com quatro de Misoprostol (800mg), a qual é receitada e pode ser adquirida nas farmácias.

O procedimento pode ser realizado na sua própria casa, tendo a sua disposição um ramal telefônico para sanar as dúvidas. Caso a paciente se encontre em algumas condições especiais, como em situação de rua, se não possui familiares e/ou pessoas de confiança que a acompanhem em casa, devido a problemas de saúde mental ou a alguma enfermidade, se já se encontra na 12ª semana, a equipe multiprofissional indica que o procedimento seja realizado no próprio hospital. Se não há nenhuma complicação, a usuária é liberada após algumas horas. Após dez dias, a usuária deve retornar ao serviço para a IVE 4. Nessa etapa, é atendida por uma obstetra/parteira ou médico, a fim de verificar possíveis complicações pós-aborto, bem como ser orientada sobre os métodos contraceptivos.

Não obstante alguns avanços em relação a tal matéria, a legalização do aborto no Uruguai tem enfrentado algumas resistências. Em 2015, 20 médicos ginecologistas apresentaram um recurso ao *Tribunal de lo Contencioso Administrativo* (TCA) para anular

alguns artigos da regulamentação que rege a Lei nº 18.987, por entenderem que estes restringem o direito à objeção de consciência. Entretanto, a solicitação extrapolou a argumentação inicial, incidindo também sobre demais questões. A principal delas, decidida em favor dos objetores de consciência, foi que o tempo de cinco dias para a reflexão seja contado a partir da IVE 2 e não da IVE 1. Os defensores da referida lei, bem como o movimento feminista, alegam que isto dificulta mais ainda o acesso ao procedimento legal. O principal responsável pela regulamentação, o ex subsecretário do Ministério da Saúde Pública Leonel Briozzo, afirmou, todavia, que a implementação da lei tem sido exitosa e irreversível, estando esta política consolidada (Torres, 2015).

Nesse sentido, temos claramente dois contextos legislativos (brasileiro e uruguaio) e, conseqüentemente, políticas públicas de atenção à saúde da mulher distintas entre si. Conforme será discutido no tópico seguinte, pode-se dizer que falar sobre aborto significa adentrar num campo polêmico que mobiliza os sentimentos mais íntimos, a consciência e vivências. Ao mesmo tempo, mexe com as normas sociais construídas e reconstruídas ao longo de séculos e, ao mesmo tempo, com conceitos científicos, filosóficos, sociológicos, etc. (Roseira, 2007). As atitudes frente a esse objeto de estudo, a sua significação, varia de acordo com cada sociedade, tempo histórico e cultura, como se pode observar a seguir.

2.1.2. História do aborto: do privado ao público

A problemática do aborto nem sempre ganhou status de tema polêmico, sendo seu entendimento variado de acordo com a cultura, a religião e a tendência do Estado de determinada época. A história do aborto desenvolve-se com o desenrolar da história das sociedades humanas. A forma de concebê-lo insere-se num percurso que vai do privado ao público, transpassada por mudanças não apenas das técnicas e noções médicas, mas também dos sujeitos, interesses, conotações éticas, regulamentos jurídicos, bem como por alterações

dos significados atribuídos ao papel da mulher, às maneiras de considerar o feto e a gravidez, dentre outros (Galeotti, 2007).

Nesse contexto, pode-se dizer que durante o período que vai da Antiguidade remota, – passando pela Grécia Antiga, civilização romana e Idade Média –, até a Idade Moderna no século XVIII, o aborto era considerado um assunto de foro privado. O que está no interior do útero é um apêndice do corpo da mulher. Era isso o que se pregava até meados do século XVIII. Como dizia o estóico Ulpiano: “*mulieris portio vel viscerum*”. Dessa forma, tinha-se a crença de que o feto era apenas um elemento do corpo da mulher, pois apenas esta poderia atestar a existência de sua gravidez (Galeotti, 2007; Torres, 2012).

Somente com a Revolução Francesa, no final do século XVIII, que o aborto começa a adquirir notoriedade pública. Os Estados nacionais saídos da Revolução francesa são a vanguarda na decisão de tutelar o nascituro como um ente de relevância política. O Estado passa a preocupar-se com a taxa de natalidade, pois necessita de cidadãos-soldados e de cidadãos-trabalhadores (Galeotti, 2007).

Um dos primeiros registros sobre o aborto de que se tem conhecimento é o Código de Hamurabi, datado de 1700 a.C., no qual o aborto era considerado crime contra os interesses do pai e do marido, sendo este tido como prejudicado e ofendido economicamente. Isso porque na Babilônia e nas civilizações influenciadas por sua cultura, tais como os assírios, os hititas, entre outros povos mesopotâmicos, o aborto era condenado pela cultura e pela religião, refletindo no ordenamento jurídico. Entre os assírios, as penas para quem provocasse aborto ou induzisse sua prática iam de golpes até decapitação (Matielo, 1994).

Na Grécia antiga, o aborto não era concebido como um crime, pois o feto era tido como uma extensão do corpo da mãe, a qual dispunha de poder para decidir sobre o fim ou não de uma gestação. Em Roma, a questão do aborto passou por várias correntes ideológicas. A princípio, o aborto não era considerado como crime, pois, assim como na Grécia antiga, o

feto não tinha autonomia em relação à mulher. Em alguns momentos de sua história, os romanos tiveram leis omissas em relação ao tema, em outros, o pai se tornou responsável pela decisão sobre a vida do feto. Nesse sentido, num segundo momento da história de Roma, o aborto, ainda não criminalizado, passou a vincular-se às decisões do marido. Durante o século II d.C., o Império Romano passou a criminalizar o aborto devido necessidade de defesa de seus bens patrimoniais. (Matielo, 1994; Silva, 2011; Tessaro, 2006).

Uma oposição estruturada ao aborto começa a delinear-se efetivamente com o judaísmo e, mais tarde, com o cristianismo, a partir da Idade Antiga tardia (cerca de 300 –600 d.C.), sendo entendido como prática que interrompe a obra criadora de Deus ou que suprime uma vida humana. O cristianismo passou a considerar o problema a partir da perspectiva do feto, comparando o aborto ao homicídio. O objeto de interesse passa a ser o feto e não os interesses do pai, da família ou do Estado como na tradição clássica (Galeotti, 2007; Rosado & Soares, 1999).

Com o advento do cristianismo, a concepção do aborto passou a se fundamentar na crença de que o homem possuía uma alma imortal. A sua tese para a aceitação do aborto centrava-se na diferenciação de feto animado e inanimado. Passada essa fase de discussões, pode-se dizer que o cristianismo chegou a um ponto pacífico no que diz respeito ao aborto, colocando-se na obrigatoriedade de garantir ao nascituro o direito à vida, pois a alma já estaria nele alojada a partir da sua concepção. Grande parte das legislações modernas de quase todos os povos foram, direta ou indiretamente, influenciadas pelas correntes cristãs no que diz respeito à proibição do aborto (Matielo, 1994; Tessaro, 2006; Verardo, 1987).

Enquanto a ética filosófica baseia-se na razão, a ética religiosa (judaica, cristã, muçulmana) coloca a razão a serviço da interpretação da Palavra de Deus. O livro base para essas três religiões, a Bíblia, ensina que tudo neste mundo, incluindo a saúde, a doença, a morte está nas mãos de Deus. (Durand, 2007). O documento cristão mais antigo que traz uma

posição condenatória do aborto é *Doutrina dos Doze Apóstolos*, cerca do ano 100, conforme o qual o aborto é um pecado contra Deus, pois se extingue uma criatura Sua, sendo seus praticantes considerados assassinos da obra divina. Posteriormente, a *Epístola de Barnabé* acresce a violação do amor pelo próximo (Galeotti, 2007).

O cânone 2350 (§ 1), publicado em 1917, estabeleceu que todos aqueles que provocam abortos, inclusive a mãe, devem ser excomungados. A prática de qualquer aborto direto violava o mandamento de não matar (Galeotti, 2007). A encíclica “*Gaudium et Spes*”, voz do II Concílio do Vaticano, apregoa que “tudo que atenta contra a própria vida, como o homicídio, o genocídio, o aborto, a eutanásia e o próprio suicídio voluntário, tudo viola a integridade da pessoa humana”. Atualmente, a Igreja Católica condena veementemente todas as formas de aborto, inclusive o terapêutico e o decorrente de estupro, argumentando que somente Deus tem o poder de vida e morte sobre as criaturas. Observa-se que a posição da Igreja tem forte poder de influência sobre a concepção do aborto nas sociedades onde as leis são restritivas à sua prática (Galeotti, 2007; Papaleo, 2000).

Por outro lado, analisando-se o inquérito norte-americano, em que se pronunciaram pastores batistas, metodistas, presbiterianos, episcopais, luteranos e unitários, observa-se que a posição protestante é menos rígida que a católica. A Conferência de Lambeth de episcopais e anglicanos, realizada em 1958, reconheceu a licitude do aborto sempre que haja recomendação médica (aborto terapêutico) (Milanesi, 1970). Nesse mesmo sentido encontra-se o Conselho Nacional das Igrejas de Cristo dos EUA, a Assembleia Geral das Igrejas Presbiterianas Unidas, a Igreja Unida do Canadá, admitindo o aborto por motivos tanto somáticos como em função de distúrbios mentais. A Assembleia Geral dos Unitários Universalistas, corrente religiosa de credo protestante, também aceita a legalização do aborto nos casos em que a gravidez implique perigo físico ou mental para a mãe e/ou filho seja

proveniente de estupro ou incesto, e por fortes razões materiais, psicológicas, mentais ou econômicas (Papaleo, 2000).

Observa-se que num dado momento da história um dos privilégios do poder soberano foi por muito tempo o direito de vida e de morte. Essa prerrogativa, sem dúvida, derivava do direito concedido ao pai de família romano de dispor da vida de seus filhos e escravos. Contudo, o direito de vida e morte já não é mais um privilégio absoluto. Nesse sentido, o direito de morte deslocou-se no sentido de um poder que gera a vida. Agora é sobre a vida e ao longo de todo o seu desenvolver que o poder funda seus pontos de fixação. Dessa forma, pode-se afirmar que a sociedade revestiu-se de um poder político responsável pela tarefa de gerir a vida (Foucault, 1997).

Um dos fenômenos fundamentais do século XVII foi o que se poderia designar de a ascensão da vida pelo poder: “se vocês preferirem, uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico ou, pelo menos, certa inclinação que conduz ao que se poderia chamar de estatização do biológico”. (Foucault, 2005, p. 286). Esse poder sobre a vida erigiu-se sobre dois pólos fundamentais; o primeiro centrou-se no corpo como máquina, no conhecimento e docilização do corpo assegurados por procedimento de poder que caracterizam as disciplinas: anátomo-política do corpo humano. O segundo se formou um pouco mais tarde, no século XVIII, cuja análise repousou sobre o corpo-espécie, transpassado por processos biológicos: os nascimentos, a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, processos assumidos mediante uma série de intervenções e controles reguladores, ou seja, uma bio-política da população. (Foucault, 1997).

Em síntese, pode-se falar num biopoder, o qual se desenvolveu em torno das disciplinas do corpo e das regulações da população, e que

sem a menor dúvida, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos (Foucault, 1997, p. 132).

Nessa perspectiva, a partir do século XIX, a tutela sobre o feto passa a ser do Estado, em função de questões eminentemente político-ideológicas. Depois da Primeira Guerra Mundial, já no século XX, as nações, levadas pela vaga nacionalista, que pregava a necessidade de famílias numerosas, adotaram sanções normativas mais severas com relação à contracepção e ao aborto. Objetivava-se assegurar o crescimento demográfico como condição de desenvolvimento econômico nacional e o comportamento imperialista para o qual esse aumento é importante na ótica da conquista colonial e do alargamento territorial (Torres, 2012).

O movimento feminista teve participação efetiva para que a discussão sobre o aborto ganhasse outro delineamento, especialmente na Europa. Em 1971, 343 mulheres francesas subscreveram um manifesto público, no qual alegavam que haviam praticado o aborto. Esse fato que foi determinante para a aprovação, em 1975, da Lei Veil, que legalizou a prática da interrupção voluntária da gestação na França. Nesse mesmo ano, na Alemanha Ocidental, a revista *Stern* publicou uma manifestação de 375 mulheres que também admitiram ter abortado, estimulando mais de três mil mulheres a fazerem autodenúncias às autoridades. Esse episódio culminou num grande movimento social que, em 1974, possibilitou a legalização do aborto nos primeiros três meses de gestação nesse país (Torres, 2012).

Outra importante decisão sobre a legalização do aborto a ser destacada é a dos Estados Unidos. Em 1973, a Suprema Corte Americana julgou o caso “*Roe versus Wade*”, acabando

por decidir que o Estado pode proibir o aborto apenas depois da 24ª semana, quando o feto atinge a viabilidade. Ao mesmo tempo, reconheceu o direito da mulher de escolher interromper ou não a gestação, alegando que o feto não é pessoa em termos constitucionais. Desse modo, o entendimento de que a decisão pela procriação deve ser de cunho pessoal e de que a lei não pode obrigar a ninguém o sacrifício de si próprio em função de outra pessoa são ressalvados. Não obstante a oposição do movimento *Pro-Life* (“em favor da vida”), o aborto foi proclamado como uma prática constitucional nesse país, cabendo a cada estado do país legislar favorável ou desfavoravelmente (Torres, 2012).

Conforme apresentado nesta seção, a compreensão e produção de sentidos acerca do aborto ganharam conotações diversas em função do momento histórico e cultural de cada sociedade. Na contemporaneidade, qual compreensão dos países sobre o aborto e suas implicações? Nesse sentido, o próximo tópico apresenta a configuração legislativa e epidemiológica do aborto em termos mundiais.

2.1.3. Panorama legal e epidemiológico do aborto no mundo

Em relação à legislação sobre o aborto em seu panorama mundial, no início do século XXI, tem-se a seguinte configuração: na União Europeia, apesar de algumas resistências, a tendência é a legalização do aborto. Inclusive, o Parlamento Europeu recomenda os Estados-Membros e os países candidatos à adesão desenvolverem uma política social e de saúde que reduza as gravidezes indesejadas e, ao mesmo tempo, possibilite o acesso ao aborto legal, seguro e acessível a todos. Dessa forma, o aborto é permitido a pedido da mulher, com até determinado tempo de gestação (variando de 90 dias a 24 semanas) nos países: Reino Unido, Holanda, Suécia, Romênia, Dinamarca, Letônia, República Checa, Eslováquia, Grécia, Hungria, Bélgica, Bulgária, França, Alemanha, Lituânia, Estônia, Portugal, Eslovênia, Áustria, Itália, Espanha, dentre outros. Em contrapartida, em Malta o aborto é considerado

crime em todas as suas modalidades e na Polônia, Finlândia, Irlanda e Grã-Bretanha possuem algumas restrições (Torres, 2012, Center for Reproductive Rights, 2017).

Fora do âmbito da União Europeia, a legislação sobre o aborto apresenta esta delimitação: na Ásia central, admite-se o aborto em todas as modalidades em vários países, incluindo China, Rússia, no qual o aborto é legal e gratuito até três semanas de gravidez, Coreia do Norte, entre outros. Entretanto, no Japão, o aborto é legal até 20ª semanas de gestação apenas em casos de malformação fetal, enfermidade mental ou retardamento mental da mulher ou de seu cônjuge, risco de morte para a mulher, estupro e incesto. Da mesma forma na Coreia do Sul, observam-se restrições. No sul e o leste da Ásia, o aborto é permitido apenas no Nepal, Vietnã e Camboja. No Egito, quando a mulher é acometida de certas doenças; na Índia, quando há risco de morte e para a saúde física e mental da mulher, por estupro ou outros crimes sexuais e, ainda, em função da situação econômica da gestante, mas não é permitido por simples solicitação; em Israel, autoriza-se o aborto diante de risco psicológico ou físico para a mulher, nos casos de malformação fetal e, também, em razão de estupro. Na Austrália, o aborto é permitido. Entretanto, fica a critério de cada Estado da federação legislar sobre a matéria (Torres, 2012, Center for Reproductive Rights, 2017).

No continente africano, o aborto é permitido apenas nos seguintes países: Moçambique, Malawi, África do Sul e Tunísia. Na América do Norte, os Estados Unidos tem um permissivo legal constitucional para a prática do aborto, ficando a critério de cada Estado decidir pela permissividade ou não, igual ocorre na Austrália. No Canadá o aborto é permitido sem restrição alguma, inclusive de tempo. No México, são aceitos o aborto em casos de risco de morte da mulher e estupro (Torres, 2012, Center for Reproductive Rights, 2017).

Em contrapartida, os países da América Latina e do Caribe estão no rol dos que têm legislações mais restritivas em relação ao aborto (Verardo, 1987), sendo nesses onde as taxas de aborto inseguro são mais elevadas, e, conseqüentemente, a mortalidade materna. Em seu

território, apenas em Cuba, Guianas, Porto Rico e Uruguai o aborto é legalizado. Em Cuba, legalizou-se o aborto até a 12ª semana de gestação em 1965 e, desde então, mantém uma taxa de abortos inferior a 21 para cada mil mulheres em idade reprodutiva, dez pontos abaixo da média regional. No Uruguai, o aborto foi legalizado em 2012, também até a 12ª semana de gestação; o período se amplia para 14 semanas em caso de estupro e não há restrições nos casos de malformação fetal incompatível com a vida extrauterina ou risco de morte para a mãe. Por outro lado, El Salvador, Nicarágua e República Dominicana criminalizam o aborto e não admitem nenhuma exceção (Torres, 2012). O Chile, somente em março de 2016, legalizou o aborto para os casos de fetos inviáveis e em decorrência de violência sexual.

Nos países desenvolvidos, a razão de mortalidade em decorrência da prática do aborto pelo número total de interrupções realizadas (de forma segura ou insegura) é de 0,2-1,2:100.000, e nos subdesenvolvidos (excetuando-se a China), de 330:100.000. Na África é de 680:100.000; na Ásia, 283/100.000 e, na América Latina, 119:100.000 (Alan Guttmacher Institute, 1997). Desse modo, observa-se que a probabilidade de morrer em decorrência de um aborto na América Latina, ao menos no final da década de 1997, era cem vezes maior do que nos países desenvolvidos.

Estudo realizado no período de 1995 a 2003, tendo como base a metodologia de estimativa da incidência de abortos no mundo, apontou que aproximadamente 42 milhões de abortos provocados ocorreram em 2003, sendo essa taxa de 46 milhões em 1995. A taxa de abortos provocados por mulheres entre 15 e 44 anos foi de 29/1000 em 2003, e 35/1000 em 1995. Esse declínio da taxa tem sido maior nos países desenvolvidos do que nos países em desenvolvimento (Sedgh, Henshaw, Singh, Åhman & Shah, 2007; Sedgh et al., 2016). Tendo em vista o crescimento populacional, a incidência anual de abortos provocados apresentou um crescimento, passando de 50,4 milhões (1990-1994) para 56,3 milhões (2010-2014).

Em 2003, foram estimadas 205 milhões de gestações, das quais 20% terminaram em aborto provocado, sendo quase a metade praticada de forma insegura. Nos países desenvolvidos, a maioria dos abortos (92%) foi seguro, mas nos países em desenvolvimento, mais da metade (55%) foi inseguro. Desses, 38% ocorreu a Ásia, 94% na América Latina e Caribe e 98% a África. De forma geral, 97% dos abortos inseguros aconteceram em países em desenvolvimento, nos quais se observa uma maior restrição normativa ao aborto legal (Sedgh, et. al., 2007). Em 2008, ocorreram 21.600.000 abortos inseguros em todo o mundo, sendo 21.200.000 em países em desenvolvimento, cujas leis são mais restritivas, e 360.000 em países desenvolvidos (WHO, 2011).

Os resultados encontrados apontam que a legalização do aborto não implica em aumento de sua prática e, da mesma forma, leis restritivas ao aborto não estão associadas com sua baixa frequência, pelo contrário. Estima-se que cinco milhões de mulheres sejam hospitalizadas, anualmente, para tratamento das complicações relacionadas ao aborto inseguro. De forma geral, procedimentos ilegais são perigosos, visto que expõem as mulheres, as quais geralmente carecem de informação e apoio social, a situações que violam a lei (Sedgh et. al., 2007).

O que se faz com que um povo tenha uma atitude favorável ou desfavorável à prática do aborto e, conseqüentemente, elabore leis e políticas públicas numa direção ou outra, conforme panorama legislativo mundial apresentado neste tópico? Ou seja, quais são as variáveis que ajudam a predizer o posicionamento favorável ou contrário ao direito da mulher optar pela interrupção de sua gestação? Como o posicionamento de uma sociedade engendra situações de vulnerabilidades implicadas nessa prática e como tais vulnerabilidades influenciam na experiência do aborto? Esses são os questionamentos que esta tese pretende responder. Entretanto, antes de avançar, faz-se necessário apresentar a compreensão de cada

construto a ser pesquisado: valores e crenças de gênero (enquanto variáveis preditoras das atitudes), atitudes e vulnerabilidades. Desse modo, apresenta-se a seção seguinte.

2.2. REFERENCIAL TEÓRICO

O presente item tem como objetivo apresentar e discutir as teorias que embasam esta pesquisa, bem como definir operacionalmente as variáveis em questão. As crenças, os valores e as atitudes encontram-se atrelados, formando um sistema funcionalmente integrado, de modo que uma mudança em qualquer parte deste sistema afete as demais (Rokeach, 1968, 1981).

Sucintamente, pode-se dizer que crenças, atitudes e valores encontram-se interligados. As atitudes são os gostos e as antipatias, cujas raízes repousam sobre as emoções, mas também em bases cognitivas. Podem ser conclusões de silogismos, as quais são, em sua maioria, de natureza avaliativa. Baseiam-se em crenças primitivas fundadas em uma única experiência sensorial (o gosto de jiló é horrível), em crenças primitivas abstratas fundamentadas em várias experiências separadas (a legalização do aborto é indesejável) ou em crenças primitivas baseadas na autoridade (Deus é bom). Os valores, por sua vez, são fins, não meios, baseados em crenças primitivas, sejam elas não conscientes ou uma derivação direta da experiência ou, ainda, com base em alguma autoridade externa. Os valores funcionam como premissas, e, por isso, deles provêm muitas atitudes particulares e crenças (Bem, 1973).

2.2.1. Teorias sobre as crenças em Psicologia Social

As crenças têm sido objeto de estudo de diversas áreas do conhecimento dentre as ciências sociais e humanas, como a Sociologia, Antropologia, História, Filosofia, Ciência

Política, Psicologia e Psicologia Social (Bar-Tal, 1990, 2000; Bem, 1973; Fishbein & Azjen, 1975; Rokeach, 1981).

Faz-se necessário, primeiramente, distinguir crença do conhecimento e da fé. De acordo com Krüger (2004), crença é uma proposição mais subjetiva que está ligada a aspectos cognitivos e emocionais dos sujeitos. O conhecimento, por sua vez, tem relação com o grau de veracidade de uma determinada afirmação posta em exame, e cuja verificação vincula-se à existência de provas concretas, objetivas, encontradas fora do sujeito. Por fim, a fé é entendida como sendo proposições que são aceitas pelos indivíduos independentemente de evidências empíricas ou lógicas, bastando apenas a adesão pessoal para que seja considerada verdadeira.

Dentre os psicólogos sociais que tratam da temática das crenças, destacam-se Bem (1973), Rokeach (1981), Fishbein e Ajzen (1975), Doise (1986; 2002) e Bar-Tal (1990, 2000). Segundo Bem (1973), as crenças são formadas por quatro componentes interdependentes: cognitivo, afetivo, comportamental e social. Se uma pessoa percebe alguma relação entre duas coisas ou entre alguma coisa e uma das suas características, diz-se que ele tem uma crença.

Na teoria de Bem (1973), três características inter-relacionam as crenças: estrutura vertical, estrutura horizontal e centralidade. A primeira delas vincula crenças específicas às crenças de ordem inferior nas quais estão ancoradas. A estrutura horizontal diz respeito à organização das crenças que dão suporte a uma crença de nível superior, ou seja, como uma crença mais elaborada se apoia sobre vários suportes silogísticos. Por fim, a centralidade retrata os efeitos de uma crença em outras crenças.

As crenças são classificadas em crenças primitivas e em crenças de ordem superior. As crenças de ordem primitiva referem-se à própria experiência sensorial do indivíduo ou são baseadas na autoridade externa. Dessas crenças podem se derivar alguns estereótipos, os quais, embora não se fundamentem em nenhuma experiência sensorial, são apreendidos como

boatos ou formados a fim de racionalizar nossos preconceitos (Bem, 1973). Um exemplo de crença primitiva é a crença na sacralidade da vida baseada estritamente na autoridade divina.

As crenças de ordem superior estão fundamentadas numa estrutura vertical de crenças, sendo produto de uma inferência quase lógica. Também são derivadas da experiência através do raciocínio indutivo. Por fim, pode-se derivá-la de uma ordem ainda mais alta, fundada sobre premissas que são conclusões de silogismos anteriores. Por exemplo, pode-se ter como premissas as conclusões dos dois silogismos. Ex.: Bebida alcóolica causa cirrose. Cirrose pode causar morte. Portanto, alcoolistas morrem mais jovens do que não alcoolistas. Diz-se que uma crença é altamente elaborada ou diferenciada quando tem uma longa estrutura vertical.

Outra teoria sobre crenças bastante conhecida em Psicologia Social é a de Rockeach (1981). Conforme este autor, nem todas as crenças são importantes para os indivíduos, variando conforme uma dimensão chamada de periférica-central. Nesse sentido, as crenças constituem uma estrutura hierárquica, segundo a qual quanto maior for a sua centralidade, maior será sua resistência à mudança. Para uma melhor compreensão, Rockeach apresentou cinco tipos de crenças:

1) *Tipo A - Crenças Primitivas (consenso 100%)*: são tidas como mais centrais no sistema de crenças, pois são apreendidas no contato direto com o objeto a que se referem e reforçadas por um consenso social (pessoas e grupos). Estão relacionadas a fatos de natureza humana, a saber: “quem eu sou”, “qual o meu nome”, etc. Por seu caráter de consensualidade são, na maioria das vezes, aceitas como certas e, por conseguinte, menos suscetíveis às mudanças.

2) *Tipo B - Crenças Primitivas (consenso zero)*: também são aprendidas no confronto direto com o objeto da crença, no entanto, sua manutenção não depende de compartilhamento com

outros indivíduos ou grupos. Nesse sentido, embora sejam alvos de controvérsias, essas crenças são igualmente difíceis de serem transformadas. “Exemplos de tais crenças são as apoiadas em fé genuína, tais como fobias, ilusões, alucinações” (Rockeach, 1981, p. 7) e demais crenças oriundas de experiências aprendidas, a citar: “eu acredito em Deus e não me importa em que os outros acreditam”, “eu acredito que meu pai não me ama”.

3) *Tipo C – Crenças de Autoridade*: referentes às pessoas consideradas uma autoridade (pessoas ou grupo de referência), seja positiva ou negativa. O seu entendimento pode ser resumido pelo seguinte questionamento: “em que autoridades, positivas e negativas, nós vamos confiar e desconfiar, atender e não atender ao empreendermos as nossas vidas diárias procurando informações sobre o mundo?” (Rockeach, 1981, p. 8). Tais crenças são contestáveis, visto que indivíduos percebidos como autoridade por algumas pessoas, não o são para outras.

4) *Tipo D – Crenças derivadas*: fincadas na credibilidade de uma autoridade específica, aceitando as outras crenças provenientes desta. São “crenças ideológicas, originadas das instituições religiosas ou políticas e derivadas de segunda mão, do processo de identificação com a autoridade mais do que pelo encontro direto com o objeto da crença” (Rockeach, 1981, p. 8). Podem-se inferir as demais crenças ao saber que uma pessoa acredita numa autoridade específica. Constituem o que comumente se refere a uma ideologia institucionalizada. No entanto, assim como nas crenças do Tipo C, são passíveis de controvérsias.

5) *Tipo E – Crenças Inconsequentes*: concernentes a questões de gosto mais ou menos arbitrárias. Recebem essa nomenclatura porque não mantêm nenhuma ligação com outras crenças. Podem ser mais bem compreendidas com a seguinte citação “Não há o que discutir

em questões de gosto”. Assim como os tipos A e B, são crenças que não admitem controvérsias, pois se originam diretamente da experiência com o objeto da crença, e cuja manutenção não depende de um consenso social.

Conforme essa tipologia, Rockeach (1981) afirmou serem mais centrais as crenças do Tipo A e B, enquanto as do Tipo C, D e E ocupam uma posição mais periférica. Para Martins (2008), o conteúdo das crenças, de acordo com essa teoria, pode apresentar diferentes características, a saber: 1) *crenças de caráter descritivo*, relativas a juízos de fato (verdadeiro ou falso) da experiência pessoal referente a algum objeto (Ex: crenças do tipo A, B e E); 2) *de caráter avaliativo*, correspondendo a juízos de valor (bom ou ruim, positivo ou negativo) frente ao evento ou objeto em questão e, por fim, 3) *de caráter prescritivo*, definindo determinado aspecto ou ação como desejável ou indesejável.

O referido autor faz, ainda, uma distinção entre sistema de crenças, atitudes e ideologia. O primeiro se refere ao universo total de crenças de um indivíduo acerca do mundo físico, o mundo social e o eu. O segundo termo diz respeito a um tipo de subsistema de crenças disposto em torno de um objeto ou situação “que, por sua vez, está contido num subsistema mais amplo e assim por diante”. Por fim, ideologia é “uma organização de crenças e atitudes – religiosas, políticas ou filosóficas, por natureza – que estão mais ou menos institucionalizadas ou compartilhadas por outros, sendo derivadas de uma autoridade externa” (Rockeach, 1981, p.100).

De acordo com Fishbein e Ajzen (1975), as crenças referem-se aos julgamentos pessoais acerca de aspectos discriminantes do seu mundo, ao entendimento de si mesmo e do seu meio. Especificamente, as crenças são conceituadas como a probabilidade de relacionar um objeto da crença com qualquer outro objeto, valor, conceito ou atributo. Suscintamente, esses autores apresentaram três processos diferentes subjacentes à formação das crenças.

Primeiro, uma ligação entre o objeto e o atributo pode ser estabelecido tendo por base a observação direta (crenças descritivas). Segundo, uma ligação entre o objeto e o atributo pode ser instituída através do processo de inferência a partir de outras crenças sobre o objeto (crenças inferenciais). Por fim, tal ligação pode ser estabelecida através de alguma fonte, a partir da qual este vínculo deve ser aceito (crenças informativas).

Numa perspectiva mais social, tem-se a perspectiva teórica das crenças compartilhadas Bar-Tal (2000). Segundo este autor, o estudo das crenças é feito a partir de perspectivas macro e micro. A perspectiva micro forma as crenças pessoais e comuns que são armazenadas pelos indivíduos, elucida seu processo cognitivo de formação e mudança, suas estruturas de organização da mente humana e a implicação pessoal de seus conteúdos. A perspectiva macro, por sua vez, analisa as unidades sociais tais como grupos, sociedade ou nações, focando as crenças compartilhadas por seus membros. Este tipo de crença desempenha um papel importante na explicação da estrutura e ação societal (Bar-Tal, 2000).

Conforme a perspectiva macro, o aborto pode ser analisado a partir do enfoque das crenças grupais e sociais. As crenças grupais podem ser definidas como convicções compartilhadas pelos membros de um grupo, os quais têm consciência desta partilha (Bar-Tal, 1990). Essas crenças determinam a identidade do grupo e fornecem o substrato para o coletivo se organizar em torno de um objeto. Desse modo, as crenças grupais indicam formalmente a adesão ao grupo, fornecendo fundamentos para o sentimento de pertença. Exemplos de crenças grupais são o manifesto comunista para os comunistas e as crenças no direito à vida para os membros do Comitê nacional de Direito à Vida (Bar-Tal, 2000).

As crenças sociais, por sua vez, são definidas como crenças duradouras compartilhadas por membros de uma sociedade. O que diferencia crenças sociais de outros tipos de crenças é o alcance de seus conteúdos, características específicas e funções. Crenças de grupo definem, unicamente e formalmente, a “coletividade” de um determinado grupo,

exclusivamente o caracterizam, e são especialmente aplicáveis para analisar as organizações e grupos voluntários. Em contrapartida, os conteúdos das crenças sociais são de alcance amplo e inclusivo. Muitas crenças caracterizam uma sociedade, e sociedades podem ter crenças sociais similares. Por exemplo, mais de uma sociedade deve manter crenças sociais que afirmem: “*nós somos democráticos*” ou “*nós somos um país laico*”, mas cada sociedade particular deve ver estas crenças como as suas características (Bar-Tal, 2000).

Observa-se que um mesmo fenômeno social pode ser analisado de diversas maneiras, dependendo do enfoque que cada teoria adote, se mais individual ou social. Nesse sentido, Doise (1986, 2002) propôs quatro níveis de análise, os quais não correspondem a quatro níveis de realidade, mas a níveis de análises designados para capturar os diferentes aspectos desta. Para ilustrar alguns, recorrer-se-á ao fenômeno social do aborto e as crenças sobre os gêneros, os quais são temáticas deste estudo.

O primeiro nível de análise corresponde ao intra-individual, cuja análise centra-se em como os indivíduos organizam sua percepção, sua avaliação do meio social e de seu comportamento neste. Como exemplo, tem-se a teoria da dissonância cognitiva de Festinger. O aborto poderia ser analisado nessa perspectiva, portanto, segundo a dissonância cognitiva de uma mulher que segue os dogmas católicos, por exemplo, ao praticar um aborto. Assim, ela teria duas atitudes incompatíveis entre si frente a este fenômeno, isto é, acreditar que é errado praticar aborto e praticá-lo.

Um instrumento utilizado para acessar as crenças de gênero, o Gender Attitude Inventory (GAI) (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995), é composto por variáveis que denotam crenças avaliativas sobre as relações feminino-masculino, em quatro níveis de análise, conforme a proposta de Doise (1986, 2002). Ao nível individual, têm-se as crenças avaliativas sobre como os sexos se parecem (ou seja, quais atributos individuais são inferidos a partir do grupo de gênero ao qual pertence, isto é, os estereótipos sexuais). Ao incluir estas crenças

estereotipadas, o interesse não é o conteúdo particular das crenças, mas as implicações avaliativas dos estereótipos sexuais. Como exemplo pode ser citado o seguinte item: "Os homens são mais racionais do que as mulheres", e, por conseguinte, tem-se a avaliação de que eles são melhores do que estas (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995).

O segundo nível refere-se aos processos interindividuais, cujo objeto de estudo é a dinâmica das relações estabelecidas por determinados indivíduos, em uma situação específica (Doise, 1986, 2002). Esse nível no GAI é denominado de nível das relações interpessoais, no qual o objeto das crenças são os sexos em unidades didáticas emergentes, como, por exemplo, um casal de namorados. Tem-se, portanto, fatores que remetem às (1) relações de poder (dominação masculina vs. igualdade de gênero); (2) vivência da sexualidade (por exemplo, iniciação sexual, iniciativa sexual), (3) violência heterossexual masculina (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995).

O terceiro nível de análise corresponde ao intergrupar, no qual os fatores que explicam os comportamentos ou fenômenos sociais derivam das relações grupais, a exemplo da teoria da Identidade Social de Tajfel (Doise, 1986, 2002). No terceiro nível de análise, conforme a proposta do GAI, as mulheres e os homens se relacionam entre si como ocupantes de papéis socialmente definidos, bem como quanto aos papéis sociais que estabelecem expectativas diferentes para os sexos e sua performatividade. O aspecto crucial destes e outros papéis é que eles restringem os comportamentos dos indivíduos através de prescrições sociais, o "deveria" (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995).

Por fim, o quarto nível de análise diz respeito ao societal, cuja análise parte das relações de grupos que se desenvolvem no seio das ideologias, das crenças e representações com características específicas, as quais são ao mesmo tempo causa e consequência dessas relações (Doise, 1986, 2002). O aborto neste nível poderia ser apreendido através das crenças sociais e compartilhadas a partir do contexto social e do grupo de pertença, a exemplo de

grupos feministas, católicos, dos direitos humanos, etc. Por sua vez, o GAI inclui as crenças avaliativas sobre o *status quo* do gênero (formas "tradicionais" em que as categorias sociais, como homens mulheres, se inter-relacionam), bem como as instituições e as políticas que suportam a existência desses padrões de interação. Ao mesmo tempo, abarca perspectivas que se contrapõem aos arranjos atuais (por exemplo, o feminismo) e atitudes frente a sugestões de mudanças nas práticas institucionais e políticas públicas existentes (por exemplo, acesso ao aborto) (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995).

A seguir, serão apresentadas crenças essencialistas e construtivistas acerca dos gêneros. As primeiras interpretam as diferenças entre os sexos como inerentes aos indivíduos, sejam de origem biológica ou das práticas de socialização. Fundam-se não apenas num determinismo biológico, mas, também, em entidades psicológicas internas femininas e masculinas, como os traços de personalidade, processos cognitivos e julgamentos morais, aproximando-se de um nível de análise mais intra-individual. Em oposição, as crenças construtivistas assumem as diferenças entre os gêneros enquanto uma construção social e discursiva, fundada nas relações de poder e, portanto, relacionais.

2.2.2. Crenças essencialistas versus crenças construtivistas sobre os gêneros

O gênero é uma categoria útil de análise histórica e social da construção do que é ser homem e ser mulher, com base nas diferenças entre os sexos biológicos (sexo masculino e sexo feminino). Entretanto, trata-se muito mais de um conceito relacional, porque masculinidade e feminilidade se definem por mútua oposição, inscrevendo-se numa relação de poder (Scott, 1995), na qual “o princípio masculino é medida de todas as coisas”. Desse modo, a diferença biológica entre os sexos, ou seja, entre o corpo masculino e o corpo feminino, e, especificamente, a diferença anatômica entre os órgãos sexuais, naturaliza a

diferença socialmente construída entre os gêneros e, principalmente, da divisão social do trabalho (Bourdieu, 1999, p. 23).

Essa naturalização pode ser observada através de crenças como, por exemplo, “mulher é o sexo frágil” e “homem não chora”. Assim como o debate sobre os fenômenos psicológicos, se são inatos ou adquiridos, a discussão sobre a origem das diferenças entre homens e mulheres também perpassa pela polarização dos fatores biológicos (nature) ou fatores sociais (nurture). Enquanto as explicações no âmbito da biologia se baseiam nas diferenças físicas ou fisiológicas, incluindo estudos sobre a diferenciação no desenvolvimento do cérebro e diferenças hormonais, as explicações com base na cultura ressaltam a importância da socialização e dos processos de aprendizagem social para explicar as diferenças entre homens e mulheres (Poeschl, Múrias & Ribeiro, 2003).

Acreditar, por exemplo, que as mulheres têm mais jeito do que os homens para o trabalho doméstico e para o cuidado com os filhos pode estar relacionado à crença de que ser dona-de-casa e mãe é algo da essência da mulher, inato e irrevogável. Nesse sentido, adere-se às crenças essencialistas no que diz respeito à justificação das diferenças entre homens e mulheres (Santos, 2008).

A abordagem das crenças essencialistas, predominante entre os psicólogos durante a primeira metade do século XX, compreende as diferenças entre os sexos como sendo inatas e estáveis. Desse modo, enfatiza-se o caráter inato, biologicista e bipolar da diferenciação sexual. A identidade de gênero também é apreendida de um modo essencialista, atribuindo-se papéis, condutas e comportamentos como sendo próprios e inerentes ao ser homem e ao ser mulher, para além das diferenciações dos órgãos sexuais (Nogueira, 2001). Estudiosos do construcionismo social já haviam apontado para o papel central do essencialismo na explicação da desigualdade de poder em vários grupos sociais, como etnia e gênero, baseada no processo de naturalização (Mahalingam & Rodriguez, 2003).

Em oposição à perspectiva essencialista, o construtivismo social assume o gênero como uma construção social e, portanto, “como um sistema de significados que se constrói e se organiza nas interações” (Nogueira, 2001, p. 21). Nesse sentido, as diferenças entre homens e mulheres não são consequências de uma naturalização de atributos de cada um, mas sim consequência de relações sociais de poder. Conforme essa perspectiva, as pessoas constroem os significados através dos discursos disponíveis à sua volta e, assim, as diferenças de gênero e seus sentidos são disseminados através das relações interpessoais. Desse modo, a biologia define apenas o sexo, mas não tem contribuição efetiva, senão a física, nas explicações dessas diferenças (Nogueira, 2001)

As relações entre homens e mulheres são, em muitos aspectos, similares aquelas entre outros grupos em sociedade (ex. negros e brancos, trabalhadores e patrões). Na perspectiva das relações intergrupais, tem-se a proposição de que o sexo/gênero é um importante sistema para categorização social (Sherif, 1984). Trata-se de um modelo heurístico que especifica como a natureza da interdependência intergrupal (como mulheres e homens se relacionam entre si, enquanto grupos e indivíduos) molda as percepções intergrupais (incluindo estereótipos) e atitudes (incluindo preconceito), e como o poder e prestígio social são diferentemente alocados conforme as categorias sociais, não por um processo cognitivo ou natural, e sim valorativo (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995; Sherif, 1984; Tajfel, 1981).

No que diz respeito ao poder e prestígio social, os homens são o grupo dominante porque eles possuem uma clara vantagem em termos políticos e econômicos (por exemplo, os homens ocupam, desproporcionalmente, o topo das posições nos governos mundiais e nos negócios). De acordo com a abordagem das relações intergrupais, os sexos se relacionam um com os outros em quatro níveis de análises diferentes, mas interligados: enquanto indivíduos, homens e mulheres; nas relações interpessoais; nos papéis culturalmente definidos e enquanto categorias sociais significativas dentro da sociedade (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995), os

quais são analisados no instrumento de medida das crenças de gênero escolhido para o *estudo 2* desta tese.

Entretanto, parte-se do pressuposto de que os sentidos socialmente atribuídos aos sexos e aos gêneros se modificam ao longo da história de cada sociedade. Seu conceito dissocia da biologia as diferenças e desigualdades sociais entre homens e mulheres, bem como a diversidade de orientações afetivo-sexuais e características psicológicas concebidas como inerentes e constituintes do sexo masculino e feminino. Portanto, tais diferenciações passam a ser compreendidas no âmbito histórico-cultural (Galinkin & Ismael, 2013).

Vale ressaltar que gênero é diferente de orientação sexual. Podem se comunicar, mas um aspecto não necessariamente depende ou decorre do outro. Enquanto o primeiro diz respeito às formas de se identificar e ser identificada, de modo geral, como homem e/ou como mulher, o segundo se refere à atração afetivo-sexual por alguém de algum/ns gênero/s. Nesse sentido, tem-se estabelecido enquanto orientações sexuais a homossexualidade, a heterossexualidade e a bissexualidade. E, enquanto identidades de gênero, o cisgênero, transgênero e não-binários (Jesus, 2012).

A partir da metodologia etnográfica e antropológica, Margaret Mead inaugura, em 1930, a vertente de estudos sobre a construção cultural do gênero. Seu interesse repousava sobre a construção cultural das diferenças entre homens e mulheres, analisando como as crianças eram educadas para corresponder aos papéis sociais, aos comportamentos esperados e aos padrões de masculinidade e feminilidade. Descreveu e analisou a diversidade de comportamento e temperamento nas sociedades tribais da Nova Guiné em comparação com a sociedade norte-americana. A partir das diferenças encontradas, a antropóloga contribuiu para desnaturalizar as diferenças entre os sexos, exemplificando como a cultura contribui para a construção de diferentes tipos de pessoas (Mead, [1949] 1971; [1936] 2006, citado em Galinkin & Ismael, 2013).

Através dos estudos etnográficos, se inicia uma série de discussões sobre o relativismo cultural dos modelos e comportamentos associados à masculinidade e feminilidade, bem como acerca dos papéis sociais de homens e mulheres. Somado a isso, tem-se as reflexões políticas e filosóficas de Simone de Beauvoir (1980), escritora feminista, para quem a mulher é construída, ideologicamente, como o “outro” nas relações sociais e políticas, assumindo a posição de um segundo sexo.

“Ninguém nasce mulher: torna-se mulher”, já dizia a referida escritora e pensadora feminista. Verifica-se que a história de vida de qualquer mulher tem como pano de fundo o contexto socioeconômico, político e cultural que demarcou a construção dos gêneros ao longo da história. Essa construção incide diretamente sobre seus corpos, sua sexualidade, sua subjetividade, sua vida profissional, etc.

Nesse sentido, não obstante a época em que foi proferido, pode-se afirmar que:

Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam de feminino. Somente a mediação de outrem pode constituir um indivíduo como um Outro (Beauvoir, 1980, p. 9).

Observa-se que os discursos a respeito de homens e mulheres tomaram rumos que acabaram por defini-los em termos de oposição e, mais ainda, de desigualdade, demarcada pela opressão da mulher em vários momentos da história. O surgimento do sistema de organização patriarcal, impulsionado pela mudança no modo de produção, bem como a difusão das ideias do amor romântico no fim do século XVIII e início do século XIX,

reorganizaram a vida de homens e mulheres e regulamentaram os papéis de cada um/a na sociedade moderna (Costa, 1999; Giddens, 1993; Lobato, 1997; Reis, 2002).

Isso se deveu, primordialmente, a três questões, a citar: a criação do lar, a partir das esferas privadas e públicas; a modificação das relações entre pai, mãe e filhos, aliada à diminuição do tamanho das famílias, o que permitiu o controle e cuidado das mães para com os filhos, que passaram a ser vistos como vulneráveis e necessitando de afeto; e a invenção da maternidade, com a idealização do papel de mãe. Assim, com a divisão da tarefa-ação, as identidades masculinas e femininas foram redefinidas, sendo ao homem designado o papel de provedor material, estando este vinculado à vida pública, e à mulher ficou relegada a promoção do amor, associado a sua subordinação ao lar, ao homem e ao isolamento do mundo externo (Costa, 1999; Giddens, 1993; Lobato, 1997; Reis, 2002).

Segundo alguns autores analisados por Costa (1999), era uma obrigação cultural viver sob o modo do amor romântico, que se sustentava na repressão da sexualidade feminina, na convicção da *natureza* do homem, na desigualdade social entre os gêneros, na solidez dos afetos familiares, na importância do convívio doméstico, no agudo sentimento de responsabilidade para com o futuro dos filhos, nos preceitos da moralidade burguesa, etc. Assim, o amor romântico, quando se estabeleceu enquanto norma de conduta emocional, afetou mais as aspirações das mulheres que as dos homens, embora estes também tenham sido influenciados por ele.

Ao mesmo tempo, o amor romântico constituiu-se como um dos orientadores da subjetividade feminina, isto é, ser do outro (em detrimento do ser de si), percebido como um dos principais pontos de vulnerabilidade e fragilização, ao demarcar diversas maneiras de dependências objetivas e subjetivas. Essa subjetividade com base sentimental institui posições de poder que geralmente desfavorecem as mulheres, fazendo com que permaneçam presas em relacionamentos de forte dependência, no qual o parceiro, além de objeto amoroso, é também

aquele que ministra seu reconhecimento, colocando em jogo a sua valorização (Saldanha, 2003).

Desde o nascimento, meninos e meninas são preparados para responder às expectativas da sociedade em relação ao papel que cada um deve desempenhar. E, particularmente, a família e a escola aparecem como instituições vigilantes e facilitadoras do processo de assimilação desses papéis (Egypto & Egypto, 2000). O revólver e o carrinho, simbolizando o espaço público, representam a violência, a decisão, o domínio. A boneca está associada ao trabalho doméstico, à maternidade. Assim, as identidades de homens e mulheres são traçadas gerando a necessidade da existência de um ser frágil, sensível, dócil, a fim de justificar o outro ser forte, provedor, agressivo, intolerante, reiterando a cultura patriarcal e a assimetria entre os gêneros (Fischer & Marques, 2001).

Foi a partir do século XIX, com a ascensão do capitalismo, que se puderam verificar alguns sinais de emancipação das mulheres, as quais passaram a ter condições para combinarem trabalho pago com o cuidado da casa e dos filhos, através das indústrias domésticas. No entanto, durante o período forte da expansão da industrialização, quando as fábricas realmente se estabeleceram, abolindo praticamente as poucas indústrias domésticas que ainda existiam, os homens formaram a grande força de trabalho. Nesse sentido, separou-se a casa do local de trabalho, excluindo a mulher da economia reconhecidamente importante, a pública, na qual se é remunerado, fomentando mais ainda a inferioridade e a dependência financeira da mulher (Hobsbawm, 1998).

Posteriormente, em função da redução de homens que precisavam ir para o front de batalha durante as grandes guerras, as mulheres conseguiram mais espaço, sobretudo em relação ao mercado de trabalho. Evidentemente, ainda estava fortemente presente uma carga discriminatória. É a partir do século XX que a literatura feminista reconhece a eclosão das duas ondas socialmente mais significativas para a mulher (Galinkin & Ismael, 2013).

A “primeira onda” do feminismo foi marcada pelo movimento sufragista, no início do século XX, porém ainda ligado aos interesses das mulheres brancas de classe média. Na “segunda onda”, que se inicia no final da década de 1960, o feminismo começa a se voltar para construções mais teóricas, além das preocupações sociais e políticas. Nessa direção, a partir dos debates e discussões travados entre estudiosas e militantes, bem como críticos, o conceito de gênero, diretamente vinculado à história do movimento feminista contemporâneo, é engendrado. Esse novo momento foi marcado por algumas obras clássicas como *O segundo sexo* de Simone de Beauvoir (1949), *A mística feminina* de Betty Friedman (1963) e *Política sexual* de Kate Millett (1969) (citadas em Galinkin & Ismael, 2013).

Em 1947 é publicada a “Declaração Universal dos Direitos Humanos” e, assim, diversos grupos sociais passam a exigir políticas públicas igualitárias e começam a lutar por seus direitos. Em 1971, é escrito por Simone de Beauvoir, na França, o *Manifeste des 343* (Manifesto das 343), declaração publicada na revista francesa *Le Nouvel Observateur* e assinada por 343 mulheres que admitiram terem abortado. O manifesto contribuiu para a adoção da “lei Veil” em 1975 (denominada assim por conta da ministra da saúde na época, Simone Veil), que revogou a multa para interrupções voluntárias da gravidez, tirando o aborto da esfera da ilegalidade na França. A questão do aborto tem sido uma das principais bandeiras do movimento feminista na contemporaneidade.

Entretanto, não obstante as mudanças, ainda há de se considerar o abismo social existente entre os gêneros, demarcado, entre outros, pela combinação da violência material e simbólica, pela assimetria na capacidade de tomar decisões e efetivá-las, pelos poucos espaços onde possa manifestar queixas e resolver pendências, pelos salários desiguais, pela pouca participação na política, o que tem impactado desproporcionalmente a vida das mulheres, mesmo em meio a uma série de ganhos importantes em termos do feminismo e da conquista de direitos civis e políticos adicionais, dificultando, portanto, o seu empoderamento

(Saldanha, 2003).

Conforme comentado, ao final da década de 1960 o feminismo muito contribuiu com as discussões e formulações teóricas acerca das questões de gênero. O próximo tópico objetiva apresentar algumas das principais abordagens, as quais têm em comum a rejeição das crenças essencialistas da constituição das identidades feminina e masculina.

2.2.2.1. Perspectivas teóricas sobre gênero

Os estudos de gênero, para além dos “estudos da mulher”, trouxeram ferramentas analíticas importantes. Seu conceito foi inaugurado pela antropóloga estadunidense Gayle Rubin, a qual estava interessada na gênese da opressão e da subordinação social das mulheres, a fim de revertê-la. Para esta autora, havia um sistema sexo/gênero que se travestia num conjunto de arranjos através dos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica, chamada de matéria-prima (o sexo fêmea), em produtos da atividade humana (o gênero: a mulher domesticada) (Rubin, 1975). Embora o seu conceito tenha contribuído para desnaturalizar a opressão das mulheres, a natureza do conceito sexo não foi problematizada.

De forma geral, as teorias feministas sobre o gênero, visam "rejeitar um determinismo biológico implícito no uso de termos como sexo ou diferença sexual", acentuando, através da linguagem, "o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo" (Scott, 1995, p. 72). Nesse sentido, pode-se dizer que a biologia não é negada; no entanto, as justificativas para as desigualdades são buscadas na constituição histórica e social das características e categorias biológicas, nas condições de acesso aos recursos e nas formas de representação, afastando-se, portanto, de proposições essencialistas. Ademais, o conceito de gênero agora passa a ser usado de forma relacional, pois é no âmbito das relações sociais que ele se constitui. Assim, não obstante os estudos continuem priorizando as análises sobre as mulheres, eles passam a se referir aos homens também (Louro, 1997).

Ao analisar as diferentes formulações teóricas sobre o tema, Bento (2006) identificou três grandes tendências epistemológicas: universal, relacional e plural. A abordagem universal compreende a mulher de maneira abstrata, sem ser transpassada por outras identidades como classe social, etnia/raça, etc., explicando a subordinação da mulher como um fenômeno universal, a partir de uma oposição binária entre os sexos. O marco inicial deste referencial é a obra da filósofa francesa Simone de Beauvoir, *O Segundo Sexo*, publicada em 1946.

A tendência relacional diz respeito à consolidação de estudos sobre as mulheres em sua pluralidade, no sentido de desconstruir a concepção de uma mulher universal presente no início dos estudos de gênero, e apontando para outras variáveis sociológicas que se articulam para a constituição de tais identidades. Nesse sentido, categorias como classe social, etnia, raça, etc., passam a compor as análises e discussões, desnaturalizando e dessencializando a categoria mulher (Bento, 2006).

Por fim, a terceira tendência, segundo a classificação da referida autora, passa da concepção relacional à plural, tendo como representante as reflexões teóricas de Judith Butler. Esta autora problematiza a heterossexualidade como referencial das teorias feministas e introduz o conceito *queer*, que, em inglês, significa “excêntrico, esquisito, diferente”, e é utilizado para se referir a gays e lésbicas. A teoria *queer* recusa a classificação dos indivíduos em categorias universais como homossexual, heterossexual, homem ou mulher (Bento, 2006).

A construção teórica *queer* utiliza a concepção de performance, de Austin, a fim de analisar as identidades de gênero como sendo performáticas e fluidas, ou seja, dizer algo é fazer algo, o discurso institui uma prática, tendo as palavras o poder de transformar a realidade. Com a declaração “é um menino” ou “uma menina”, o profissional de saúde define o sexo e o gênero da criança, bem como as implicações de pertença a um ou outro gênero e as expectativas sociais em relação ao recém-nascido (Butler, 1999, 2004; Louro, 2004).

Dessa forma, tal identidade é construída ainda no útero, quando há a rotulação do bebê. A manutenção dessa identidade se daria pela repetição de atos, gestos e signos do âmbito cultural, que reforçariam a construção dos corpos masculinos e femininos tais como nós os vemos atualmente. Trata-se, portanto, de uma questão de *performatividade*. O gênero é um ato intencional, um gesto performativo que produz significados. Para dar um fim a essa lógica que tende à reprodução, Butler (1990, 1999) ressaltou a necessidade de subverter a ordem compulsória, desmontando a lógica entre sexo, gênero e desejo.

Ainda que referido por muitos autores, as desigualdades entre os gêneros devem ser pensadas para além da aprendizagem de papéis masculinos e femininos, para além do binarismo, pois existem diversas formas que podem assumir a feminilidade e masculinidade e complexas redes de poder (através de discursos, códigos, instituições, símbolos, etc.) que constituem os sujeitos. Nesse sentido, numa perspectiva pós-estruturalista, adotada por Butler e Scott, influenciadas por Foucault, o gênero é compreendido como “uma sofisticada tecnologia social heteronormativa, operacionalizada pelas instituições médicas, linguísticas, domésticas, escolares que produzem constantemente corpos-homens e corpos-mulheres” (Bento, 2006, p. 87).

Os gêneros são produzidos nas e pelas relações de poder. Foucault foi um autor por excelência que se dedicou a estudar e elucidar, através do seu método arqueológico e genealógico, tais relações em sociedade. Segundo este autor, as identidades de gênero, sua classificação taxonômica e psicopatológica foram invenções do século XIX, através de um biopoder, ou seja, um poder de controlar as populações, o "corpo-espécie", abrangendo mecanismos acionados para controlar homens e mulheres, instituindo lugares socialmente diferentes para os gêneros, ao tratarem, por exemplo, de medidas de incentivo ao casamento e procriação, do controle de taxas de nascimento e mortalidade, etc. (Foucault, 1997).

Entretanto, a adesão à norma nunca é completa, pressupondo o desvio, o que possibilita transgressões e mudanças (Butler, 1999). As várias formas de vivenciar a sexualidade e a reconstrução de corpos e identidades de gênero, não obstante marcada por conflitos com as ideologias de gênero, exemplificam essa possibilidade. Nessa perspectiva, drag queens, transformistas, transgêneros, transexuais, entre outros, apresentam-se enquanto inovações identitárias nas cenas de relações sociais cujas personalidades interagem e representam seus papéis mais ou menos estáveis. Assim, as identidades mostram-se fluidas, isto é, não fixas e não permanentes (Bento, 2004; Louro, 2004).

Não obstante a sua diversidade, a maioria das teorias feministas tem alguns pressupostos em comum, a citar o reconhecimento das relações desiguais de poder entre os gêneros e o desejo de mudanças nessa forma de dominação. Outro ponto a ser destacado, conforme já foi exaustivamente apresentado, diz respeito à diferença entre sexo e gênero. Enquanto o sexo é biologicamente definido, relacionado às diferenças morfológicas entre homens e mulheres, o gênero, é uma construção social de uma identidade.

Vale ressaltar que o feminismo teve como mola propulsora o surgimento da sociedade urbano-industrial, marcada pela entrada das mulheres no mercado de trabalho, a qual se ampliou progressivamente ao longo do século XX. Paulatinamente, as mulheres começaram a ter uma dupla jornada de trabalho (doméstica e extra-doméstica) e, desse modo, a responsabilidade de conciliar vida profissional com vida familiar. Outro advento importante foi o desenvolvimento da contracepção medicalizada e segura nos anos 1960, dando possibilidade às mulheres planejarem o número de filhos que desejavam, rompendo a lógica sustentada pelo catolicismo tradicional entre sexualidade, reprodução e maternidade. Nessa nova configuração social em que as mulheres começaram a ocupar cada vez mais o espaço público através da inserção no trabalho assalariado e na educação formal, as contradições da esfera privada vinham à tona e tornava-se eminente politizá-las. Nesse sentido, o feminismo

buscava uma transformação radical das relações de gênero em todos os espaços da vida social, tanto o público como o privada (Scavone, 2008).

A fim de analisar como cada teoria feminista concebe os gêneros e oferece alternativas para a desigualdade que os permeia, serão apresentadas, sucintamente, sete abordagens conforme classificação de Calás e Smircich (2006). Estas são: liberal, radical, psicanalítica, marxista, socialista, pós-estruturalista/pós-moderna e multicultural (terceiro-mundista ou pós-colonialista).

Originada dos ideais políticos de igualdade, liberdade e fraternidade, lema da Revolução Francesa burguesa, durante os séculos XVII e XVIII, tem-se a escola da teoria feminista liberal. Nesse contexto histórico, as mulheres estavam proibidas de votar, bem como de terem propriedades em seu nome. Com a transição de um modo de produção centrado no lar (indústrias domésticas) para um modo de produção industrial, elas foram gradualmente se tornando isoladas e dependentes economicamente. Nesse sentido, a preocupação da abordagem liberal consistia em demonstrar que as mulheres eram tão humanas quanto os homens. O enfoque não era a eliminação da desigualdade sexual, mas a busca pela justiça de gênero (Calás & Smircich, 2006).

A segunda abordagem, a teoria radical, surgiu na década de 1960 com os movimentos feministas contemporâneos, o que ficou conhecido como a “segunda onda” do feminismo. Para as autoras representantes dessa vertente, o papel socialmente imposto na diferença sexual do trabalho constituiu principal fonte de discriminação e conflito entre os sexos. Segundo este grupo, as mudanças da realidade opressora contra as mulheres se dariam pela socialização e educação, voltadas à igualdade entre os sexos, através do fim das condições de discriminação no acesso ao ensino, no trabalho e na política. A principal expoente do feminismo radical foi Simone de Beauvoir (Calás & Smircich, 2006).

A corrente seguinte é a feminista psicanalítica. Para a psicanálise freudiana, a identidade sexual das pessoas é constituída no desenvolvimento psicosssexual. A base para a desigualdade entre os gêneros residiria em várias experiências na infância, as quais teriam como consequência a concepção dos homens enquanto sexo masculino e das mulheres enquanto sexo feminino, bem como, no ponto de vista das sociedades patriarcais, de que aquele se sobrepõe a este (Tong, 1998). Nesse sentido, as teorias características dessa vertente de pensamento objetivam reverter os pressupostos epistemológicos da psicanálise, como as teorizações falocêntricas da sexualidade sobre o desenvolvimento humano psicosssexual, moral, cognitivo, nos quais as mulheres são apresentadas como inferiores e homens como dominantes. Nesse sentido, “considera que os arranjos sociais específicos (como a família patriarcal) levam a distinções no desenvolvimento psicológico feminino e masculino” (Calás & Smircich, 2006, p. 289).

A teoria, marxista, por sua vez, como o próprio nome sugere, baseia-se na crítica marxista da sociedade capitalista e do liberalismo político. Esta perspectiva compreende a construção das identidades a partir das práticas sociais e de trabalho, relacionando poder e sexualidade nas relações trabalhistas. Nesse sentido, as feministas marxistas concebem a opressão da mulher como sendo dupla, enquanto gênero e classe. Em suma, “o feminismo marxista analisa a dinâmica produtiva e reprodutiva das dinâmicas de gênero na organização capitalista e patriarcal da economia e da sociedade, lembrando que as desigualdades de gênero persistem e persistirão se não ocorrerem grandes mudanças estruturais” (Calás & Smircich, 2006, p. 293).

No entanto, para o pensamento marxista, a opressão feminina seria menos importante do que a opressão do trabalhador. Insatisfeita com tal perspectiva, surge a teoria feminista socialista, segundo a qual o gênero é instituído mediante a interseção entre sexo, raça, ideologia e opressão, nos sistemas capitalistas e patriarcal. Portanto, o fim da segregação ocorreria

não apenas com a destituição das classes, mas também, e não menos importante, com a transformação das relações sociais. As feministas socialistas trazem duas abordagens para expor o seu ponto de vista. Estas são a teoria sistêmica dualista e a teoria sistêmica unificada. A primeira compreende o capitalismo e o patriarcado separados, porém eles se vinculam e se relacionam mútua e dialeticamente: o capitalismo como modo de produção econômico e o patriarcado tanto como uma estrutura material quanto ideológica. A abordagem unificada, por sua vez, analisa como a divisão do trabalho baseada em critérios de gênero, compreendendo a mulher enquanto força de trabalho secundária, se tornou um aspecto fundamental do capitalismo (Calás & Smircich, 2006).

Em um sentido oposto, tais autoras apresentam a teoria estruturalista/pós-moderna, situada nas críticas pós-estruturalistas francesas contemporâneas do conhecimento e da identidade. Esta se desenvolve a partir da segunda metade da década de 1980 como uma via crítica aos estudos feministas existentes, os quais se reduziam à polarização entre sexo/gênero. Na concepção pós-estruturalista, sexo e gênero são práticas discursivas que constroem subjetividades específicas através da resistência na materialidade dos corpos humanos. Judith Butler é, sem dúvidas, uma das principais representantes dessa perspectiva. A teoria *queer*, comentada anteriormente, propõe uma ruptura histórica, um corte com a modernidade, estabelecendo uma compreensão de identidade em construção, móvel, fluida, nômade, transitória, múltipla e, inclusive, contraditória.

Por fim, tem-se a perspectiva terceiro-mundista ou pós-colonial com a crítica em relação à generalização das questões de gênero assinaladas pelas feministas do Primeiro Mundo, cujo caráter totalitário compreende todas as mulheres como seres invisíveis ou quase humanos. Ao mesmo tempo, essa vertente critica as relações de dominação do Primeiro Mundo sobre os outros países, as quais difundem um conhecimento tido como absoluto, inquestionável e único (Calás & Smircich, 2006).

Observa-se que, embora a diversidade de teorias feministas sobre os gêneros, todas têm como objetivo comum desconstruir as crenças essencialistas que permeiam tais questões. As referidas teorias feministas permitem analisar as diferentes formas de construção da identidade social e individual da mulher, ao mesmo tempo em que buscam refletir como as relações de gênero se estabelecem, se mantêm ou se transformam.

Em relação aos objetivos desta tese, observa-se que as discussões acerca do aborto contemplam uma análise das relações de gênero, bem como sobre a responsabilidade e controle da contracepção e concepção (Tornquist, Reis, Benetti & Favarin, 2012). Nesse sentido, as crenças de gênero são, neste estudo, apresentadas como uma das variáveis preditoras das atitudes frente ao direito ao aborto provocado, sendo os valores, os quais serão discutidos a seguir, a outra.

2.2.3. Teorias dos Valores Sociais

Os valores humanos têm um lugar de destaque dentre os conceitos psicossociais considerados centrais para a compreensão dos fenômenos estudados nas ciências sociais e na psicologia. A sua importância está relacionada tanto com o desenvolvimento de métodos de medida dos sistemas de valores, como com a recente teorização que tem compreendido os valores enquanto motivações-base que explicam o comportamento das pessoas, as ações dos atores sociais e as transformações que ocorrem nas sociedades ao longo da história (Estramiana, Pereira, Monter & Zlobina, 2013).

Influenciados pelos contextos sociais, os valores incidem sobre a forma de as pessoas perceberem o mundo e os fenômenos sociais, bem como nas suas decisões, ações e predileções (Fischer, 2011). Nesse sentido, exercem um importante papel nas soluções que os grupos (nações, organizações) desenvolvem para responder aos desafios da existência (Hofstede, 2001; Schwartz, 2005), dentre eles, a questão do aborto, por exemplo. Os valores

são adquiridos no processo de socialização, no qual se inserem as características sociais, culturais, bem como a história pessoal de cada um (Estramiana, Pereira, Monter & Zlobina, 2013).

Não obstante a relevância desse construto para a compreensão dos fenômenos sociais seja um consenso entre os cientistas, existe um grande dissenso na literatura sobre o que são os valores e a forma de medi-los. Por exemplo, no livro clássico sobre a psicologia das normas sociais, Sherif (1936/1964, p.113), conforme citado em Estramiana et al. (2013), conceituou valores como normas sociais. Ainda de acordo tais autores, Kluckhohn (1968, citado por Estramiana et al., 2013) sugeriu que um valor seria uma compreensão explícita ou implícita acerca do que se considera desejável.

Há várias teorias sobre os valores. Dentre elas destacam-se a tipologia dos valores proposta por Rokeach (1973), a partir da qual se desenvolveram as principais investigações sobre este tema em Psicologia Social, a teoria das dimensões culturais de Hofstede (1980), dos tipos motivacionais (Schwartz, 1992) e a teoria dos valores materialistas e pós-materialistas (Inglehart, 1977). O presente tópico apresenta as referidas perspectivas teórico-metodológicas dos valores, mas analisa seu objeto de pesquisa a partir da abordagem societal dos valores que vem sendo desenvolvida no Brasil por Lima e Camino (1995), Pereira, Camino e Da Costa, (2004), Pereira, Camino, e Da Costa (2005), Pereira, Lima e Camino (2001), Pereira, Torres e Barros (2004). Essa perspectiva busca integrar diversos níveis de análise dos sistemas de valores, através de um instrumento de medida dos sistemas de valores que regem as sociedades.

Os valores, segundo Rokeach (1968, 1981), são concebidos como importantes metas ou normas que servem como princípios-guia na vida das pessoas. São, ainda, compreendidos como crenças. Nesse sentido, afirmar que uma pessoa tem um valor é afirmar que ela tem

uma crença duradoura de que um modo específico de conduta ou de estado final da existência é pessoal e socialmente preferível a outros modos de conduta ou de estado final.

Observam-se, portanto, duas características atribuídas aos valores: 1. Crença duradoura; 2. Modos específicos de conduta ou de estado final da existência. Em relação à primeira delas, Rokeach (1968) subdividiu as crenças em descritivas (relativas ao que é verdadeiro ou falso), avaliativas (quando o objeto da crença é julgado como bom ou ruim) e prescritivas (quando o objetivo ou forma de uma ação é considerado desejável ou não). A segunda característica, por sua vez, apresenta uma distinção entre valores instrumentais, definidos como meios que as pessoas utilizam para alcançar algo desejado, e valores terminais, concebidos como estados finais de existência, isto é, o que é, em si, desejável.

Com base nessas características, Rokeach (1973) apresentou uma escala, a Rokeach's Value Survey (RVS), composta por 36 valores (18 terminais e 18 instrumentais). Os valores terminais são apresentados na forma de substantivos (exemplos: mundo de paz, igualdade, liberdade, etc.), e os valores instrumentais como adjetivos, a saber: (alegre, honesto, independente, intelectual, etc.). Os respondentes são orientados no sentido de indicar a ordem de importância de cada valor como um princípio que guia a sua vida

Tabela 1. Escala de Valores de Rokeach (RVS)

Valores Terminais	Valores Instrumentais
Amor Maduro	Alegre
Autorrespeito	Ambicioso
Equilíbrio Interior	Amoroso
Educado	Capaz
Felicidade	Controlado
Igualdade	Corajoso
Liberdade	Honesto
Mundo de Beleza	Imaginativo

Mundo de Paz	Independente
Prazer	Intelectual
Reconhecimento Social	Limpo
Sabedoria	Lógico
Salvação	Obediente
Segurança Familiar	Perdoar
Segurança Nacional	Prestativo
Sentimento de Realização	Responsável
Verdadeira Amizade	Tolerante
Vida Confortável	Vida Excitante

Nota: Adaptada de Estramiana et al. (2013).

Numa perspectiva menos individual, Hofsted (1980) (citado por Estramiana et al., 2013) estabeleceu um papel importante para a cultura, a qual, segundo seu entendimento, é a programação coletiva das mentalidades das pessoas em um meio e contexto determinado, estabelecendo diferenças entre membros de uma comunidade e de outra. Na década de 1970, o referido autor acessou um banco de dados sobre valores e relatou sentimentos de pessoas de mais de 50 países no mundo. A partir dessa sua pesquisa, com mais de 100.000 questionários aplicados, Hofsted (1980) definiu quatro eixos ou dimensões culturais básicos: distância de poder (relacionado às diferentes soluções para o problema básico da desigualdade social); evitação à incerteza (relacionada ao nível de estresse em uma sociedade frente a um futuro incerto); individualismo *versus* coletivismo (diz respeito ao quanto as pessoas estão mais preocupadas consigo mesmas ou com seu grupo de pertença); masculinidade *versus* feminilidade (referente à divisão dos papéis emocionais entre homens e mulheres).

A dimensão denominada *distância de poder* diz respeito ao grau de desigualdade entre os indivíduos de uma sociedade considerada como tolerável os normal por seus membros. Não se refere somente à desigualdade em termos sociais ou econômicos, mas também às relações de poder, ou seja, à concordância por parte de uma sociedade ou instituição em

relação a um poder desigual praticado e mantido pela autoridade organizacional e/ou social. A dimensão *evitação da incerteza* refere-se à preferência de uma sociedade em relação a situações mais ou menos estruturadas. Isto é, a predileção por regras específicas, claras e definidas em detrimento à improvisação e incerteza normativa (Estramiana et al., 2013).

A dimensão *individualismo versus coletivismo* diz respeito ao grau em que os membros de uma sociedade estão mais ou menos preocupados consigo mesmos ou com os grupos a que pertencem. Por fim, a dimensão *masculinidade versus feminilidade* mostra a diferença entre as culturas que priorizam a assertividade, dominação e materialismo, características atribuídas historicamente ao gênero masculino, e aquelas que se preocupam com os indivíduos e os aspectos relacionados aos sentimentos e às emoções, características historicamente relacionadas ao gênero feminino. Essa dimensão refere-se à dicotomia estabelecida para os gêneros, o que significa dizer que algumas culturas são mais “masculinas” e outras mais “femininas” (Hofstede, 1980, citado por et al., 2013).

Rokeach (1973) abriu os caminhos para o estudo de valores. No entanto, foi a partir dos esforços empreendidos por Schwartz e seus colaboradores que tal abordagem passou a ter um lugar de destaque na Psicologia Social e Transcultural. Schwartz elaborou duas teorias sobre os valores, sendo uma na esfera individual (Schwartz, 1992, 2005, Schwartz & Bilsky, 1987) e outra na esfera cultural (Schwartz, 2006).

Com algumas modificações, Schwartz adota o conceito de valores empregado pela teoria de Rokeach (1973) e adota a sua metodologia para a mensuração dos valores. Entretanto, trata-se de uma teoria mais consistente e robusta, apontando para um conjunto integrado dos conteúdos dos valores e especificando uma estrutura dinâmica das relações entre eles.

Os valores apresentam seis características principais, a saber: a) são crenças ligadas ao afeto. Quando ativados, evocam sentimentos. Por exemplo, pessoas que têm valores de

liberdade, sentem-se ameaçadas quando não podem protegê-los e sentem-se felizes quando podem desfrutá-los; b) dizem respeito a metas desejáveis que motivam a ação. Pessoas que dão valor à tolerância e à responsabilidade social, por exemplo, se sentem motivadas a seguirem tais valores; c) transcendem ações e a situações específicas, isto é, não se referem a objetos específicos, podendo ser relevantes em vários contextos, como na família, escola, trabalho, etc.; d) servem como padrões ou critérios para guiar a seleção ou avaliação das ações, política, pessoas e eventos. Embora o impacto dos valores da decisão não seja consciente, as pessoas decidem o que é bom ou ruim baseando-se nas possíveis consequências para os valores que priorizam; e) são ordenados por sua importância, formando uma hierarquia em relação a outros valores; e, por fim, f) as ações são guiadas por múltiplos valores, ou seja, num comportamento ou atitude, estão envolvidos mais de um valor (Schwartz, 1994).

Nesse sentido, Schwartz (1994, p. 21) definiu os valores como “metas desejáveis e transituacionais, que variam quanto à importância e servem como princípios na vida de uma pessoa ou de outra entidade social”, cujos fins são: servir ao interesse de uma entidade social, poder motivar a ação e justificar a ação, sendo adquiridos através da experiência pessoal da aprendizagem e por meio da socialização dos valores do grupo dominante. A partir dessa teorização, o referido autor propõe que os valores se estruturam a partir de três requisitos universais: (1) as necessidades do organismo (enquanto organismo biológico); (2) as necessidades de interação social coordenada; e (3) as necessidades de manter as demandas sociais.

Em função destes três requisitos universais, Schwartz (1992) elaborou um instrumento contendo 56 valores, 36 dos quais foram retirados da escala de Rokeach (1973), sendo este procedimento denominado de Schwartz Value Survey (SVS). Foi observada a possibilidade de derivar dez tipos motivacionais de valores: *auto-direção*, *estimulação*, *hedonismo*,

realização, poder, segurança, conformidade, tradição, benevolência e universalismo. Tais tipos motivacionais se encontram organizados de modo circular, a partir de quatro dimensões: (1) *abertura à mudança* – composta pelos tipos motivacionais estimulação e auto-direção; (2) *conservação* – constituída pelos tipos motivacionais segurança, conformidade e tradição; (3) *autopromoção* – que diz respeito aos tipos motivacionais poder, realização e hedonismo; e (4) *auto-transcendência* – formada pelos tipos motivacionais universalismo e benevolência.

Além da identificação desses dez tipos motivacionais, Schwartz (2001) procurou explicar a estrutura dinâmica das relações entre eles, a qual permita associar os valores com outras variáveis de forma integrada. A identificação das relações das ações empregadas na realização de cada valor tem consequências psicológicas, práticas e sociais que podem entrar em conflito ou serem compatíveis com a realização de outros tipos de valores. Por exemplo: *abertura à mudança* mantém uma estrutura contrária à *conservação*, assim como a *autopromoção* encontra-se em um pólo oposto à *autotranscendência*, conforme pode ser observado na Figura 2:

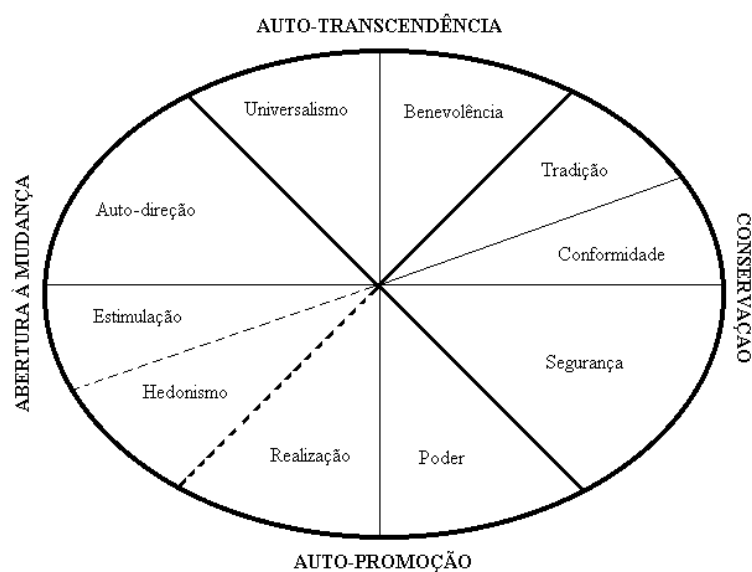


Figura 2. Estrutura dos Tipos Motivacionais. Adaptado de Schwartz (2006, p. 142)

Recentemente, Schwartz et. al. (2012) apresentaram uma reformulação da teoria, o que guiará os próximos estudos dos valores. Essa reformulação conservou os pressupostos básicos sobre as fontes dos valores, a dinâmica de relações de compatibilidade e conflitos entre tipos motivacionais, mas acrescentou dois novos pressupostos: a) alguns tipos motivacionais agregam diferentes motivos psicológicos básicos; b) os valores podem representar relações de compatibilidade e conflito entre duas supradimensões.

Guiado por uma perspectiva sociológica, Inglehart (1977) elaborou uma taxonomia dos valores sociais e políticos, subdividindo-os em dois grupos: os materialistas e os pós-materialistas. Aqueles estão vinculados à satisfação de necessidades básicas, à coesão social e ao crescimento econômico, enquanto que estes apontam para preocupações sociais e individuais com a qualidade de vida, a realização no trabalho, a vida comunitária e a justiça política (Inglehart, 1990). Com desenvolvimento do capitalismo e a secularização do estado, as sociedades modernas passaram do domínio dos valores religiosos ao dos valores materialistas para, atualmente, se encontrarem sob o domínio do que o referido autor denominou de valores pós-materialistas. Seu argumento é de que o desenvolvimento econômico proporcionou uma mudança no sistema de valores e crenças, os quais, por sua vez, numa relação dialética, incidiram sobre a mudança do sistema econômico (Inglehart, 1994).

A fim de analisar as mudanças sociais nas sociedades industrializadas, Inglehart (1990) derivou doze indicadores da teoria de Maslow (1954) sobre a hierarquia das necessidades humanas. Metade desses indicadores foi inspirada nas necessidades fisiológicas. Os valores de orientação materialista estariam vinculados à sobrevivência das pessoas, cujos indicadores seriam segurança física e segurança econômica. Já os valores pós-materialistas são derivados das necessidades sociais e de atualização, cujos indicadores são: estética, intelectual e autoestima, os quais revelam preocupações sociais e individuais com a qualidade

de vida, a realização no trabalho, a vida comunitária e a justiça política, formando um modelo de dimensão bipolar.

Conforme se pode observar, existem diferentes modelos teóricos sobre os valores, alguns que se complementam, como no caso do modelo de Rokeach (1973) e Schwartz (2001). De modo geral, os métodos de medida apresentados partem de dois pressupostos: a natureza dos valores é individual, conforme preconizam Rokeach (1973) e Schwartz (2001) ou a natureza dos valores é social, segundo Inglehart (1997). No sentido de transcender essa dicotomia, tem-se a Abordagem Societal dos Valores (Lima & Camino, 1995; Pereira, Camino & Da Costa, 2004; Pereira, Camino, & Da Costa, 2005; Pereira, Lima & Camino, 2001; Pereira, Torres & Barros, 2004), a qual tenta integrar a perspectiva psicológica elaborada por Schwartz (1992) com a perspectiva sociológica proposta por Inglehart (1990). Esta tese adota esta perspectiva como referencial por dois motivos, essencialmente. Primeiro, por compreender que o fenômeno aqui estudado abarca diversos níveis de análise e, portanto, a escolha das teorias e instrumentos de medida seguiu este critério. Segundo, pela proposta de se trabalhar com teorias que contemplem uma perspectiva mais social e societal e menos individual.

Segundo a Abordagem Societal dos Valores (Lima & Camino, 1995; Pereira, Camino & Costa, 2004; Pereira, Camino & Da Costa, 2005; Pereira, Lima & Camino, 2001; Pereira, Torres & Barros, 2004), os valores expressam os conflitos ideológicos, orientam os comportamentos e estão ancorados nas identidades dos grupos sociais e nos posicionamentos ideológicos derivados dessas identidades. Os sistemas de valores, por sua vez, são conceituados como conhecimentos socialmente estruturados a partir dos diversos conteúdos ideológicos contidos na sociedade.

A partir desses pressupostos, Camino e colaboradores (Pereira, Camino & Da Costa, 2004; Pereira, Camino & Da Costa, 2005, Pereira, Lima & Camino, 2001) apresentaram o

Questionário de Valores Psicossociais (QVP-24) com o objetivo de medir os sistemas de valores. Os resultados das pesquisas de validação, através de análises fatoriais confirmatórias, indicaram que o QVP-24 é adequado para medir os sistemas de valores de estudantes universitários (Pereira, Camino & Da Costa, 2004) e de adolescentes brasileiros (Moraes, 2002).

Foram empregadas técnicas estatísticas, medidas de dissimilaridades (distâncias euclidianas) entre as variáveis para a construção de grupos ou *cluster* e mapas de variáveis, para avaliar a forma como os estudantes configuram os diversos valores do QVP-24 e as dimensões subjacentes aos sistemas. Nesse sentido, os resultados apontaram para a formação de quatro agrupamentos (*clusters*) de valores: religioso (medido pela adesão à religiosidade, à salvação da alma, ao temor a Deus e à obediência às leis de Deus); hedonista (medido pela importância atribuída ao prazer, à sensualidade, à sexualidade e a ter uma vida excitante); materialista (medido pela adesão à autoridade, à riqueza, ao status e ao lucro); pós-materialista (medido pela importância atribuída aos valores do bem-estar social, do bem-estar profissional e do bem-estar individual), de acordo com a figura 3 abaixo (Pereira, Camino & Da Costa, 2004; Pereira, Camino & Da Costa, 2005; Pereira, Lima & Camino, 2001).

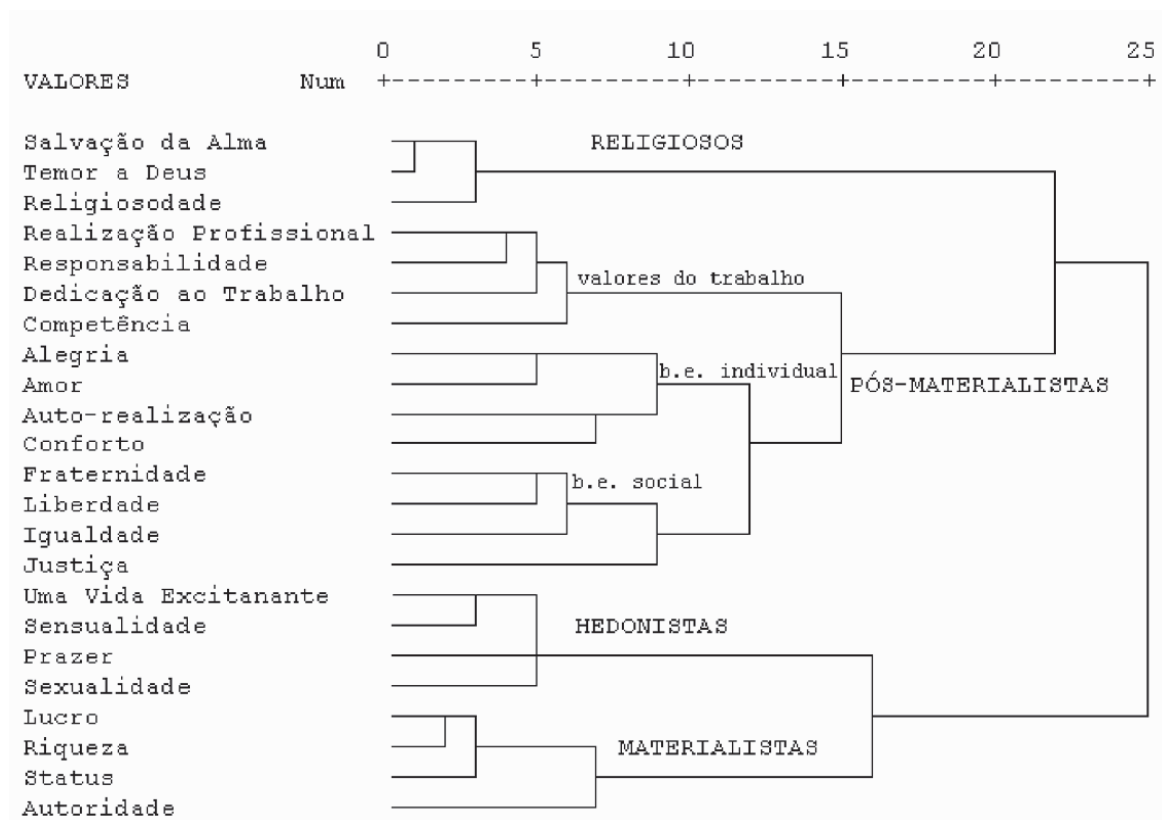


Figura 3. Dendrograma representando a estrutura dos sistemas de valores segundo a Abordagem Societal. Fonte: Camino & Da Costa (2005).

Os valores têm poder de predizer as diferenças nos comportamentos e atitudes das pessoas. Pesquisas realizadas em mais de 30 países apontaram para a relação entre valores e atitudes associadas ao meio ambiente, dilemas éticos, dentre os quais se enquadra a questão do aborto, por exemplo, sexismo, condutas religiosas e sexuais, uso de álcool e drogas, dentre outros (Schwartz, 2009). Alguns valores podem explicar uma infinidade de atitudes. O valor religião, por exemplo, envolve atitudes à Igreja, a recomendações específicas da religião, a Deus, etc. (Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2002).

Dessa forma, como se articulam os valores e atitudes? Segundo Katz (1960), uma das funções das atitudes é expressar os valores centrais do autoconceito. Outro mecanismo proposto para vincular os valores com as atitudes e condutas é através da norma pessoal, a qual se baseia em valores e motiva a ação (Ros, 2000). Diferentes valores ativarão as normas

pessoais correspondentes e serão, portanto, responsáveis por guiar as condutas. Frente a esses pressupostos, autores como Rokeach (1973) e Schwartz (1992) contribuíram, mormente, ao incluir o papel dos valores como um componente explicativo para as atitudes em suas pesquisas e perspectivas teóricas. Nessa direção, o próximo tópico apresenta as teorias das atitudes, a variável cujas crenças e valores, já discutidos, buscam analisar, conforme modelo teórico apresentado.

2.2.4. Teorias das Atitudes

As atitudes são um construto importante em psicologia e continuam sendo tema de teoria e pesquisa em ciências sociais e comportamentais, haja vista a quantidade de livros, capítulos de livros e artigos acerca de temas relacionados a esse construto (Ajzen, 2001). O tema das atitudes ganhou destaque com o estudo do camponês polonês de Thomas e Znanieck (1918 citado em Rokeach, 1981), o qual foi o primeiro a dar uma prioridade sistemática a esse conceito. Nesse estudo, os referidos autores buscaram dar uma explicação exaustiva das transformações dos estilos de vida, modos de ver o mundo, modos de percepção e orientações morais consequentes à transferência dos camponeses poloneses de suas aldeias nativas para a cidade moderna americana.

Antes de prosseguir, faz-se necessário distinguir a compreensão do senso comum e científica sobre as atitudes. Naquela, a atitude refere-se a um ato, uma postura do corpo ou o sentido de um propósito. Entretanto, a ciência a estuda enquanto um esquema mental que efetua a mediação entre o pensamento e o comportamento, não podendo ser observável (Ribeiro, 2013). As teorias das atitudes têm sua origem em duas importantes escolas do pensamento em psicologia social. São elas as teorias da aprendizagem, baseadas na abordagem estímulo-resposta da corrente behaviorista, e as teorias da consistência cognitiva, influenciadas pela abordagem cognitiva (Fishbein & Ajzen, 1975).

Conforme referenciado por Rokeach (1981), Allport apontou, ainda, três pontos de origem do conceito moderno de atitude. Eles são: a) na Psicologia Experimental do final do século XIX que, através de suas investigações de laboratório sobre o tempo da reação, percepção, memória, julgamento, pensamento e vontade, formulou os precursores conceituais das atitudes, a saber: predisposição muscular, atitude em relação à tarefa, conjunto de tarefas (*Aufgabe*), atitudes mentais e motoras, *Einstellung* (predisposição) e tendências determinantes; b) na Psicanálise, que dá ênfase às bases dinâmicas e inconscientes das atitudes e c) na Sociologia, na qual as atitudes são conceituadas como representações psicológicas da influência sociocultural.

Algumas definições clássicas de atitudes são citadas por Vala e Monteiro (2006) em seu manual de Psicologia Social, conforme exemplos abaixo:

“Por atitudes entendemos um processo de consciência individual que determina atividades reais ou possíveis no mundo social” (Thomas & Znaniecki, 1915, p.22).

“Atitude é um estado de preparação mental ou neural, organizado através de experiências, e exercendo uma influência dinâmica sobre as respostas individuais a todos os objetos ou situações com que se relaciona” (G. Allport, 1935).

“Atitude é uma predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável a um objeto, pessoa, instituição ou acontecimento” (Ajzen, 1988, p. 4)

O livro *The Psychology of Attitudes*, de Eagly e Chaiken (1993), após um vasto trabalho de análise e sistematização da literatura sobre atitudes, trouxe uma definição que tentou abarcar as diversas perspectivas existentes sobre este tema. Nesse sentido, para os referidos autores, atitude é um construto hipotético relacionado à “tendência psicológica que se expressa numa avaliação favorável ou desfavorável de uma entidade específica” (p.1). Isto quer dizer que as atitudes não podem ser observadas diretamente, mas medidas através da observação do comportamento (verbal e outros) das pessoas.

Baseando-se em uma série de definições existentes, Rodrigues, Assmar e Jablonski (2002, p. 97) sintetizaram os elementos característicos das atitudes:

a) Uma organização duradoura de crenças e cognições em geral; b) uma carga afetiva pró ou contra; c) uma predisposição à ação; d) uma direção a um objeto social. Sendo assim, podemos definir atitude social como sendo uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido, que predispõe a uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a este objeto.

Grande parte dos pesquisadores, embora não haja consenso, concorda que a atitude pode ser descrita como uma predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável em relação a um determinado objeto. Nesse sentido, pode-se dizer que o conhecimento da atitude de uma pessoa permite predizer um padrão de comportamento de forma geral. Há basicamente três elementos que a caracteriza: a noção de que é aprendida, que predispõe ações e que tais ações são favoráveis ou desfavoráveis frente a um objeto. A consistência avaliativa ou afetiva é o que distingue a atitude de outros conceitos, sendo esta dimensão frequentemente lembrada como sua característica mais importante (Fishbein & Ajzen, 1975; Rokeach, 1981).

Muitas das divergências em relação a esse construto são questões mais de teoria do que de definição. Possivelmente, o maior dissenso teórico em relação às atitudes se refere à noção da consistência da resposta, a qual implica em formas diferentes de medir e acessar uma atitude. Ao menos três tipos de consistência podem ser distinguidos. Primeiro, o estímulo-resposta da consistência, o qual sugere que uma dada atitude sempre elicia uma dada resposta ou um grupo de repostas frente a um objeto. Contudo, a crítica a essa perspectiva

recai sobre sua falha ao distinguir atitude de outros conceitos, como hábito, traço, motivação ou motivo (Fishbein & Ajzen, 1975; Rokeach, 1981).

Uma segunda interpretação, a consistência resposta-resposta, implica que uma atitude positiva guiará comportamentos positivos e uma atitude negativa levará a comportamentos negativos. Dois ou mais comportamentos são considerados consistentes quando ambos são localizados no lado positivo ou no lado negativo da dimensão da avaliação. Considerando, por exemplo, que uma pessoa vote em um governador democrata, e, por outro lado, em um senador republicano. Claramente, como neste referido exemplo, dois comportamentos podem ser consistentes em relação a uma dimensão (liberal-conservador), mas inconsistentes em relação à outra (Democrata-Republicano). Como a consistência do estímulo-resposta, a noção da consistência resposta-resposta falha ao discriminar a atitude de traço, motivo e vários outros conceitos (Fishbein & Ajzen, 1975; Rokeach, 1981).

De maneira oposta, o terceiro tipo de consistência da resposta não faz nenhuma assunção. Isto significa que em diferentes ocasiões uma pessoa pode ter diferentes comportamentos em relação ao mesmo objeto. Embora uma pessoa tenha uma atitude favorável, não há expectativa que ela terá um comportamento particular em relação a um objeto, favorável ou desfavoravelmente. Esse problema relaciona-se às controvérsias referentes à relação entre atitude e comportamento (Fishbein & Ajzen, 1975; Rokeach, 1981). Por exemplo, uma mulher pode ser contrária à legalização do aborto, mas, diante de uma gravidez indesejada, este pode ser o seu comportamento, ou seja, abortar.

As discordâncias em relação à natureza da disposição levam a outra característica das atitudes, a de que elas são aprendidas. A maioria dos autores as considera como sendo aprendidas ao longo do processo de socialização e, por isso, passíveis de mudanças. Ou seja, a predisposição em responder favorável ou desfavoravelmente são resultados de experiências passadas. Por exemplo, predisposições para realizar uma resposta particular estão

provavelmente relacionadas a algumas contingências, como recompensas, punições, aprovação ou reprovação social, esforço envolvido no desempenho do comportamento, bem como nas pressões sociais para adotar ou se abster de tal conduta (Fishbein & Ajzen, 1975; Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2002; Lima, 2006).

Sucintamente, pode-se dizer que o conceito de atitudes remete para uma organização de cognições e crenças em geral, constituída de uma carga afetiva positiva ou negativa em relação a determinado objeto social, que predispõe a um comportamento congruente com as cognições e os afetos a respeito deste objeto. As atitudes são ainda definidas como um construto hipotético relativo a uma tendência psicológica de avaliar favorável ou desfavoravelmente um objeto específico (Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2002; Lima, 2006).

Essa avaliação possui três dimensões. A primeira delas é a sua direção, se favorável ou desfavorável. A segunda é sua intensidade, na qual as posições dos sujeitos variam de extremadas a fracas. Por fim, denominou-se acessibilidade a terceira dimensão, ou seja, a probabilidade de ser rememorada automaticamente quando o sujeito se depara com o objeto de atitude. Esta última encontra-se vinculada à forma como a atitude referente a determinado objeto foi aprendida e à frequência com que é utilizada (Lima, 2006).

As atitudes sempre são relativas a objetos específicos, e são integradas por três componentes que se expressam em forma de respostas: o cognitivo, o afetivo e o comportamental. O componente cognitivo abarca os pensamentos, as ideias, as opiniões e as crenças que vinculam o objeto de atitude aos seus aspectos e consequências. O componente afetivo refere-se às emoções e aos sentimentos provocados pelo objeto. Por último, o componente comportamental diz respeito às ações ou às intenções de ações através das quais as atitudes podem se manifestar (Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2002; Lima, 2006).

As atitudes podem ser medidas através das respostas que expressam. A forma mais comum de medi-las é através do que se denominou de escala de atitudes. Essa técnica parte da

premissa de que se podem medir as atitudes através das respostas cognitivas dos sujeitos, ou seja, pelas suas crenças, opiniões e avaliações acerca de um objeto específico. Os instrumentos desenvolvidos para medir essas respostas se firmaram em torno de quatro procedimentos de construção de escalas. Estes são: Escala de Thurstone (1928), Escala de Likert (1932), Escala de Suttman (1933) e Escala de Diferencial Semântico (Osgod, Suci & Tannebaun, 1957). As desvantagens dessa técnica são a possibilidade de ocorrência da desejabilidade social e o fato de o tema abordado não ter sido confrontado pelo participante antes (Lima, 2006).

Outra maneira de se medir as atitudes é através das respostas afetivas, as quais tem o corpo como meio de expressão mais verdadeiro. As técnicas de avaliação das atitudes através de sinais corporais são quatro: respostas naturais manifestas e escondidas, respostas condicionadas e as falsas respostas psicofisiológicas. As desvantagens dessas técnicas remetem para a dificuldade de interpretar univocamente as respostas psicofisiológicas dos indivíduos e para as dificuldades práticas de ter acesso a esse tipo de material para o registro das respostas (Lima, 2006).

Por fim, as respostas comportamentais também podem ser indicadores para se medir as atitudes, com a vantagem de produzir observações em meio natural, diferentemente das medidas corporais nas respostas afetivas. As técnicas de avaliação mais importantes são as observações dos comportamentos reveladores de atitudes, sendo normalmente defendidas por apresentarem-se mais próximas da realidade. No entanto, apresentam algumas desvantagens, das quais se destacam a influência das condições ambientais sobre o comportamento e a probabilidade da existência de vieses, visto que a interpretação do comportamento é feita pelo observador e nem sempre os comportamentos das pessoas correspondem às suas atitudes (LaPierre, 1934, como citado em Fishbein & Ajzen, 1975; Lima, 2006).

Em relação à função das atitudes, Lima (2006) destacou quatro. São elas: a motivacional, a cognitiva, a social e a comportamental ou para ação. A função motivacional das atitudes foi estudada pelos primeiros teóricos funcionalistas, a exemplo de Katz (1960), o qual apontou duas razões pelas quais as pessoas mantêm suas atitudes. A primeira delas, chamada de instrumental ou avaliativa, tem como cerne a avaliação por parte do indivíduo dos benefícios das atitudes, o qual escolhe aquelas que lhe possibilitam mais recompensas sociais e menos punições. A segunda é nomeada de expressiva ou simbólica, e explica que o indivíduo utiliza as atitudes para expressar identidades e valores, preservando a sua imagem.

Segundo a função cognitiva das atitudes, estas servem para manter o equilíbrio entre as cognições das pessoas. Existem duas teorias que abordam as funções cognitivas: o princípio do equilíbrio de Heider (1958), o qual diz respeito à maneira como os indivíduos articulam distintas atitudes na sua relação com as pessoas ou objetos físicos e sociais existentes no meio, buscando ambientes subjetivos equilibrados; e o princípio da dissonância cognitiva de Festinger (1957), definido como a relação entre duas cognições de uma mesma pessoa consideradas por ela importantes, sendo que incompatíveis entre si, frente a determinado objeto (como citado em Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2002; Lima, 2006). Para sair de um estado de dissonância, Festinger (1957) propôs duas estratégias: reduzir o número ou a relevância dos argumentos dissonantes e/ou aumentar o número ou a relevância dos argumentos consonantes.

Quanto à função social, as atitudes servem para a identificação grupal e diferenciação intergrupal. A partir delas, podem-se identificar grupos e diferenciá-los de outros, como, por exemplo, os grupos favoráveis à legalização do aborto, denominados *Pro-choice*, e os contrários, denominados *Pro-life*. Por fim, observa-se o interesse em se estudar o poder preditivo das atitudes em relação aos comportamentos. Entretanto, pesquisa realizada por LaPiere (1934) demonstrou haver uma discrepância entre atitudes e comportamentos. Seu

resultado apontou que é possível haver uma tolerância ao nível comportamental e ao mesmo tempo uma intolerância ao nível atitudinal, o que significa dizer que nem sempre há uma correspondência entre atitude e comportamento.

Em síntese, esta tese se filia à perspectiva que a atitude pode ser descrita como uma predisposição geral aprendida para responder, de modo consistente, favorável ou desfavoravelmente em direção a determinado objeto. Desse modo, vale ressaltar que a atitude corresponde ao total de afeto associado ao seu conjunto de crenças, intenções e comportamentos (Rokeach, 1981).

2.2.4.1. Variáveis preditoras das atitudes frente ao direito ao aborto provocado: o que dizem as pesquisas?

O presente tópico tem como finalidade apresentar artigos publicados, cujo objetivo tenha sido investigar, empiricamente, modelos explicativos das atitudes frente ao direito ao aborto provocado, ou seja, variáveis que podem prever crenças avaliativas, pró ou contra, o acesso legal a tal prática. Dessa forma, inicialmente teve-se como metodologia a busca ativa de artigos nas bases de dados do Firefox Capes, em bases nacionais e internacionais, no período de 9 a 14 de fevereiro de 2017. Objetivou-se realizar a pesquisa bibliográfica sobre o seguinte tema: modelos explicativos das atitudes frente ao direito ao aborto provocado. Com a finalidade de delimitar o objeto de estudo e o campo de investigação, optou-se por selecionar apenas produções na forma de artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais no período de dez anos, isto é, entre 2007 e 2017.

Para tanto, utilizou-se como descritores as palavras “induced abortion attitude” OR “abortion attitude” AND “explanatory model” OR “predictive model” OR “variable” OR “predictor” OR “variable predictors”. Foram selecionados apenas aqueles estudos com

evidência, ou seja, aqueles resultantes de dados empíricos, e cujo conteúdo era disponibilizado integralmente. Como critério de exclusão tem-se os artigos que perfazem uma revisão bibliográfica sobre tema.

A partir dos descritores supracitados, foram selecionados quatro artigos cujo conteúdo estava mais relacionado ao tema em questão, os quais serão apresentados a seguir. O artigo *Gender and Abortion Attitudes: Religiosity as a Suppressor Variable* (Barkan, 2014), o qual objetivou testar a hipótese de que a diferença esperada entre os sexos no apoio à legalização do aborto emerge quando religiosidade é controlada na análise multivariada. Este resultado apontou que a religiosidade é, de fato, um maior supressor do apoio das mulheres para a legalização do aborto, como antecipado pela perspectiva de grupos de interesse.

O estudo *Religiosity, political conservatism, and support for legalized abortion: A bivariate ordered probit model with endogenous regressors* (Yen & Zampelli, 2017) estimou um modelo de apoio à legalização de abortos eletivos (auto-aborto) e traumáticos (abortos em decorrência de causas externas, como estupro), entre estudantes da universidade de Chicago, nos Estados Unidos, utilizando-se dos dados do *General Social Surveys*. Observou-se que a religião ortodoxa reduz a probabilidade de apoiar a legalização dos abortos, enquanto que a religiosidade aumenta. Surpreendentemente, identificar-se como sendo do Partido Republicano aumentaria as chances de ter atitudes positivas frente à questão. Quantitativamente, o impacto negativo do crescimento do conservadorismo político predomina.

Por sua vez, o artigo *Benevolent Sexism, Attitudes Toward Motherhood, and Reproductive Rights: A Multi-Study Longitudinal Examination of Abortion Attitudes* (Huang, Davies, Sibley & Osborne, 2016) objetivou verificar o impacto das crenças dos papéis de gênero frente ao aborto eletivo e traumático, utilizando-se, para tanto, um banco de dados de um estudo longitudinal da Nova Zelândia (N=12.299). Os resultados do primeiro estudo

mostraram que o Sexismo Benevolente (e não o Hostil), isto é, crenças que denotam um preconceito através de respostas aparentemente positivas (tratar as mulheres como frágeis e puras, por exemplo), predizem as atitudes frente ao aborto (tanto eletivo como traumático). Uma explicação para isso é a de que o Sexismo Benevolente estaria positivamente associado com a reverência à maternidade.

O segundo estudo foi realizado com 309 estudantes de psicologia da Nova Zelândia. Observou-se que as atitudes frente à maternidade mediam a relação entre Sexismo Benevolente (e Hostil) e oposição tanto ao aborto eletivo como traumático. Crenças sobre a importância da maternidade estão negativamente associadas às atitudes em relação a aborto. Esses resultados indicam que as crenças sobre a maternidade podem ajudar a explicar a associação entre crenças acerca dos papéis de gênero e atitudes em relação ao aborto (Huang, Davies, Sibley & Osborne, 2016).

Embora não esteja dentro do recorte cronológico de 10 anos, cabe trazer o artigo produzido por Tamney, Johnson e Burton (1992), o qual teve como objetivo construir o modelo das razões pelas quais as pessoas apoiariam ou não o aborto. Nesse sentido, deu-se ênfase às bases culturais e ideológicas das atitudes frente ao aborto na sociedade norte-americana, a qual se divide em termos de legislação permissiva e restritiva acerca do objeto em questão.

Segundo esses autores, a defesa da legalização do aborto tem raiz no individualismo, mais especificamente no direito individual de escolha. Discutem que esse tem sido o principal argumento relacionado às questões de gênero, visto que o movimento feminista argumenta que a pessoa tem o direito ao controle do próprio corpo. Em contrapartida, dentre os argumentos contrários, destaca-se a tradição cristã ao impor limites à liberdade individual, tomando como base os “desígnios de Deus” e estabelecendo a sacralidade da vida. Ainda nessa direção, existem alguns preceitos morais que abarcam uma ideologia essencialista da

mulher e concebem o sexo como tendo a função de procriação. Outra ideologia que se contrapõe aos argumentos baseados no individualismo é a política conservadora. Em oposição, a aceitação do aborto entre os norte-americanos estaria baseada no liberalismo e ideologias feministas.

Frente ao exposto, Tamney, Johnson e Burton (1992) construíram um modelo explicativo das atitudes frente ao aborto provocado. Este foi baseado na hipótese de que a atitude das pessoas frente à legalização do aborto está diretamente relacionada a fatores culturais e ideológicos como a *crença na privacidade*, *feminismo*, *crença que a vida se inicia com a concepção*, *tradicionalismo social*, *conservadorismo político* e a crença geral de que *toda forma de vida deve ser preservada*. Foram adicionadas cinco variáveis exógenas ao modelo: idade, nível de escolaridade, sexo, renda e etnia.

A primeira análise do modelo, feita através do LISREL, identificou que as medidas de etnia, proteção de toda forma de vida, feminismo e renda não se relacionaram com a medida de atitudes frente ao aborto provocado, sendo, portanto, eliminados. O modelo final foi testado separando-se aqueles com baixo nível de escolaridade e alto nível de escolaridade. Em relação a estes, a política ideológica conservadora teve um efeito direto nas atitudes frente ao aborto provocado, enquanto que o tradicionalismo social não teve. Contudo, para o grupo com baixa escolaridade, o tradicionalismo social teve um efeito direto nas suas atitudes, enquanto que a política ideológica conservadora não teve. Da mesma forma, o tradicionalismo social foi importante para os protestantes conservadores, mas não para os católicos (Tamney, Johnson & Burton, 1992).

De forma geral, as variáveis que se relacionaram com a atitude frente ao aborto provocado foram: *compromisso com a individualidade*, a *crença de que a vida humana começa na concepção*, o *tradicionalismo social* e a *religião*, representada pela variável *influência da igreja*. A variável *proteção aos animais* se relacionou com as atitudes negativas,

enquanto que a variável *proteção a toda forma de vida* não obteve associação. Isso foi explicado pelo fato de que as pessoas com atitudes pró-vida podem ser simpáticas à proteção de “vidas inocentes” e não à toda forma de vida. De acordo com os autores, o fato de o feminismo, reportado na literatura como sendo preditor de tais atitudes, não ter obtido correlação pode se dever a problemas metodológicos ou conceituais (Tamney, Johnson & Burton, 1992). Conforme sugestão dos autores, esta temática necessita de um maior aprofundamento. Nesse sentido, é que se apresenta o *estudo 2* desta tese.

As atitudes de uma sociedade frente a determinado fenômeno podem demarcar uma série de vulnerabilidades. Ou seja, na medida em que uma sociedade é contrária à legalização do aborto, por exemplo, os processos de estigmatização da mulher que aborta, a violência institucional e a ausência de matéria legislativa podem deflagrar o não reconhecimento de alguns direitos. Nesse sentido, o próximo tópico tem como objetivo discorrer acerca do Quadro de Vulnerabilidades e Direitos Humanos, conforme proposto por Ayres e colaboradores (2012).

2.2.5. Vulnerabilidades e Direitos Humanos

O estudo acerca da vulnerabilidade na área de saúde iniciou-se com os trabalhos realizados por Mann, Tarantola e Netter (1993) ao apresentarem uma metodologia para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. Nesse sentido, tal conceito encontra-se, especificamente, relacionado a processos e possibilidades de adoecimento. Embora o aborto não possa ser configurado como tal, sua prática, sobretudo se realizada de forma insegura, pode levar a situações de vulnerabilidade acentuada e, conseqüentemente, ao adoecimento e sofrimento, visto que sua experiência não é apenas física, mas também emocional e social. Ao mesmo tempo, os determinantes associados à vulnerabilidade conduzem a uma gravidez indesejada, acarretando na decisão pela sua interrupção. Este é o ponto de intersecção entre o

objeto de estudo desta tese e o modelo da vulnerabilidade sobre o qual este tópico irá discorrer.

A elaboração do quadro conceitual da vulnerabilidade no campo da saúde é relativamente recente e está diretamente associada à necessidade de superar as práticas preventivas fundadas no conceito de risco. A noção de risco centra no sujeito a responsabilidade pelo seu adoecimento, desconsiderando sua determinação histórico-social, como, por exemplo, a falta da moradia e da alimentação, a baixa escolaridade, o desemprego ou o salário insuficiente, a miséria, a pobreza, a violência, a dependência econômica, a opressão social e sexual, etc. (Costa-Couto, 2007).

Posteriormente, a noção de risco, bem como a expressão grupos de risco, deu lugar à concepção de comportamento de risco, deslocando a responsabilidade, que antes era de grupos sociais específicos, para toda a sociedade. Entretanto, o conceito de comportamento de risco também se mostrou insuficiente, visto que continuou centralizando no indivíduo a responsabilidade pela adesão das práticas preconizadas nas estratégias de prevenção. Além disso, ratificou a ideia de que a adoção de comportamentos mais ou menos perigosos e arriscados depende apenas da veiculação de informações e da vontade individual (Ayres, Calazans, Saletti-Filho & França-Júnior, 2006; Costa-Couto, 2007).

A crítica ao uso da expressão “comportamento de risco” foi feita pela primeira vez pelo movimento social de defesa dos direitos das mulheres; crítica esta, sobretudo, em relação aos modelos de prevenção de base teórico conceitual sócio-comportamental. Em oposição a tal perspectiva, trouxe à discussão o conceito de *empowerment*, ou seja, empoderamento, conforme tradução para a língua portuguesa, a fim de evidenciar que a mudança de comportamento está condicionada por coerções e pela disponibilidade de recursos culturais, econômicos, políticos, jurídicos e até policial, desigualmente distribuídos (Ayres et al., 2006).

Em contraposição às perspectivas de grupo de risco e comportamento de risco surge o conceito de vulnerabilidade na área dos Direitos Humanos sendo, mais tarde, incorporado ao campo da saúde com os trabalhos realizados sobre AIDS na Escola de Saúde Pública de Harvard por Mann, Tarantola e Netter (1993). No sentido de ampliar o conceito proposto por esses autores, Ayres (2002), no Brasil, apontou que o modelo de vulnerabilidade está conformado por três planos interdependentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. Nessa direção, têm-se os seguintes componentes: vulnerabilidade individual ou do comportamento pessoal; vulnerabilidade social ou do contexto social; vulnerabilidade programática ou do programa de combate à doença, no caso a AIDS.

Em síntese, o conceito de vulnerabilidade pode ser compreendido como o “movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais” (Ayres, França Jr., Calazans & Salleti Filho, 2003, p. 123), implicados, concomitantemente, com a disponibilidade de recursos de proteção e enfrentamento. Nesta tese, consideram-se como adoecimento os possíveis agravos à saúde da mulher, tanto física como emocional/psicológica, que vivencia todo o processo do aborto provocado (da descoberta da gravidez indesejada, passando pela tomada de decisão, a prática, e o momento posterior à prática) em determinado contexto social, cultural, político e jurídico.

Desse modo, pode-se observar que o significado do termo vulnerabilidade diz respeito à chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos que embora se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, isto é, o indivíduo e sua relação com o coletivo. Ademais, sua interpretação deve incorporar, necessariamente, o contexto como *locus* de vulnerabilidade, o que pode acarretar maior ou menor suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, conseqüentemente, maior ou

menor disponibilidade de recursos, individuais, sociais e programáticos, para a proteção e enfrentamento das enfermidades (Ayres, 2002).

Devido a algumas transformações no cenário político brasileiro, a citar: o processo de redemocratização do país, a reforma sanitária em curso com a construção do sistema único de saúde (SUS), a mobilização de grupos da sociedade civil organizada frente à epidemia da AIDS e movimentos em defesa dos direitos, dentre outros, sentiu-se uma crescente necessidade junto à academia e aos movimentos sociais de aproximar o modelo de vulnerabilidade à perspectiva dos direitos humanos. Nesse contexto, o modelo teórico da vulnerabilidade passou a abranger novos conceitos e especificidades referidos como o quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos (V&DH), cujo objetivo foi fortalecer a compreensão dos determinantes sociais no processo saúde-doença, bem como estabelecer estratégias de promoção da saúde, com base nos princípios de justiça, equidade e dignidade (Ayres, Paiva & Buchalla, 2012).

A partir do quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos, tem-se buscado trabalhar com as totalidades compreensivas na explicação da vulnerabilidade, nas quais os significados dos diversos aspectos individuais, sociais e programáticos implicados na exposição ao adoecimento sejam sempre mutuamente referidos (Ayres, Paiva & França Jr., 2012). A abordagem da Vulnerabilidade e Direitos humanos é um instrumento produtivo e fértil para compreender o processo saúde-doença. Quando há doença, pode-se dizer que há uma violação de direitos humanos, vista a correlação entre quanto maior a violação de direitos, maior a produção de doenças e piores indicadores de saúde. Compreendem-se as desigualdades no acesso e no usufruto da saúde como inaceitáveis. Desse modo, deve-se ter a abordagem do direito à saúde enquanto um horizonte ético-político (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Ayres, Paiva & Buchalla, 2012).

Nessa direção, o quadro V&DH buscou superar também a dicotomização entre o individual e o coletivo no manejo das três dimensões constitutivas das análises de vulnerabilidade (individual, social e programática). Isso resultou no desenvolvimento e reformulação de alguns conceitos, bem como na construção de uma dinâmica mais viva e interligada entre os três planos, conforme se pode observar na tabela 2.

Tabela 2. Vulnerabilidade e direitos humanos: dimensões individual, social e programática.

INDIVIDUAL	SOCIAL	PROGRAMÁTICA
Reconhecimento da pessoa como sujeito de direitos, dinamicamente em seus contextos*;	Análise das relações sociais, dos marcos da organização e da cidadania e cenário cultural;	Análise de quanto e como governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde.
Corpo e estado de saúde	Liberdade	Elaboração de políticas
Trajetória pessoal	Mobilização e participação	específicas
	Instituições e poderes	Aceitabilidade
Recursos pessoais	Relações de gênero	Sustentabilidade
Nível de Conhecimento	Relações raciais e étnicas	Articulação Multissetorial
Escolaridade	Relações entre gerações	Governabilidade
Acesso à informação	Processos de estigmatização	
Relações familiares	Proteção ou discriminação	Organização do setor de
Redes de amizade	sistemática de direitos	saúde e dos serviços com
Relações afetivo-sexuais		qualidade
Relações profissionais	Acesso a:	Acesso e Equidade
Rede de apoio social	Emprego/Salário	Integralidade
	Saúde Integral	Integração entre prevenção,
Subjetividade	Educação/Prevenção	promoção e assistência;
Intersubjetividade	Justiça	Equipes multidisciplinares/
Valores (em conflito?)	Cultura	enfoques interdisciplinares
Crenças (em conflito?)	Lazer/Esporte	Preparo tecnocientífico dos
Desejos (em conflito?)	Mídia/Internet	profissionais e equipes
Atitude em Contexto*		Compromisso e
Gestos em Contexto*		responsabilidade dos
Falas em Contexto*		profissionais
Interesses em Contexto*		Participação comunitária na
Momento Emocional		gestão dos serviços
		Planejamento, supervisão e

Nota: Adaptada de Ayres, Paiva & França Jr. (2012).

A dimensão individual da vulnerabilidade compreende o indivíduo como intersubjetividade e como ativo coconstrutor, e não enquanto um mero produto das relações sociais. Nesse sentido, procura-se apreender o plano individual na totalidade da sua dinâmica psicossocial. Esta se manifesta pelo grau e qualidade de informações que a pessoa dispõe, pelo modo como as elabora e pelo poder que tem para incorporá-las às suas práticas cotidianas, o qual está condicionado ao contexto material e sociocultural (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Ayres, Paiva & Buchalla, 2012).

Ao analisar a referida dimensão, deve-se ter em mente um sujeito-cidadão, cuja trajetória pessoal e psicossocial é marcada por contextos intersubjetivos e por relações de poder. Isso quer dizer que as pessoas em suas cenas cotidianas lidam diariamente com discursos, valores e desejos pessoais conflitantes, construídos através do processo de socialização e intermediados pelas redes sociais, relações comunitárias e familiares, redes de amizade e no espaço profissional que são também dependentes das condições locais de proteção e realização de direitos (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Ayres, Paiva & Buchalla, 2012).

A dimensão social é compreendida como o contexto de interação, isto é, como espaços de experiência concreta da intersubjetividade, atravessados por normatividades e poderes sociais, os quais conformam a vulnerabilidade individual. Tais normatividades e poderes são constituídos pela organização política, estrutura econômica, tradições culturais, crenças religiosas, relações de gênero, relações raciais, relações geracionais, pobreza, exclusão social e modos de inclusão que mantêm a desigualdade (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Ayres, Paiva & Buchalla, 2012).

O acesso à informação, por exemplo, bem como sua significação, de acordo com os valores e experiências, e as possibilidades de colocá-la em prática remetem para as relações sociais em que estão inseridos. São justamente esses aspectos contextuais que conformam vulnerabilidades individuais que a dimensão social busca focalizar. Nesse sentido, tem-se a análise das relações sociais, da organização e da cidadania e cenário cultural, exemplificados nas relações de gênero, nos processos de estigmatização, na educação/prevenção, etc. É também o cenário político-institucional, a exemplo da vontade popular e da democracia representativa que elabora a legislação (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Ayres, Paiva & Buchalla, 2012).

Parte-se do pressuposto de que a cultura engloba um conjunto de códigos e de sistemas de significação e de classificação social, através dos quais são atribuídos sentidos às coisas, e que são passíveis de serem compartilhadas por um grupo. Tais significados e classificações, os quais são ativamente produzidos, disputados e modificados no interior da rede de poder-saber, possibilitam a construção de certo consenso sobre o mundo em que se vive. Dessa forma, tais códigos e sentidos produzidos no contexto da própria cultura ou do grupo social agem sobre os indivíduos como se fossem universais ou únicos e, por conseguinte, melhores, mais verdadeiros e mais adequados que os outros. Por esta razão, supõe-se que estes deveriam ser adotados por todos os demais grupos (Meyer & Félix, 2012).

Por fim, a dimensão programática na vulnerabilidade busca compreender como as políticas e instituições, sobretudo aquelas de educação, bem-estar social, cultura, justiça e saúde, atuam enquanto ferramentas que reduzem, reproduzem ou aumentam as situações de vulnerabilidade das pessoas em seu contexto. O foco orientador das análises e ações baseadas na V&DH são as relações sociais que estão na base das situações de vulnerabilidade e de negligência ou violação de direitos humanos (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

A referida dimensão abarca, dentre outros, os seguintes componentes: disponibilidade, acessibilidade, qualidade e aceitabilidade dos serviços, isto é, o quanto eles estão disponíveis em quantidade suficiente para atender à demanda que lhes são apresentadas; se estão acessíveis à população e contam com profissionais qualificados e com condições sanitárias adequadas e, por fim, se o respeito à ética de cuidados médicos e aos valores e tradição cultural das pessoas são observados (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

As dimensões da vulnerabilidade, embora sejam apresentadas de forma individualizada para fins didáticos, encontram-se imbricadas e são mutuamente determinadas. Como essas vulnerabilidades se articulam e influenciam na vivência de determinadas práticas e a elas dão sentido? Desse modo, o próximo tópico tem como objetivo apresentar e discutir estudos empíricos sobre as vulnerabilidades e experiências frente ao um aborto provocado.

2.2.5.1. Mulheres que abortam: vulnerabilidades e vivências associadas

Existe todo um contexto de vulnerabilidade envolvido no processo do aborto provocado, no qual estão presentes fatores não apenas de ordem individual, mas social e programática. Do mesmo modo que essas vulnerabilidades conduzem a uma gravidez indesejada e à decisão de provocar o aborto, essa prática também expõe as mulheres a algumas situações de vulnerabilidade acentuada e violência, sobretudo a institucional, afetando diretamente na sua experiência. Nesse sentido, o presente tópico pretende abordar o impacto das dimensões sociais e programáticas para a vulnerabilidade individual, bem como a vivência (motivos, sentimentos, sentidos, etc.) da mulher que aborta.

Observa-se que as três dimensões da vulnerabilidade (individual, social e programática) agem em conjunto e determinam o grau de vulnerabilidade que cada indivíduo está exposto (Ayres et al., 2012). Dados provenientes da pesquisa Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil (GRAVAD), de base

populacional, realizada de outubro de 2001 a janeiro de 2002 no Rio de Janeiro, em Porto Alegre e em Salvador, e que abarcou 4.634 jovens de ambos os sexos, apontou que o aborto foi associado com uma experiência relatada de coerção sexual, maior escolaridade, falha na educação sexual dada pela família e uma história de mais gestações e parceiros sexuais. A associação entre o aborto e coerção sexual reflete uma situação de vulnerabilidade de gênero e revela a precariedade das mulheres jovens em relação à negociação da prevenção e reprodução (Pilecco, Knauth & Vigo, 2011). Outros estudos também denotaram uma relação entre aborto e violência de gênero (Alio et al., 2011; Couto, Nitschke, Lopes, Gomes & Diniz, 2015; Nguyen et al., 2013; Souza & Diniz, 2011).

Em outro estudo utilizando-se dados do GRAVAD, encontrou-se uma associação positiva entre alta escolaridade e renda familiar mais elevada e a ocorrência de aborto na primeira gestação. Nesse sentido, além de ter maior acesso à contracepção, as jovens economicamente privilegiadas podem fazer a opção por um aborto mais seguro, mesmo que ilegal (Menezes, Aquino & Silva, 2006). Determinantes como a origem social, as configurações familiares e de conjugalidade, as redes de sociabilidade, os projetos de maternidade, o percurso escolar e a inserção no mercado de trabalho, influenciam na decisão das jovens quanto ao aborto (Pilecco, Knauth & Vigo, 2011). Ressalta-se que muitos outros determinantes estão envolvidos nessa trama, a saber: as políticas públicas voltadas para planejamento familiar e contracepção, a dinâmica da relação afetivo-sexual, as redes de apoio, as informações sobre reprodução e contracepção disponíveis, a cultura na qual a mulher está inserida.

Alguns aspectos podem tornar uma mulher vulnerável à gravidez não planejada e, por conseguinte, ao aborto. Dentre eles destacam-se a desinformação constante acerca da sexualidade, as relações desiguais de gênero – as quais submetem às mulheres a situações acentuadas de vulnerabilidade –, as dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos, falhas

destes ou falhas no seu uso, ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde, a dificuldade financeira que implicaria ter mais um filho, o abandono ou pressão do parceiro, o qual se exime de qualquer responsabilidade, a não inclusão de filhos no seu projeto de vida, etc. (Matielo, 1994; Verardo, 1987). Nas classes populares a maternidade raramente aparece referida como concorrente com algum outro projeto pessoal ou familiar – comum ente camadas médias (Arend, Assis & Motta, 2012).

Embora a experiência do aborto seja única para cada mulher brasileira, existem algumas questões que lhes são comuns, a saber: o conflito moral, os motivos que levam à decisão de abortar, e quando a decisão é favorável ao aborto, as dúvidas que repousam sobre sua prática, tendo em vista a sua ilegalidade (Sandi & Braz, 2010). Entretanto, o processo de aborto envolve determinantes para além da dimensão e vulnerabilidade individuais, conforme questionam esses autores: “se fatores como as dificuldades de acesso ao sistema de saúde e aos métodos contraceptivos somados à violência doméstica intrínseca à cultura patriarcal impedem as mulheres de exercer suas livres escolhas, como responsabilizá-las totalmente pela gestação indesejada?” (p. 142).

Estima-se que uma em cada cinco mulheres brasileiras já terá feito um aborto aos 40 anos de idade (Diniz & Medeiros, 2010). Por que essas são histórias que não se contam? Porque são histórias resistência e sobrevivência, compartilhadas por mulheres de classes, culturas e gerações diversas. Há todo um conhecimento feminino para o aborto clandestino: práticas, métodos, trajetórias e redes de apoio são construídos e transmitidos entre mulheres. Os homens participam dessa ampla rede como coadjuvantes solidários ou intermediários que lucram com a clandestinidade do aborto, sendo, inclusive, os maiores vendedores do Cytotec, nome comercial mais conhecido do misoprostol (Diniz & Medeiros, 2012).

De acordo com o relatório produzido pelo Ministério da Saúde brasileiro, as mulheres que provocaram aborto no Brasil, no período de 1987 a 2007, tinham idades entre 20 a 29

anos, eram trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos, as quais abortaram com misoprostol. A maioria encontrava-se em união estável (Brasil, 2009). Essas mulheres temem a polícia e sentem pânico de serem redescobertas em uma das infrações mais graves ao feminino: a recusa da maternidade. Mesmo em um contexto tão complexo de restrições e perseguições, as mulheres abortam (Diniz & Medeiros 2012).

A decisão de interromper voluntariamente a gravidez não é uma decisão leviana, nem tranquila – como talvez não seja para nenhuma mulher, sempre correspondendo a uma escolha dramática, ainda mais em um contexto de ilegalidade e condenação moral. Quais as repercussões emocionais de um aborto provocado para as mulheres que o praticaram? Há diferenças das emoções sentidas e percebidas em função de uma legislação permissiva ou não? De modo geral, as mulheres que provocaram aborto relataram emoções como angústia, culpa, medo de ser castigada, de morrer, bem como sentimentos ambivalentes, sobretudo nos países onde o aborto é considerado ilegal. Os sentimentos de culpa e de medo denotam que em algumas vezes o aborto pode precipitar uma reação de emergência, um estado gravíssimo de depressão com tendência ao suicídio (Oliveira, Barbosa & Fernandes, 2005).

O remorso também foi citado como um sentimento vivenciado pelas entrevistadas. Nesse aspecto, a intensidade da tristeza é evidenciada de forma clara, dependendo da importância do evento ou da repetição numa situação anterior. Portanto, embora tenha sido uma escolha consciente, há uma perda e fica o sentimento de vazio (Oliveira, Barbosa & Fernandes, 2005). Em contraste, tem-se o estudo realizado nos Estados Unidos, em um contexto de legalidade, cujas emoções relatadas no processo de pós-aborto foram o alívio e a confiança (Foster, Gould & Kimport, 2012)

Em sua dissertação sobre a experiência de cinco mulheres que provocaram aborto no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, Rebouças (2010) observou no relato das participantes

a caracterização do aborto enquanto uma experiência dolorosa, sofrida e conflituosa, devido a fato de se confrontar com valores morais e religiosos arraigados e, sobretudo, por ir de encontro ao que a sociedade estabelece como sendo o principal papel da mulher, a maternidade. Ficou claro também nas falas das entrevistadas que o sofrimento decorre do medo da morte e das possíveis sequelas dessa prática em si e, especialmente, nos filhos, caso o aborto seja malsucedido e resulte em alguma anomalia, fato este que motivou ainda mais a decisão de ir adiante com a interrupção. Ao mesmo tempo, declararam sentir um sentimento de culpa e dívida para com seus valores morais e religiosos, acreditando, portanto, que serão e deverão ser castigadas.

Os principais sentimentos relatados por mulheres que passaram pela experiência do aborto tanto em contexto ilegal e legal foram: culpa, tristeza, arrependimento, ansiedade, medo, angústia, vazio, depressão, alívio e libertação (Benute, Nomura, Pereira, Lucia & Zugaib, 2002; Cameron, 2010; Harris, 1994). Entretanto, algumas pesquisas (Brasil, 2005; Digiovanni, 2008) ressaltaram que sentimentos negativos se tornam mais exacerbados diante da insegurança e da precariedade decorrentes da ilegalidade dessa prática. Este fato pode tornar o enfrentamento e a resiliência frente à experiência de uma gravidez indesejada, e à consequente decisão pelo aborto, prejudicados.

Quando a mulher chega aos serviços de saúde em processo de abortamento, sua experiência é física, emocional e social. Em regra, elas relatam as queixas físicas, demandando solução, mas silenciam acerca das suas vivências e sentimentos. Trata-se de um momento complicado, no qual ela pode vivenciar sentimentos de solidão, angústia, ansiedade, culpa, autocensura, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, sensação de incapacidade de engravidar novamente. Tudo isso se mistura no momento da tomada de decisão pela interrupção, no entanto, para a maioria das mulheres, na ocasião do pós-abortamento, sobressai o sentimento de alívio (Brasil, 2005).

No âmbito das vulnerabilidades sociais e programáticas, uma série de pesquisas (Rabay & Soares, 2008; Rosas, 2005; Soares, 2003) tem apontado para a violência institucional sofrida pelas mulheres que recorrem aos hospitais para assistência pós-aborto. A conduta dos profissionais nos serviços de saúde tem sido estritamente normativa e punitiva, caracterizando a trajetória desumana das mulheres que recorrem a tais serviços, conforme observado por Wiese (2012) e Wiese e Saldanha (2014).

No Uruguai, por sua vez, foi feito um estudo sobre o impacto da implementação da estratégia “*Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo*” (ISCAPCR), ainda anterior à lei de legalização do aborto, conforme comentado anteriormente. De maio de 2007 a julho de 2009, 2362 usuárias foram atendidas no Serviço de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSSyR) do Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) devido à uma gravidez não desejada, sendo assistidas conforme a Resolução 369/04, através do modelo de visitas de aconselhamento e o atendimento pós-aborto (Gorgoroso et al., 2011).

Os resultados da referida pesquisa apontou que a média de idade da maioria das usuárias do serviço era de 27 anos, 55,4% estava em um relacionamento, 27,1% não havia tido nenhuma gestação anterior e apenas 6,2% já haviam induzido algum aborto. Segundo a pesquisa, 59% fazia uso de algum método contraceptivo, o qual falhou. Ressaltou-se que, geralmente, a causa de falha no método contraceptivo é falta de informação precisa e seu uso incorreto. Para interromper a gestação, a maioria das usuárias (90,7%) utilizou o misoprostol e as principais razões para esta decisão foram: problemas econômicos (39,6%), interferência no plano de vida (38,6%) e o fato de não ter um parceiro (12%). Grande parte das mulheres (93,3%) não apresentou complicações e adotaram (81%) um método anticoncepcional seguro após o aborto (Gorgoroso et al., 2011)

De forma geral, não foi registrada nenhuma morte entre os anos de 2008 e 2009 no país inteiro e desde 2007 não tem havido nenhuma morte no CHPR em função de um aborto

inseguro. Também não foram registradas mortes em virtude do aborto provocado depois da sua legalização no Uruguai no ano de 2012 (Lissardy, 2012).

Frente ao exposto, após a definição operacional dos construtos pesquisados, a partir de uma revisão bibliográfica acerca do seu referencial teórico, o próximo capítulo se debruça sobre os três estudos empíricos realizados a fim de responder os objetivos deste trabalho. O primeiro estudo teve como objetivo traduzir, adaptar e validar para o contexto de legalidade (Uruguai) e ilegalidade (Brasil) ao aborto provocado o Gender Attitude Inventory (GAI) e o Questionário de Valores Psicossociais (QVP-24). O segundo estudo, por sua vez, analisou um modelo preditivo das atitudes frente ao direito ao aborto provocado para ambos os cenários legislativos. E, por fim, o terceiro estudo objetivou identificar e analisar as vulnerabilidades implicadas no aborto provocado, bem como a experiência e sentidos atribuídos a essa prática, a partir do discurso das mulheres que o praticaram em ambos os contextos.

III – ESTUDOS EMPÍRICOS

3.1. Estudo 1: tradução, adaptação e validação do Gender Attitude Inventory (GAI) e do Questionário de Valores Psicossociais (QVP-24)

3.1.1. Objetivos Específicos

- a) Traduzir, adaptar e validar para o contexto brasileiro (Paraíba) e uruguaio (Montevidéu) o Gender Attitude Inventory (GAI);
- b) Analisar a validade e confiabilidade da versão brasileira do Gender Attitude Inventory através de seus parâmetros psicométricos;
- c) Traduzir, adaptar e validar para o contexto uruguaio o Questionário de Valores Psicossociais (QVP-24);
- d) Adaptar e validar para a amostra brasileira deste estudo o Questionário de Valores Psicossociais (QVP-24);
- e) Analisar a validade e confiabilidade da versão uruguaia e brasileira (para esta amostra) do Questionário de Valores Psicossociais através de seus parâmetros psicométricos;

3.1.2. Método

3.1.2.1. Característica do estudo

Tratou-se de uma pesquisa básica, aplicada e de cunho quantitativo. O *estudo 1* consistiu na tradução, adaptação e validação do Gender Attitude Inventory (GAI) (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995) e do Questionário de Valores Psicossociais (QVP-24) (Pereira, Camino & Da Costa, 2005) para os contextos de ilegalidade (Brasil – Paraíba) e legalidade (Uruguai – Montevidéu).

3.1.2.2. Participantes

A fim de cumprir com os objetivos do *estudo 1*, a amostra caracterizou-se como sendo não probabilística por conveniência, composta por estudantes universitários, acessados em universidades públicas e privadas, em ambos os países. Foram aplicados 800 questionários ao todo, sendo 400 no Brasil (Paraíba) e 400 no Uruguai (Montevidéu). Entretanto, alguns participantes foram excluídos da amostra por se apresentarem como *outliers* ou por deixarem muitos itens em branco.

Desse modo, na validação do Gender Attitude Inventory (GAI) (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995), no Brasil, participaram 398 estudantes universitários, acessados em universidades públicas e privadas do estado da Paraíba (nas cidades de João Pessoa, Campinha Grande, Cajazeiras e Patos), sendo 50,8% do sexo masculino e 49,2% do sexo feminino, 39,4% estudantes da área de exatas, 33,2% de humanas e 27,4% de saúde, com média de idade de 24,7 anos ($DP = 6,8$), os quais se declararam pardos (47,1%), brancos (41,8%) e negros (9,1%), majoritariamente solteiros (78,6%), sem filhos (83,1%), católicos (47,6%), evangélicos (29,3%) e, com menor frequência, sem religião (17%). Em relação à religiosidade, numa escala de 0 a 10, a média dos participantes foi de 5,7 ($DP = 2,8$). Apenas 50,8% da amostra respondeu a pergunta sobre a renda familiar. Destes, a grande maioria (73,8%) afirmou ter renda familiar de até três salários mínimos. Por último, três mulheres responderam ter provocado aborto e 15 terem sofrido um aborto espontâneo.

No Uruguai, a amostra final na validação do GAI (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995) foi composta por 384 estudantes acessados em universidades públicas na cidade de Montevidéu. Os estudantes eram provenientes de várias cidades de todo o país (interior e capital), sendo 46,1% do sexo masculino e 53,9% do sexo feminino, 44% da área de humanas, 41,9% de exatas e 14,1% de saúde, com média de idade de 22,71 anos ($DP = 4,6$). A maioria se declarou branco (85,8%) e pardo (10,5%), solteiro (91,1%), sem filhos (95,8%), sem

religião (59,9%) e, com menor frequência, de religião católica (34,7%), cuja média de religiosidade foi de 2,96 (DP = 3,23). Apenas 31,5% dos participantes uruguaiois responderam a pergunta acerca da renda familiar. Destes, 53,7% afirmou ganhar até três salários mínimos e 19% entre três e cinco. Quatro estudantes alegaram ter interrompido a gestação e duas ter tido um aborto de forma espontânea.

Tendo em vista que alguns participantes tanto brasileiros como uruguaiois deixaram o Questionário de Valores Psicossociais (QVP-24) com algumas respostas em branco, os quais precisaram ser retirados do banco, o número final dos seus participantes foi reduzido. Dessa forma, na validação do QVP-24 (Pereira, Camino & Da Costa, 2005), participaram 369 estudantes universitários brasileiros e 354 estudantes universitários uruguaiois. Os dados sociodemográficos não sofreram mudanças significativas.

3.1.2.3. Instrumentos

Foram utilizados o inventário Gender Attitude Inventory (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995) e o Questionário de Valores Psicossociais (QVP-24) (Pereira, Camino & Da Costa, 2005). Esses instrumentos encontram-se descritos a seguir:

a) Gender Attitude Inventory (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995) (ANEXO III): O tema geral para o inventário proposto constitui crenças avaliativas sobre as relações feminino-masculino, em quatro níveis interdependentes, a saber: 1. Nível Individual; 2. Nível das Relações interpessoais; 3. Nível dos Papéis sociais; 4. Nível Societal. Os resultados das análises fatoriais foram usados para construir 14 escalas de atitudes relacionadas ao gênero, que incluiu 109 itens (42 tradicionais e 67 modernos). As escalas foram denominadas de: a) a nível Individual: Superioridade feminina, Estereótipos tradicionais; b) a nível das Relações interpessoais: Homossexualidade, Iniciativa sexual feminina, Sexo casual feminino,

Cavalheirismo, Violência heterossexual masculina; c) a nível dos Papéis sociais: Papéis familiares, Diferenças nos papéis profissionais; a nível Societal: Liderança política feminina, Direitos das mulheres, Ação individual, Creche pública, Aborto. Entretanto, para os objetivos deste estudo, foram considerados apenas os fatores: Estereótipos tradicionais, Iniciativa sexual feminina, Sexo casual feminino, Violência heterossexual masculina, Papéis familiares, Diferenças nos papéis profissionais, Liderança política feminina e Aborto, por considerá-los mais próximos do tema que se quer pesquisar, totalizando 65 itens. Os participantes foram convidados a responder cada item usando uma escala de 10 pontos ("concordam totalmente" a "discordo totalmente"). No instrumento original, esta escala constava de sete pontos. Entretanto, para padronizar as respostas em relação ao instrumento QVP-24, e na direção de possibilitar uma compreensão das respostas enquanto notas (de 1 a 10), optou-se pela referida adaptação.

A fim de selecionar o instrumento de medida das crenças de gênero mais adequado a este estudo, foi feita uma revisão sistemática de artigos nessa seara. Para tanto, utilizou-se com descritores as palavras: ("gender") AND ("belief" OR "atitude") AND ("inventory" OR "questionnaire" OR "scale") nas bases de dados MEDLINE, PsycINFO e SCIELO.

Surgiram alguns instrumentos dessa natureza, a exemplo dos citados a seguir: Inventário de Papeis Sexuais (Bem, 1974), o qual classifica os indivíduos quanto aos papéis sexuais que assumem; Inventário de Sexismo Ambivalente, versão validada para o Brasil por Formiga, Gouveia e Santos (2002), composta por 22 itens que avaliam os estereótipos assumidos por cada gênero a respeito de duas dimensões do sexismo: hostil e benévolo; Gender Stereotyping, instrumento de domínio público criado por Gunter e Wober (1982), validado por Foshee e Ballmann (1992), com versão brasileira desenvolvida por Eufrásio (2007), para mensurar estereótipos de gênero no contexto de relações e responsabilidades em rapazes entre 12 a 16 anos; Dating Attitudes Inventory (DAI) (Schwartz, Kelley & Kohli,

2012), um inventário que mede a violência no namoro, desenvolvido a fim de preencher uma lacuna na literatura e medir determinada ideologia masculina e atitudes tradicionais de gênero que sustentam e racionalizam a violência no namoro contra as mulheres; Escala de estereótipos de gênero actuais (Mayén & Berges, 2007), composta por adjetivos com o objetivo de conhecer as características atribuídas às pessoas em função do grupo de gênero ao qual pertencem.

Duas diferentes abordagens para acessar as crenças e atitudes em relação aos gêneros têm predominado: 1. Medidas unidimensionais de ideologia global dos papéis sexuais. 2. Escalas que acessam crenças avaliativas sobre questões específicas de gênero. O GAI, entretanto, tem como proposta um inventário estruturado para medir as atitudes frente aos gêneros, através de algumas crenças, que permite uma avaliação abrangente, juntamente com escalas para conteúdo específico sobre orientações avaliativas acerca do sexo e gênero. O tema geral para o inventário proposto constitui crenças avaliativas relativas às relações feminino-masculino. Sua escolha justifica-se pelo fato de que o domínio especificado vai além das relações e papéis existentes na maioria dos instrumentos sobre ideologia e papéis sexuais (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995) e, ademais, faz uma relação com os quatro níveis de análise proposto por Doise (1986, 2002).

b) Questionário de Valores Psicossociais (QVP-24) (Pereira, Camino & Da Costa, 2005). (ANEXO IV): Este instrumento contém uma lista com vinte e quatro valores, com notas variando entre um e dez, em função da importância de cada um dos valores para a construção de uma sociedade ideal para se viver. Os valores são: alegria, amor, autorrealização, competência, conforto, dedicação ao trabalho, fraternidade, igualdade, justiça social, liberdade, realização profissional, responsabilidade, autoridade, *status*, riqueza, uma vida excitante, lucro, sexualidade, obediência às leis de Deus, religiosidade, salvação da alma,

temor a Deus, sensualidade, prazer. Além das 24 variáveis observadas, o modelo é formado por seis construtos, que são o sistema de valores (materialista, religioso, hedonista e pós-materialista) e os subsistemas de valores que representam o sistema pós-materialista (bem-estar individual, bem estar social e bem-estar profissional).

3.1.2.4. Procedimentos

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, para o contexto brasileiro, e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Pereira Rossell, para o contexto uruguaio, com o fim de solicitar autorização o dar prosseguimento aos três estudos. Os instrumentos de medida utilizados, acima descritos (GAI e QVP-24), foram traduzidos do inglês para o português e do português para o espanhol por um tradutor de cada idioma, passando, posteriormente, pela revisão de outro profissional.

Mediante aprovação do comitê de ética, foi iniciada a fase de coleta de dados. No *estudo 1*, os participantes foram contatados e informados, previamente, a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa. O contato com os participantes foi feito em universidades localizadas no estado da Paraíba (Brasil) e na cidade de Montevideu, no Uruguai, cujos diretores autorizaram a sua execução.

Após a aceitação dos participantes em colaborar com a pesquisa, assegurando-lhes a confiabilidade dos dados e o anonimato, foram agendadas, coletivamente, a aplicação dos instrumentos. Esta foi conduzida pela pesquisadora autora desta pesquisa e por demais pesquisadores previamente treinados, e teve duração média de 20 minutos.

3.1.2.5. Análise dos dados

Inicialmente, foi feita uma análise preliminar descritiva exploratória com objetivo de identificar possíveis participantes *outliers*, bem como aqueles que deixaram um número considerável de respostas em branco. Em seguida, no GAI e QVP, os valores *missing* em cada item foram substituídos pelo valor da média; no QVP, os participantes que deixaram quatro itens ou mais em branco foram retirados. Os questionários foram adaptados e validados analisando-se as suas evidências psicométricas. Para tanto, foi empregada a Análise Fatorial Exploratória, utilizando-se o método de Análise dos Componentes Principais (ACP) com a finalidade de localizar dimensões subjacentes ao conjunto de dados coletados, ou seja, os fatores. Com o objetivo de melhorar a interpretação dos dados, foi utilizada a rotação de fatores oblíqua do tipo oblimin, considerando 0,40 como carga fatorial mínima de saturação dos itens nos fatores.

Posteriormente, a análise de confiabilidade das escalas foi feita através do alfa de Cronbach. Antes de realizar a análise de confiabilidade do GAI, visto que este é composto por itens “negativos” (tradicionais) e “positivos” (modernos), as respostas dos itens com frases invertidas (negativas) foram modificadas. Desse modo, as respostas das variáveis com crenças de gênero tradicionais (Ex. “O marido deve ser o principal responsável pelo sustento da família”, “As mulheres provocam o estupro por sua aparência ou comportamento”) foram revertidas, ou seja, o número 1 (discordo totalmente) passou a ser o número 10 (concordo totalmente), o número 2 passou a ser o número 9 e, assim, sucessivamente. Nesse sentido, quanto maior a pontuação obtida na escala, e em seus fatores, mais moderno será considerado o participante em relação as suas crenças de gênero. Por sua vez, o QVP-24, em função da natureza da escala de resposta, não precisou sofrer tal alteração.

3.1.3. Resultados

3.1.3.1. Análise Fatorial Exploratória do Gender Attitude Inventory (GAI) no contexto de legalidade (Uruguai)

Os dados foram submetidos a uma análise exploratória preliminar, através da qual foram eliminados 10 sujeitos *outliers* cujas respostas extremas se repetiam em 10 ou mais itens. A amostra final foi composta por 384 respondentes, sendo considerada adequada, de acordo com Tabachnick e Fidell (2007). É recomendado ter no mínimo cinco participantes por variável até um total de 300 (Kass e Tinsley, 1979). Observa-se que a presente amostra cumpre esse pressuposto, tendo em média seis sujeitos por variável. Posteriormente, os valores *missing* em cada item foram substituídos pela média.

Para verificar a fatorabilidade da escala, efetuou-se o Teste de Esfericidade de Bartlett e o Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). O Teste de Esfericidade de Bartlett indicou uma correlação entre os itens [$X^2 (2080) = 9547,257$; $p < 0,001$]. A medida de adequação da amostra, averiguada pelo índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), foi de 0,85. Os dados obtidos por esses dois procedimentos apontaram que há um nível de probabilidade considerado apropriado para a correlação entre variáveis e que a amostra é adequada para a realização da Análise Fatorial.

Em seguida, foi utilizado o método de Análise dos Componentes Principais. Observou-se que o fator denominado no inventário original de “Liderança política feminina”, abarcando sete variáveis (ex. “Eu votaria em uma mulher qualificada politicamente para ser a presidente do Uruguai”), pouco explicava a variância da medida. Desse modo, optou-se por sua retirada, observando um aumento na variância total explicada, segundo o critério de Kaiser (eigenvalue superior a 1,0), a qual passou de 62,98% para 64,31%. A análise do gráfico Sree Plot sugeriu a extração de aproximadamente seis fatores (figura 4). Entretanto, o

GAI original, e conforme sugere o critério de Kaiser (utilizando-se eigenvalues superiores a 1,5), foi verificada a existência de sete fatores explicando 41,95% da variância total.

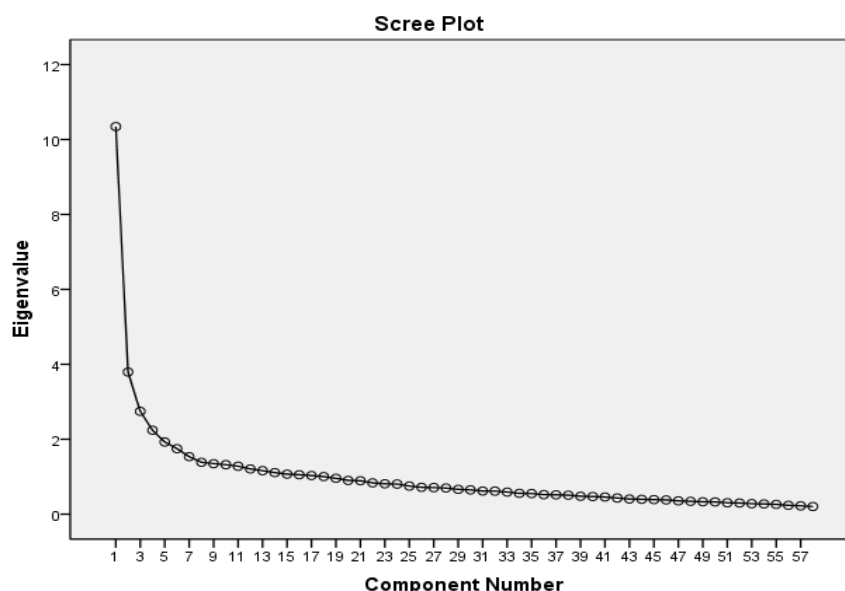


Figura 4. Diagrama de declividade (Scree Plot) dos fatores do GAI – versão uruguaia.

A fim de melhorar a interpretação dos fatores, aplicou-se o método de rotação oblíqua do tipo oblimin, visto que a teoria sugere que os fatores da matriz podem se correlacionar, fixando-se o número de fatores a serem extraídos em sete, conforme também inventário original (após a retirada do fator “Liderança política feminina”). No entanto, nove itens (1, 5, 6, 29, 39, 40, 41, 45 e 58) apresentaram comunalidades inferiores a 0,30. Nesse sentido, tais variáveis foram excluídas e procedeu-se uma nova análise fixando-se seis fatores, através dos quais se obteve uma melhor interpretabilidade dos dados. Segundo Tabachnick e Fidell (2007), itens com cargas fatoriais inferiores a 0,32 devem ser excluídos. Não obstante, nesta análise optou-se por excluir itens que tiveram saturação inferior a 0,40. Com base nesse critério, foram eliminados nove itens que não obtiveram cargas satisfatórias em nenhum fator. A tabela 3 abaixo apresenta os resultados.

Tabela 3. Estrutura fatorial (carga fatorial e comunalidades) dos itens do GAI (versão uruguaia) após a rotação oblímin.

Itens	Fatores						h ²
	1	2	3	4	5	6	
17. La esposa debe ser la principal responsable por el cuidado con la casa y los hijos.	,698						,553
32. En un matrimonio, el marido debe asumir el liderazgo en la toma de decisiones.	,652						,528
19. Las mujeres deberían permitir a los hombres asumieren el control de la relación sexual.	,616						,368
16. Yo no tendría respeto por una mujer que estuviese en una relación sexual sin ningún comprometimiento emocional.	,553						,302
48. Las mujeres deben trabajar fuera de casa apenas si esto no interfiere en sus quehaceres domésticos.	,511						,320
38. El marido debe ser el principal responsable por el sustento de la familia.	,485						,462
34. El hombre debería siempre tomar la iniciativa para tener relaciones sexuales con una mujer.	,476						,406
4. La iniciativa de empezar un noviazgo debe ser del hombre.	,427						,321
65. Mientras sea el jefe de la familia, el marido debe tener más responsabilidad por el planeamiento financiero de la familia que su esposa.	,420						,392
36. Las mujeres deben tener un papel pasivo en el coqueteo.							
61. En un relacionamiento, tanto el hombre como la mujer debería ser libre para iniciar una relación sexual.							
10. Las mujeres deben preocuparse más con sus cuidados maternos y domésticos que con sus deseos y carrera profesionales.							
8. El aborto debería ser tratado legalmente como un asesinato.		-,830					,692
3. El aborto debe ser accesible a todas las mujeres.		,805					,662
15. Yo estoy en favor de una enmienda constitucional que prohíba todos los abortos.		-,774					,617

62. Los hospitales públicos deben ofrecer el aborto a cualquiera mujer que lo solicite.	,741	,633
30. Todas las mujeres tienen el derecho de decidir si quieren o no hacer un aborto.	,709	,633
23. Una mujer que es fiel a sus instintos maternos no haría un aborto.	-,609	,513
54. La iniciativa de pedir en noviazgo puede ser tanto de los hombres como de las mujeres.		
26. Todos los trabajos son adecuados tanto para los hombres como para las mujeres.	,742	,572
46. Hay trabajos más adecuados para las mujeres y otros para los hombres debido a la diferencia de fuerza física.	-,710	,553
20. Muchos empleos deberían ser prohibidos para las mujeres en función de requisitos físicos.	-,649	,516
49. Hay algunas profesiones y negocios que son más adecuados para hombres que para las mujeres.	-,641	,557
44. Es apropiado separar el trabajo entre “trabajo de mujer” y “trabajo de hombre”.	-,536	,465
21. Comparadas a los hombres, las mujeres tienden a ser débiles.	-,518	,430
37. Hay muchos trabajos en que debe ser dada la preferencia a los hombres que sean contratados y promovidos, en detrimento de las mujeres.		,385
50. Los hombres son generalmente más egoístas que las mujeres.	,853	,639
57. En su mayoría, los hombres son más arrogantes que las mujeres.	,818	,618
33. Las mujeres son más gentiles que los hombres.	,765	,587
9. Comparadas a los hombres, las mujeres son más capaces de dedicarse completamente a los demás.	,612	,431
60. Los hombres son generalmente más aventureros que las mujeres.	,576	,473
55. Comparadas a los hombres, las mujeres tienden a ser más ingenuas.	,495	,403

43. Los hombres son más independientes que las mujeres.	,449	,411
53. Los hombres tienen más certeza de lo que ellos pueden hacer que las mujeres.		
18. En la mayoría de los casos, cuando la mujer es violada, ella está pidiendo por esto.	-,687	,486
11. La mayoría de las mujeres que son violadas tiene responsabilidad en eso de alguna manera.	-,663	,401
47. Las mujeres provocan la violación por su apariencia o comportamiento.	-,558	,452
64. Si una mujer está en un clima de coqueteo y ella deja que las cosas salgan de su control, es culpa de ella si el hombre la fuerce a hacer sexo.	-,512	,372
31. En una violación, la víctima nunca es la causadora del acto.	,445	,392
35. Yo no respetaría a un hombre si él decidiera quedarse en casa cuidando de los hijos mientras su esposa trabaja.		
52. El trabajo ejercido por la mujer debería ser totalmente diferente del trabajo ejercido por el hombre.		
42. Estoy de acuerdo que la mujer tenga relación sexual con alguien que ella conozca bien y que le guste, pero que no ame.	,601	,534
22. Estoy de acuerdo con una mujer que tiene una postura activa durante la relación sexual.	,567	,435
63. Es aceptable una mujer hacer sexo casual.	,535	,633
27. Las mujeres deberían ser libres para expresarse sexualmente.	,528	,375
25. Estoy de acuerdo que la mujer dé el primer paso para iniciar un relacionamiento con un hombre.*	,448	,293
12. Yo estoy de acuerdo que la mujer sea la proveedora del hogar y deje a su marido en casa cuidando de los niños.	,446	,326
51. Estou de acordo que a mulher entre em contato com um homem que ela esteja interessada	,431	,344
13. Las mujeres no deben quedarse		

restringidas a asumir algunos trabajos en función de requisitos físicos.

Valor Próprio (Eigenvalue)	9,78	3,70	2,63	2,12	1,84	1,57
Variância explicada (%)	19,97	7,55	5,38	4,33	3,75	3,21
Alfa de Cronbach (α)	0,79	0,85	0,80	0,81	0,55	0,73

Nota: h^2 = comunalidade.

*Itens que apresentaram comunalidade menor que 0,30.

No processo de análise foram desconsiderados os itens 10, 13, 35, 36, 37, 52, 53, 54 e 61 por não terem obtido carga fatorial igual ou maior do que 0,40 em nenhum dos fatores extraídos na análise fatorial exploratória. Foi igualmente excluído o item 25 por apresentar baixa ($<0,30$) comunalidade. Também foi descartado o item 12 (“Yo estoy de acuerdo que la mujer sea la proveedora del hogar y deje a su marido en casa cuidando de los niños.”) por ter sido considerado não coerente com o fator no qual se alocou. Ademais, ao ser retirado, a medida de confiabilidade do fator analisado pelo alfa de Cronbach aumenta de 0,64 para 0,73, passando a ser um alfa considerado aceitável, conforme orientações de George e Mallery (2003). Desse modo, a retirada desse item se justifica psicométrica e teoricamente.

A versão uruguaia, adaptada e validada, do Gender Attitude Inventory (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995), denominada de Inventario de Creencias de Género (ICG-Uruguay), é composta por 38 itens, sendo 28 escritos de forma tradicional (Ex.: “En un matrimonio, el marido debe asumir el liderazgo en la toma de decisiones”, “Muchos empleos deberían ser prohibidos para las mujeres en función de requisitos físicos”) e 10 de maneira moderna (Ex.: “Todos los trabajos son adecuados tanto para los hombres como para las mujeres”, “En una violación, la víctima nunca es la causadora del acto”), distribuídos em seis fatores, os quais explicaram 44,17% da variância. O fator 1, denominado de “Diferencia en los Roles Familiares y Sexuales”, foi composto por nove itens tradicionais com saturação entre 0,42 a 0,70 (itens 17, 32, 19, 16, 48, 38, 34, 4 e 65), com um valor próprio de 9,78 e responsável por 19,97 % da variância explicada. O segundo fator, nomeado de “Aborto”, abarcou seis itens,

três tradicionais e três modernos, com cargas fatoriais de 0,61 a 0,83 (itens 8, 3, 15, 62, 30 e 23), os quais explicaram 7,55% da variância e obteve valor próprio de 3, 70.

Em seguida, o terceiro fator, intitulado “Diferencia en los Roles Profesionales”, abrangeu um total de seis itens (26, 46, 20, 49, 44 e 21), sendo apenas um moderno, com saturação variando entre 0,52 e 0, 74, explicando 5,38% da variância e com valor próprio de 2,63. O fator 4, denominado de “Estereotipos Tradicionales”, foi composto por sete variáveis tradicionais (50, 57, 33, 9, 60, 55 e 43), com cargas fatoriais entre 0,45 e 0,85, com 4,33% de variância explicada e valor próprio de 2,12. O quinto fator, por sua vez, intitulado “Violencia Sexual”, explicou 3,75 da variância total, com valor próprio de 1,84, compreendendo cinco itens (18, 11, 47, 64 e 31), sendo quatro tradicionais, com saturação entre 0,44 e 0,69. Por fim, o sexto fator, “Libertad Sexual Femenina”, abarcou cinco itens modernos (42, 22, 63, 27 e 51) com saturação entre 0,43 e 0,60, os quais explicaram 3,21% da variância e obtiveram valor próprio de 1,57. As comunalidades dos itens encontram-se descritas na tabela 3.

Concernente à confiabilidade, a escala total com 38 itens e seis fatores alcançou um índice considerado satisfatório, com coeficiente de Cronbach igual a 0,89. O fator “Diferencia en los Roles Familiares y Sexuales” alcançou o índice de 0,79; o segundo fator, “Aborto”, de 0,85; o índice do terceiro fator, “Diferencia en los Roles Profesionales”, foi de 0,80; o quarto fator, “Estereotipos Tradicionales”, de 0,81; o quinto fator, “Violencia Sexual”, obteve um coeficiente de 0,55 e, por fim, o sexto fator, “Libertad Sexual Femenina”, um índice de 0,73, conforme se observa na tabela 3.

Do ponto de vista estatístico, verificaram-se correlações positivas entre todos os fatores da escala. Entretanto, apesar de significativas, algumas correlações foram baixas, tendo em vista que apenas os valores acima de 0,30 são considerados significativos. Vale ressaltar que as respostas dos itens com frases escritas de forma tradicional foram modificadas, direcionando a escala em apenas um sentido. Assim, quanto maior a pontuação

obtida nos fatores, mais moderno será considerado o participante em relação às suas crenças de gênero.

Desse modo, o fator “Diferencia en los Roles Familiares y Sexuales” teve uma correlação estatisticamente significativa com os fatores 3, 4, 5 e 6, o que significa dizer as crenças contrárias aos papéis domésticos e sexuais tradicionalmente atribuídos a homens e mulheres estão associadas às crenças contrárias à diferenciação nos papéis profissionais em função do gênero ($r = 0,472$; $p < 0,01$), à discordância com os estereótipos tradicionais ($r = 0,472$; $p < 0,01$), à discordância de que a mulher seja causadora da violência sexual ($r = 0,379$; $p < 0,01$), e à concordância com a liberdade sexual feminina ($r = 0,369$; $p < 0,01$).

Em seguida, o fator “Aborto” se correlacionou positivamente com o fator “Libertad Sexual Femenina” ($r = 0,474$; $p < 0,01$), compreendendo uma associação entre crenças relacionadas aos direitos reprodutivos (neste caso, o aborto especificamente) e direitos sexuais (liberdade sexual). Por fim, o fator “Diferencia en los Roles Profesionales” apresentou correlação positiva com os fatores “Estereotipos Tradicionales” ($r = 0,336$; $p < 0,01$) e “Violencia Sexual” ($r = 0,349$; $p < 0,01$). Os índices de correlação encontram-se descritos na tabela 4.

Tabela 4. Correlações entre os fatores do ICG-Uruguay

Fatores do ICG	Diferencia en los Roles Familiares y Sexuales	Aborto	Diferencia en los Roles Profesionales	Estereotipos Tradicionales	Violencia Sexual	Libertad Sexual Femenina
Diferencia en los Roles Familiares y Sexuales		,264*	,472*	,487*	,379*	,369*
Aborto	,264*		,259*	,176*	,226*	,474*
Diferencia en los Roles Profesionales	,472*	,259*		,336*	,349*	,157*

Estereotipos Tradicionales	,487*	,176*	,336*		,266*	,225*
Violencia Sexual	,379*	,226*	,349*	,266*		,299*
Libertad Sexual Femenina	,369*	,474*	,157*	,225*	,299*	

*p < 0,01.

3.1.3.2. Análise Fatorial Exploratória do Gender Attitude Inventory (GAI) no contexto de ilegalidade (Brasil)

Inicialmente, foi eliminado um sujeito *outlier* com respostas extremas repetidas em 10 ou mais variáveis. Nesse sentido, compuseram a amostra final 398 estudantes brasileiros, quantidade considerada suficiente para se proceder a análise fatorial. Em seguida, as respostas que estavam em branco (*missing*) foram substituídas pelo valor da média dos seus respectivos itens.

Posteriormente, verificou-se a viabilidade de realizar uma Análise dos Componentes Principais. Os resultados permitiram corroborar a adequação da matriz de correlação: KMO de 0,90 e o Teste de esfericidade de Bartlett, $X^2 (2080) = 11138, 0,53; p < 0,001$. Dessa forma, concluiu-se que as variáveis estão correlacionadas de forma significativa, indicando que a matriz de correlação é adequada para análise fatorial.

Na análise fatorial, utilizou-se o método de Análise dos Componentes Principais. Conforme se procedeu com os dados do Uruguai, também se tomou a decisão de retirar os sete itens que compõem o fator nomeado no inventário original de “Liderança política feminina” (ex. “Eu votaria em uma mulher qualificada politicamente para ser a presidente do Brasil”). Isso se justifica pelos seguintes motivos: padronizar a validação segundo procedimento feito com o banco de dados do Uruguai e em função do referido fator pouco

explicar a variância total. A análise do gráfico Sree Plot sugeriu a extração de aproximadamente cinco fatores (figura 5). Entretanto, o GAI original, e conforme sugere o critério de Kaiser (utilizando-se eigenvalues superiores a 1,5), foi verificada a existência de sete fatores explicando 47,35% da variância total.

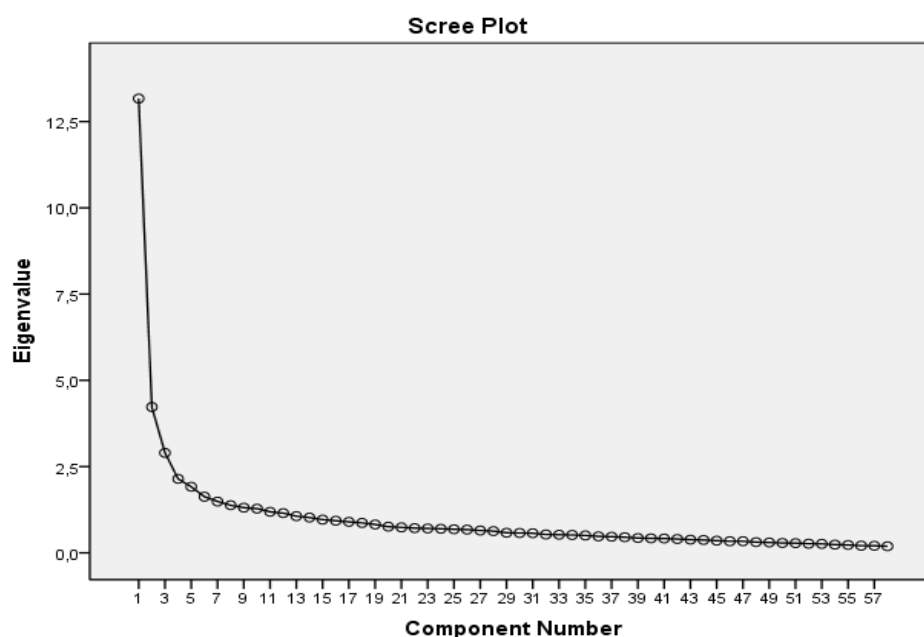


Figura 5. Diagrama de declividade (Scree Plot) dos fatores do GAI – versão brasileira.

Em seguida, aplicou-se o método de rotação oblíqua do tipo oblimin com o objetivo de melhorar a interpretabilidade dos dados, fixando-se o número de fatores a serem extraídos em sete. Entretanto, seis itens (6, 16, 27, 31, 35 e 40) apresentaram comunalidades inferiores a 0,30. Dos sete fatores extraídos, foram observados dois fatores similares, os quais saturaram itens referentes às diferenças nos papéis profissionais. Nesse sentido, procedeu-se uma nova análise fixando-se seis fatores e retirando-se as seis variáveis com baixas comunalidades. Foram considerados apenas os itens com carga fatorial igual ou acima de 0,40. Com base nesse critério, foram eliminados seis itens que não obtiveram cargas satisfatórias em nenhum fator. A tabela 5 apresenta os resultados.

Tabela 5. Estrutura fatorial (carga fatorial e comunalidades) dos itens do GAI (versão brasileira) após a rotação oblímin.

Itens	Fatores						h ²
	1	2	3	4	5	6	
32. Em um casamento, o marido deve assumir a liderança na tomada de decisões.	,716						,604
17. A esposa deve ser a principal responsável pelo cuidado com a casa e os filhos.	,706						,550
19. As mulheres devem permitir os homens a assumirem o controle da relação sexual.	,650						,477
38. O marido deve ser o principal responsável pelo sustento da família.	,610						,643
10. As mulheres devem se preocupar mais com os seus cuidados maternos e domésticos do que com seus desejos e carreira profissionais.	,565						,391
34. O homem deveria sempre tomar a iniciativa para ter relações sexuais com uma mulher.	,545						,524
65. Enquanto o chefe da família, o marido deve ter mais responsabilidade pelo planejamento financeiro da família do que sua esposa.	,487						,570
4. A iniciativa de iniciar um namoro deve ser do homem.	,400						,504
3. O aborto deve ser acessível para todas as mulheres.		,858					,715
8. O aborto deveria ser tratado legalmente como um assassinato.		-,854					,700
62. Os hospitais públicos devem oferecer o aborto a qualquer mulher que o solicite.		,801					,641
30. Toda mulher tem o direito de decidir se quer ou não fazer um aborto.		,784					,596
15. Eu sou a favor de uma emenda constitucional que proíba todos os abortos.		-,761					,602
23. Uma mulher que é fiel a seus instintos maternos não faria um aborto.		-,711					,591

57. Em sua maioria, os homens são mais arrogantes do que as mulheres.	,805	,595
60. Os homens são geralmente mais aventureiros do que as mulheres.	,720	,535
50. Os homens são geralmente mais egoístas do que as mulheres.	,675	,512
55. Comparadas aos homens, as mulheres tendem a ser mais ingênuas.	,614	,426
33. As mulheres são mais gentis do que os homens.	,559	,417
9. Comparadas aos homens, as mulheres são mais capazes de se dedicarem completamente aos outros.	,557	,352
1. Os homens são mais competitivos do que as mulheres.*	,504	,289
53. Os homens têm mais certeza do que eles podem fazer do que as mulheres.	,494	,392
43. Os homens são mais independentes do que as mulheres.	,443	,441
64. Se uma mulher está num clima de paquera e ela deixa que as coisas saiam de seu controle, é culpa dela se o homem forçar sexo com ela.		
51. Estou de acordo que a mulher entre em contato com um homem que ela esteja interessada.	,707	,569
61. Em um relacionamento, tanto o homem como a mulher deveria ser livre para iniciar uma relação sexual.	,674	,519
25. Estou de acordo que a mulher dê o primeiro passo para iniciar um relacionamento com um homem.	,636	,491
54. A iniciativa de pedir em namoro pode ser tanto dos homens como das mulheres.	,620	,531
22. Estou de acordo com uma mulher que tem uma postura ativa durante a relação sexual.	,569	,387
63. É aceitável uma mulher fazer sexo casual	,535	,585

42. Estou de acordo que a mulher tenha relação sexual com alguém que ela conheça bem e que goste, mas que não ame.	,482	,518
12. Eu estou de acordo que a mulher seja a provedora do lar e deixe seu marido em casa cuidando das crianças.	,438	,379
36. As mulheres devem ter um papel passivo na paquera.		
18. Na maioria dos casos, quando a mulher é estuprada, ela está pedindo por isto.	,623	,439
11. A maioria das mulheres que são estupradas tem responsabilidade nisso de alguma maneira.	,564	,442
39. Às vezes é justificável um homem bater em sua esposa.	,554	,311
58. Na maioria dos casos de violência doméstica, as mulheres são tão culpadas quanto os homens.	,546	,423
47. As mulheres provocam o estupro pela sua aparência ou comportamento.	,537	,460
29. A maioria das acusações de violência doméstica são invenções das esposas para se vingarem dos seus maridos.	,507	,347
52. O trabalho exercido pela mulher deveria ser totalmente diferente do trabalho exercido pelo homem.	,402	,486
45. As mulheres não devem ter a mesma liberdade sexual que o homem.		
48. A mulher deve trabalhar fora de casa apenas se isto não interferir nos seus afazeres domésticos.		
49. Há algumas profissões e negócios que são mais adequados para homens do que para as mulheres.	-,624	,615
26. Todos os trabalhos são adequados tanto para os homens como para as mulheres.	,614	,496
46. Existem trabalhos mais adequados para as mulheres e outros para os homens devido à força física.	-,590	,588

44. É apropriado separar o trabalho entre “trabalho de mulher” e “trabalho de homem”.							-,541	,567
13. As mulheres não devem ficar restringidas a assumir alguns trabalhos em função de requisitos físicos.*							,491	,293
20. Muitos empregos deveriam ser proibidos para as mulheres em função de requisitos físicos.							-,422	,431
41. No mundo de hoje a ideia de “trabalho de mulher” e “trabalho de homem” está ultrapassada.*							,404	,274
21. Comparadas aos homens, as mulheres tendem a ser fracas.								
5. É normal a mulher ter uma carreira e o homem ficar em casa com as crianças.								
37. Há muitos trabalhos em que deve ser dada a preferência aos homens para serem contratados e promovidos, em detrimento das mulheres.								
Valor Próprio (Eigenvalue)	12,46	4,15	2,75	2,12	1,86	1,61		
Variância explicada (%)	23,96	7,98	5,28	4,07	3,59	3,09		
Alfa de Cronbach (α)	0,73	0,88	0,82	0,82	0,70	0,78		

Nota: h^2 = comunalidade.

*Itens que apresentaram comunalidade menor que 0,30.

Durante o processo de análise foram descartados seis itens (64, 36, 45, 48, 5, 37 e 21) por não terem obtido carga fatorial igual ou maior do que 0,40 em nenhum dos fatores extraídos na análise fatorial exploratória. Também excluídos os itens 1, 13 e 41 por apresentarem baixas ($<0,30$) comunalidades. Igualmente à validação da versão uruguaia, o item 12 (“Eu estou de acordo que a mulher seja a provedora do lar e deixe seu marido em casa cuidando das crianças.”), o qual saturou no fator 4, foi excluído por ser incoerente em relação ao fator no qual se alocou. Da mesma forma se procedeu com o item 52 (“O trabalho exercido pela mulher deveria ser totalmente diferente do trabalho exercido pelo homem”).

A versão brasileira, adaptada e validada, do Gender Attitude Inventory (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995), denominada de Inventário de Crenças de Gênero (ICG-Brasil) está conformada por 40 itens, sendo 29 escritos de forma tradicional (Ex.: “A maioria das mulheres que são estupradas tem responsabilidade nisso de alguma maneira” e “As mulheres são mais gentis do que os homens”) e 11 de maneira moderna (Ex.: “O aborto deve ser acessível para todas as mulheres” e “É aceitável uma mulher fazer sexo casual”), distribuídos em seis fatores, os quais explicaram 47,98% da variância. O fator 1, denominado de “Diferença nos Papéis Familiares e Sexuais”, foi composto por oito itens tradicionais com saturação entre 0,39 a 0,72 (itens 32, 17, 19, 38, 10, 34, 65 e 4), com um valor próprio de 12,46 e responsável por 23,96% da variância explicada. O segundo fator, “Aborto”, abarcou seis itens, três tradicionais e três modernos, com cargas fatoriais entre 0,71 a 0,86 (itens 3, 8, 62, 30, 15 e 23), os quais explicaram 7,98% da variância e obteve valor próprio de 4,15.

O terceiro fator, por sua vez, intitulado “Estereótipos Tradicionais”, abarcou um total de oito itens (57, 60, 50, 55, 33, 9, 53 e 43), todos escritos de forma tradicional, com saturação variando entre 0,44 e 0,80, explicando 5,28 da variância e com valor próprio de 2,75. O fator 4, denominado de “Iniciativa Sexual”, foi composto por sete variáveis modernas (51, 61, 25, 54, 22, 63 e 42), com cargas fatoriais entre 0,48 e 0,71, com 4,07% de variância explicada e valor próprio de 2,12. O quinto fator, por sua vez, intitulado “Violência Sexual e Doméstica”, explicou 3,59 da variância total, com valor próprio de 1,86, compreendendo seis (18, 11, 39, 58, 47 e 29), sendo todos tradicionais, com saturação entre 0,51 e 0,62. Por fim, o sexto fator, “Diferença nos Papeis Profissionais”, abarcou cinco, sendo quatro tradicionais e um moderno (49, 26, 46, 44 e 20) com saturação entre 0,42 e 0,62, os quais explicaram 3,09% da variância e obtiveram valor próprio de 1,61. As comunalidades dos itens encontram-se descritas na tabela 5.

Em relação à confiabilidade da escala, a versão brasileira adaptada do Gender Attitude Inventory, nomeada de Inventário de Crenças de Gênero, alcançou um índice considerado satisfatório, com coeficiente de Cronbach igual a 0,91. O fator “Diferença nos Papéis Familiares e Sexuais” alcançou o índice de 0,73; o segundo fator, “Aborto”, de 0,88; o índice do terceiro fator, “Estereótipos Tradicionais”, foi de 0,82; o quarto fator, “Iniciativa Sexual”, de 0,82; o quinto fator, “Violência Sexual e Doméstica”, obteve um coeficiente de 0,70 e, por fim, o sexto fator, “Diferença nos Papéis Profissionais”, um índice de 0,78, conforme se observa na tabela 5.

Foram observadas correlações positivas entre todos os fatores da escala. No entanto, embora significativas, algumas correlações foram fracas, pois obtiveram coeficientes inferiores a 0,30. Nessa direção, o fator “Diferença nos Papéis Familiares e Sexuais” teve uma correlação estatisticamente significativa com os demais fatores, o que significa dizer que as crenças contrárias aos papéis domésticos e sexuais tradicionalmente atribuídos a homens e mulheres estão associadas às crenças favoráveis ao direito da mulher ao aborto ($r = 0,421$; $p < 0,01$), às crenças contrárias aos estereótipos tradicionais ($r = 0,501$, $p < 0,01$), às crenças favoráveis à iniciativa sexual tanto masculina como feminina ($r = 0,48$, $p < 0,01$), às crenças contrárias à violência sexual e doméstica ($r = 0,39$, $p < 0,01$) e, por fim, às crenças contrárias à diferenciação nos papéis profissionais em função do gênero ($r = 0,542$; $p < 0,01$).

Dando continuidade, o fator “Aborto” também se correlacionou positivamente com o fator “Iniciativa Sexual” ($r = 0,468$; $p < 0,01$), inferindo uma associação entre crenças relacionadas aos direitos reprodutivos (neste caso, o aborto especificamente) e direitos sexuais (liberdade sexual). O fator “Estereótipos Tradicionais” se correlacionou com o fator “Violência Sexual e Doméstica” ($r = 0,357$; $p < 0,01$) e com o fator “Diferenças nos Papéis Profissionais” ($r = 0,465$; $p < 0,01$), o que quer dizer que quanto mais uma pessoa tem crenças contrárias a tais estereótipos de gênero mais ela tem também crenças contrárias à referida

violência e à diferenciação profissional em função do gênero. O fator “Iniciativa Sexual” e “Violência Sexual e Doméstica” obtiveram uma correlação positiva, fraca e moderada, respectivamente, com o fator “Diferença nos Papéis Profissionais” ($r = 0,329$; $p < 0,01$) e ($r = 0,43$; $p < 0,01$). Os índices de correlação encontram-se descritos na tabela 6.

Tabela 6. Correlações entre os fatores do ICG-Brasil

Fatores do ICG	Diferença nos Papéis Familiares e Sexuais	Aborto	Estereótipos Tradicionais	Iniciativa Sexual	Violência Sexual e Doméstica	Diferença nos Papeis Profissionais
Diferença nos Papéis Familiares e Sexuais		,421*	,501*	,480*	,390*	,542*
Aborto	,421*		,249*	,468*	,128*	,262*
Estereótipos Tradicionais	,501*	,249*		,235*	,357*	,465*
Iniciativa Sexual	,480*	,468*	,235*		,218*	,328*
Violência Sexual e Doméstica	,390*	,128*	,357*	,218*		,430*
Diferença nos Papeis Profissionais	,542*	,262*	,465*	,328**	,430*	

* $p < 0,01$

3.1.3.3. Discussão

O objetivo principal do *estudo 1* desta tese foi analisar a validade de construto (estrutura fatorial e consistência interna) de uma versão reduzida do Gender Attitude Inventory (GAI) (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995) para o contexto de ilegalidade (Brasil –

Paraíba) e legalidade (Uruguai – Montevideu), a partir de uma amostra específica. A escala original (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995) é composta por 109 itens (42 tradicionais e 47 modernos) distribuídos em 14 subescalas, os quais explicaram 44% e 42% da variância total para homens e mulheres, respectivamente. Entretanto, para esta análise fatorial, foram excluídos seis fatores a fim de se ter um instrumento mais parcimonioso e breve. Na análise exploratória também foi excluído o fator “Liderança política feminina”, por justificativas tanto psicométricas como em função da conjuntura política atual brasileira, cuja presidenta sofreu um golpe parlamentar. Isso poderia acarretar em respostas que refletem mais um posicionamento político-partidário do que as crenças de gênero propriamente ditas. Nesse sentido, a versão brasileira e uruguaia do GAI explicaram 47,98% e 44,17% da variância, respectivamente.

De um modo geral, pode-se dizer que as versões do GAI (Inventário de Crenças de Gênero-Brasil e Inventario de Creencias de Género-Uruguai), que acessam crenças frente às múltiplas dimensões de gênero, apresentaram parâmetros psicométricos adequados na amostra de estudantes universitários pesquisada. Nesse sentido, pode ser considerado um instrumento válido para identificar seis fatores relativos às crenças de gênero tradicionais ou modernas (construtivistas), conforme sugerem os autores da escala original: Diferença nos Papéis Familiares e Sexuais, Aborto, Estereótipos Tradicionais, Iniciativa Sexual/Liberdade Sexual Feminina, Violência Sexual/Violência Sexual e Doméstica e Diferença nos Papéis Profissionais.

Observou-se que o fator denominado Diferença nos Papeis Familiares e Sexuais das versões em ambos os contextos abarcaram itens de três fatores diferentes da escala original: Papéis familiares, Iniciativa sexual feminina e Sexo casual feminino. Isso pode ser explicado pelo fato de que, embora esses fatores estejam em diferentes níveis de análise, eles se referem a como homens e mulheres se relacionam entre si enquanto ocupantes de papéis socialmente

definidos. O fator crucial destes e outros papéis é que eles restringem o comportamento dos indivíduos através prescrições sociais, o “deveria”, e as expectativas sociais decorrentes dessas prescrições (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995). Segundo Butler (1990), o gênero é um ato performativo, fixado através da repetição dos gestos, movimentos e estilos que produzem significados e “realidades masculinas e femininas”, conforme expectativas sociais, as quais constroem uma percepção da corporeidade bastante específica.

As versões brasileira e uruguaia do GAI compartilharam estrutura fatorial semelhante, sendo ambas constituídas por seis fatores. Entretanto, alguns itens que saturaram em alguns fatores do Inventário de Crenças de Gênero não saturaram nos fatores do Inventario de Creencias de Género. Mais especificamente, foram observadas diferenças nos fatores denominados de Iniciativa Sexual para a versão brasileira e Liberdade Sexual Feminina para a versão uruguaia. Enquanto que aquele fator abarcou itens que correspondem à liberdade de homens e, sobretudo, de mulheres em iniciarem e se envolverem ativamente em uma relação sexual, este compreendeu itens relativos apenas à liberdade da mulher em se expressar sexualmente. Igualmente, observou-se que o fator referente à violência na versão brasileira abarcou itens relativos à violência tanto sexual como doméstica, enquanto que a versão uruguaia considerou apenas a violência sexual.

As versões traduzidas, adaptadas e validadas do Gender Attitude Inventory abarcaram crenças sobre o gênero em quatro níveis de análise. Nesse sentido, pode-se fazer um paralelo com os quatro níveis de análise propostos por Doise (1986, 2002), os quais não correspondem a quatro níveis de realidade, mas a níveis de análises designados para capturar os diferentes aspectos desta. O primeiro nível enfoca o estudo dos processos intra-individuais, ou seja, como os indivíduos organizam a sua percepção e avaliam o meio social, bem como seu comportamento nesse meio. Ao nível individual, encontra-se o fator denominado de Estereótipos Tradicionais, os quais se referem a traços, características internas que dizem

respeito ao “ser homem” e “ser mulher” (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995). De acordo com esses autores, ao incluir crenças estereotipadas o interesse não é o conteúdo particular das crenças, mas as implicações avaliativas dos estereótipos sexuais (por exemplo, "Os homens são mais racionais do que as mulheres", e, por implicação, eles são melhores do que elas).

O segundo nível de análise abordado por Doise (1986, 2002) refere-se aos processos interindividuais, cujo objeto de estudo é a dinâmica das relações estabelecidas por determinados indivíduos, em uma situação e momento específicos, ressaltando os conflitos e tensões decorrentes dessas relações. Nesse nível, encontram-se os fatores Iniciativa Sexual/Liberdade Sexual Feminina e Violência. No terceiro nível, o intergrupar, a análise repousa sobre a relação entre homens e mulheres como ocupantes de papéis socialmente definidos. Nesse nível encontram-se os fatores Diferença nos Papeis Familiares e Sexuais e Diferença nos Papeis Profissionais.

Por fim, o quarto nível de análise, análogo ao societal (Doise, 1986, 2002), diz respeito às atitudes sobre mulheres e homens na sociedade. Essa categoria inclui as crenças avaliativas sobre o status quo do gênero (formas "tradicionais" em que as categorias sociais homens e mulheres se inter-relacionam), bem como as instituições e as políticas que suportam a existência de padrões de interação. Também inclui atitudes frente a sugestões de mudanças nas práticas institucionais e políticas públicas existentes (por exemplo, acesso ao aborto). Nesse nível de análise encontra-se o fator denominado de Aborto.

Sobre a consistência interna do Inventário de Crenças de Gênero (ICG – versão brasileira), o coeficiente geral da escala, 0,91, é considerado como excelente (George e Mallery, 2003, p. 231). E segundo os critérios de Nunnally (1991) que indicam como satisfatório um índice de precisão maior ou igual a 0,70, pode-se afirmar que todos os seis fatores do ICG apresentaram coeficientes de precisão conforme o esperado, ou seja, acima de 0,70. Por sua vez, o Inventario de Creencias de Género (ICG – versão uruguaia) apresentou

um índice de precisão, 0,89, considerado como bom. Entretanto, o seu fator denominado de Violencia Sexual obteve um alfa considerado insatisfatório, mas que, dada à natureza polimorfa do construto, não deve ser descartado (Clark e Watson, 1995; Mueller, 1986).

Vale ressaltar que este estudo apresentou algumas limitações de caráter metodológico. Em primeiro lugar destaca-se o fato de as amostras terem sido por conveniência (não probabilísticas). Em segundo lugar, observa-se que os locais de recrutamento restringiram-se a algumas cidades do estado da Paraíba no Brasil, e à cidade de Montevideu no Uruguai. No entanto, pondera-se que não se pretendeu generalizar os resultados, mas avaliar os parâmetros de uma medida específica.

Nesse sentido, oferece-se uma medida que poderá ser empregada em pesquisas futuras em que se objetive analisar as crenças de gênero tanto essencialistas (tradicionais), cujas explicações repousam em questões biológicas, como construtivistas (modernas), as quais que têm por base explicações culturais, a partir de quatro níveis de análise. As versões brasileira e uruguaia do Gender Attitude Inventory (GAI) fornecem um dispositivo de medição que busca captar a complexidade do conceito gênero, na sua concepção binária, entretanto, complementando os instrumentos sobre os papéis e ideologias sexuais já existentes, bem como instrumentos sobre questões específicas dessa seara. Por fim, sugere-se a realização de pesquisa em outros estados do Brasil e do Uruguai a fim de verificar se a estrutura fatorial e a confiabilidade do inventário, encontradas neste estudo, se confirmam.

3.1.3.4. Análise Fatorial Exploratória do Questionário de Valores Psicossociais (QVP-24) no contexto de legalidade (Uruguai)

Inicialmente, os dados foram submetidos a uma análise exploratória preliminar, a fim de retirar os sujeitos que deixaram em branco mais de três variáveis da escala. Não foi

observado nenhum *outlier* cuja resposta extrema se repetiu em mais de três variáveis. Desse modo, participaram do estudo de validação do QVP-24 375 estudantes universitários uruguaios. Em seguida, os valores *missing* em cada item foram substituídos pela média.

A fim de verificar a adequação fatorial da escala, efetuou-se o Teste de Esfericidade de Bartlett [$X^2(276) = 2548,163$; $p < 0,001$] e o Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), cujo valor foi 0,75. Os dados obtidos por esses dois procedimentos apontaram que há um nível de probabilidade considerado apropriado para a correlação entre variáveis e que a amostra é adequada para a realização da Análise Fatorial.

Posteriormente, foi utilizado o método de Análise dos Componentes Principais. A análise do gráfico Scree Plot sugeriu a extração de aproximadamente cinco fatores (figura 6). No entanto, conforme sugere o critério de Kaiser (utilizando-se eigenvalues superiores a 1,0), foi verificada a existência de seis fatores explicando 56,61% da variância total.

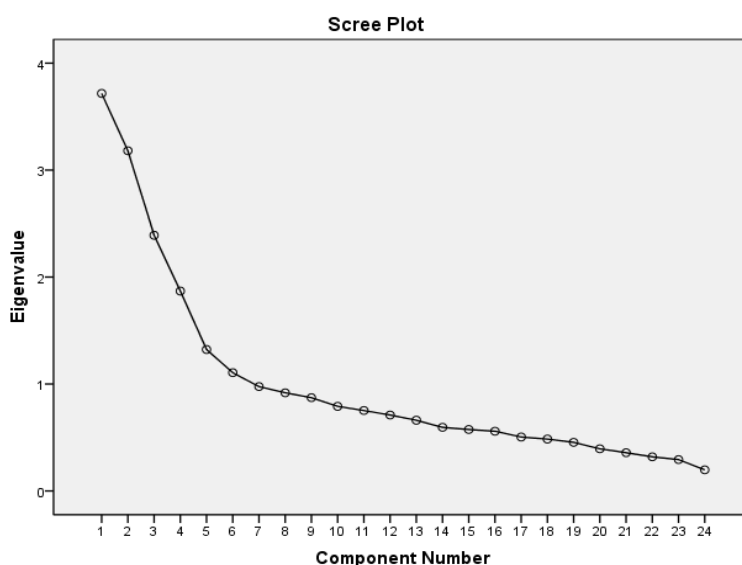


Figura 6. Diagrama de declividade (Scree Plot) dos fatores do QVP – versão uruguaia.

A fim de melhorar a interpretação dos fatores, aplicou-se o método de rotação oblíqua do tipo oblimin, visto que a teoria sugere que os fatores da matriz podem se correlacionar,

fixando-se o número de fatores a serem extraídos em cinco e em seis, seguindo critérios do gráfico Sree Plot e de Kaiser, respectivamente. Com a solução de seis fatores, o último fator abarcou apenas dois itens, sendo considerado como adequado no mínimo três itens por fator. Desse modo, optou-se pela solução de extração de cinco fatores. Segundo Tabachnick e Fidell (2007), itens com cargas fatoriais inferiores a 0,32 devem ser excluídos. Não obstante, nesta análise optou-se por excluir itens que tiveram saturação inferior a 0,35. Desse modo, nenhuma variável foi excluída. A tabela 7 apresenta os resultados.

Tabela 7. Estrutura fatorial (carga fatorial e comunalidades) dos itens do QVP-24 (versão uruguaia) após a rotação oblimin

Itens	Fatores					h ²
	1	2	3	4	5	
18. Lucro	,769					0,62
11. Estatus	,703					0,58
9. Riqueza	,682					0,49
14. Autoridad	,639					0,53
3. Competencia	,586					0,36
4. Dedicación al Trabajo	,444					0,42
12. Una Vida Excitante		,790				0,63
10. Sensualidad		,716				0,59
23. Sexualidad		,707				0,56
19. Placer		,610				0,51
7. Obediencia a las Leyes de Dios			,884			0,82
8. Religiosidad			,843			0,72
22. Salvación del Alma			,797			0,67
24. Temor a Dios			,771			0,62
6. Libertad				,682		0,45
5. Igualdad				,672		0,46
2. Auto-Realización				,557		0,39
20. Realización-Profesional				,530		0,53
1. Alegría				,406		0,32
16. Fraternidad					-,745	0,57
17. Justicia Social					-,651	0,44
15. Confort					-,489	0,48
21. Responsabilidad					-,416	0,32
13. Amor					-,347	0,39

Valor Próprio (Eigenvalue)	3,71	3,18	2,39	1,87	1,32
Variância explicada (%)	15,49	13,25	9,96	7,79	5,51
Alfa de Cronbach (α)	0,76	0,72	0,86	0,58	0,49

Nota: h^2 = comunalidade.

Desse modo, os valores foram distribuídos em cinco fatores, os quais explicaram 52% da variância. O fator 1, denominado de “Materialista y Valores del Trabajo”, foi composto por seis valores: Lucro, Estatus, Riqueza, Autoridad, Competencia e Dedicación al Trabajo, com saturação entre 0,44 a 0,77, com um valor próprio de 3,71 e responsável por 15,49 % da variância explicada. O segundo fator, nomeado de “Hedonista”, abarcou quatro itens: Una vida Excitante, Sensualidad, Sexualidad e Placer, com cargas fatoriais entre 0,61 e 0,79, explicando 13,25% da variância e com valor próprio de 3,18. O terceiro fator, intitulado “Religioso”, abrangeu um total de quatro valores: Obediencia a las Leyes de Dios, Religiosidad, Salvación del Alma e Temor a Dios, com saturação variando entre 0,77 e 0,88, explicando 9,96% da variância e com valor próprio de 2,39.

O fator 4, denominado de “Postmaterialista (bienestar individual)”, foi composto por cinco valores: Libertad, Igualdad, Auto-Realización, Realización Profesional e Alegría, com cargas fatoriais entre 0,41 e 0,68, com 7,79% de variância explicada e valor próprio de 1,87. Foi assim denominado por abarcar um maior número de valores do bem-estar individual, embora também tenha contemplado os valores do bem-estar social. Por fim, o quinto fator, intitulado “Postmaterialista (bienestar social)”, explicou 5,51 da variância total, com valor próprio de 1,32, compreendendo os seguintes valores: Fraternidad, Justicia Social, Confort, Responsabilidad e Amor, com saturação entre 0,35 e 0,74. Entretanto, esses dois últimos fatores obtiveram índices de confiabilidade (alfa de Cronbach) considerados ruim e inaceitável (0,58 e 0,49), respectivamente. Desse modo, optou-se por juntar esses dois fatores em apenas um, denominado de “Postmaterialista”, abrangendo dez valores, o qual obteve um alfa de 0,61. Ao mesmo tempo, observa-se que ambos os fatores compartilham valores que,

teoricamente, pertencem ao outro. Por exemplo, “Amor” refere-se ao bem-estar individual e “Igualdade” ao bem-estar social. Nesse sentido, obedeceu-se aos quatro grandes sistemas de valores preconizados pela versão original (Pereira, Camino & Da Costa, 2005).

Frente ao exposto, a versão uruguaia, adaptada e validada do Questionário de Valores Psicossociais (QVP-24) (Pereira, Camino & Da Costa, 2005), denominada de Cuestionario de Valores Psicossociales (CVP-24) é composta por 24 itens, distribuídos em quatro sistemas de valores (“Materialista y Valores del Trabajo”, “Hedonista”, “Religioso” e “Postmaterialista”. Em relação à confiabilidade da escala, o CVP-24 alcançou um índice considerado satisfatório, com coeficiente de Cronbach igual a 0,75. O fator “Materialista y Valores del Trabajo” alcançou o índice de 0,76; o segundo fator, “Hedonista”, de 0,72; o índice do terceiro fator, “Religioso”, foi de 0,86; e, por fim, o quarto fator, “Postmaterialista”, obteve um coeficiente de 0,61.

No que diz respeito às correlações entre os sistemas de valores do Cuestionario de Valores Psicossociales (CVP-24), verificou-se que apenas o fator “Hedonista” obteve uma correlação positiva e fraca com o fator “Postmaterialista” ($r = 0,321$; $p < 0,01$). Isso significa dizer que quanto maior é a média no sistema de valor hedonista, mais elevada também é a média no sistema de valor pós-materialista. Os índices de correlação encontram-se descritos na tabela abaixo.

Tabela 8. Correlações entre os sistemas de valores do CVP-24.

Valores do CVP-24	Materialista y Valores del Trabajo	Hedonista	Religioso	Postmaterialista
Materialista y Valores del Trabajo		,122*	,242**	,176**
Hedonista	,122*		-,045	,321**

Religioso	,242**	-,045		,037
Postmaterialista	,176**	,321**	,037	

*p <0,05

** <0,01

3.1.3.5. Análise Fatorial Exploratória do Questionário de Valores Psicossociais (QVP-24) no contexto de ilegalidade (Brasil)

Realizou-se uma análise inicial a fim de identificar participantes *outliers* e aqueles que deixaram em branco mais de três itens da escala. Nesse sentido, participaram do estudo de validação do QVP-24 369 estudantes universitários brasileiros. Posteriormente, os valores *missing* em cada item foram substituídos pela média.

A fim de verificar a adequação fatorial da escala, efetuou-se o Teste de Esfericidade de Bartlett [$X^2 (276) = 3644,304$; $p < 0,001$] e o Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), cujo valor foi 0,84. Desse modo, tais resultados apontaram que há um nível de probabilidade considerado apropriado para a correlação entre variáveis e que a amostra é adequada para a realização da Análise Fatorial.

Em seguida, foi utilizado o método de Análise dos Componentes Principais. A análise do gráfico Sree Plot sugeriu a extração de aproximadamente cinco fatores (figura 7). Do mesmo modo, segundo o critério de Kaiser (utilizando-se eigenvalues superiores a 1,0), foi verificada a existência de cinco fatores explicando 58,22% da variância total.

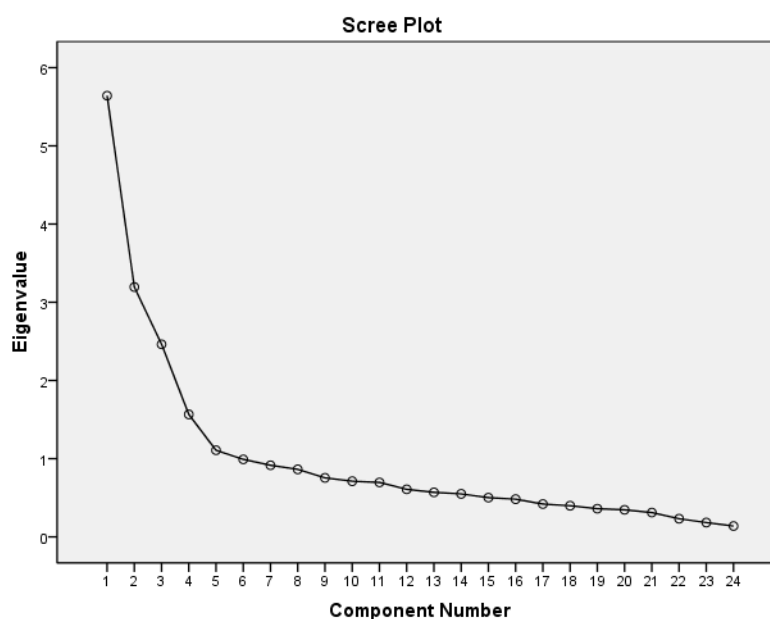


Figura 7. Diagrama de declividade (Scree Plot) dos fatores do QVP – versão brasileira.

A fim de melhorar a interpretação dos fatores, aplicou-se o método de rotação oblíqua do tipo oblimin, visto que a teoria sugere que os fatores da matriz podem se correlacionar, fixando-se o número de fatores a serem extraídos em cinco, conforme o critério de Kaiser e do gráfico Scree Plot. Foram considerados os itens que obtiveram saturação acima de 0,35. Desse modo, em função desse critério, o valor Alegria foi excluído. O valor Sensualidade obteve carga fatorial satisfatória em dois fatores. Entretanto, decidiu-se alocá-lo no fator 1 devido a questões teóricas, visto que na escala original ele pertence a tal fator. A tabela 9 apresenta os resultados.

Tabela 9. Estrutura fatorial (carga fatorial e comunalidades) dos itens do QVP-24 (versão brasileira) após a rotação oblimin

Itens	Fatores					h ²
	1	2	3	4	5	
19. Prazer	,676					0,57
23. Sexualidade	,660					0,57
12. Vida Excitante	,614					0,66

6. Liberdade	,561					0,41
1. Alegria						0,36
7. Obediência às Leis de Deus	,941					0,88
24. Temor a Deus	,917					0,83
22. Salvação da Alma	,904					0,82
8. Religiosidade	,776					0,70
9. Riqueza		-,743				0,61
11. Status		-,737				0,63
18. Lucro		-,726				0,60
14. Autoridade		-,680				0,49
10. Sensualidade	,500	-,607				0,72
3. Competência			,720			0,55
4. Dedicação ao trabalho			,685			0,49
20. Realização Profissional			,653			0,53
2. Auto-realização			,633			0,59
21. Responsabilidade			,545			0,32
17. Justiça Social				,763		0,58
16. Fraternidade				,712		0,57
13. Amor				,646		0,56
15. Conforto				,529		0,53
5. Igualdade				,484		0,41
Valor Próprio (Eigenvalue)	5,64	3,19	2,46	1,57	1,11	
Variância explicada (%)	23,51	13,31	10,26	6,52	4,61	
Alfa de Cronbach (α)	0,77	0,92	0,78	0,72	0,69	

Nota: h^2 = comunalidade.

Os 23 valores foram distribuídos em cinco fatores, os quais explicaram 58,22% da variância. O fator 1, denominado de “Hedonista”, foi composto por cinco valores: Prazer, Sexualidade, Vida Excitante, Liberdade e Sensualidade, com saturação entre 0,50 a 0,68, com um valor próprio de 5,64 e responsável por 23,51 % da variância explicada. O segundo fator, nomeado de “Religioso”, abarcou quatro itens: Obediência às Leis de Deus, Temor a Deus, Salvação da Alma e Religiosidade, com cargas fatoriais entre 0,78 e 0,94, explicando 13,31% da variância e com valor próprio de 3,19. O terceiro fator, intitulado “Materialista”, abrangeu um total de quatro valores: Riqueza, Status, Lucro e Autoridade, com saturação variando entre 0,68 e 0,74, explicando 10,26% da variância e com valor próprio de 2,46.

O fator 4, denominado de “Pós-materialista (valores do trabalho)”, foi composto por cinco valores: Competência, Dedicação ao Trabalho, Realização Profissional, Auto-realização e Responsabilidade, com cargas fatoriais entre 0,54 e 0,72, com 6,52% de variância explicada e valor próprio de 1,57. Por fim, o quinto fator, intitulado “Pós-materialista (bem-estar social e individual)”, explicou 4,61 da variância total, com valor próprio de 1,11, compreendendo os seguintes valores: Justiça Social, Fraternidade, Amor, Conforto e Igualdade, com saturação entre 0,48 e 0,76. Entretanto, alguns valores, como o valor auto-realização, pertence, segundo a versão original do QVP-24 (Pereira, Camino & Da Costa, 2005), ao subsistema de valor bem-estar individual. Desse modo, optou-se por juntar esses dois fatores em apenas um, os quais representaram o sistema de valor “Pós-materialista”, o qual compreende os valores do trabalho, do bem-estar social e individual, conforme instrumento original.

Nesse sentido, a versão brasileira, adaptada e validada do Questionário de Valores Psicossociais (QVP-23) (Pereira, Camino & Da Costa, 2005) para a amostra deste estudo é composta por 23 itens distribuídos em quatro sistemas de valores (“Hedonista”, “Religioso”, “Materialista” e “Pós-materialista”). Concernente à sua confiabilidade, esta versão alcançou um índice considerado satisfatório, com coeficiente de Cronbach igual a 0,84. O fator “Hedonista” alcançou um índice de 0,77; o segundo fator, “Religioso”, de 0,92; o índice do terceiro fator, “Materialista”, foi de 0,78; e, por fim, o quarto fator, “Pós-materialista”, obteve um coeficiente de 0,77.

Embora os sistemas de valores tenham obtidos correlações significativas, foram consideradas apenas as correlações com coeficiente acima de 0,30. Desse modo, o sistema de valor “Hedonista” obteve uma correlação positiva e moderada com os sistemas de valores “Materialista” ($r = 0,536$; $p < 0,01$) e “Pós-materialista” ($r = 0,429$; $p < 0,01$). O sistema de valores “Materialista”, por sua vez, se correlacionou positivamente, não obstante numa

relação considerada fraca, com o sistema de valores “Pós-materialista” ($r = 0,308$; $p < 0,01$).

Os índices de correlação encontram-se descritos na tabela 10 abaixo.

Tabela 10. Correlações entre os sistemas de valores do QVP-23.

Valores do QVP-23	Hedonista	Religioso	Materialista	Pós-materialista
Hedonista		,061	,536*	,429*
Religioso	,061		,249*	,167*
Materialista	,536*	,249*		,308*
Pós-materialista	,429*	,167*	,308*	

* $p < 0,05$

3.1.3.6. Discussão

A Abordagem Societal dos Valores, cujo instrumento de medida é o Questionário de Valores Psicossociais (QVP-24), tem como proposta articular os níveis de análise dos fenômenos sociais (Doise, 1986, 1982) para a compreensão da natureza dos sistemas de valores. Destaca, portanto, que o desenvolvimento desses valores no interior dos grupos sociais é decorrente das ideologias presentes nas sociedades (Torres et al., 2001). O QVP-24 foi elaborado há pouco mais de uma década (Pereira, Camino & Da Costa, 2005) para medir sistemas de valores de estudantes universitários brasileiros, sendo composto por 24 valores distribuídos em quatro sistemas de valores. Frente ao exposto, um dos objetivos do *estudo 1* desta tese foi traduzir e validar o QVP-24 para o Uruguai e verificar se sua estrutura fatorial permanece a mesma na amostra de estudantes brasileiros desta pesquisa, a partir de uma escala de resposta variando de 1 a 10.

De modo geral, pode-se dizer que as versões do QVP-24 para o Uruguai e para a amostra brasileira deste estudo, Cuestionario de Valores Psicossociales (CVP-24) e Questionário de Valores Psicossociais (QVP-23), respectivamente, apresentaram parâmetros psicométricos adequados na amostra de estudantes universitários pesquisada. A análise fatorial exploratória aponta que os estudantes da pesquisa em questão estruturaram seus valores em quatro sistemas: hedonista, religioso, materialista e pós-materialista.

No QVP-24 original (Pereira, Camino & Da Costa, 2005), o sistema hedonista abarca os valores relacionados ao prazer e à satisfação sexual (prazer, sexualidade, sensualidade e uma vida excitante). O sistema religioso é composto pelos valores espirituais e dogmáticos cristãos presentes na cultura brasileira: temor a Deus, religiosidade, salvação da alma e obediência às leis de Deus. O sistema materialista, por sua vez, integra valores que dizem respeito ao bem-estar econômico (riqueza e lucro) e à estratificação social (*status* e autoridade). Por fim, o sistema pós-materialista abarca, conforme proposto por Inglehart (1991) e por Pereira e et al. (2001), um conjunto de subsistemas de valores, a saber: valores do bem-estar social (igualdade, liberdade, fraternidade e justiça), bem-estar individual (conforto, auto-realização, alegria e amor) e bem-estar profissional (realização profissional, dedicação ao trabalho, competência e responsabilidade).

Entretanto, a estrutura fatorial do CVP-24 e do QVP-23, analisadas neste estudo, mostrou diferença em relação à estrutura fatorial apresentada pelo QVP-24. O Cuestionario de Valores Psicossociales (CVP-24), para o contexto uruguaio, integrou os 24 valores distribuídos nos quatro sistemas de valores. No entanto, o sistema de valor Materialista abarcou dois valores correspondentes ao subsistema Bem estar-profissional do sistema de valor Pós-materialista (competência e dedicação ao trabalho). Nesse sentido, tem-se a hipótese de que os participantes uruguaio desta pesquisa compreenderam o bem estar-material como estando atrelado ao bem estar-profissional, ou, seja, a riqueza e o *status*, por

exemplo, estariam vinculados a uma ideia de meritocracia, na qual aqueles tidos como mais competentes e dedicados conquistariam posições hierárquicas de poder.

Ainda nessa perspectiva, estudo realizado por Pereira, Camino & Da Costa (2005), encontrou correlações positivas e estatisticamente significativas entre o sistema de valor materialista do QVP-24 e os valores da autopromoção dos tipos motivacionais da teoria de Schwartz (1992), como o poder e a realização. Nesse sentido, o sistema de valor materialista vincula-se ao sistema de valor da promoção individual, o qual se aproxima das concepções meritocráticas. Outra diferença apresentada pelo CVP-24 é que na sua análise fatorial foram observados apenas dois subsistemas do sistema de valor Pós-materialista e não três, conforme estrutura do QVP-24. No entanto, psicométrica e teoricamente, decidiu-se pela extração de um fator único que representa o sistema de valor Pós-materialista.

O Questionário de Valores Psicossociais(QVP-23) validado para a amostra do contexto brasileiro deste estudo integrou 23 valores distribuídos nos quatro sistemas de valores. O valor alegria não obteve carga fatorial considerada satisfatória. Ao mesmo tempo, o sistema de valor Hedonista contemplou o valor Liberdade que no QVP-24 (Pereira, Camino & Da Costa, 2005) saturou no subsistema Bem-estar social do sistema de valor Pós-materialista. Observa-se que o valor liberdade foi compreendido pelos participantes desta tese enquanto vinculado à ideia de liberdade sexual, liberdade individual de experimentação. Segundo Souza e Öelze (1998), o ideal de individualidade teria a liberdade como motivação mais íntima. Desse modo, liberdade tornou-se século XVIII a bandeira universal pela qual o indivíduo autoafirma e protege o seus mais variados desconfortos e necessidades.

Ao mesmo tempo, conforme pesquisa realizada por Pereira, Camino e Da Costa, (2005), o sistema de valor Hedonista se correlaciona positivamente com os tipos motivacionais de Abertura à mudança, o qual mantém uma estrutura contrária à dimensão Conservação na teoria de Schwartz (1992). Isso ratifica a explicação de que o valor liberdade

pode ter sido compreendido enquanto a liberdade individual de experimentação, saturando, portanto, no sistema de valor Hedonista. Ademais, na análise fatorial do QVP-23 foram observados apenas dois subsistemas do sistema de valor Pós-materialista. Não obstante, psicométrica e teoricamente, e em consonância com o CVP-24, decidiu-se pela extração de um fator único que representa o sistema de valor Pós-materialista.

No que diz respeito à consistência interna do Cuestionario de Valores Psicossociales, o coeficiente (CVP-24) foi de 0,75, é considerado aceitável (George e Mallery, 2003, p. 231). Os demais fatores também obtiveram cargas fatoriais satisfatórias, excetuando-se o fator Postmaterialista, cujo alfa foi questionável, segundo os referidos autores. No entanto, manteve-se sua dada à natureza polimorfa do construto, bem como por critérios teóricos, este não foi descartado (Clark e Watson, 1995; Mueller, 1986). O Questionário de Valores Psicossociais (QVP-23), por sua vez, bem como seus sistemas de valores, obtiveram alfa de Cronbach considerados satisfatórios. Isso quer dizer que em relação à sua fidedignidade, esta medida pode ser tida como confiável, ou seja, os escores do teste ao longo do tempo se mostrariam estáveis.

A correlação entre os sistemas de valores das referidas medidas (Hedonista e Postmaterialista [$r = 0,321$; $p < 0,01$] no CVP-24; Hedonista e Materialista [$r = 0,536$; $p < 0,01$], Hedonista e Pós-materialista [$r = 0,429$; $p < 0,01$], Materialista e Pós-materialista [$r = 0,308$; $p < 0,01$] no QVP-23) corroboram a hipótese de que a oposição entre eles é um artefato metodológico e que não existiria oposição motivacional (Pereira, Camino & Da Costa, 2005). De maneira oposta, a correlação positiva observada entre os sistemas de valores Materialista e Pós-materialista, apenas para o contexto brasileiro, vai de encontro às pesquisas realizadas nos Estados Unidos e Europa (Inglehart, 1991), as quais apontaram para uma correlação negativa entre tais sistemas.

Uma possível explicação para esses resultados é a de que nos países em desenvolvimento, onde ainda existem problemas sociais básicos, os valores materialistas ainda são amplamente compartilhados, apesar de os valores pós-materialistas também estarem difundidos. É provável que para a construção de uma sociedade ideal nesses países, a adesão a valores pós-materialistas não implique, necessariamente, a redução da importância atribuída ao sistema materialista (Pereira & Camino, 1999). As correlações positivas entre esses sistemas indicam que os estudantes tanto podem considerar importantes os valores materialistas como os pós-materialistas, conforme resultados da pesquisa de Pereira, Lima e Camino (2001).

Destaca-se, por fim, que este estudo apresenta algumas limitações metodológicas. Uma delas refere-se ao tipo de amostra utilizada, por conveniência. Em segundo lugar, tem-se que os locais de recrutamento restringiram-se a algumas cidades do estado da Paraíba no Brasil, e à cidade de Montevideu no Uruguai. Entretanto, pondera-se que não se pretendeu generalizar os resultados, mas avaliar a estrutura fatorial e fidedignidade de uma medida específica. Desse modo, apresenta-se uma medida que poderá ser empregada em pesquisas futuras em que se objetive analisar os sistemas de valores numa perspectiva societal. Por fim, sugere-se realizar pesquisas em outros estados do Brasil e do Uruguai com o objetivo de verificar se a estrutura fatorial e a confiabilidade do instrumento de medida, encontradas neste estudo, se confirmam.

3.2. Estudo 2: Modelo preditivo das atitudes frente ao direito ao aborto provocado

3.2.1. Objetivos específicos

- a) Caracterizar os participantes de ambos os contextos em termos de suas crenças de gênero e de seus valores psicossociais;

- b) Verificar se há diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos (sexo, religião, curso e país) obtidas nos fatores das versões validadas do GAI e QVP-24, em ambos os contextos (legalidade e ilegalidade);
- c) Verificar se as crenças de gênero e os valores predizem as atitudes das pessoas e dos grupos de pertença (contexto legislativo, sexo, religião e religiosidade) frente ao direito ao aborto provocado;
- d) Identificar quais crenças de gênero estão associadas às atitudes contrárias e favoráveis ao direito de a mulher provocar aborto;
- e) Identificar quais valores estão associados às atitudes contrárias e favoráveis ao direito de a mulher provocar aborto.

3.2.2. Método

3.2.2.1. Característica do estudo

A partir do *estudo 1*, com a adaptação e validação do GAI e do QVP-24, os quais foram utilizados como medida das crenças de gênero e dos valores, respectivamente, se sucedeu o *estudo 2*. Esse consistiu em analisar as médias dos grupos nas versões brasileira e uruguaia do GAI e QVP-24, bem como na análise de um modelo explicativo para as atitudes frente ao direito ao aborto provocado, tendo como variáveis preditoras as crenças de gênero e os valores psicossociais. Ou seja, interessou saber se as crenças sobre aspectos relacionados aos gêneros, bem como os valores que uma pessoa possui, ajudam a prever se ela terá uma atitude favorável ou contrária à possibilidade de a mulher provocar um aborto.

3.2.2.2. Participantes

Participaram deste estudo os mesmos participantes do *estudo 1*, sendo 369 estudantes universitários brasileiros e 354 estudantes universitários uruguaios. Para acessá-los, recorreu-se a universidades públicas e privadas, de forma não probabilística.

3.2.2.3. Instrumentos

Foram utilizadas as versões traduzidas, adaptadas e validadas do GAI e do QVP no *estudo 1* como medidas das crenças de gênero e dos valores, respectivamente. Como medida das atitudes frente ao direito ao aborto provocado foi usado o seguinte instrumento:

a) Escala de Atitudes frente ao direito ao aborto provocado (ANEXO III): Foram utilizados três itens da subescala denominada Aborto, que se encontra no nível societal de análise do Gender Attitude Inventory, já traduzida, adaptada e validada para o Brasil e Uruguai, para medir as atitudes dos participantes frente ao direito ao aborto provocado. Os itens escolhidos foram aqueles que fazem alusão apenas ao aborto provocado (O aborto deve ser acessível para todas as mulheres/Toda mulher tem o direito de decidir se quer ou não fazer um aborto/ Os hospitais públicos devem oferecer o aborto a qualquer mulher que o solicite), com escala de resposta do tipo Likert de 10 pontos, variando entre “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (10). Desse modo, os itens que podem levar ao entendimento das demais modalidades do aborto foram descartados nesta análise.

c) Questionário sociodemográfico (ANEXO II), a fim de identificar o perfil dos participantes, tendo como variáveis de interesse o sexo, a idade, cor, o estado civil, número de filhos, a religião, a religiosidade, etc.

3.2.2.4. Procedimentos

Os procedimentos deste estudo foram os mesmos do estudo anterior. Entretanto, além dos instrumentos GAI e QPV, os participantes responderam também a um questionário sociodemográfico autoaplicável (ANEXO II).

3.2.2.5. Análise dos dados

Os dados do questionário foram analisados através de estatística descritiva (frequência, média, desvio-padrão, etc.) e inferencial (Análise de variância (ANOVA), *r* de Pearson, etc.). A fim de cumprir com o objetivo “verificar se há diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos (sexo, religião, curso e país) em relação ao GAI e QVP-24” foram utilizados testes de estatística inferencial de comparação de médias (*teste t* e ANOVA), além de correlação *r de Person*. Por fim, o modelo preditivo foi analisado através da análise de regressão múltipla.

3.2.3. Resultados

3.2.3.1. Análise das médias obtidas no Inventário de Crenças de Gênero (ICG) no Uruguai e no Brasil.

Este tópico tem como objetivo analisar as médias obtidas pelos participantes nos Inventários de Crenças de Gênero validados para os dois contextos. Estabeleceu-se o número 5,5 como ponto de corte, ou seja, as médias abaixo deste valor caracterizam crenças de gênero tradicionais ou essencialistas. Em contrapartida, as médias acima de 5,5 denotam crenças modernas ou construtivistas.

Os participantes uruguaios obtiveram média de 8,41 (DP=1,05) no Inventário de Crenças de Gênero (ICG-Uruguay), sendo, portanto, considerados modernos. Comparando-se as médias dos fatores, observou-se que tais estudantes pontuaram mais alto nos fatores “Violencia sexual” (M=9,12, DP=1,13; $p<0,0001$) e “Diferencia em los roles familiares y sexuales” (M=9,04, DP=1,14; $p<0,001$), não havendo diferenças estatisticamente significativa entre as médias de ambos. A pontuação mais baixa, por sua vez, foi no fator “Estereotipos tradicionales” (M=7,53, DP= 1,84; $p<0,001$).

Embora ambos os sexos possam ser considerados modernos em suas crenças de gênero, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os mesmos em relação à média geral do ICG-Uruguay [$t(382) = -3,0$; $p = 0,003$], o que significa dizer que as participantes do sexo feminino possuem crenças mais modernas ($M=8,55$, $DP=1,04$) do que os participantes do sexo masculino ($M=8,24$, $DP=1,03$). Nessa mesma direção, as participantes do sexo feminino também obtiveram uma pontuação maior ($M=9,29$, $DP=0,97$), ($M=8,27$, $DP=1,5$) e ($M=9,29$, $DP=1,03$) do que os participantes do sexo masculino ($M=8,75$, $DP=1,25$), ($M=7,26$, $DP=1,92$) e ($M=8,92$, $DP=1,21$) nos fatores “Diferencia en los Roles Familiares y Sexuales” [$t(382) = -4,75$; $p = 0,001$], “Diferencia en los Roles Profesionales” [$t(382) = -5,81$; $p = 0,001$] e “Violencia Sexual” [$t(382) = -3,23$; $p = 0,001$], respectivamente. A tabela 11 apresenta as médias dos participantes uruguaios em cada fator do Inventário de Creencias de Género.

Tabela 11. Médias dos participantes uruguaios nos fatores do Inventário de Creencias (ICG) de Género em função do sexo, religião e curso e índice de correlação dos fatores do ICG com a religiosidade.

Fatores	Variáveis							
	Sexo		Religião		Religiosidade	Cursos		
	Masculino	Feminino	Com	Sem		Exatas	Humanas	Saúde
	(n= 177)	(n=207)	religião	religião		(n=161)	(n=54)	(n=169)
			(n=151)	(n=226)				
1	8,75	9,29*	8,72	9,27*	-0,26*	8,78	9,25*	9,15
2	8,0	8,12	6,90	8,87*	-0,5*	7,53	8,50*	8,30
3	7,26	8,27*	7,50	8,04**	-0,17*	6,94	8,55*	8,06*
4	7,54	7,21	7,26	7,74***	-0,17*	7,53	7,64	7,17
5	8,92	9,29**	8,78	9,38*	-0,27*	8,96	9,27****	9,16
6	8,94	8,83	8,29	9,29*	-0,33*	8,77	9,01	8,81
Geral	8,24	8,55**	7,91	8,77*	-0,45*	8,08	8,70*	8,44

* $p < 0,001$

** $p < 0,005$

*** $p < 0,01$

**** $p < 0,05$

Embora os estudantes com e sem religião tenham se apresentado enquanto modernos em suas crenças de gênero, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os estudantes sem religião ($M=8,77$, $DP= 1,07$) e com religião ($M=8,29$, $DP=0,87$) em relação à média geral no ICG-Uruguay [$t(375) = 8,52$; $p = 0,001$], bem como em todos os demais fatores. As médias e os respectivos níveis de significância (p) encontram-se descritos na tabela 11. Por sua vez, o relacionamento entre as crenças de gênero modernas em geral e a religiosidade é negativo e moderado ($r= -0,45$, $p<0,001$). Portanto, quando a religiosidade aumenta, diminuem as crenças de gênero modernas. Também se verificou uma correlação negativa e moderada entre o fator “Aborto” e religiosidade ($r= -0,5$ $p<0,001$) e negativa e fraca entre o fator “Libertad Sexual Femenina” e religiosidade ($r= -0,33$, $p<0,001$). Isso indica que quanto maior é a média em religiosidade, menor é a média das crenças em relação ao direito ao aborto, em intensidade moderada, e à liberdade sexual feminina, em intensidade considerada fraca.

Por fim, apesar dos estudantes dos três cursos pesquisados apresentarem médias que caracterizam crenças modernas, constatou-se haver uma diferença estatisticamente significativa entre a média no ICG-Uruguay em função do curso. Nesse sentido, aplicou-se um teste Post Hoc a partir do qual foi verificado que os estudantes dos cursos de humanas ($M=8,70$, $DP=0,08$) possuem crenças de gênero mais modernas do que os estudantes dos cursos de exatas ($M=8,08$, $DP=0,98$), [$F(2, 381) = 15,70$, $p<0,001$]. Entretanto não foi constatada diferença significativa em relação aos estudantes de saúde. Também foram observadas diferenças entre as médias dos estudantes de humanas e exatas nos seguintes fatores “Diferencia en los Roles Familiares y Sexuales” [$F(2, 381) = 7,57$, $p<0,001$], Aborto [$F(2, 381) = 8,64$, $p<0,001$] e “Violencia Sexual” [$F(2, 381) = 3,17$, $p<0,03$], tendo aqueles maiores médias do que estes, conforme descrito na tabela 11.

Por seu turno, os participantes brasileiros pesquisados também podem ser caracterizados enquanto modernos em relação às suas crenças de gênero, segundo a média geral obtida no Inventário de Crenças de Gênero (ICG-Brasil) ($M=7,18$, $DP=1,32$). Comparando-se as médias dos fatores do ICG-Brasil, observou-se que esses respondentes pontuaram mais alto no fator “Violência sexual e doméstica” ($M=9,21$, $DP=1,06$; $p<0,0001$) e mais baixo no fator “Aborto” ($M=5,12$, $DP=2,71$; $p<0,0001$), seguido do fator “Estereótipos tradicionais” ($M=6,31$, $DP=1,92$; $p<0,0001$).

De forma similar ao que foi observado no Uruguai, as participantes brasileiras também obtiveram maior média ($M=7,37$, $DP=1,26$) do que os participantes brasileiros ($M=7,01$, $DP=1,36$) na pontuação geral do Inventário de Crenças de Gênero (ICG-Brasil) [$t(396) = -2,73$; $p = 0,007$], não obstante ambos os sexos possam ser considerados modernos em suas crenças de gênero, segundo o critério do ponto de corte acima referido. Essa mesma diferença também foi constatada com relação aos fatores “Diferença nos Papéis Familiares e Sexuais” [$t(396) = -3,23$; $p = 0,007$] “Violência Sexual e Doméstica” [$t(396) = -2,73$; $p = 0,007$] e “Diferença nos Papeis Profissionais” [$t(396) = -2,73$; $p = 0,007$]. Averiguou-se, ainda, que os estudantes de humanas e saúde obtiveram maior média no fator “Diferença nos Papeis Profissionais” [$F(2, 395) = 5,87$, $p=0,003$] do que os estudantes de exatas, conforme se observa na tabela 12.

Tabela 12. Médias dos participantes brasileiros nos fatores do Inventário de Crenças de Gênero (ICG-Brasil) em função do sexo, religião e curso e índice de correlação dos fatores do ICG com a religiosidade.

Fatores		Variáveis						
Sexo		Religião		Religiosidade		Cursos		
M	F	Sem	Católica	Evangélica		Exatas	Humanas	Saúde
n= 202	n=196	Religião	n=187	n=115		n=157	n=132	n=109

n=67									
1	7,34	7,96*	8,67*	7,81*	6,82	-0,26*	7,58	7,72	7,64
2	5,07	5,16	7,28*	5,10*	3,91	-0,36*	5,40	4,85	5,04
3	6,36	6,25	7,38*	6,07	5,99	-0,22*	6,23	6,55	6,12
4	7,56	7,49	8,69*	7,60*	6,65	-0,27*	7,69	7,46	7,37
5	8,98	9,45*	9,33	9,23	9,15	-0,06	9,18	9,16	9,30
6	6,75	7,89*	7,90*	7,40**	6,84	-0,15*	6,92	7,51**	7,65*
Geral	7,01	7,37***	8,21*	7,20*	6,56	-0,35*	7,17	7,21	7,18

*p < 0,001

**p<0,005

***p<0,01

Tanto os participantes que afirmaram não ter religião, quanto os de religião católica e evangélica apresentaram uma média geral no ICG considerada moderna. Entretanto, foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os respondentes [$F(2, 366) = 41,27, p<0,001$] em função de sua religião, tendo os participantes sem religião ($M=8,21, DP=1,20$) crenças mais modernas que os demais, e os católicos ($M=7,20, DP=1,10$) crenças mais modernas do que os evangélicos ($M=6,84, DP=1,28$). Esta mesma relação foi observada na comparação das médias desses grupos nos fatores “Diferença nos Papéis Familiares e Sexuais” [$F(2, 366) = 23,57, p<0,001$], “Iniciativa Sexual” [$F(2, 366) = 27,43, p<0,001$], Diferença nos Papeis Profissionais [$F(2, 366) = 7,61, p<0,001$]. Especificamente, no fator “Aborto”, apenas os participantes sem religião apresentaram crenças modernas, ou seja, favoráveis ao direito de a mulher abortar. Comparando-se os grupos em função da religião, pode-se dizer que os declarados sem religião são, neste fator, mais modernos que os demais, e os católicos mais modernos que os evangélicos [$F(2, 366) = 39,60, p<0,001$].

Embora tenham sido observadas diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos participantes sem religião e com religião em cinco dos seis fatores do ICG-Brasil, verificou-se uma correlação negativa entre religiosidade e a média geral do ICG ($r = -0,35, p<0,001$) e apenas o fator “Aborto” ($r = -0,36, p<0,001$). Desse modo, pode-se dizer que

quando a religiosidade aumenta, diminuem as crenças de gênero modernas e as crenças em relação ao direito de a mulher abortar. No entanto, esse relacionamento é fraco, conforme apontam os índices de correlação. Entre os demais fatores do ICG não foi observada tal associação. Tais dados encontram-se descritos na tabela 12.

Ainda concernente ao fator “aborto”, observa-se especificamente um item que se refere à proibição dos abortos de forma geral, incluindo aqueles considerados como “legal” pela legislação brasileira (Exemplo de item: “Eu sou a favor de uma emenda constitucional que proíba todos os abortos”). Nessa variável, a média geral dos participantes no Brasil foi de 6,7 (DP=3,46), indicando que a amostra pesquisada, embora seja contrária ao direito ao aborto provocado ou voluntário, não concorda que todos os abortos sejam proibidos em seu país.

Em relação aos sexos dos participantes, não foi verificada diferença estatisticamente significativa nesse item. No entanto, comparando-se os participantes segundo a religião de pertença, observou-se haver uma diferença estatisticamente significativa na pontuação obtida [$F(2, 366) = 21,00, p < 0,001$]. O teste Post Hoc apontou que os estudantes que se declararam sem religião ($M=8,51, DP=2,67$) obtiveram uma maior pontuação que os demais ($p < 0,001$), o que significa dizer que são mais progressistas nesse sentido. Os participantes católicos também podem ser considerados modernos (considerando-se 5,5 como ponto de corte), visto que sua média foi de 7,01 (DP=3,22). Por outro lado, os declarados evangélicos obtiveram média de 5,34 (DP=3,62), portanto, mais conservadores no que diz respeito à possibilidade da mulher abortar mesmo nas situações previstas por lei. Também foi observada uma diferença estatisticamente significativa entre esses dois grupos religiosos ($p < 0,0001$). Os resultados são apresentados na tabela 13.

Tabela 13. Média dos participantes brasileiros em uma variável do fator “Aborto” do ICG-Brasil segundo o sexo e a religião.

Variável	Sexo		Religião		
	Masc.	Fem.	S/ Religião	Católica	Evangélica
Eu sou a favor de uma emenda constitucional que proíba todos os abortos	6,64	6,75	8,51*	7,01*	5,34

*p<0,001

Tanto as amostras brasileira como uruguaia desta pesquisa apresentaram crenças de gênero consideradas modernas. Comparando-se os dois contextos, observou-se que os participantes uruguaia obtiveram uma maior pontuação (M=8,41; DP=1,04) do que os participantes brasileiros (M=7,18; DP= 1,32) no Inventário de Crenças de Gênero [t(780) = -14,37; p = 0,001]. Do mesmo modo, também foi verificado que os uruguaia possuem crenças de gênero mais modernas do que os brasileiros nos seguintes fatores: “Diferenças nos Papéis Familiares e sexuais” [t(780) = -11,57; p = 0,001], “Estereótipos Tradicionais” [t(780) = -9,05; p = 0,001], “Sexualidade (Iniciativa Sexual/Liberdade Sexual Feminina)” [t(780) = -11,02; p = 0,001] e “Diferenças nos Papéis Profissionais” [t(780) = -3,77; p = 0,001]. Não foram constatadas diferenças estatisticamente significativas no fator “Violência” [t(780) = 1,07; p = 0,28]. Em relação ao fator “Aborto”, os estudantes brasileiros apresentaram crenças tradicionais e os estudantes uruguaia crenças modernas [t(780) = -16,66; p = 0,001], conforme apresentado na tabela 14 abaixo.

Tabela 14. Médias dos participantes nos fatores do Inventário de Crenças de Gênero de acordo com o país.

Fatores	País		p
	Uruguaia (n=384)	Brasil (n=398)	

Diferenças nos Papeis Familiares e Sexuais	9,04	7,62	0,001
Aborto	8,07	5,12	0,001
Estereótipos Tradicionais	7,53	6,31	0,001
Sexualidade (Iniciativa Sexual/Liberdade Sexual Feminina)	8,88	7,53	0,001
Violência	9,12	9,21	0,28
Diferenças nos Papeis Profissionais	7,81	7,31	0,001
Geral	8,41	7,18	0,001

A tabela 15 apresenta a comparação da média dos participantes brasileiros e uruguaios nos fatores do Inventário de Crenças de Gênero (ICG) a partir de itens comuns compartilhados. Nesse sentido, os participantes uruguaios apresentaram crenças de gênero mais modernas do que os brasileiros também no fator “Violência” [$t(780) = -4,68$; $p = 0,001$].

Tabela 15. Médias dos participantes nos fatores do Inventário de Crenças de Gênero (ICG), a partir de itens comuns compartilhados, de acordo com o país

Fatores	País		p
	Uruguai (n=384)	Brasil (n=398)	
Diferenças nos Papeis Familiares e Sexuais	9,02	7,55	0,001
Aborto	8,07	5,12	0,001
Estereótipos Tradicionais	7,53	6,09	0,001
Sexualidade (Iniciativa Sexual/Liberdade Sexual Feminina)	8,77	7,35	0,001
Violência	9,60	9,22	0,001
Diferenças nos Papeis Profissionais	7,62	7,31	0,02
Geral	8,41	7,18	0,02

3.2.3.2. Discussão

Os participantes deste estudo, tanto brasileiros como uruguaios, obtiveram médias no Inventário de Crenças de Gênero que denotaram crenças modernas acerca do tema. Nesse sentido, pode-se dizer que os estudantes universitários pesquisados possuem crenças que vão

de encontro aos estereótipos em relação aos papéis de gênero, sejam eles sexuais, familiares, profissionais ou referentes a padrões de como se comportar e sentir (ex.: “As mulheres devem se preocupar mais com os seus cuidados maternos e domésticos do que com seus desejos e carreira profissionais”, “Os homens são geralmente mais aventureiros do que as mulheres”). Ao mesmo tempo, acreditam na liberdade sexual tanto de homens como de mulheres e que estas não são as responsáveis pela violência sofrida.

Comparando-se as médias dos fatores, observou-se que os participantes brasileiros pontuaram mais alto no fator “Violência sexual e doméstica” e mais baixo no fator “Aborto”, seguido do fator “Estereótipos tradicionais”. Isso significa dizer que os respondentes em questão possuem crenças mais modernas no que diz respeito a não culpabilização da mulher pela violência sofrida do que em relação ao seu direito ao aborto (cuja média, inclusive, representou crenças contrárias a essa prática) e às características essencialistas atribuídas ao que é ser homem e ser mulher (Exemplo: “Comparadas aos homens, as mulheres tendem a ser mais ingênuas.”). No Uruguai, por sua vez, além de pontuarem mais alto no fator “Violencia sexual”, similar ao Brasil, obtiveram uma pontuação igualmente superior no domínio “Diferencia em los roles familiares y sexuales” e mais baixo no fator “Estereotipos tradicionales”.

Estudo realizado no Brasil entre maio e junho de 2013 com 3810 respondentes de ambos os sexos apontou que a maioria dos participantes adere às crenças referentes à família nuclear patriarcal, embora de forma revisada. Ou seja, o homem ainda é percebido enquanto o chefe da família, porém seus direitos sobre a mulher não são irrestritos, indicando que, embora alguns estereótipos de gênero sejam mantidos, não é admitida a violência contra a mulher (IPEA, 2014).

Não obstante, de acordo com o estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), no período de 2011-2013, o Brasil registrou 17.581 mil assassinatos de mulheres

(feminicídios), isto é, “mortes de mulheres por conflito de gênero”, especificamente em casos de agressão praticada por parceiros íntimos. Esse número indica uma taxa de 5,87 casos para cada grupo de 100 mil mulheres. No Uruguai, a incidência de mortes de mulheres causadas pela violência de gênero é de 0,71 a cada 100 mil mulheres (média de 2009-2012) (Garcia & Silva, 2016).

A perspectiva sociocultural enfatiza o papel das crenças compartilhadas em sociedade como justificadoras e legitimadoras da violência. As atitudes sobre a violência íntima entre casais pertencem a um amplo grupo de normas e crenças, em particular àquelas relativas aos papéis de gênero e às desigualdades que representam. A combinação dessas crenças embasa um sistema patriarcal no qual homens e mulheres devem desempenhar determinados papéis, aumentando o risco de violência.

Segundo a pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2014) com a população geral, o modelo da família patriarcal, positivamente valorizado e desejável, pôde ser observado através da concordância com algumas frases. Quase 64% dos entrevistados afirmaram concordar total ou parcialmente com a crença de que “os homens devem ser a cabeça do lar”. Ser homem, idoso, católico ou evangélico e morar fora do Sul/Sudeste, aumentam as chances de concordância. Outra crença tradicional, “uma mulher só se sente realizada quando tem filhos”, foi confirmada por 60% dos respondentes. Ademais, 58,5% dos participantes concordaram que “se as mulheres soubessem como se comportar, haveria menos estupros”. Ressalta-se aqui o fato de que católicos têm chance 1,4 vez maior de concordarem total ou parcialmente com essa afirmação, e evangélicos 1,5 vez maior, e os jovens, residentes do Sul/Sudeste e os mais escolarizados têm menores chances de concordar com a culpabilização do comportamento feminino pela violência sexual.

Contrariamente, os resultados da presente tese apontaram para uma tendência mais construtivista e moderna em relação às crenças de gênero, talvez por se tratar de diferentes

amostras, tendo esta tese participantes com nível de escolaridade mais elevado (estudantes universitários). Não obstante, algumas diferenças foram encontradas, sobretudo no que diz respeito ao sexo e religião dos respondentes, corroborando alguns dados do estudo anteriormente referido. Dentre os participantes brasileiros e uruguaios, observou-se que crenças contrárias aos estereótipos de gênero na vivência dos papéis familiares, sexuais e profissionais, bem como à culpabilização mulher pela violência sexual e doméstica sofrida associaram-se ao sexo feminino, as quais obtiveram médias maiores, estatisticamente significativas, em tais fatores. Da mesma forma, observou-se a presença de crenças de gênero mais modernas dentre o grupo que afirmou não possuir religião, e, em comparação aos evangélicos, pode-se considerar os católicos menos tradicionais nesse sentido.

Nessa direção, têm-se os resultados de um estudo cujo objetivo foi examinar as crenças sobre gênero e sexualidade entre grupos religiosos estadunidenses ao longo do tempo (1970-2014). As crenças acerca dos papéis de gênero foram investigadas a partir de quatro afirmações (três sobre a importância do papel da mulher como dona de casa e mãe, enquanto o homem é o provedor do lar, e uma sobre a mulher na política). Todas as demais categorias religiosas demonstraram ser mais igualitárias do que os evangélicos ($p < 0,001$). Em síntese, os evangélicos foram considerados ser o grupo religioso menos igualitário e a variável religião foi um preditor mais forte das atitudes de gênero, excetuando-se o nível de escolaridade, sugerindo que este tema é um importante campo para expressar a identidade coletiva evangélica (Schnabel, 2016).

As questões relacionadas à iniquidade de gênero, à hierarquia sexual e ao lugar social da mulher têm sido longamente debatidas no contexto da Igreja Católica e do Cristianismo, cujo discurso oficial tem sido fundamental na manutenção de tal desigualdade. O cristianismo parte de duas representações do feminino, as quais vêm, ao longo do tempo, enquadrando a percepção social das mulheres e colaborando para a criação dos seus modelos de

autorrepresentação. Essas representações são dadas por duas figuras, Eva, a pecadora, e Maria, a virgem. Eva como sendo a origem das desgraças, perversões e calamidades. Maria, por sua vez, asseguraria a possibilidade de salvação do sexo feminino. Além disso, é um exemplo que coloca a mulher para o domínio do lar e do privado, reforçando os estereótipos (Mota-Ribeiro, 2000).

No entanto, embora menos igualitários, os evangélicos e católicos, nessa ordem, apresentaram crenças de gênero consideradas modernas. Em conformidade com os resultados do IPEA (2014), Schnabel (2016) e pesquisa realizada no Brasil, Chile e México (Barker & Aguayo, 2012), observa-se que talvez a variável escolaridade, visto que os participantes desta tese são todos estudantes universitários, é uma preditora que se sobressai na explicação das crenças de gênero. Uma hipótese é a de que dentro de um contexto universitário e acadêmico as crenças religiosas sejam secundárias ou abafadas em função da deseabilidade social.

Ademais, em consonância com a literatura sobre os papéis de gênero (Berkel, 2004; Öngen, 2006; Toller, Suter, & Trautman, 2004), e com os resultados desta tese, as mulheres são mais igualitárias do que os homens ($b = .200$, $p < .001$) (Schnabel, 2016). Estudo realizado na África do Sul apontou que após controlar as variáveis religião e religiosidade, houve uma diferença estatisticamente significativa entre os sexos no que diz respeito aos papéis de gênero, tendo as estudantes universitárias do sexo feminino atitudes mais liberais e igualitárias (Patel & Jons, 2009). Isso talvez seja explicado pelo fato de que, dada a condição de limitação social, política e econômica das mulheres ao longo da história, essas seriam mais interessadas em uma sociedade igualitária do que os homens (Beere, King, Beere, & King, 1984).

Outro dado interessante é que, embora os estudantes uruguaios das três áreas de conhecimento tenham sido modernos em suas crenças de gênero de forma geral, foi verificado que os estudantes dos cursos de humanas possuem crenças de gênero mais modernas do que

os estudantes dos cursos de exatas. No Brasil, essa diferença foi observada apenas no fator “Diferença nos Papeis Profissionais”. De maneira geral, predomina a ideia de que a área de exatas é um ambiente “masculino”, na qual características e práticas nomeadas próprias do homem são requeridas. Desse modo, espaço para pensar outras formas de subjetivação do ser humano são muitas vezes preteridas ou negligenciadas em sua formação acadêmica, o que pode apontar para algumas direções na compreensão desse resultado.

Embora os participantes uruguaios e brasileiros tenham sido considerados modernos em relação às suas crenças de gênero, observaram-se diferenças estatisticamente significativas, obtendo os estudantes uruguaios maiores médias no ICG. De fato, o Uruguai tem avançado em algumas pautas consideradas mais progressistas, como a união homoafetiva, a legalização da maconha e o aborto. Segundo Ferrer, Baptista e Rocha (2014), isso seria reflexo de uma mudança de orientação valorativa.

No que diz respeito às atitudes frente ao direito ao aborto provocado de forma abrangente, ou seja, a pontuação no fator denominado “Aborto”, os resultados confirmaram a hipótese desta tese em relação a esse fenômeno, a de que as atitudes refletiriam o contexto legislativo. Nesse sentido, os participantes uruguaios tiveram atitudes favoráveis ao direito ao aborto, enquanto os brasileiros tiveram atitudes contrárias.

Pesquisa de meta-análise a partir de um estudo de opinião pública sobre o aborto, com 20 mil participantes de 18 países da América Latina, realizado em 2007, no qual se pergunta “o quanto você acredita que o aborto pode ser sempre ou nunca justificado” (onde 1 é “nunca se justifica” e 10 corresponde a “sempre se justifica”), apontou que o Uruguai é o país onde mais se justifica o aborto, com média de 4,13. O Brasil encontra-se em quinto lugar, com média de 2,27 (Rossi & Triunfo, 2012). Observa-se que as atitudes dos participantes desta tese, tanto no Uruguai (M=8,07), como no Brasil (M=5,12), estão numa direção mais favorável, embora os estudantes do Brasil ainda sejam contrários (tendo em vista a média 5,5

como ponto de corte). Ressalva-se, entretanto, que a referida pesquisa foi feita antes da legalização do aborto no Uruguai no ano de 2012 e que se tratam de estudos com amostras distintas, população geral e estudantes universitários, respectivamente.

No contexto brasileiro, apenas aqueles que se declararam sem religião tiveram atitudes favoráveis ao aborto, sendo os católicos mais liberais do que os evangélicos. Por outro lado, no Uruguai, tanto os participantes que responderam não ter como aqueles que afirmaram ter filiação religiosa demonstraram atitudes favoráveis ao aborto. Conforme a literatura (Yen & Zampelli, 2017; Dillon, 2014; Duarte, Osis, Faúndes & Sousa, 2010, Porto, 2008), já é sabido que a religião e religiosidade são importantes preditores. Entretanto, no contexto uruguaio parece que outras variáveis estão implicadas nessa análise, o que será mais bem aprofundado na análise do modelo preditivo.

Embora os participantes no contexto de ilegalidade tenham sido contrários ao direito ao aborto provocado ou voluntário, estes não concordam que todos os abortos sejam proibidos em seu país. No entanto, contrariamente a posicionamentos de protestantes estadunidenses (Galeotti, 2007; Papaleo, 2000), os evangélicos desta pesquisa não se mostraram flexíveis frente aos abortos já previstos em lei. Os católicos, por sua vez, apresentaram uma posição mais liberal. Nesse sentido, o trabalho político das Católicas pelo Direito de Decidir (CDD) tem um papel fundamental dentro do catolicismo, no continente americano, por defender os interesses das mulheres, sobretudo o direito ao aborto legal.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, em ambos os contextos, no que diz respeito às suas atitudes frente ao aborto, contrariando outros resultados (Rossi & Triunfo, 2012; Patel e Johns, 2009; Adamczyk, 2013). O estudo anteriormente referido apontou que no Uruguai as mulheres justificam o aborto em maior medida do que os homens (Rossi & Triunfo, 2012). Igualmente, Patel e Johns (2009) verificou que as estudantes universitárias do sexo feminino na África do Sul são mais

positivas nas questões que envolvem a autonomia da mulher no processo de decisão pelo aborto do que a amostra masculina.

Por fim, destaca-se que por se tratar de um estudo de metodologia quantitativa, este estudo apresenta algumas limitações no que se refere à compreensão de como são formadas e de como se expressam tais crenças de gênero no comportamento cotidiano dos jovens pesquisados. Ao mesmo tempo, vale ressaltar que os resultados encontrados não podem ser generalizados para a população geral, visto que se trata de uma amostra específica.

3.2.3.3. Análise das médias obtidas no Questionário de Valores Psicossociais (QVP) no Uruguai e no Brasil

Nesta seção, são apresentadas as médias dos participantes uruguaios e brasileiros em cada sistema de valor das versões do Questionário de Valores Psicossociais para os referidos contextos, ou seja, os resultados dos participantes uruguaios em relação aos sistemas de valores do CVP-24 em função do sexo, religião e curso, bem como o índice de correlação dos sistemas de valores com a religiosidade. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos em relação ao sistema de valor “Pós-materialista” [$t(353) = -3,27$; $p < 0,001$], tendo as participantes do sexo feminino maior média ($M=9,10$, $DP=0,70$) do que os participantes do sexo masculino ($M=8,84$, $DP=0,77$).

No que diz respeito à religião, verificou-se que os participantes que declararam não ter religião apresentaram maior média ($M=7,30$, $DP=1,80$) no sistema de valor “Hedonista” [$t(308) = 2,36$; $p = 0,02$]. Em contrapartida, os participantes que responderam possuir alguma religião, apresentaram maior média ($M=6,0$, $DP=1,44$) e ($M=4,81$, $DP=2,56$) nos sistemas de valores “Materialista” [$t(308) = 2,36$; $p = 0,02$] e “Religioso” [$t(188) = -12,67$; $p < 0,001$], respectivamente. Verificou-se, conforme esperado, uma correlação positiva e forte entre

religiosidade e apenas o sistema de valor “Religioso” ($r = 0,73$, $p < 0,001$). A tabela 16 abaixo apresenta os resultados.

Tabela 16. Médias dos participantes uruguaios nos sistemas de valores do Cuestionario de Valores Psicossociales (CVP-24), em função do sexo, religião e curso e índice de correlação dos sistemas de valores do CVP-24 com a religiosidade.

Fatores	Variáveis							
	Sexo		Religião		Religiosidade	Cursos		
	M n= 164	F n=190	Sem Religião n=212	Com Religião n=136		Exatas n=149	Humanas n=157	Saúde n=48
Materialista	5,63	5,35	5,13	6,0*	0,16*	6,12**	4,88	5,44
Hedonista	7,32	6,97	7,30**	6,86	-0,18*	7,13	7,15	7,07
Religioso	2,77	3,13	1,77	4,81*	0,73*	2,72	2,79	4,26*
Pós- materialista	8,84	9,10*	8,97	9,01	-0,76	8,90	9,0	9,10

* $p < 0,01$

** $p < 0,05$

Por fim, no sistema de valores “Materialista”, os estudantes dos cursos de exatas obtiveram maior pontuação ($M=6,12$, $DP=1,50$) do que os demais [$F(2, 353) = 22,31$, $p < 0,001$]. Os estudantes de saúde, por sua vez, pontuaram mais no sistema Religioso ($M=4,26$, $DP=2,71$) [$F(2, 353) = 22,31$, $p < 0,001$] do que os estudantes de exatas e humanas. Em relação aos demais sistemas de valores, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas médias em função do curso dos participantes. Os resultados encontram-se na tabela 16.

Em relação aos participantes brasileiros, foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos no que diz respeito aos sistemas de valores “Religioso” [$t(367) = -2,1$; $p=0,03$] e “Pós-materialista” [$t(367) = -3,47$; $p=0,001$], tendo as participantes do sexo feminino obtido maior média ($M=7,39$, $DP=2,50$) e ($M=9,37$, $DP=0,68$) do que os

participantes do sexo masculino (M=7,35, DP=2,80) e (M=9,09, DP=0,85), respectivamente, conforme pode ser observado na tabela 17.

Tabela 17. Médias dos participantes brasileiros nos sistemas de valores do Questionário de Valores Psicossociais (QVP-23), em função do sexo, religião e curso e índice de correlação dos sistemas de valores do QVP-23 com a religiosidade.

Fatores	Variáveis								
	Sexo		Religião		Religiosidade		Cursos		
	M n= 182	F n=187	Sem Religião n=60	Católica n=175	Evangélica n=108		Exatas n=148	Humanas n=121	Saúde n=100
Hedonista	7,53	7,60	7,72*	7,86*	7,0	0,052	7,57	7,45	7,70
Religioso	7,35	7,39**	4,37	8,12*	8,86*	0,62*	7,06	8,1*	8,0**
Materialista	5,92	5,91	5,44	6,14	5,75	0,19*	5,61	6,09	6,16
Pós-materialista	9,09	9,37*	9,2	9,3	9,2	0,14*	9,14	9,3	9,3

*p < 0,01

**p<0,05

Os participantes que se declararam sem religião, bem como os católicos, são mais hedonistas do que os participantes evangélicos [$F(2, 340) = 9,89, p<0,001$]. Entretanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sem religião e os católicos em relação ao referido sistema de valor. Os evangélicos, por sua vez, apresentaram maior média no sistema de valor “Religioso” do que os demais participantes [$F(2, 340) = 92,46, p<0,001$]. Verificou-se uma correlação positiva e forte entre religiosidade e apenas o sistema de valor “Religioso” ($r= 0,62, p<0,001$), de acordo com o esperado.

Por fim, verificou-se que os estudantes de humanas (M=8,1, DP= 2,25) e saúde (M=8,0, DP=2,45) possuem valores mais religiosos [$F(2, 366) = 6,06, p=0,003$] do que os estudantes de exatas (M=7,06, DP=3,0). Não foram observadas diferenças entre os estudantes

de humanas e saúde no sistema de valor “Religioso”. Os resultados encontram-se na tabela 17.

Comparando-se os dois contextos, verificou-se que os participantes de ambos os países, Brasil e Uruguai, obtiveram maior média no sistema de valores “Pós-moderno”. Em segundo lugar, os uruguaios se caracterizaram como hedonistas e os brasileiros como religiosos. Nesse sentido, pode-se dizer que os brasileiros se apresentaram como pós-materialistas ($M=9,23$, $DP=0,78$) e religiosos ($M=7,65$, $DP=2,66$), sendo observada uma diferença estatisticamente significativa em relação aos demais sistemas de valores, $[t(368) = -227,32; p<0,001]$ e $[t(368) = 55,12; p<0,001]$, respectivamente. Os uruguaios, por sua vez, se apresentaram como pós-materialistas ($M=8,98$, $DP=0,75$) e hedonistas ($M=7,65$, $DP=1,74$), sendo igualmente observada uma diferença estatisticamente significativa em relação aos demais sistemas de valores, $[t(353) = 225,20; p<0,001]$ e $[t(353) = 77,10; p<0,001]$, respectivamente. No geral, conforme se verifica na tabela 18, os participantes brasileiros obtiveram maiores médias do que os participantes uruguaios nos quatro sistemas de valores.

Tabela 18. Médias dos participantes nos sistemas de valores das versões validadas do Questionário de Valores Psicossociais (QVP), de acordo com o país.

Sistema de Valores	País		p
	Uruguai (n=369)	Brasil (n=354)	
Materialista	5,48	5,92	0,002
Hedonista	7,13	7,56	0,001
Religioso	2,96	7,65	0,001
Pós-materialista	8,98	9,23	0,001

3.2.3.4. Discussão

Os participantes dos dois contextos pesquisados apresentaram uma maior adesão ao sistema de valores pós-materialista, o qual contempla os subsistemas bem-estar social, bem-estar individual e realização profissional (Pereira & Camino, 1999). Segundo Inglehart (1994), com o desenvolvimento do capitalismo e a secularização do estado, os valores religiosos dariam lugar aos valores materialistas. Por conseguinte, com o desenvolvimento econômico das sociedades, os valores materialistas, vinculados à sobrevivência das pessoas (segurança física e segurança econômica), perderiam importância, abrindo espaço para os valores pós-materialistas. Estes, por sua vez, denotam preocupações sociais e individuais com a qualidade de vida, a realização no trabalho, a vida comunitária e a justiça social.

Observou-se entre os anos 1999 e 2002 uma diminuição das condições de emprego em decorrência de uma estagnação econômica no Uruguai. Entretanto, a partir de 2004 iniciou-se um processo de recuperação da economia, possibilitando o decréscimo do emprego e a reposição salarial. Nesse mesmo período, também foi verificada uma modificação das esferas que preocupam a população. A preocupação com a educação e o desenvolvimento social ganha relevância, enquanto problemas como a pobreza perdem sua importância (Veiga, 2010).

No Brasil, embora se verifique na atualidade uma crise econômica e, sobretudo, institucional e política, deve-se destacar que o país apresentou nos últimos anos um desenvolvimento econômico e social. A reativação do mercado de trabalho foi um dos determinantes mais importantes para a relativa melhora na situação socioeconômica da população brasileira. A partir de 2004, observou-se um aumento na geração de empregos assalariados, o que contribuiu para a formalização dos contratos de trabalho e elevou o poder de compra, retornando a uma trajetória de crescimento (Baltar, 2014). Em consonância, estudo sobre a evolução da pobreza no Nordeste brasileiro no período 1995-2009, concluiu que o crescimento da renda foi o fator que mais contribuiu para a sua redução (Araújo, 2012).

Dessa forma, a recuperação da economia em ambos os países, bem como um aumento do poder aquisitivo da população, poderia explicar uma maior adesão aos valores pós-materialistas pelos participantes pesquisados, conforme hipótese de Inglehart (1994). Entretanto, de forma oposta aos resultados encontrados por este estudo, pesquisa utilizando-se de dados secundários do World Values Survey (banco de dados de um projeto idealizado por Inglehart) de amostras selecionadas nos anos 1991 e 2006 no Brasil (1.747 participantes em 1991 e 1.500 participantes de uma amostra representativa em 2006), apontou que este país demonstrou o menor índice de pós-materialismo dos três países pesquisados (Brasil, Argentina e Chile), não obstante a estabilidade econômica e social vivenciadas no fim da década de 1990 e ao longo da primeira década do século XXI (Rocha, Siqueira & Aarão, 2014).

Apesar de os participantes brasileiros desta tese terem apresentado adesão aos valores pós-materialistas de bem-estar social, bem-estar individual e realização profissional (Pereira & Camino, 1999), verifica-se que no Brasil ainda impera certa moral religiosa mesmo em meio a valores seculares, sendo, no contexto pesquisado, a adesão ao valor religioso também relevante. Dessa forma, observa-se uma ambiguidade e ambivalência latentes em alguns contextos latino-americanos, conforme discutem (Rocha, Siqueira & Aarão, 2014), pois ainda persistem valores religiosos e tradicionais que influenciam na forma como tais sociedades enxergam questões como o aborto, por exemplo. Basta observar que, embora o Brasil seja considerado um país laico e democrático, discursos religiosos ainda preponderam nos assuntos relativos ao Estado.

Os autores Pereira, Lima e Camino (2001) discutem que em relação ao sistema de valor religioso, apesar de o seu conteúdo (religiosidade, temor a Deus e salvação da alma) não apresentar uma clara similaridade empírica com nenhum dos tipos motivacionais, ele mantém uma semelhança conceitual com os valores da conservação encontrados em diversas culturas

por Schwartz (1992) e, no Brasil, por Tamayo e Schwartz (1993), notadamente no que se refere aos tipos motivacionais da conformidade (obediente, respeitoso para com os pais e idosos, autodisciplina e polidez) e da tradição (devoto, ciente dos meus limites, humilde, respeito pela tradição, moderado e desprendido). Em ambos os casos, esses valores descrevem um estilo de vida baseado na submissão e na autorrestrrição dos indivíduos para preservar o status quo da sociedade. Neste sentido, Inglehart (1994) verificou que, em diferentes culturas, os valores religiosos aparecem fortemente relacionados aos da tradição e da obediência, configurando-se em um único fator.

Estudo realizado por Pereira, Lima e Camino (2001) com estudantes universitários de João Pessoa-PB, utilizando-se uma medida preliminar ao QVP-24 desenvolvida por Pereira, Lima e Camino (1997), apontou que, apesar de a organização dos estudantes seguirem configuração proposta por Inglehart (1994), os valores não se estruturam em relações de oposição, observando-se uma correlação positiva entre os três sistemas de valores: materialista, pós-materialista e religioso. Tais autores discutem que não é surpresa que uma amostra de jovens universitários nordestinos, em um país e região de profundos contrastes sociais, culturais e econômicos, adira positivamente aos três sistemas de valores referidos.

Ademais, a Abordagem Societal dos Valores (Lima & Camino, 1995; Pereira, Camino & Da Costa, 2004; Pereira, Camino & Da Costa, 2005; Pereira, Lima & Camino, 2001; Pereira, Torres & Barros, 2004), utilizada por esta tese, não relaciona os valores a sistemas de necessidades de motivações. Nesse sentido, os sistemas de valores não estariam a serviço das hierarquias individuais de necessidades opostas, mas parecem refletir as múltiplas formas que as ideologias encontram para serem justificadas. A representação que os grupos sociais fazem de uma sociedade ideal pode ser construída por valores positivos que apareçam como contraditórios na perspectiva de outra sociedade (Pereira, Lima & Camino, 2001), como nos

valores considerados mais importantes pelos participantes no contexto brasileiro pesquisado por este estudo, isto, é, valores pós-materialistas e religiosos.

Por sua vez, os participantes do contexto uruguaio demonstraram maior adesão aos valores relacionados ao pós-materialismo e hedonismo. A sociedade pós-materialista seria mais tolerante quanto às diferenças de gênero, à diversidade sexual, ao aborto, vislumbrando novas formas de participação política e novos modos de compreensão no campo religioso (Ribeiro, 2008; Inglehart, 1994). É dessa forma que tem se apresentado o Uruguai nos últimos anos. Tem-se observado alguns avanços em matérias como a legalização do aborto e o reconhecimento legal da união homoafetiva.

De forma oposta aos resultados encontrados, para os participantes pesquisados no contexto brasileiro, os valores pós-materialistas e hedonistas, considerados mais importantes pelos participantes pesquisados no contexto uruguaio, apresentam alguns pontos de interseção, segundo algumas pesquisas. Estudo realizado por Barros, Torres e Pereira (2009) apontou que os estudantes universitários menos autoritários foram aqueles com maior adesão aos valores hedonistas (sexualidade, prazer, sensualidade), concluindo que tais valores contribuem para o aumento da tolerância e para a diminuição do autoritarismo, o que, de certa forma, também caracteriza os valores pós-materialistas. Já os valores religiosos estariam na base das atitudes menos tolerantes. Em consonância, pesquisa realizada no Uruguai apontou que os participantes pós-materialistas deram maior importância ao fato de viver em uma democracia (Ferrer, Baptista & Rocha, 2014).

Em relação às diferenças encontradas frente a outros grupos de pertença, como o sexo e a religião, observou-se que os valores pós-materialistas apresentaram uma diferença estatisticamente significativa no que diz respeito aos sexos, tendo as participantes do sexo feminino obtido maior média, tanto no contexto brasileiro, como uruguaio. As participantes daquele contexto também apresentaram maior média no sistema de valor religioso. Quanto à

religião, os respondentes que declararam não possuir religião, em ambos os contextos, obtiveram maior média no sistema de valor hedonista. Tal sistema é configurado oposição aos valores religiosos (Pereira, Camino & Da Costa, 2005), podendo esses resultados ser interpretados nessa direção.

No contexto brasileiro, os estudantes católicos também obtiveram maior média no sistema de valor hedonista, não havendo diferenças estatisticamente significativas estes e os participantes sem religião. Uma hipótese para explicar esse dado é a de que, no Brasil, nem sempre as pessoas que se declaram católicas são praticantes e seguem os dogmas religiosos, tendo, portanto, valores menos relacionados à conformidade e tradição, diferentemente dos evangélicos, os quais, inclusive, obtiveram maior média no sistema de valor religioso.

De forma geral, pode-se concluir, em consonância com Carballo e Moreno (2013) ao analisarem os dados obtidos do *World Values Survey*, que está sucedendo uma transição dos valores culturais, mas que alguns valores tradicionais ainda persistem e seguem influenciando determinadas sociedades, conforme se observa nos resultados dos participantes brasileiros desta tese. Ademais, como salientado por alguns autores (Barros, Torres & Pereira, 2009; Pereira, Lima & Camino, 2001), os quatro sistemas de valores abordados por este estudo podem não apresentar relações de conflito entre si como ressaltado em outras abordagens (por exemplo, Schwartz, 1992), mas podem influenciar diferentemente as atitudes sobre determinados fenômenos, o aborto, por exemplo. A relação entre sistemas de valores e atitudes será analisada no próximo tópico.

3.2.3.5. Análise do modelo preditivo das atitudes frente ao direito ao aborto provocado para o contexto de legalidade (Uruguai)

Com o objetivo de analisar as variáveis que predizem as atitudes frente ao direito ao aborto provocado no contexto de legalidade (Uruguai), foram realizadas, inicialmente,

correlações entre as variáveis investigadas. Foram observadas correlações significativas entre a maioria das variáveis com as atitudes frente ao direito ao aborto provocado. Os valores materialista y valores del trabajo e religioso correlacionaram-se negativamente com as atitudes frente ao direito ao aborto provocado. As variáveis que apresentaram maiores correlações foram libertad sexual femenina ($r = 0,43$) e o valor religioso ($r = -0,41$). Foi verificado que nenhuma das variáveis predictoras obtiveram correlações fortes entre si (acima de 0,80), cumprindo, dessa forma, um dos critérios para se proceder a regressão múltipla, que é o da não-multicolinearidade. Tais resultados encontram-se na tabela 19.

Tabela 19. Correlações entre as variáveis investigadas

Fatores	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Atitude Aborto Provocado	,149**	,277**	,082	,187**	,431**	-,194**	,173**	-,406**	,075
2. Diferencia en los roles familiares y sexuales	-	,458**	,455**	,335**	,330**	-,332**	,003	-,306**	,151**
3. Diferencia en los roles profesionales		-	,311**	,308**	,136**	-,311**	,062	-,143**	,147**
4. Estereotipos tradicionales			-	,236**	,194**	-,269**	,130*	-,155**	,062
5. Violencia Sexual				-	,303**	-,248**	-,025	-,285**	,113*
6. Libertad sexual femenina					-	-,234**	,222**	-,388**	,108*
7. Materialista y valores del trabajo						-	,122*	,242**	,176**
8. Hedonista							-	-,045	,321**
9. Religioso								-	,037
10. Postmaterialista									-

**p< 0,01

*p<0,0

Em seguida, foi analisada a contribuição parcial de cada uma das variáveis investigadas para a explicação das atitudes frente ao direito ao aborto provocado. Conforme modelo proposto, as variáveis acima referenciadas foram incluídas na equação de regressão, sendo eliminados o fator estereótipos tradicionais e o sistema de valor postmaterialista por não terem obtido correlação significativa com a variável critério. O método de análise foi o *stepwise*, sendo excluídos casos *outliers* com base nos resíduos padronizados maiores do que $|2,00|$ a fim de evitar vieses na estimação dos parâmetros do modelo.

O modelo final de regressão foi significativo, $F(4, 349) = 39,58$, $p < 0,001$), explicando 30,4% da variância das atitudes frente ao direito ao aborto provocado (R^2 ajustado). Observaram-se quatro preditores com contribuição parcial significativa para explicação da variável dependente. As crenças na liberdade sexual feminina explicaram 18% da variância das atitudes frente ao direito ao aborto provocado, seguidas do valor religioso (7%), das crenças na diferença nos papéis profissionais (4%) e das crenças nas diferenças nos papéis familiares e sexuais (2%). Os resultados são apresentados na tabela 20.

Tabela 20. Modelo de regressão múltipla das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em um contexto de legalidade (Uruguai – Montevideu)

Preditores	R^2 ajustado	β padronizado	t	P
Libertad sexual femenina	,18	,34	6,85	,0001
Religioso	,07	-,29	-5,86	,0001
Diferencia en los roles profesionales	,04	,27	5,39	,0001
Diferencia en los roles familiares y sexuales	,02	-,17	-3,28	,001

Verificou-se que as variáveis libertad sexual feminina ($\beta = 0,34, p < 0,0001$) e diferencia en los roles profesionales ($\beta = 0,27, p < 0,0001$) explicam positivamente as atitudes frente ao direito ao aborto provocado, ou seja, quanto maior a crença na liberdade sexual da mulher e na não diferenciação entre as profissões em função do sexo, maior as atitudes favoráveis ao direito ao aborto provocado. Por outro lado, o sistema de valor religioso ($\beta = -0,29, p < 0,0001$) e a variável diferencia en los roles familiares y sexuales ($\beta = -0,17, p = 0,001$) explicam a variável dependente deste estudo em um sentido negativo, isto é, quanto menores o valor religioso e as crenças modernas (construtivistas) sobre os papéis familiares e sexuais de homens e mulheres, maior será a atitude pró-aborto provocado.

Posteriormente, o modelo foi analisado separando-se os grupos em função do sexo. Para os participantes do sexo masculino, a variável diferencia en los roles familiares y sexuales e o sistema de valor hedonista não obtiveram correlação significativa com a variável dependente. O modelo final de regressão para este grupo foi significativo, $F(3, 160) = 17,96, p < 0,001$, explicando 24% da variância das atitudes frente ao direito ao aborto provocado (R^2 ajustado). Observaram-se três preditores com contribuição parcial significativa para explicação da variável dependente. O sistema de valor religioso explicou 14% da variância das atitudes frente ao direito ao aborto provocado, correlacionando-se de maneira negativa ($\beta = -0,30, p < 0,0001$), ou seja, quanto maior a religiosidade, menor as atitudes favoráveis ao direito ao aborto provocado. As crenças de gênero sobre a diferença nos papéis profissionais ($\beta = 0,25, p < 0,0001$) e sobre liberdade sexual feminina ($\beta = 0,20, p = 0,005$), explicaram 7% e 3% da variância, respectivamente, de forma positiva, observando-se, portanto, uma correlação positiva das atitudes favoráveis ao direito ao aborto provocado e as crenças de gênero modernas. Os resultados encontram-se na tabela 21.

Tabela 21. Modelo de regressão múltipla das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em um contexto de legalidade (Uruguai – Montevideu) entre os participantes do sexo masculino.

Preditores	R ² ajustado	β padronizado	t	P
Religioso	,14	-,30	-4,23	,0001
Diferencia en los roles profesionales	,07	,25	3,64	,0001
Libertad sexual femenina	,03	,20	2,85	,005

Para as participantes do sexo feminino, por sua vez, a variável estereótipos tradicionais e os sistemas de valores materialista e pós-materialista não obtiveram correlação significativa com a variável dependente. O modelo encontrado para as estudantes universitárias uruguaias explicou 35,5% da variância das atitudes em relação ao direito ao aborto provocado, sendo considerado significativo [$F(4, 185) = 26,97, p < 0,001$]. Conforme se pode observar na tabela 22, as crenças na liberdade sexual feminina explicaram 28% da variância, num sentido positivo ($\beta = 0,45, p < 0,0001$); o sistema de valor religioso explicou 5%, correlacionando-se de maneira negativa ($\beta = -0,28, p < 0,0001$); as crenças de gênero dos papéis familiares e sexuais explicaram 1%, num sentido negativo ($\beta = -0,20, p = 0,005$), ou seja, quanto mais modernas tais crenças, menos favorável se é ao direito ao aborto provocado; e, por fim, as crenças em relação aos papéis profissionais explicaram 1%, de forma positiva ($\beta = 0,15, p = 0,02$).

Tabela 22. Modelo de regressão múltipla das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em um contexto de legalidade (Uruguai – Montevideu) entre as participantes do sexo feminino

Preditores	R ² ajustado	β padronizado	t	P
Libertad sexual femenina	,28	,45	6,62	,0001

Religioso	,05	-,28	-4,00	,0001
Diferencia en los roles familiares y sexuales	,01	-,20	-2,85	,005
Diferencia en los roles profesionales	,01	,15	2,31	,022

O modelo proposto foi analisado também entre os participantes com e sem religião. Para aqueles, o modelo foi significativo [$F(1, 134) = 34,42, p < 0,001$], tendo a liberdade sexual feminina como variável preditora, explicando 20% da variância em relação às atitudes frente ao direito ao aborto provocado ($\beta = 0,45, p < 0,0001$), cuja correlação foi positiva. O modelo analisado para os participantes que declararam não possuir religião foi igualmente significativo [$F(1, 210) = 29,85, p < 0,0001$]. As crenças na diferença dos papéis profissionais foram responsáveis pela explicação de 12% na variância das atitudes frente ao direito ao aborto provocado ($\beta = 0,35, p < 0,0001$), num sentido positivo. Os resultados encontram-se na tabela 23.

Tabela 23. Modelo de regressão múltipla das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em um contexto de legalidade (Uruguai – Montevideu) entre os participantes com e sem religião

Com Religião					Sem Religião			
Preditores	R ² *	β **	t	P	R ² *	β **	t	P
Libertad sexual femenina	,20	,45	5,87	,0001	-	-	-	-
Diferencia en los roles profesionales	-	-	-	-	,12	,35	5,46	,0001

*R² ajustado

** β padronizado

Por fim, o modelo de regressão múltipla das atitudes frente ao direito ao aborto provocado foi analisado em função da religiosidade. Foi utilizado o número cinco como ponto de corte. Aqueles que obtiveram média superior a cinco foram considerados como tendo muita religiosidade, e aqueles com média inferior, como possuindo pouca religiosidade. Para o grupo com muita religiosidade, o modelo analisado foi significativo [$F(1, 79) = 23,68$, $p < 0,0001$], sendo 22% da variância das atitudes explicadas pelas crenças na liberdade sexual feminina ($\beta = 0,48$, $p < 0,0001$), numa direção positiva. Não houve mais nenhuma outra variável preditora.

Por sua vez, o modelo para o grupo com pouca religiosidade também foi significativo [$F(3, 232) = 16,17$, $p < 0,0001$], explicando 16% da variância total. Foram verificados três preditores com contribuição parcial significativa para explicação da variável dependente. Estes são as crenças na liberdade sexual feminina, as quais explicaram 9% da variância ($\beta = 0,2$, $p = 0,001$), seguidas das crenças na diferença nos papéis profissionais, explicando 6% ($\beta = 0,26$, $p < 0,0001$) e, por fim, do sistema de valor religioso, o qual explicou 1% da variância das atitudes em relação ao direito ao aborto provocado numa direção negativa ($\beta = -0,14$, $p = 0,026$), conforme resultados apresentados na tabela 24.

Tabela 24. Modelo de regressão múltipla das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em um contexto de legalidade (Uruguai – Montevideu) entre os participantes com muita e pouca religiosidade.

Muita religiosidade (M>5)					Pouca religiosidade (M<5)			
Preditores	R ² *	β^{**}	t	p	R ² *	β^{**}	t	P
Libertad								
sexual	,22	,48	4,87	,0001	,09	,22	3,48	,001
femenina								

Diferencia									
en los roles	-	-	-	-	,06	,26	4,32	,0001	
profesionales									
Religioso	-	-	-	-	,01	-,14	-2,24	,026	
*R ² ajustado									
** β padronizado									

3.2.3.6. Análise do modelo preditivo das atitudes frente ao direito ao aborto provocado para o contexto de ilegalidade (Brasil)

Previamente, procedeu-se uma análise das correlações das variáveis do modelo proposto por este estudo, com a finalidade de verificar quais aquelas devem ser incluídas no modelo. Os índices de correlação podem ser observados na tabela 25. São observadas correlações significativas entre a maioria das variáveis com as atitudes frente ao direito ao aborto provocado. No entanto, as crenças referentes à violência sexual e doméstica, bem como os sistemas de valores materialista e pós-materialista não obtiveram correlação significativa, sendo retirados da análise do modelo. As variáveis que apresentaram maiores correlações foram o sistema de valor religioso, de forma negativa ($r = -0,48$) e as crenças de gênero em relação à iniciativa sexual ($r = 0,45$). Foi verificado que nenhuma das variáveis preditoras obtiveram correlações fortes entre si (acima de 0,80), cumprindo o critério da não-multicolinearidade.

Tabela 25. Correlações entre as variáveis investigadas

Fatores	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Atitude aborto provocado	,359**	,172**	,446**	,074	,204**	,241**	-,479**	,014	,064

2. Diferença nos papéis familiares e sexuais	-	,489**	,508**	,392**	,537**	,149**	-,319**	-,183**	,122*
3. Estereótipos Tradicionais	-	,220**	,360**	,440**	,009	-,283**	-,168**	,048	
4. Iniciativa Sexual		-	,207**	,330**	,289**	-,393**	-,108*	,150**	
5. Violência sexual e doméstica			-	,414**	-,020	-,106*	-,171**	,134*	
6. Diferença nos papéis profissionais				-	,054	-,236**	-,196**	,099	
7. Hedonista					-	,061	,536**	,429**	
8. Religioso						-	,249**	,167**	
9. Materialista							-	,308**	
10. Pós-materialista								-	

**p< 0,01
*p<0,05

O modelo de regressão foi analisado utilizando-se o método *stepwise*, incluindo-se na equação de regressão as variáveis que obtiveram correlações significativas. Os casos *outliers* foram excluídos com base nos resíduos padronizados maiores do que |2,00| a fim de evitar vieses na estimação dos parâmetros. Posteriormente, foi verificada a contribuição parcial de cada uma das variáveis investigadas para a explicação das atitudes frente ao direito ao aborto provocado.

O modelo final de regressão foi significativo, $F(4, 364) = 49,48$, $p < 0,0001$, explicando 34,5% da variância das atitudes frente ao direito ao aborto provocado (R^2 ajustado). Foram verificados quatro preditores com contribuição parcial significativa para explicação da variável dependente. O sistema de valor religioso explicou 23% da variância das atitudes frente ao direito ao aborto provocado, seguido das crenças em relação à tomada de iniciativa sexual tanto por homens como mulheres (8%), do sistema de valor hedonista (3%) e, por fim, das crenças em relação às diferenças nos papéis familiares e sexuais (1%), conforme se observa na tabela 26.

Tabela 26. Modelo de regressão múltipla das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em um contexto de ilegalidade (Brasil – Paraíba)

Preditores	R^2 ajustado	β padronizado	t	P
Religioso	,23	-,38	-8,07	,0001
Iniciativa Sexual	,08	,18	3,37	,001
Hedonista	,03	,19	4,33	,0001
Diferença nos papéis familiares e sexuais	,01	,12	2,34	,020

O sistema de valor religioso explicou negativamente as atitudes frente ao direito ao aborto provocado ($\beta = -0,38$, $p < 0,0001$). Em contrapartida, as crenças em relação à iniciativa sexual ($\beta = 0,18$, $p < 0,001$), o sistema de valor hedonista ($\beta = 0,19$, $p < 0,0001$) e as crenças de gênero acerca da diferença nos papéis familiares e sexuais ($\beta = 0,12$, $p = 0,02$) explicaram positivamente a variável dependente, isto é, quanto mais hedonista e mais moderna tais crenças, maior a atitude pró-aborto provocado.

Em seguida, o modelo foi analisado separando-se os grupos em função do sexo. Para os participantes do sexo masculino, o modelo final de regressão foi significativo [$F(3, 178)$

=35,84, $p<0,0001$], explicando 36,6% da variância das atitudes frente ao direito ao aborto provocado (R^2 ajustado). Observaram-se três preditores com contribuição parcial significativa para explicação da variável dependente, de acordo com a tabela 27. As crenças em relação à iniciativa sexual, com 22% da variância explicada, bem como o sistema de valor hedonista, representando 5% da variância das atitudes frente ao direito ao aborto provocado, explicaram a variável dependente deste estudo numa direção positiva, ($\beta= 0,25$, $p<0,0001$) e ($\beta= 0,24$, $p<0,0001$), respectivamente. Por outro lado, o valor religioso explicou 10%, num sentido negativo ($\beta=- 0,39$, $p<0,0001$).

Tabela 27. Modelo de regressão múltipla das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em um contexto de ilegalidade (Brasil – Paraíba) entre os participantes em função do sexo.

Masculino					Feminino			
Preditores	R^{2*}	β^{**}	t	p	R^{2*}	β^{**}	t	P
Iniciativa sexual	,22	,25	3,69	,0001	-	-	-	-
Religioso	,10	-,39	6,05	,0001	0,26	-,41	-6,32	,0001
Hedonista	,05	,24	3,76	,0001	0,01	,13	3,99	,0001
Diferença nos papéis familiares e sexuais	-	-	-		0,08	,27	2,16	,032

* R^2 ajustado

** β padronizado

Para as participantes do sexo feminino, o modelo explicou 34,8% da variância das atitudes frente ao direito ao aborto provocado, sendo igualmente significativo [$F(3, 183)$ =34,02, $p<0,0001$]. O sistema de valor religioso explicou 26% da variância, correlacionando-se de maneira negativa ($\beta= -0,41$, $p<0,0001$). As crenças de gênero acerca da diferença nos

papeis familiares e sexuais explicou 8% da variância da variável dependente e o sistema de valor hedonista 1%, ambos de forma positiva, ($\beta = 0,27$, $p = 0,03$) e ($\beta = 0,13$ $p < 0,0001$), respectivamente. Os resultados encontram-se na tabela 27.

O modelo proposto foi analisado também entre os participantes em função da religião. Para aqueles que afirmaram não possuir religião, o modelo foi considerado significativo [$F(1, 58) = 21,26$, $p < 0,001$]. O mesmo apresentou apenas uma variável preditora, as crenças de gênero sobre a diferença nos papéis familiares e sexuais, explicando 25,6% da variância das atitudes frente ao direito ao aborto provocado de forma positiva ($\beta = 0,52$, $p < 0,0001$).

O modelo analisado para os participantes que se declararam católicos também apresentou significância estatística [$F(2, 172) = 26,73$, $p < 0,001$] e explicou 22,8% da variância das atitudes frente ao direito ao aborto provocado. As variáveis preditoras foram o sistema de valor religioso, responsável por 19% da variância, explicando a variável critério negativamente ($\beta = -0,37$, $p < 0,0001$), e as crenças de gênero acerca na iniciativa sexual, responsável por explicar, numa direção positiva ($\beta = 0,23$, $p = 0,001$), 4% da variância. Os evangélicos, por sua vez, explicaram 18% da variância das atitudes em relação ao direito ao aborto provocado através das crenças de gênero sobre a iniciativa sexual ($\beta = 0,34$, $p < 0,001$) e 6% pelo sistema de valor hedonista ($\beta = 0,27$, $p = 0,003$), ambos em sentido positivo. O modelo também foi significativo [$F(2, 105) = 17,52$, $p < 0,001$], explicando 24% da variância. Os resultados encontram-se descritos na tabela 28.

Tabela 28. Modelo de regressão múltipla das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em um contexto de ilegalidade (Brasil – Paraíba) entre os participantes católicos e evangélicos.

Católicos					Evangélicos			
Preditores	R ² *	β^{**}	t	p	R ² *	β^{**}	t	P
Religioso	,19	-,373	-5,37	,0001	-	-	-	-
Iniciativa	,04	,227	3,28	,001	,18	,34	3,74	,0001

sexual								
Hedonista	-	-	-	-	,06	,27	3,02	,003

*R² ajustado

** β padronizado

Finalmente, o modelo de regressão múltipla das atitudes frente ao direito ao aborto provocado foi analisado de acordo com a religiosidade. Utilizou-se o número cinco como ponto de corte, ou seja, os participantes que pontuaram acima desse valor foram considerados como tendo muita religiosidade, e aqueles que pontuaram abaixo, como possuindo pouca religiosidade. Para o grupo com muita religiosidade, o modelo analisado foi significativo [$F(3, 204) = 32,51, p < 0,0001$], explicando 31% da variância total. As crenças em relação à iniciativa sexual explicaram 18% da variância ($\beta = 0,24, p < 0,0001$), numa direção positiva, o sistema religioso explicou 8% de forma negativa ($\beta = -0,36, p < 0,0001$) e o sistema hedonista 5% da variação ($\beta = 0,25, p < 0,0001$), de modo positivo.

O modelo para o grupo com pouca religiosidade também foi significativo [$F(3, 94) = 18,91, p < 0,0001$], explicando 36% da variância total. Foram verificados três preditores com contribuição parcial significativa para explicação da variável dependente. O sistema de valor religioso explicou, negativamente, 27% da variância ($\beta = -0,42, p < 0,001$), seguido das crenças de gênero na diferença dos papéis familiares e sexuais, explicando 6% ($\beta = 0,23, p = 0,001$), cujas crenças modernas se correlacionaram positivamente com a variável critério e, por fim, do sistema de valor hedonista, o qual explicou positivamente 3% da variância das atitudes em relação ao direito ao aborto provocado ($\beta = 0,19, p = 0,02$). Os resultados encontram-se na tabela abaixo.

Tabela 29. Modelo de regressão múltipla das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em um contexto de ilegalidade (Brasil – Paraíba) entre os participantes com muita e pouca religiosidade.

Preditores	Muita religiosidade (M>5)				Pouca religiosidade (M<5)			
	R ²	β	t	p	R ²	β	t	P
	ajustado	padronizado			ajustado	padronizado		
Religioso	,08	-,36	-5,80	,0001	0,27	-,42	-4,71	,0001
Iniciativa Sexual	,18	,24	3,74	,0001				
Diferença nos papéis familiares e sexuais	-	-	-	-	,06	,23	2,49	,014
Hedonista	,05	,25	4,08	,0001	,03	,19	2,26	,026

3.2.3.7. Discussão

Os resultados da regressão múltipla mostraram que a variação das atitudes frente ao direito ao aborto provocado pode ser explicada pelas crenças de gênero e valores psicossociais. Observou-se que no contexto de legalidade (Uruguai – Montevideu) e ilegalidade ao aborto (Brasil – Paraíba), o modelo explicou 30,4% e 34,5% da variância da variável critério, respectivamente. Esse índice é superior a outros estudos (Wall et al., 1999; Wang & Buffalo, 2004), que objetivaram analisar variáveis preditoras em relação ao mesmo objeto. Por exemplo, pesquisa desenvolvida Wang e Buffalo (2004) nos Estados Unidos encontrou que aproximadamente 13% da variância das atitudes frente ao aborto podem ser explicadas pelo efeito da combinação de quatro variáveis independentes: nível de escolaridade, atitudes em relação aos papéis de gênero, crenças religiosas fundamentalistas e número ideal de filhos.

No contexto de legalidade (Uruguai – Montevideu), quatro variáveis explicaram as atitudes em relação ao direito ao aborto provocado: liberdade sexual feminina, religiosidade, diferença nos papéis profissionais e diferença nos papéis familiares e sexuais. Observou-se que as crenças de gênero foram a variável que melhor explicou a variância das atitudes frente ao direito ao aborto provocado, mais especificamente o fator liberdade sexual feminina, seguido do sistema de valor religioso. Corroborando as hipóteses desta tese, as crenças de gênero igualitárias, principalmente aquelas vinculadas à liberdade sexual da mulher, cuja explicação encontra-se no nível interindividual de análise (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995); Doise, 1986, 2002), explicaram as atitudes favoráveis em relação ao direito ao aborto provocado. O sistema de valor religioso, por sua vez, explicou tais atitudes de forma negativa, também em consonância com as premissas deste estudo.

Outro fator que se correlacionou positivamente com as atitudes em relação à variável critério foram as crenças modernas quanto às diferenças nos papéis profissionais, ou seja, quanto mais se acredita que não deve existir discriminação profissional em função do sexo, mais positivas são as atitudes frente ao direito ao aborto provocado. Verifica-se que essa crença diz respeito à inserção da mulher na esfera pública em igualdade com o homem. Entretanto, refutando uma das hipóteses deste estudo, as crenças de gênero referente à igualdade entre homens e mulheres no que diz respeito à vivência dos papéis familiares e sexuais explicaram as atitudes frente ao aborto de maneira negativa. Isso pode indicar que os participantes favoráveis ao direito de a mulher abortar, embora possam ter a crença de que, por exemplo, “a esposa deve ser a principal responsável pelo cuidado da casa e dos filhos”, o que se sobressai para explicar tais atitudes é a crença de que “as mulheres deveriam ser livres para se expressarem sexualmente”. A figura 8 abaixo apresenta as variáveis (e a porcentagem da variância explicada por cada uma) que predizem as atitudes frente ao direito ao aborto

provocado em um contexto de legalidade (Uruguai – Montevideu) e ilegalidade (Brasil – Paraíba).

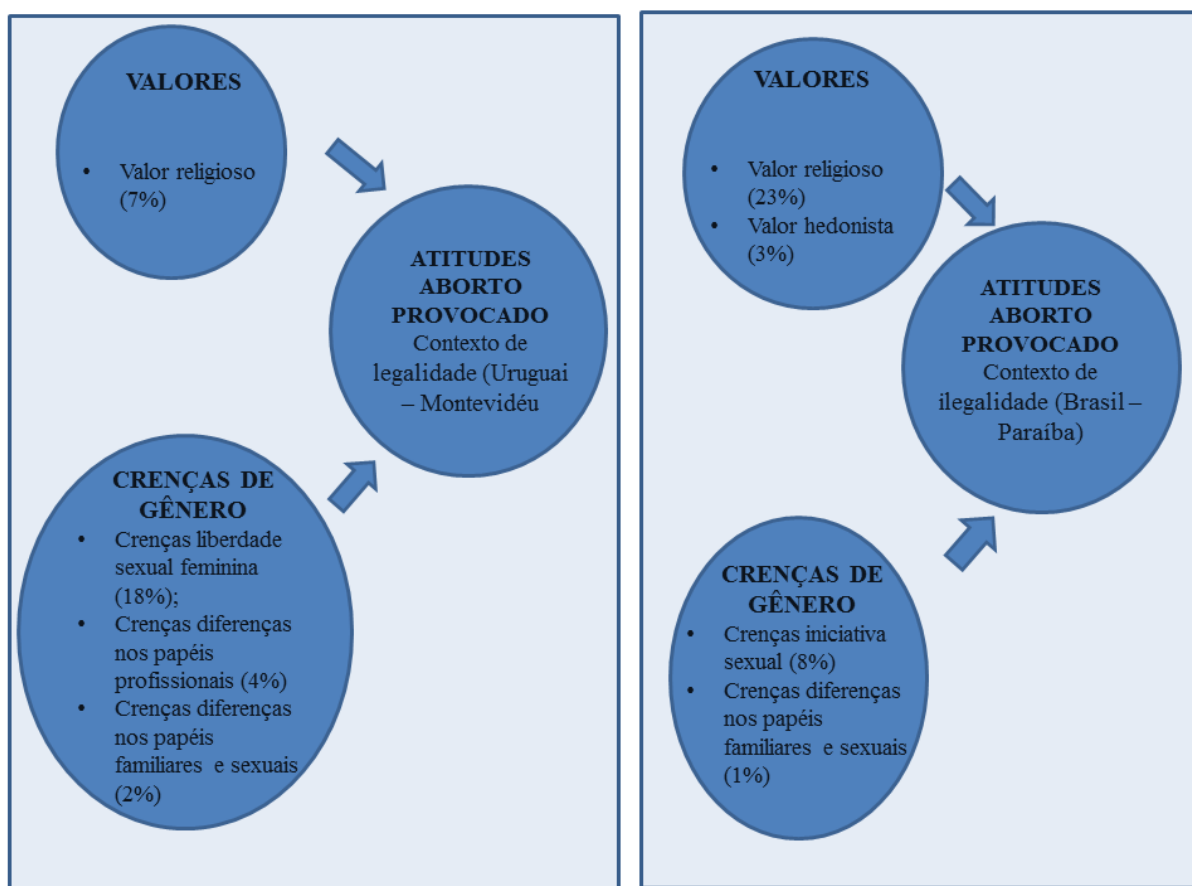


Figura 8. Variáveis explicativas das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em um contexto de legalidade (Uruguai – Montevideu) e ilegalidade (Brasil – Paraíba).

No contexto de ilegalidade (Brasil – Paraíba), por sua vez, conforme apresentado na figura 8, as variáveis que explicaram as atitudes frente ao direito ao aborto provocado foram: o sistema religioso, as crenças modernas no que diz respeito à iniciativa sexual tanto por homens como mulheres, o sistema de valor hedonista e as crenças modernas (construtivistas) em relação às diferenças nos papéis familiares e sexuais. Diferentemente do Uruguai, o sistema de valor religioso foi a variável que melhor explicou as atitudes em questão, num sentido negativo, ou seja, quanto mais religioso, menor as atitudes favoráveis ao direito ao

aborto provocado. Em segundo lugar, têm-se as crenças modernas de gênero em relação à iniciativa sexual, cuja explicação, a nível intergrupai, encontra-se num sentido positivo, isto é, quanto mais crenças modernas, maior a adesão às atitudes favoráveis. Outras variáveis que explicaram positivamente tais atitudes foram o sistema de valor hedonista e as crenças modernas sobre as diferenças nos papéis familiares e sexuais, corroborando as hipóteses desta tese.

Observou-se no Brasil uma forte presença e influência da religião inclusive nos assuntos relativos à esfera pública. No entanto, a compreensão das atitudes frente ao direito ao aborto provocado não se encerra no aspecto religioso e dogmático, mas envolve outros fatores como as crenças de gênero e o sistema de valor hedonista, sendo este, inclusive, outra diferença encontrada em comparação aos dois contextos analisados. No Uruguai, por sua vez, verifica-se cada vez mais a laicidade do Estado e a compreensão do aborto no âmbito dos direitos não apenas reprodutivos, mas também sexuais, segundo resultados desta tese, a qual apontou para a liberdade sexual feminina como fator preponderante na explicação do posicionamento quanto ao direito de abortar.

Contrariando uma das hipóteses desta tese, o sistema de valor pós-materialista não contribuiu para a explicação das atitudes frente ao direito ao aborto provocado. Por outro lado, em consonância com as hipóteses desta pesquisa e outros estudos (Huang, Davies, Sibley & Osborne, 2016, Ogland & Verona, 2001; Wang & Buffalo, 2004; Yen & Zampelli, 2017) verificou-se, de forma geral, que as atitudes frente ao direito ao aborto provocado podem ser explicadas pelo sistema de valor religioso, as crenças de gênero e o sistema de valor hedonista.

Pesquisa desenvolvida por Wang e Buffalo (2004) evidencia que a oposição ao aborto é maior entre os religiosos fundamentalistas e aqueles que possuem crenças tradicionais de gênero. Segundo pesquisa realizada por Yen e Zampelli (2017), a religiosidade ortodoxa

aumenta a oposição ao aborto. Ao mesmo tempo, esses autores discutem que o crescimento da política conservadora tem impactos estatisticamente significativos e negativos no apoio aos abortos legalizados, cujo poder de predição seria substancialmente maior do que qualquer outra variável. Barros, Torres e Pereira (2009) identificaram uma correlação positiva entre sistema de valor religioso e atitudes menos intolerantes e mais autoritárias. Em analogia a outras teorias dos valores, o sistema religioso apresenta uma similitude conceitual com os valores da conservação, conformidade e tradição (Pereira, Lima & Camino, 2001; Tamayo & Schwartz, 1993) e da tradição e obediência (Inglehart, 1994), enfatizando a proteção da ordem social, isto é, do *status quo* (Yen & Zampelli, 2017).

Por outro lado, o sistema de valor hedonista é configurado em oposição aos valores religiosos (Pereira, Camino & Da Costa, 2005), e mantém uma correlação com os valores de abertura à mudança da teoria de Schwartz (1992). As pessoas que aderem a valores que tem uma proximidade com o liberalismo, provavelmente possuem um viés cultural “individualista”, sendo mais propensas a apoiar o direito ao aborto, a partir do discurso em relação à liberdade de escolha individual e direito ao corpo (“meu corpo, minhas regras”) (Stenvoll, 2002) e compromisso com a individualidade (Tamney, Johnson & Burton, 1992).

Em relação a outros grupos de pertença, como o sexo, verificou-se que enquanto as crenças sobre a liberdade sexual feminina foi o melhor preditor das atitudes frente ao direito ao aborto provocado na amostra uruguaia feminina, correlacionando-se positivamente, as participantes brasileiras desta tese deram mais ênfase ao sistema de valor religioso, cuja correlação foi negativa. Nesse sentido, observou-se no grupo brasileiro feminino uma influência significativa da religião para explicar tais atitudes. No grupo feminino uruguaio, a explicação das atitudes acerca do direito ao aborto provocado encontra-se na esfera dos direitos não apenas reprodutivos, mas também sexuais, como, por exemplo, o direito de a mulher vivenciar sua sexualidade livremente. A Conferência Internacional sobre População e

Desenvolvimento, Cairo 1994, e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing 1995, expandiram a definição de direitos reprodutivos para incluir o empoderamento feminino no processo de decisão reprodutiva, compreendendo o direito ao aborto inseparável do direito das mulheres sobre seus próprios corpos (Wang & Buffalo, 2004).

Outra diferença observada entre os dois grupos em questão é no que diz respeito às crenças de gênero sobre os papéis familiares e sexuais assumidos por homens e mulheres. Enquanto que para as participantes do contexto de legalidade, as referidas crenças explicaram a variável dependente de forma negativa, para participantes no contexto de ilegalidade, a explicação foi num sentido positivo. Isso quer dizer que as participantes uruguaias explicaram as atitudes favoráveis ao direito ao aborto provocado a partir das suas crenças de gênero tradicionais, nos papéis familiares e sexuais de homens e mulheres, embora contribuam com apenas 1% da variância, e não a partir das crenças modernas, conforme esperado. Já as participantes brasileiras, diferentemente, atribuíram que 8% da variância das atitudes favoráveis ao direito ao aborto provocado se devem à variância das crenças na igualdade entre homens e mulheres na vivência de tais papéis. Entretanto, as crenças sobre a liberdade sexual feminina não foi importante para explicação.

A partir desses dados, pode-se concluir que para as participantes uruguaias, na explicação das atitudes favoráveis ao direito ao aborto provocado, a liberdade sexual feminina é mais importante do que o rompimento com os estereótipos tradicionais dos papéis familiares sexuais de homens e mulheres, os quais, embora com baixo poder preditivo, explicaram positivamente tais atitudes. Já as brasileiras, a importância centra-se no sistema de valor religioso e na quebra dos referidos estereótipos. Nesse sentido, pesquisa realizada por Puri et al. (2012) com profissionais de saúde acerca da sua visão sobre a legalização do aborto no Nepal, no ano de 2002, apontou que o aborto é estigmatizado neste país justamente por

desafiar os papéis tradicionais de gênero da maternidade e também por ser contrário a muitos ensinamentos da religião Hindu.

Nessa direção, estudo realizado por Rehnström-Loi, Gemzell-Danielsson, Faxelid e Klingberg-Allvin (2015) que objetivou fazer uma revisão sistemática da literatura, ao identificar, resumir e sintetizar pesquisas sobre atitudes e percepções de profissionais cuidadores de mulheres que provocam aborto na África subsaariana e sul-africana, traz como um dos aspectos influenciadores das atitudes frente ao direito ao aborto provocado as questões de gênero. Em três estudos encontrados, foi expressa a percepção de que o aborto provocado encerra a maternidade. Dessa forma, os participantes consideraram que a escolha da mulher pelo aborto é uma negação de seu papel de mãe e, portanto, uma negação de sua identidade enquanto mulher.

Em relação ao sexo masculino, por sua vez, observou-se um movimento no sentido contrário. Para os participantes uruguaios, o sistema de valor religioso foi o melhor preditor das atitudes frente ao direito ao aborto provocado, explicando-as de maneira negativa, seguido das crenças de gênero modernas acerca dos papéis profissionais exercidos por homens e mulheres e da liberdade sexual feminina, com menor poder preditivo e cuja explicação foi numa direção positiva. Já para os participantes brasileiros, o melhor preditor foi a crença na igualdade de homens e mulheres em relação à tomada de iniciativa sexual, ou seja, a liberdade na vivência de sua sexualidade, explicando as atitudes de forma positiva, seguido do sistema de valor religioso, cuja explicação foi negativa, e do sistema de valor hedonista, também positivo.

Frente a esses resultados, quais são as interpretações possíveis? Observa-se que para as mulheres uruguaias e para os homens brasileiros deste estudo, o aborto é uma questão, sobretudo, de igualdade entre homens e mulheres na vivência da sexualidade. Por outro lado, para as mulheres brasileiras e para os homens uruguaios pesquisados, o aborto é ainda uma

questão de religiosidade dogmática, tendo atitudes mais favoráveis aqueles cuja religiosidade é menor.

No que diz respeito à pertença religiosa, observou-se que os participantes do contexto brasileiro e uruguaio que declararam não possuir religião explicaram suas atitudes frente ao direito ao aborto provocado a partir de uma única variável, as crenças de gênero acerca dos papéis familiares e sexuais desempenhados por homens e mulheres e as crenças de gênero sobre os papéis profissionais assumidos por ambos os sexos, respectivamente. Desse modo, tem-se uma explicação ao nível intergrupai, cuja análise recai sobre a relação entre homens e mulheres como ocupantes de papéis socialmente definidos (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995; Doise, 1986, 2002). Enquanto que para os participantes brasileiros sem religião as atitudes favoráveis ao direito ao aborto provocado tem relação com a igualdade de papéis entre mulheres e homens no âmbito da esfera privada (papéis familiares e sexuais), para os participantes uruguaio sem religião, as atitudes pró-aborto provocado associaram-se ao direito à igualdade entre mulheres e homens no âmbito da esfera pública (papéis profissionais).

Um dado relevante e ao mesmo tempo surpreendente foi o fato de que os participantes uruguaio que responderam ter religião e ter muita religiosidade e os participantes brasileiros autodeclarados evangélicos não explicaram suas atitudes frente ao direito ao aborto provocado em função do sistema de valor religioso, o qual não contribuiu para a explicação da variância. Para aqueles, a variável preditora de tais atitudes foram as crenças sobre a liberdade sexual feminina. Estes, por seu turno, as explicaram em função das crenças de gênero sobre a iniciativa sexual tanto do homem quanto da mulher e pelo sistema de valor hedonista, ambos em sentido positivo.

Espera-se que os grupos religiosos expliquem suas atitudes em relação ao direito ao aborto provocado através de suas crenças religiosas. Afinal, estudos têm apontado que a

religião, bem como a religiosidade, é forte preditor de tais atitudes (Ogland & Verona, 2011; Strickler & Danigelis, 2002, Wang & Buffalo, 2004, Yen & Zampelli, 2017). No entanto, os resultados desta tese para o referido grupo de pertença foi de encontro ao esperado. Esse dado requer um melhor aprofundamento, visto que tais participantes por serem estudantes universitários, e devido ao conflito existente entre o saber científico e religioso, podem ter respondido conforme a desejabilidade social. Além da desejabilidade social, as crenças religiosas, nesse contexto, podem ser secundárias.

Nessa direção, pesquisa realizada por Yen e Zampelli (2017) nos Estados Unidos apontou para uma relação positiva entre a religiosidade e o suporte ao aborto provocado, bem como, para a surpresa dos autores, a identificação com o partido Republicano. Esses resultados sugerem que a compreensão das atitudes em relação ao aborto envolve uma complexidade que transcende o aspecto religioso.

Por fim, analisou-se o modelo explicativo das atitudes frente ao direito ao aborto provocado segundo a religiosidade. Os resultados foram similares aos encontrados na análise do modelo preditivo em função da religião. Para os estudantes que responderam ter muita religiosidade, as crenças de gênero foram mais importantes na explicação das atitudes frente ao direito ao aborto provocado do que o sistema de valor religioso, em ambos os contextos. Por outro lado, para os estudantes com pouca religiosidade, o sistema de valor religioso foi um bom preditor de tais atitudes. Vale ressaltar que religião e religiosidade são variáveis distintas. Enquanto a primeira diz respeito à pertença à alguma denominação ou grupo religioso, a segunda relaciona-se com a vivência de uma espiritualidade. Pesquisa realizada por Yen e Zampelli (2017) nos Estados Unidos mostrou que enquanto a religião ortodoxa diminui o apoio ao aborto eletivo, a religiosidade aumenta.

Pode-se concluir que os valores psicossociais, sobretudo o sistema de valor religioso e o sistema de valor hedonista, bem como as crenças de gênero, mais especificamente os fatores

sobre liberdade sexual feminina/iniciativa sexual e as crenças em relação aos papéis domésticos e profissionais assumidos por homens e mulheres, funcionaram como bons explicadores das atitudes frente ao direito ao aborto provocado. Cabe ressaltar enquanto limitação que, devido ao fato de se tratar de uma amostra específica, os resultados encontrados não podem ser generalizados para a população geral. Levando em consideração os aspectos abordados neste estudo, assinala-se sua modesta contribuição no sentido de complementar a ampla discussão sobre a temática do aborto provocado, principalmente na medida em que põe ênfase nos valores psicossociais e nas crenças de gênero como construtos significativos para compreensão das atitudes em relação a tal fenômeno. Sugerem-se estudos futuros que abordem as atitudes em relação ao direito ao aborto provocado em diferentes contextos culturais, inclusive para clarificar algumas contradições e limitações apontadas nesta tese.

3.3. Estudo 3: Vulnerabilidades associadas ao aborto provocado em contextos de legalidade e ilegalidade

3.3.1. Objetivos específicos do estudo 3

- a) Caracterizar as participantes do estudo segundo aspectos sócio-demográficos;
- b) Identificar e analisar as vulnerabilidades (individual, social e programática) que estão implicadas na experiência do aborto provocado em toda a sua trajetória, bem como identificar os elementos que as reduzem, reproduzem ou aumentam;
- c) Analisar os motivos pelos quais as mulheres provocaram o aborto;
- d) Descrever a experiência das participantes em relação à prática do aborto;
- e) Analisar os sentidos produzidos pelas participantes para a experiência do aborto provocado.
- f) Comparar as vulnerabilidades, a experiência e os sentidos das mulheres que provocaram aborto em função do contexto legislativo (legalidade e ilegalidade).

3.3.2. Método

3.3.2.1. Característica do estudo

No *estudo 3*, de cunho qualitativo, foi realizada uma entrevista com as mulheres que provocaram aborto no contexto de legalidade e ilegalidade (Uruguai – Montevideu e Brasil – Paraíba, respectivamente), a fim de verificar em seus discursos as vulnerabilidades (individual, social e programática) envolvidas na trajetória dessa prática, desde a relação afetivo-sexual que gerou a gravidez indesejada até os momentos após a realização do aborto, bem como a experiência e os sentidos atribuídos à ela. A pesquisa qualitativa tem como objetivo principal a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados, cujos dados são analisados de forma indutiva pelo pesquisador (Lakatos et al., 1986)

3.3.2.2. Participantes

No contexto de legalidade (Uruguai), as participantes foram recrutadas no Hospital da Mulher do Centro Hospitalareiro Pereira Rossell (CHPR), durante o seu retorno para a consulta da última etapa da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVE-4). Outra forma de ter acesso às participantes em questão foi através da pergunta número 12, incluída no questionário sociodemográfico (ANEXO II), sobre se já provocou aborto e se gostaria de participar de uma entrevista acerca da experiência. O referido questionário foi aplicado durante a realização do *estudo 2*.

No contexto de ilegalidade ao aborto (Brasil), as participantes foram recrutadas de três formas: 1. Foi igualmente utilizada a pergunta contida no questionário sociodemográfico já referido acima. 2. Através a estratégia de “bola-de-neve”, a partir da qual novos contatos eram feitos por meio de indicações das próprias participantes do estudo, com base na sua rede pessoal. 3. As participantes da zona rural foram acessadas durante a realização da pesquisa

intitulada Vulnerabilidades em Saúde: Avaliação do atendimento e acesso aos serviços de saúde, saúde mental e vulnerabilidades por moradores e profissionais de saúde do Estado da Paraíba, desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde (NPVPS) no ano de 2013, através de uma pergunta sobre a prática de aborto incluída no módulo do questionário denominado Práticas sexuais, preventivas e vulnerabilidade.

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão das participantes do *estudo 3*: mulheres que provocaram aborto em virtude de violência sexual, de risco à gestante ou de feto inviável, ou seja, os abortos considerados como legal, bem como aquelas mulheres que provocaram aborto há no máximo uma semana até a entrevista. Isto explica o porquê de as mulheres brasileiras não terem sido recrutadas em hospitais durante procedimentos pós-aborto, visto que o fato ainda estar passando pelo processo poderia interferir na sua percepção dessa experiência. Como critérios de inclusão tiveram-se, portanto, mulheres que provocaram aborto há no mínimo uma semana até a realização da entrevista, excluindo-se as hipóteses legais para essa prática, e que aceitassem participar do estudo. Para o contexto de legalidade, participaram apenas as que abortaram após a legalização do aborto no Uruguai (ano de 2012).

Desse modo, participaram deste estudo 17 mulheres que provocaram aborto no contexto de legalidade (Uruguai – Montevideu). A maioria tinha idades entre 20 e 29 anos, sendo esta a faixa etária em o aborto foi provocado (idade mínima foi 17 anos e idade máxima foi de 33 anos), era residente da capital Montevideu, grau de escolaridade ensino médio em diante, solteira, com renda entre 1 e 3 salários mínimos, branca, sem religião, média de religiosidade de 5,59 (DP=3,13) (numa escala de 0 a 10) e tendo provocado apenas um aborto (mínimo de 1 aborto e máximo de 5 abortos).

No contexto de ilegalidade (Brasil – Paraíba), por sua vez, participaram 13 mulheres que provocaram aborto. A maioria tinha entre 20 e 39 anos (idade mínima de 17 anos e máxima de 42 anos), mas provocaram aborto na adolescência, entre 13 e 19 anos (n=7), e

juventude, entre 20 e 29 anos (n=6). Grande parte das participantes residia na capital paraibana, possuía grau de escolaridade do ensino médio em diante, encontrava-se, no momento da entrevista, casada, ganhando até três salários mínimos, com filhos, de cor branca, religião católica, cuja média de religiosidade foi de 6,31 (DP=3,59) e tendo a maioria provocado apenas um aborto (mínimo de 1 aborto e máximo de 3 abortos). A tabela 30 apresenta os dados sóciodemográficos atuais das mulheres entrevistadas. Os dados sóciodemográficos à época da realização do aborto serão descritos na seção dos resultados quando as participantes e suas vivências forem apresentadas.

Tabela 30. Dados sóciodemográficos atuais das participantes que provocaram aborto em contexto de legalidade (Uruguai) e ilegalidade (Brasil)

Variáveis sociodemográficos	Uruguai	Brasil
Idade atual		
1 – 19 anos	2	2
20 – 29 anos	12	5
30 – 39 anos	3	4
Acima de 40 anos	0	2
Idade em que provocou o aborto		
13 – 19 anos	2	7
20 – 29 anos	12	6
30 – 45 anos	3	0
Acima de 45 anos	0	0
Zona em que reside		
Capital	13	8
Interior	4	1
Zona Rural	0	4
Escolaridade atual		
Primário	1	1
Ensino fundamental incompleto	1	3
Ensino fundamental completo	1	1

Ensino médio incompleto	5	0
Ensino médio completo	3	2
Ensino superior incompleto	5	1
Ensino superior completo	1	5
Estado civil atual		
Solteira	9	5
Casada/União estável	6	8
Divorciada	2	0
Viúva	0	0
Renda familiar		
Abaixo de 1 salário mínimo	4	5
1 – 3 salários mínimos	8	3
4 – 6 salários mínimos	3	4
7 – 9 salários mínimos	2	1
Número de filhos		
Sem filhos	8	5
1 – 2 filhos	6	5
3 – 4 filhos	3	3
Cor		
Branca	10	7
Negra	0	6
Parda	7	0
Religião		
Sem religião	13	5
Católica	4	6
Evangélica	0	1
Religiosidade	M=5,59	M=6,31
Abortos		
1	15	12
2	1	0
3	0	1
5	1	0

3.3.2.3. Instrumentos

Para cumprir com os objetivos do *estudo 3*, foi realizada uma entrevista semi-estruturada, baseada na metodologia das cenas (Paiva, 2012). Essa metodologia permite analisar todas as dimensões da vulnerabilidade com base em uma cena. Dessa forma,

As cenas vivas levantadas pelos participantes, codificadas quando transformadas em narrativas compartilhadas, sintetizam a experiência viva, trazem o ritmo e o movimento da vida real de cada pessoa para o centro da conversa, permitem ao técnico abordar *a pessoa no contexto e o contexto na pessoa*. A co-compreensão *de cada cena* permite colaborar com cada pessoa para que se localize em seu *cenário sociocultural e também programático* (Paiva, 2012, p. 186).

As cenas que interessam a este estudo foram o momento da relação sexual que gerou a gestação não planejada e indesejada, da descoberta da gravidez, da decisão pelo aborto e sua trajetória e da vivência pós-aborto. Desse modo, incitou-se a atividade memorística a fim de buscar o detalhamento do espaço da cena, com especificações como o ritmo da ação, os personagens envolvidos. Estimulou-se, portanto, a descrição do movimento, de como cada personagem se comporta, o que fala e como se sente na cena, e a investigação sobre os sentidos da ação. Por fim, procurou-se explorar e ampliar os detalhes da narrativa (Paiva, 2012).

Nesse sentido, a fim de (re)produzir as cenas, foi solicitado às participantes que rememorassem as cenas referidas anteriormente. Após a rememoração de cada cena, foi utilizado como roteiro algumas questões exemplificativas: Conte-me como foi a relação sexual que ocasionou a gravidez não planejada? Havia alguma violência? Dentre outras. Agora pense na cena do momento de descoberta dessa gravidez. Com quem você estava,

onde? O que sentiu? Após essa cena, foram feitas perguntas nesse mesmo sentido a fim de melhor compreender as cenas que se seguem.

3.3.2.4. Procedimentos

Após a aprovação desta pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de la Mujer do Centro Hospitalario Pereira Rossell da cidade de Montevideu-Uruguai e do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, a coleta dos dados foi iniciada. As participantes foram contatadas conforme exposto no item “Participantes”, às quais foram explicados os objetivos deste estudo. Com aqueles que aceitaram participar da pesquisa qualitativa, foram agendadas as entrevistas com cada uma individualmente, em um espaço reservado.

Antes de iniciar a entrevista propriamente dita, foi solicitado às participantes que lessem e assinassem o Termo de Consentimento Informado (ANEXO I), cujo modelo foi elaborado de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata da proteção dos participantes das pesquisas envolvendo seres humanos. Vale ressaltar que esta pesquisa apontou como potencial risco para suas entrevistadas o constrangimento no que diz respeito a algumas perguntas. Entretanto, para minimizar esse risco, foram garantidos o sigilo e o anonimato das respostas, bem como a possibilidade das mulheres se recusarem a respondê-las e abandonarem a pesquisa no momento que lhes conviesse. As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora responsável por este estudo, tendo duração média de 40 minutos, e foram gravadas mediante o consentimento das participantes.

3.3.2.5. Análise dos dados

As participantes de ambos os contextos pesquisados receberam codinomes em referência a mulheres importantes na história, seja na ciência, nas artes ou nas lutas por

direitos. As entrevistas, por seu turno, foram analisadas com base na categorização temática proposta por Figueiredo (1993), a qual é determinada a partir dos sentidos suscitados e processados em uma série de etapas, a qual consiste em duas fases, a saber:

Primeira Fase

As entrevistas foram analisadas individualmente e a junção se deu a partir de significados comuns dentro de cada uma delas. Assim, os discursos foram transcritos e estudados em função de cada entrevista realizada, levando-se em conta as questões particulares de cada indivíduo. Nesse sentido, têm-se as seguintes etapas:

- a) *Leitura Inicial:*** Nessa primeira leitura, objetivou-se identificar os pontos preliminares vinculados às Categorias. Além disso, foram realizadas anotações sobre os aspectos relacionados à situação da entrevista (rapport, dificuldades de interação, disponibilidade e seu estado afetivo).
- b) *Marcação:*** Alguns trechos da entrevista que corresponderem às Categorias pré-estabelecidas, além de outros conteúdos também considerados importantes, foram selecionados.
- c) *Corte:*** Os trechos selecionados foram retirados do texto.
- d) *Junção:*** Todas as anotações de uma mesma entrevista foram dispostas em protocolos de análise, agrupando-se os trechos selecionados.
- e) *Notação:*** Foram feitas observações marginais sobre os trechos, com o objetivo de localizá-los na literatura e no contexto do grupo.
- f) *Discussão:*** As observações foram discutidas a fim de se fazer a segunda junção, na qual os trechos de todas as entrevistas em relação a uma mesma categoria foram agrupados.

Segunda Fase

Na segunda etapa, a junção se deu a partir dos significados comuns a todas as entrevistas, agrupadas e estudadas conforme a equivalência de significados comuns dentro de cada categoria. Seguiram-se as seguintes etapas:

- a) ***Leitura Inicial:*** Realizou-se uma leitura para identificar os trechos cujos significados são comuns dentro de cada Categoria.
- b) ***Organização:*** Esses trechos foram agrupados e classificados em subcategorias com base em protocolos especiais.
- c) ***Notação:*** Foram ampliadas as observações marginais, relacionando-as às subcategorias, quando necessário.
- d) ***Discussão Final e Redação:*** Foi realizada a redação definitiva, nas quais as categorias obtidas através da análise de discurso foram aprofundadas.

3.3.3. Resultados

3.3.3.1. Quem são as mulheres desta pesquisa?

3.3.3.1.1. Participantes do contexto de legalidade (Uruguai)

Emmeline Pankhurst: Nasceu em 1858 em Manchester (Reino Unido), sendo uma das fundadoras do movimento britânico do sufrágismo, pelo direito da mulher ao voto. A Emmeline desta pesquisa tem 21 anos, é branca, nasceu no departamento de Flores no Uruguai, a aproximadamente 200 km da capital, mas mora em Montevideú, onde faz sua faculdade, com algumas amigas. Trabalha como auxiliar contábil e sua renda familiar é de nove salários mínimos. Provocou aborto há três meses, com Cytotec, na rede privada. Declarou não possuir filhos, não ter religião e ter religiosidade mediana.

Nina Simone: Foi uma pianista, cantora, compositora e ativista pelos direitos civis dos negros norte-americanos no século XX. Uma mulher de um talento e força incríveis, também foi marcada pela relação de violência com seu primeiro marido. A Nina Simone desta pesquisa vive uma relação conturbada e de violência com seu atual companheiro, com quem se relaciona desde os 15 anos de idade e tem dois filhos. É branca, tem 26 anos de idade, reside em Montevideu, está desempregada, terminou o equivalente ao ensino primário brasileiro e tem renda familiar de um pouco mais de um salário mínimo. Respondeu não ter religião, mas possuir religiosidade. Já provocou, no mesmo serviço, cinco abortos, tendo gestações no intervalo de seis meses praticamente. O último foi provocado há um mês.

Frida Kahlo: Nasceu em 6 de julho de 1907 em Coyoacán, no México. Foi uma mulher à frente de seu tempo, política e artisticamente, que pintava, segundo a mesma, sua própria realidade. Em decorrência de uma série de doenças e acidentes sofridos, teve diversos abortos espontâneos. Nesta pesquisa, Frida tem 29 anos, é branca, de classe média, reside em Montevideu, casada e com dois filhos. Terminou o ensino médio e trabalha como gerente de uma loja. Respondeu não ter religião e nem religiosidade. Provocou um aborto há quatro anos, num serviço privado, quando o seu atual companheiro era ainda seu namorado.

Ana Labandera: É obstetra parteira no Uruguai, Diretora Executiva da Organização Civil Iniciativas Sanitárias e Presidenta da Federação Latino-americana de Obstetras. Foi peça importante na estruturação do serviço de interrupção voluntária da gestação no Uruguai antes e após a sua legalização em 2012. A participante que ganha o pseudônimo de Ana Labandera é estudante da área de saúde, está terminando sua graduação em Psicologia. Tem 27 anos, é branca, reside em Montevideu com seu marido, não tem filhos e ganha aproximadamente três

salários mínimos Respondeu não ter religião e nem religiosidade. Provocou seu primeiro e único aborto há algumas semanas.

Virgínia Woolf: Nascida em 1882, foi uma das mais proeminentes escritoras do modernismo, tendo desempenhado um importante papel dentro da sociedade literária londrina durante o período entre guerras. Também escreveu sobre a dificuldade de a mulher se dedicar à literatura numa sociedade patriarcal. A participante com este codinome, Virgínia, tem 17 anos. Muito tímida, falou pouco sobre sua experiência do seu primeiro, e único, aborto. Mora com a mãe e irmãos em Montevideu, é parda, solteira, sem filhos, concluiu o ensino médio e tem renda familiar de menos de um salário mínimo. Declarou não ter nenhuma religião e religiosidade.

Joana D'arc: Nascida no ano de 1412 na França, lutou para expulsar os ingleses invasores de seu país junto à tropa francesa, tendo saído vitoriosos. Entretanto, os nobres franceses, temerosos de uma forte aliança popular entre Joana D'Arc e a população camponesa, entregaram-na para os ingleses. Joana foi morta, queimada na fogueira pela inquisição, no ano de 1430 sob a acusação de bruxaria. A participante de codinome Joana D'arc tem 22 anos, é branca, solteira e mora em Canelones, região metropolitana de Montevideu, com sua mãe e três filhos. Começou o ensino fundamental, mas não terminou, está desempregada e ganha meio salário mínimo de pensão do pai de seus filhos e um auxílio do governo. Respondeu não ter religião e possuir uma religiosidade mediana. Provocou aborto há um mês.

Violeta Parra: Foi uma importante compositora, cantora e artista plástica chilena, considerada a mais importante folclorista e fundadora da música popular no Chile. A Violeta Parra desta pesquisa chorou bastante durante a entrevista. Afirmou sentir-se fracassada em seu

papel de mulher. Violeta tem 23 anos, é branca, mora em Montevideu com o marido e um filho. Tem o ensino médio incompleto, não trabalha e tem renda familiar de um pouco mais de um salário mínimo. Afirmou não ter religião e ter religiosidade mediana. Provocou aborto há aproximadamente um mês.

Isabel Allende: É considerada uma autora chilena, apesar de ter nascido em Lima no Peru em 1942. Na década de 1980, ganhou respeito internacional ao ser considerada uma das principais escritoras latino-americanas. Sua obra tem como pano de fundo a ditadura chilena de Pinochet, a qual depôs Salvador Allende, primo de seu pai. A participante desta pesquisa de codinome Isabel é branca, estudante universitária, tem 22 anos e mora sozinha numa residência estudantil na cidade de Montevideu. Está num namoro estável, não tem filhos e trabalha como professora de reforço, tendo uma renda de aproximadamente um salário mínimo. Embora tenha feito catequese, respondeu não ter religião e religiosidade mediana. Provocou aborto há aproximadamente um mês.

Mercedes Sosa: Nascida em 1935 na Argentina, foi considerada um das mais famosas cantoras da América Latina. Apelidada de *La Negra* pelos fãs, devido à ascendência ameríndia, ficou conhecida como a voz dos "sem voz". De cabelos negros, a participante desta pesquisa, que recebe tal nome, é do interior do Uruguai, mas mora na capital em função dos estudos. É branca, tem 23 anos, estudante de Ciências Sociais, solteira e tem renda familiar de cinco salários mínimos. Declarou-se católica e ser religiosa. Tem uma história de vida complicada, envolvida numa relação afetivo-sexual violenta e já teve depressão. Provocou um aborto há três anos, aos 20 anos de idade, de uma gestação decorrente do referido relacionamento.

Marie Curie: Foi uma cientista polonesa, naturalizada na França, nascida em 1867, que conduziu pesquisas pioneiras no ramo da radioatividade. Foi a primeira mulher a ser laureada com um Prêmio Nobel e a primeira pessoa e única mulher a ganhar o prêmio duas vezes. A participante desta pesquisa cujo codinome será Marie Curie tem 18 anos de idade, é branca e provocou aborto há um mês. Reside em Montevideu com sua mãe e um filho, é solteira, tem ensino médio incompleto, ganha aproximadamente dois salários mínimos, não tem religião, mas tem religiosidade.

Paulina Luisi: Paulina nasceu na Argentina em 1875, mas mudou-se com seus pais para Montevideu, Uruguai, tornando-se a primeira mulher a estudar na Faculdade de Medicina da Universidade da República. Lutou incansavelmente pelo direito das mulheres e foi uma das fundadoras do Partido Socialista do Uruguai. Assim como Paulina, a participante que recebe seu nome é estudante de medicina, branca, tem 21 anos, nasceu no interior, mas se mudou para Montevideu para estudar. Não sabe ao certo sua renda familiar, mas se considera uma pessoa de classe média. É solteira, não tem filhos, se declarou sem religião e com religiosidade mediana. Respondeu ter abortado há mais ou menos um mês.

Lucía Topolansky: É agricultora e política uruguaia, nascida em 1944. É ex-primeira-dama do Uruguai, esposa do ex-presidente Mujica, e senadora mais votada. Sempre do lado dos mais pobres, durante a ditadura militar em seu país, esteve presa por 13 anos. A participante que ganha o pseudônimo de Lucía vive no interior, no departamento de Canelones, dentro da área metropolitana de Montevideu. É parda, tem 31 anos de idade, ensino fundamental, dona de casa, casada e mãe de dois filhos. O trabalho do seu marido é instável, tendo uma renda aproximada de meio salário mínimo. Afirmou não possuir religião, mas ter religiosidade

mediana. Toma medicamento para os nervos, segundo informou, e provocou aborto há um mês.

Simone Veil: Foi a primeira mulher a receber o cargo de secretária-geral do Conselho Supremo dos Juízes na França. Ficou conhecida por ter, enquanto ministra da saúde, defendido em 1974 um projeto de lei que despenalizou a interrupção voluntária da gravidez em seu país, até hoje em vigor. Nesta pesquisa, Simone Veil tem 29 anos, é branca e reside em Montevideu com seu marido e três filhos. Não terminou o ensino médio, não trabalha e vive da renda de seu marido que é de aproximadamente quatro salários mínimos. Respondeu ser católica e de religiosidade mediana. Provocou seu primeiro aborto há poucos meses.

Chiquinha Gonzaga: Compositora e maestrina brasileira, nascida no Rio de Janeiro durante o Brasil Império (1847), Chiquinha Gonzaga destacou-se na história da cultura brasileira e da luta pelas liberdades pelo seu pioneirismo e coragem com que enfrentou a opressora sociedade patriarcal, criando uma profissão inédita para a mulher no Brasil. A Chiquinha Gonzaga desta pesquisa tem 24 anos, é parda, mora no interior, a 100 km da capital, com seu irmão mais velho. Afirmou ter terminado o ensino médio, estar solteira, não ter filhos e ganhar aproximadamente um salário mínimo. É católica e se considera religiosa. Respondeu não saber se na cidade em que mora possui o serviço de Interrupção Voluntária da Gravidez, por isso provocou, seu primeiro e único aborto, no Servicio de Salud Sexual y Reproductiva (SSSyR) do Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) da cidade de Montevideu.

Anita Garibaldi: Nascida em 1821 em Santa Catarina lutou ao lado de seu companheiro, Giuseppe Garibaldi durante a Revolução Farroupilha no ocorrida no Rio Grande do Sul, bem como em outros países, dentre eles o Uruguai. Por sua bravura e coragem recebeu o título de

“heroína dos dois mundos”. Assim como a heroína de quem ganha o codinome, a participante desta pesquisa morou em Santa Catarina, tendo sido lá, inclusive, que engravidou indesejadamente do seu ex-companheiro brasileiro, com quem vivia uma relação de violência. Após descobrir que estava grávida, retornou ao Uruguai. Mora numa cidade litorânea a 40 km da capital uruguaia com seus pais. Tem 31 anos, é branca, estudante de fisioterapia. No momento está desempregada, mas tinha uma renda mensal de um pouco mais de um salário mínimo. Respondeu não ter religião e religiosidade mediana. Ficou em conflito e dúvida se interrompia ou não a sua gestação.

Jane Austen: Foi uma proeminente escritora inglesa do século XVIII de grande aceitação nos meios acadêmicos, tendo alcançado um público bastante amplo. A participante que recebe o pseudônimo de Jane Austen é parda, reside em Montevideu com seu marido e quatro filhos, tendo o último apenas 11 meses de idade. Estudou até o primário, não trabalha e tem a renda de 1 salário mínimo e meio. Afirmou não ter religião e religiosidade mediana. Já provocou dois abortos, sendo o primeiro há dois anos.

Maria Madalena: Segundo a bíblia, Maria Madalena foi uma prostituta que, após arrepende-se dos seus pecados, passou a seguir Jesus Cristo. Segundo algumas interpretações, Maria Madalena era uma apóstola. A Maria Madalena desta pesquisa é parda, tem 33 anos, estudou o ensino médio, mas não concluiu, e mora em Montevideu com três filhos. Afirmou ser separada e ter como renda a pensão do pai dos seus filhos, que é de meio salário mínimo. A gravidez que culminou o seu primeiro e único aborto foi de uma relação com um homem casado que a ajudava com dinheiro. Não ficou muito claro se se tratava de um programa sexual. Respondeu ser católica, mas não saber exatamente o quão religiosa é.

Frente ao exposto, observa-se que as mulheres que provocaram aborto no contexto de legalidade (Uruguai – Montevideu) têm, em sua maioria, idades entre 20 e 29 anos. A idade mínima em que a prática foi realizada foi de 17 anos e idade máxima e a mínima de 33. Treze participantes moravam na capital uruguaia e quatro em regiões mais afastadas. Quase a metade, oito mulheres tem baixo grau de escolaridade e um pouco mais da metade (n=9) ensino médio completo em diante. Grande parte não estava em um casamento ou união estável, mais precisamente nove participantes. Quatro mulheres eram de classe social muito baixa, oito ganhavam entre um e três salários mínimos, três mulheres de classe média e duas de classe social mais alta. Embora não fossem casadas em sua maioria, nove mulheres já eram mães. Todos os abortos foram provocados antes da 12ª semana de gestação, de forma medicamentosa. A maioria das entrevistadas vivenciou o seu primeiro aborto, uma delas estava no segundo e outra respondeu estar no quinto.

Pesquisa realizada de maio de 2007 a julho de 2009 com 2362 usuárias atendidas no Serviço de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSSyR) do Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) devido uma gravidez não desejada, sendo assistidas conforme a Resolução 369/04, confirmou o perfil encontrado nesta tese. A maioria das usuárias também tinha em média 27 anos, estava em um relacionamento, estável ou não, e já tinham tido uma gestação anterior. Portanto, observa-se que recorrer a um aborto tem sido uma ferramenta de planejamento reprodutivo familiar (Gorgoroso et al., 2011).

3.3.3.1.2. Participantes do contexto de ilegalidade (Brasil)

Dandara: Na história brasileira, Dandara foi uma mulher negra, forte, destemida e guerreira que lutou ao lado do seu marido, Zumbi dos Palmares, pela libertação dos negros no período colonial. A participante de codinome Dandara, 17 anos, também é negra, de origem pobre,

moradora da zona rural do agreste paraibano, e não teve acesso aos bens culturais e materiais. Fugiu com seu atual companheiro, e primeiro namorado, com quem já tem um filho e está grávida de outro, aos 13 anos de idade. Vivem juntos até o momento da entrevista. Coursou até a sétima série do ensino fundamental, afirmou ser católica, de religiosidade mediana, e ter provocado um aborto há quatro anos, aos 13 anos, tomando um vidro de dipirona e chá de quebra pedra.

Malala: Malala é uma jovem paquistanesa que aos 15 anos de idade foi baleada na cabeça, ao sair da escola, pelo fato de defender a educação das meninas e adolescentes do seu país, dominado pelos talibãs, os quais são contrários à educação feminina. Ganhou o Nobel da Paz de 2014, aos 17 anos, por toda a sua luta na defesa desse direito. Assim como Malala, a participante com seu pseudônimo também é adolescente, gosta de estudar, inclusive relatou que, após a experiência da gestação indesejada e do aborto, teve muito apoio dos seus professores, os quais disseram “que eu não deixasse o estudo porque eu era uma pessoa muito inteligente e tinha que continuar, não parasse porque hoje a gente só tem um futuro se a gente estudar, pra gente conseguir aquilo que a gente quer (...) Agora só é colocar a cabeça pra pensar mesmo nos estudos.” Reside na zona rural da mesorregião da Mata Paraibana com sua família, é de classe social pobre, negra, solteira, não tem filhos, tem 17 anos de idade, estava terminando o ensino médio, se declarou católica e muito religiosa. Fazia cinco meses que havia tentado provocar aborto com Cytotec, mas foi incompleto. Depois de dois meses, o processo foi concluído.

Maria da Penha: Farmacêutica, brasileira e nordestina, foi vítima de violência doméstica por parte de seu ex-marido, o qual tentou matá-la duas vezes, deixando-a paraplégica. Após a segunda tentativa, a farmacêutica tomou coragem e o denunciou. Em 2006, foi sancionada no

Brasil a Lei 11340/06, mais conhecida como lei Maria da Penha, que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. A Maria da Penha desta pesquisa tem 23 anos, sofre violência de seu companheiro, o qual é foragido da polícia, mas tem medo de se separar, pois, segundo a mesma, é ameaçada (“Se eu deixar ele, ele me mata”). Mora na zona rural da mesorregião da Borborema na Paraíba e vive apenas com a renda que recebe do programa social Bolsa família, que é de 300 reais. Não trabalha, estudou até a 7ª série do fundamental, tem três filhos, é negra, declarou gostar da religião evangélica e católica e ter religião mediana. Provocou aborto há seis meses com “chá de coquinho, chá de um bocado de troço”, conforme relatou.

Margarida Maria Alves: Margarida Maria Alves foi a figura feminina paraibana pioneira na defesa dos direitos dos trabalhadores do campo, sendo eleita para a presidência do sindicato em 1973. Segundo ela, “é melhor morrer na luta do que morrer de fome”. Devido à sua militância, foi assassinada covardemente por um matador de aluguel. O crime teve ampla repercussão nos organismos políticos internacionais de defesa dos direitos humanos. A participante desta pesquisa, cujo pseudônimo é Maria Margarida Alves, é branca, paraibana, mas mudou-se para São Paulo muito nova em busca de uma vida melhor. Lá, trabalhou como empregada doméstica e criou e sustentou o primeiro filho sozinha, visto que o marido, com o qual vive até hoje, encontrava-se preso. Atualmente tem 42 anos e está desempregada. Praticou três abortos entre 20 e 21 anos, em São Paulo, utilizando Cytotec. Estudou até a 4ª série do ensino primário, tem 4 filhos e respondeu que sua religião seria “qualquer uma”.

Cora Coralina: A mulher que “fez a escalada da montanha da vida, removendo pedras e plantando flores”, foi uma das mais importantes escritoras brasileiras, cujo seu primeiro livro foi publicado quando já tinha quase 76 anos de idade. Mulher simples, escreveu o cotidiano

do interior brasileiro, mais especificamente dos becos e ruas históricas de Goiás. A Cora Coralina desta pesquisa também vive no interior, numa cidade rural do sertão paraibano. Atualmente trabalha informalmente num pequeno restaurante da cidade, tem 26 anos, solteira, não tem filhos, é branca, terminou o ensino médio, ganha menos de um salário mínimo, é católica e muito religiosa. Provocou aborto aos 18 anos com Cytotec.

Rachel de Queiroz: A primeira mulher a ingressar na Academia Brasileira de Letras, foi importante romancista, tradutora e jornalista brasileira, autora de destaque na ficção social nordestina. A participante de codinome Rachel de Queiroz reside na capital paraibana, branca, de classe média, solteira, sem filhos, estudante universitária, tem 33 anos de idade e ganha um salário mínimo como auxiliar de consultório dentário. Respondeu não ter religião e baixa religiosidade. O aborto aconteceu quando tinha 19 anos, utilizando-se, para tanto, o Cytotec.

Olga Benário: Foi uma jovem militante comunista alemã, enviada ao Brasil em 1934 para lutar junto ao Partido Comunista por um programa de democratização e defesa da independência nacional. Foi deportada para a Alemanha Nazista e levada à prisão de mulheres da Gestapo, onde teve sua filha, a qual nunca mais pôde ver. Após sete anos na prisão, foi asfixiada na câmara de gás aos 34 anos de idade. A Olga Benário desta pesquisa também foi militante do movimento estudantil. Atualmente mora na capital paraibana com o seu pai, tem 25 anos de idade, é branca, solteira, sem filhos, tem ensino superior completo e é bolsista de mestrado. Teve um aborto provocado aos 19 anos, utilizando Cytotec. Na época, tinha um trabalho temporário e uma relação casual. Declarou não ter religião, no entanto, religiosidade elevada.

Simone de Beauvoir: Foi uma filósofa existencialista e feminista francesa. Uma de suas principais obras é o seu livro *O Segundo Sexo*, de 1949, que contém a conhecida frase “Ninguém nasce mulher: torna-se mulher”. A participante cujo codinome é Simone de Beauvoir também se declarou feminista. É negra, reside em João Pessoa, tem 29 anos, solteira, sem filhos, está no seu segundo curso de nível superior, é funcionária pública e ganha em torno de dois salários mínimos. Declarou não ter religião e nem religiosidade. O aborto aconteceu há três anos, quando tinha 26 anos de idade, e foi utilizado Cytotec.

Anayde Beiriz: Nasceu em João Pessoa em 1905. Foi professora e poetisa. Destacou-se por suas ideias progressistas tanto no cenário cultural, como político na defesa dos direitos da liberdade feminina, o que causava burburinho na sociedade conservadora da época. Anayde Beiriz aqui apresentada é uma mulher que procura viver igualmente em liberdade. Tem 28 anos, reside na capital paraibana, declarou-se parda, é fotógrafa, ganha por volta de 4 salários mínimos, tem curso superior completo e não possui religião e nem religiosidade. O aborto foi provocado há 5 meses, utilizando-se Cytotec. Está em união estável com o pai de seu filho de 5 anos.

Zilda Arns: Médica pediatra e sanitarista brasileira foi eleita a 17ª maior brasileira de todos os tempos, por seus trabalhos frente à Pastoral da Criança e da Pessoa Idosa. Recebeu diversas menções especiais, prêmios e títulos de cidadã honorária no país. Morreu enquanto estava numa missão humanitária em Porto Príncipe, vítima de um terremoto. A participante com seu pseudônimo provocou aborto há 21 anos, quando tinha 18 anos, numa clínica clandestina. Na época era uma estudante universitária, estava namorando, mas teve uma relação casual com um amigo, da qual engravidou. Hoje tem 39 anos, reside fora do país, tem curso superior

completo, branca, casada e tem dois filhos. Declarou-se ser atualmente evangélica e muito religiosa, o que influencia no seu sentimento de arrependimento pela experiência vivida.

Nise da Silveira: Nise foi uma renomada médica psiquiatra brasileira, umas das primeiras a se formar em medicina, e aluna de Carl Jung. Formou-se em 1931 como a única mulher entre os 157 homens daquela turma. Revolucionou a forma como a loucura era vista, rebelando-se contra as formas violentas de tratamento (eletrochoque, lobotomia), sendo conhecida por humanizar o tratamento através da arte. A Nise da Silveira desta tese é branca, tem 37 anos de idade, professora da rede federal, reside no sertão paraibano, ganha 8 salários mínimos, tem um filho e é casada. Provocou aborto aos 21 anos de idade com Cyotec e, logo em seguida, foi atendida por uma médica particular, a mesma que a orientou. Afirmou não ter religião, apesar de se considerar uma pessoa religiosa.

Val: É personagem do filme brasileiro “Que horas ela volta”, de 2015, dirigido por Ana Muylaert. Val é empregada doméstica e vive a realidade de muitas brasileiras que se afastam de sua própria casa e filhos para trabalhar em casas de família, mostrando as desigualdades sociais e as contradições nas relações entre patrões e empregados. A participante que recebe este codinome, Val, também é negra empregada doméstica há muitos anos e ganha um salário mínimo. Atualmente tem 40 anos, é casada, tem três filhos, reside em João Pessoa e terminou o ensino fundamental. Na época em que fez um aborto, tinha 19 anos, estava namorando, e tomou, para tanto, Cytotec. Afirmou ser católica e religiosa.

Tarsila do Amaral: Autora da pintura brasileira mais valorizada da história, o Abaporu (que ultrapassa os US\$ 2,5 milhões), Tarsila foi uma das principais vanguardistas da Semana da Arte Moderna de 1922, realizada em São Paulo. A Tarsila desta pesquisa reside em João

Pessoa é parda, tem 30 anos, casada e tem dois filhos, estudou até a 7ª série do ensino fundamental e trabalha como empregada doméstica. Respondeu ser católica e muito religiosa. Fez aborto há oito anos, com Cytotec, cuja gravidez indesejada foi fruto da relação com o pai dos seus filhos e atual companheiro.

Frente ao exposto, verificou-se que as mulheres que provocaram aborto no contexto de ilegalidade (Brasil – Paraíba) tinham em sua maioria, quando o aborto aconteceu, entre 13-19 anos (n=7) e 21-28 anos (n=6). Quatro participantes moravam na zona rural paraibana, oito na capital e uma participante, embora fosse da zona rural (lugar em que foi entrevistada), estava morando em São Paulo (local onde os abortos aconteceram). À época do aborto, mais da metade, (n=9) tinha até o ensino médio. Grande parte (n=6) estava em uma relação estável com um namorado, quatro eram casadas/união estável e três tinham uma relação casual, um “fica”. Apenas quatro participantes afirmaram já ter filhos. Quatro mulheres eram de classe social muito baixa, cinco, embora não tivessem renda fixa na época do aborto, eram de famílias de classe média e as demais a família ganhava entre 1 e 3 salários mínimos. A maioria dos abortos foram provocados até a 12ª semana de gestação, de forma medicamentosa; duas participantes reportaram o uso de chás abortivos. A maior parte das entrevistadas vivenciou o seu primeiro aborto e apenas uma afirmou ter provocado três.

Esses dados não coadunam com o relatório produzido pelo Ministério da Saúde brasileiro, o qual aponta que as mulheres que provocaram aborto no Brasil, no período de 1987 a 2007, tinham idades entre 20 a 29 anos, eram trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos, as quais abortaram com misoprostol. A maioria encontrava-se em união estável (Brasil, 2009). Nesta pesquisa, as participantes que abortaram encontravam-se, em sua maioria, em um namoro e não possuíam filhos.

3.3.3.2. Vulnerabilidades, experiências e sentidos frente ao aborto provocado

Com base nos procedimentos de análise dos dados, referidos anteriormente, verificou-se, através dos discursos obtidos nas 30 entrevistas realizadas, tanto com mulheres no contexto de legalidade ao aborto provocado (Uruguai – Montevideu) (n=17) como no contexto de ilegalidade ao aborto provocado (Brasil – Paraíba) (n=13), o surgimento de quatro categorias, as quais se referem às cenas de interesse deste estudo, a saber: o momento da relação sexual que gerou a gestação não planejada e indesejada, representada pela categoria nomeada de “Relação afetivo-sexual e direitos sexuais e reprodutivos”, passando pela “Descoberta da gravidez e trajetória”, pela “Decisão pelo aborto e trajetória” e, por fim, a “Vivência pós-aborto”. Desse modo, as categorias podem ser referidas também enquanto cenas.

Essas cenas/categorias estão inseridas em dois contextos sociopolíticos, legalidade e ilegalidade ao aborto provocado, os quais produzem vulnerabilidades específicas. Essas, por sua vez, podem influenciar na forma como as mulheres vivenciam e significam essa experiência. São justamente essas vulnerabilidades, as experiências e os sentidos, contidos nas narrativas das mulheres em cada cena vivida, que se busca identificar e analisar.

Ressalta-se que na análise das vulnerabilidades também foram considerados os elementos que as reduzem, reproduzem ou aumentam, como, por exemplo, o apoio do companheiro, o acesso a serviços, etc. A falta de apoio pode ser considerada uma vulnerabilidade individual, enquanto que a presença pode, de forma oposta, contribuir para minimizar os efeitos negativos do aborto provocado. Nesse sentido, dentro do quadro das vulnerabilidades e dos direitos humanos foram analisadas a presença ou ausência de determinada situação de vulnerabilidade, bem como o respeito ou não a determinados direitos humanos, os quais, por conseguinte, podem influenciar na experiência e sentidos atribuídos à prática do aborto.

A tabela 31 apresenta detalhadamente as categorias e suas respectivas subcategorias. A categoria Relação afetivo-sexual e direitos sexuais e reprodutivos abarcou três subcategorias: Informações sobre métodos contraceptivos, Uso de método contraceptivo e Relação ativo-sexual. A segunda categoria, denominada de Descoberta da gravidez e trajetória, abarcou as seguintes subcategorias: Descoberta da gravidez, Sentimentos, Reação do companheiro e Rede de apoio. Por conseguinte, a categoria Decisão pelo aborto e trajetória, abrangeu as subcategorias Motivos, Processo de decisão e sentimentos, Procedimento, Atores envolvidos e Avaliação do serviço. Finalmente, na categoria Vivência pós-aborto, encontram-se as subcategorias Assistência/método contraceptivo, Significados para o embrião, Significado/sentimento final e Opinião sobre a legalização do aborto e sobre a lei. As categorias são discutidas a seguir.

Tabela 31. Categorias e subcategorias dos discursos das mulheres que provocaram aborto em contextos de legalidade (Uruguai – Montevideu) e ilegalidade (Brasil – Paraíba) ao aborto provocado.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Relação afetivo-sexual e direitos sexuais e reprodutivos	Informações sobre métodos contraceptivos
	Uso de método contraceptivo
	Relação afetivo-sexual
Descoberta da gravidez e trajetória	Descoberta da gravidez
	Sentimentos
	Reação do companheiro
	Rede de apoio
Decisão pelo aborto e trajetória	Motivos
	Processo de decisão e sentimentos
	Procedimento
	Atores envolvidos
	Avaliação do serviço
Vivência pós-aborto	Assistência/ método contraceptivo
	Significados para o embrião
	Significado/sentimento final
	Opinião sobre a legalização do aborto e sobre a lei

3.3.3.2.1. Relação afetivo-sexual e direitos sexuais e reprodutivos

Na categoria “Relação afetivo-sexual e direitos sexuais e reprodutivos” emergiram três subcategorias (“Informações sobre métodos contraceptivos”, “Uso de método contraceptivo” e “Relação afetivo-sexual”), as quais contemplaram discursos através dos quais se observam as três dimensões da vulnerabilidade (individual, social e programática). Na subcategoria “Informações e acesso aos métodos contraceptivos” foram verificadas narrativas tanto em relação aos recursos pessoais, a exemplo do acesso à informação e das crenças individuais sobre sexualidade (vulnerabilidade individual), quanto ao acesso à educação/prevenção (vulnerabilidade social) e também às políticas e serviços específicos existentes (vulnerabilidade programática).

No contexto de legalidade (Uruguai – Montevideu), sete participantes declararam ter tido acesso à informação sobre métodos contraceptivos. Três afirmaram não ter recebido informação na escola e uma respondeu que, por ter morado num monastério, não teve acesso a diálogos e informações sobre sexualidade. Nesse cenário, destacam-se dois atores envolvidos: a família e a escola, como se pode verificar nos seguintes discursos:

“En el Liceo nosotros teníamos una materia que era educación sexual y reproductiva (...) en mi casa, por ejemplo, sí, siempre se hablaba (...) desde del momento que empiezas a menstruar, después, ya empiezas a tener el primer noviecito y que tu madre se da cuenta o detecta alguna cosa.” (Emmeline Pankhurst, 21 anos, universitária, sem religião, capital)

“En la escuela sí. Viste, en la escuela ellos explican todo (...) mi hija está en primero ya le están explicando.” (Lucía Topolansky, 31 anos, ensino fundamental, sem religião, capital)

“Tuve algo parecido a la sexología en la escuela, más o menos el sexto (...) Ahí, tenía 12. Y después en el liceo.” (Chiquinha Gonzaga, 24 anos, ensino médio completo, católica, interior)

“Si tenía que preguntarle a mi madre la preguntaba, pero yo ya con las amigas ya sabes más que te dan más confianza (...) en casa me daba vergüenza.” (Simone Veil, 29 anos, ensino médio incompleto, católica, capital)

De modo geral, as participantes responderam conversar sobre tais temas dentro da família, sobretudo com suas mães e menos com seus pais, embora algumas tenham afirmado que estes também participaram dessa formação. Observou-se que este diálogo existiu também entre as mulheres que tem religião e/ou são de família católica, a exemplo da estudante Simone Veil e Emmeline Pankhurst, bem como dentre aquelas que residem no interior, a exemplo de Chiquinha Gonzaga e Joana D'arc, não se observando uma distinção, nesse aspecto, em função da religião ou área de moradia nos presentes resultados desta tese.

Em 2005 foi criada no Uruguai uma comissão para a educação sexual e, no ano seguinte, apresentado o projeto que visava implantar um programa de educação sexual no ensino público desse país, compreendendo a sexualidade como um eixo de desenvolvimento na infância e na adolescência e direito humano inalienável (Matos et al., 2009). Entretanto, a política de educação sexual e reprodutiva se consolidou com a lei nº 18.426 (Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva) de 2008. Essa lei teve como um dos seus objetivos gerais, conforme disposto no artigo 2º, alínea d, “capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena y en el respeto de los valores de referencia de su entorno cultural y familiar”. Ademais, incorporou ao Código de la Niñez y la Adolescencia o seguinte artigo: “Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información acceso a los servicios de salud”, devendo-se respeitar a autonomia progressiva dos adolescentes.

Por sua vez, no contexto de ilegalidade ao aborto provocado (Brasil – Paraíba), metade das respondentes (n=6) afirmou ter tido acesso às informações acerca dos métodos contraceptivos. Ressaltaram-se as amigas e os serviços de saúde nesse processo, como se pode verificar:

“Quando eu discutia sexualidade era com as minhas amigas.” (Olga Benário, 25 anos, superior completo, sem religião, capital)

“Eu ia pra enfermeira escondido de mainha (...) Pedir informação. Porque eu tinha medo dela saber e não querer, aí eu ia escondido, mas pelo menos eu tava me orientando né.” (Malala, 17 anos, ensino médio incompleto, católica, zona rural)

“Mas nunca fui conversar. Mas conhecia claro, sabia que tinha método (...) Mas já ouvia falar.” (Rachel de Queiroz, 33 anos, universitária, sem religião, capital)

As participantes brasileiras deste estudo, tanto da capital como da zona rural, não citaram a família e a escola como sendo fontes desse diálogo. Ao contrário, observou-se nos discursos de quatro entrevistadas como o tema era tratado enquanto um tabu e a virgindade algo a ser valorizado. Nessa direção, outro ponto a ser ressaltado são as crenças pessoais sobre a sexualidade como sendo vergonhosa e de como a comunidade é retratada enquanto vigilante e preconceituosa frente a tais questões, sobretudo na zona rural. Os excertos abaixo exemplificam essas observações:

“Lá em casa era um tabu (...) Porque eu perdi minha virgindade muito jovem, entendeu? Eu perdi minha virgindade com 14 anos. E assim, desde que eu perdi minha virgindade, era pra esconder de mainha que eu era virgem. Porque eu acho que nem tanto por causa da minha mãe, mas meu pai, como é uma pessoa muito mais velha, que vem de uma tradição muito tal, entendeu? E mainha ficava com... eu nunca tive abertura (...) Na minha casa a gente não discutia sexualidade.” (Olga Benário, 25 anos, superior completo, sem religião, capital)

“Não tinha (...) meus pais achavam que eu era uma coisa e eu era outra (virgem).” (Cora Coralina, 26 anos, ensino médio completo, católica, zona rural)

“Começam a falar besteira, camisinha, esses negócios, como usa, aí eu fico com vergonha (...) Eu sei lá, o povo pode sair comentando alguma coisa (...) eu tenho vergonha de pegar a camisinha dele, sei lá (...) Pensar coisa mal da pessoa, eu não gosto não. Até pra pegar comprimido eu tenho vergonha (...) Assim ‘essa menina só vive nos comprimidos.’ (Dandara, 17 anos, ensino fundamental incompleto, católica, zona rural)

“Quando eu perdi minha virgindade, eu não disse a ninguém, eu fiquei calada, fiquei em casa calada. (...) povo dizia ‘pia fulana, não é moça? Então o que ela está fazendo no posto?’, aí eu tinha vergonha, não ia não (...) porque se eu viesse,

chegasse lá, aí eu ficava com vergonha do povo dizer ‘pia, fulana veio e pegou preservativo, e ela não é virgem?’, aí eu não vinha não.” (Maria da Penha, 23 anos, ensino fundamental, católica e evangélica, zona rural).

Observam-se nas narrativas acima as crenças pessoais, que são também culturais e sociais, de que a virgindade é algo a ser resguardado, configurando vulnerabilidades na esfera individual, em função do não reconhecimento dessas pessoas enquanto sujeitos de direitos, e social, de como as relações sociais são organizadas e instituídas no cenário cultural. A virgindade ainda se estabelece como elemento diferenciador dos gêneros na cultura brasileira. Não obstante a sua ressignificação através de novos discursos, ainda permanece enquanto dispositivo que guia comportamentos e institui normas de conduta. Verifica-se que a família compartilha e reproduz tal ideologia de gênero, afirmando que homens e mulheres podem lidar de forma diferente com apelos da libido, sendo que as jovens “naturalmente” dominam a vontade sexual, cabendo a elas o retardamento da sua iniciação (Abramovay, Castro & Silva, 2004).

Embora uma parcela da sociedade brasileira reconheça o lugar estabelecido da sexualidade no interior das instituições de educação, nem a família e nem a escola têm feito essa discussão de forma clara, educativa e que busque o empoderamento dos jovens. De acordo com o relatório “Barômetro latino-americano sobre o acesso das mulheres aos contraceptivos modernos”, realizado no final de 2015 pela Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF/RHO), o Brasil conta com uma das legislações “mais avançadas” do continente no que se refere a planejamento familiar. Por outro lado, não existem campanhas educativas específicas sobre o tema. O país também obteve uma pontuação baixa nesse quesito, tendo em vista que a educação integral em sexualidade nas escolas é sugerida, mas não obrigatória, isto é, não existe legislação para incluir este tema no currículo educacional. Discutiu-se a religião enquanto um limitador político e profissional para se difundir a informação de maneira científica e para a elaboração e execução de

políticas públicas (IPPF, 2015). Esse contexto, de ausência de matéria legislativa e barreiras ao acesso, demarca uma série de vulnerabilidades, sobretudo programáticas.

Em relação à subcategoria “Uso de método contraceptivo”, metade das participantes, do contexto de legalidade (n= 8) e a maioria do contexto de ilegalidade (n=10) ao aborto provocado, afirmou não ter usado. Em ambos os contextos, observaram-se narrativas em torno da crença de invulnerabilidade (vulnerabilidade individual), ou seja, acreditar que não engravidaria mesmo não fazendo uso do método contraceptivo.

“No estaba con ninguna persona y a veces estaba con él y usaba preservativo (...) tuve así la relación y tá (...) a veces él tenía, a veces yo tenía, pero de esta vez no tenía (...) nunca me imaginé, porque yo cuando... en mi nena, antes de tener a mi nena yo tuve (...) nunca me cuidé y tipo él me terminaba y no me quedaba embarazada (...) no pasaba nada, no quedaba embarazada y yo dije, no me va pasar nada.” (Marie Curie, 18 anos, ensino médio incompleto, sem religião, capital)

“Preservativo solamente y también en algún caso una pastilla de emergencia (...) por esa vez no habían más disponibles, pero no era algo porque nosotros quisiéramos sin preservativo (...) en realidad nunca pensé que tipo me iba a pasar eso, porque yo también no era regular en los siglos y se me atrasó un poco.” (Paulina Luisi, 21 anos, universitária, sem religião, capital)

“Não fiz uso de camisinha (...) Eu achava que tipo assim, só do coito interrompido ele ia fazer que eu não engravidasse.” (Olga Benário, 25 anos, superior completo, sem religião, capital)

“A gente não usava (contraceptivos), porque a gente não se preocupava com isso, achava que nunca ia acontecer e acabou acontecendo.” (Cora Coralina, 26 anos, ensino médio completo, católica, zona rural)

Dentre as participantes do contexto de legalidade que afirmaram tomar anticoncepcionais orais, sobretudo aquelas em união estável, verificou-se uma falha no método contraceptivo. Essa observação foi feita por sete participantes da pesquisa.

“Yo estaba tomando pastilla (...) Pero, tomo Sertralina por los nervios. Me cortó, me quedé embarazada que fue que no quería el bebé. . Entonces es muy fuerte... la cortó el efecto... como yo estaba tomando pastilla, entonces nunca pensé que la

Sertralina le iba sacar la fuerza a la pastilla.” (Lucía Topolansky, 31 anos, ensino fundamental, sem religião, interior)

“Estaba tomando las pastillas, pero como estoy amamantando no sé, no sé si me cortó los efectos las pastillas de amamantar () yo tomo las pastillas desde octubre y me dijeron que lo usara en el primer mes, no más. Usé preservativos en el primer mes, no más.” (Violeta Parra, 23 anos, ensino médio incompleto, sem religião, capital)

Resultado de pesquisa realizada em maio de 2007 a julho de 2009, com 2362 usuárias foram atendidas no Serviço de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSSyR) do Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), apontou que 59% fazia uso de algum método contraceptivo, o qual falhou. Destacou-se que, de maneira geral, a causa da falha do método contraceptivo foi a falta de informação precisa e seu uso incorreto, conforme se pode constatar nos excertos acima, nos quais as participantes mostraram falta de conhecimento e orientação acerca da eficácia do método contraceptivo sob determinadas circunstâncias (Gorgoroso et al., 2011).

Por fim, verificou-se em ambos os cenários, que o preservativo é substituído por outros métodos contraceptivos quando o relacionamento ganha certa estabilidade, como prova de amor e confiança na fidelidade do parceiro, como ressaltaram Borges e Schor (2005) e Camargo (2004). Além disso, existe uma relação de poder desigual no que se refere à negociação do uso do preservativo, denotando uma vulnerabilidade social que demarca relações de gênero assimétricas no que diz respeito ao controle e responsabilidade pela contracepção e concepção, combinado com a falta de acesso aos bens materiais e simbólicos (Saldanha, 2003; Tornquist, Reis, Benetti & Favarin, 2012). Mais especificamente, uma participante uruguaia e três brasileiras, sobretudo aquelas com baixa escolaridade, falaram aberta e claramente sobre essa dificuldade. Uma dessas participantes no Brasil, mãe de três crianças, ressaltou, ainda, a dificuldade que sente em se adaptar aos métodos contraceptivos e de exercer seu direito sexual e reprodutivo, uma questão de vulnerabilidade programática. Os discursos abaixo ilustram bem essas análises.

“Los preservativos (...) No, no le gustaba, pero está (...) Porque decía que se sentía mejor sin preservativo” (Virginia Woolf, 17 anos, ensino médio completo, sem religião, capital)

Meu companheiro não queria usar camisinha (...) eu pedia, ‘Eu vou usar essa merda nada’, ele dizia (...) Ele não gosta, ele diz que não sente prazer não com o preservativo. Aí eu vou fazer o que se ele não quer usar? (...) A enfermeira daí ensina, mas eu não me dou não com os comprimidos, eu fico bebinha (...) Eu já disse a ela que eu não posso tomar, aí ela disse ‘pois vamos usar preservativo’, eu disse ‘não, o pai dos meninos não gosta e eu não vou levar não’. ‘Injeção eu não posso tomar porque é logo no primeiro dia da menstruação e no segundo, e eu não, é raramente eu vou menstruar (...) Falou ‘quando você menstruar, você vem o primeiro dia’, mas nunca, é difícil minha menstruação vir. Aí quando eu venho às vezes ela não está (...) aí quando é com dez dias, oito, aí não dá mais (...) Eu já pedi pra fazer ligação só que diz que eu sou nova, que eu só tenho vinte e três anos.” (Maria da Penha, 23 anos, ensino fundamental incompleto, católica e evangélica, zona rural)

Usar camisinha ele não aceitava usar (...) Até hoje ele não aceita, “como é que a mulher quer usar camisinha com seu próprio marido?”. Eu aceito pra não tá brigando e tal, mas eu sou cismada, eu preferia a camisinha do que os comprimidos, eu preferia. (Tarsila do Amaral, 30 anos, ensino fundamental incompleto, católica, capital)

Aliada à dificuldade de negociação do uso do preservativo, do poder de tomar decisões e efetivá-las, observou-se na última subcategoria dessa cena, denominada de “Relação afetivo-sexual”, situações de vulnerabilidade individual e social. Cinco mulheres uruguaias e cinco mulheres brasileiras responderam que seus relacionamentos à época da interrupção da gestação eram conturbados e/ou apresentavam alguma situação de violência de gênero (física ou psicológica). Embora as mulheres com ensino superior desta pesquisa também tenham referido relacionamentos conturbados, a maioria delas tem baixa escolaridade. Estudo desenvolvido por Pilecco, Vigo e Knauth (2010) apontou que a coerção sexual acontece com maior frequência nas classes socioeconômicas menos favorecidas. Ademais, duas dessas participantes do contexto de legalidade e três do contexto de ilegalidade relataram o envolvimento dos seus companheiros com o uso e abuso de drogas. Uma

entrevistada brasileira afirmou, ainda, que seu companheiro encontrava-se em situação de encarceramento.

“La historia nuestra es muy loca, rara... (...) Yo que sé, yo creo que hoy en día yo merezco alguien mejor, vivíamos juntos, teníamos nuestro comercio (...) 3 años (...) Después me enteré que se metió a la parte de la merca y ahí yo no comparto (...) cocaína (...) empezó a tomar mucho alcohol, se puso brusco, se puso malo... él estaba con el arma en casa, sentado así, eh me la apuntó a mí y también... Porque yo había llegado tarde (...) Es una relación enferma (...) hay mucha violencia psicológica (...) Me manipula, es muy buen manipulador.” (Mercedes Sosa, 23 anos, universitária, católica, capital)

“Once años. Estamos juntos desde que yo tenía 15 y él 18 (...) Estábamos peleados, pero yo como que ni se me separé (...) cuando él se drogaba, yo no tenía ni idea de lo que él hacía (...) y peleábamos” (Nina Simone, 26 anos, primário, sem religião, capital)

“Eu sou ameaçada de morte, ele batia muito em mim (...) Às vezes ele queria me matar, eu fugia de casa, aí quando eu via que não tinha pra onde ir. Aí eu fugi pra ir pro abrigo.” (Maria da Penha, 23 anos, ensino fundamental, católica e evangélica, zona rural)

“Ele bebia muito, não dava atenção pra mim, só vivia no mundo aí eu ficava pensando assim ‘esse cara não quer nada comigo não’.” (Dandara, 17 anos, ensino fundamental incompleto, católica, zona rural)

“Foi com meu marido (...) ele tava preso aí eu só ia pra lá em mês e mês, quando ele tava lá no presídio.” (Margarida Maria Alves, 42 anos, primário, qualquer religião, capital)

Estudo de natureza qualitativa, realizado em Salvador-Brasil, apontou que o cotidiano das mulheres que interromperam a gestação foi permeado por violência conjugal, denotando relações conflituosas, nas quais ambos os parceiros se agrediam (Couto et. al, 2015). Pesquisa também realizada na referida cidade com 17 mulheres que provocaram aborto verificou que situações de violência conjugal apresentaram-se enquanto elementos importantes no processo de decisão de não levar a gestação a termo, visto que, a presença de um filho em uma relação já conturbada e violenta, limitaria ainda mais a autonomia dessas mulheres (Souza & Diniz, 2011), conforme também relatado pelas entrevistadas desta tese em ambos os cenários.

“Porque eu associo muito esse aborto a um relacionamento. Então, como tudo foi muito conturbado (...) Se eu tivesse, mesmo tendo acabado o relacionamento, continuado com o filho, seria um vínculo pra sempre”(Simone de Beauvoir, 29 anos, ensino superior completo, sem religião, capital)

“O sea, los celos, todo esto y tal no quería tener otro niño (...) quiero sacar de ahí, ir a trabajar (...) Fue como lo más lo que te somás a la decisión. Si no quiero que me siga asfixiando y yo quiero salir así como independizarme.” (Simone Veil, 29 anos, ensino médio incompleto, católica, capital)

Estudo realizado por Pilecco, Vigo e Knauth (2010) utilizando os dados da GRAVAD de 2001 e 2002, envolvendo 4500 jovens de ambos os sexos destacou a associação entre aborto provocado e coerção sexual. Essa relação se sustentou mesmo depois de introduzir outras variáveis ao modelo final (cidade, escolaridade da jovem, número de parceiros e número de gravidezes). O referido resultado evidenciou o quadro de vulnerabilidade social, relacionado às relações assimétricas de gênero em que as jovens estão inseridas. A dificuldade de negociar as condições em que se têm relações sexuais por parte das mulheres, combinada ao modelo cultural de dominação masculina, pode contribuir para altas taxas de gravidezes indesejadas e, conseqüentemente, de abortos. Nessa mesma direção, pesquisa desenvolvida por Ayres (1996) sobre a relação entre vulnerabilidade à AIDS e a violência constatou que a diminuição da autoestima das jovens expostas à violência pode implicar em maiores chances de não adotar atitudes de proteção.

No âmbito internacional, também foi verificada uma associação entre violência e aborto provocado. Estudo desenvolvido no país Camarões apontou que as mulheres que sofreram violência por parte do seu parceiro, mais especificamente física e sexual, tiveram uma maior chance de provocar aborto (Alio et al., 2011). No Vietnã, a violência de gênero também foi relacionada ao aborto provocado e à sua reincidência (Nguyen et al., 2013).

3.3.3.2.2. Descoberta da gravidez e trajetória

Findada a primeira cena (“Relação afetivo-sexual e direitos sexuais e reprodutivos”), a categoria/cena seguinte a ser analisada foi nomeada de “Descoberta da gravidez e trajetória”. Nela, foram contempladas as narrativas referentes à cena que se inicia com os sintomas e sinais percebidos da gravidez até o momento anterior à tomada de decisão pela interrupção. Nesse sentido, emergiram as seguintes subcategorias: Descoberta da gravidez, Sentimentos, Reação do companheiro e Rede de apoio.

Na primeira subcategoria foi analisada a experiência das entrevistadas ao longo do processo de descoberta. A suspeita da gravidez surgiu a partir de alguns sinais apresentados, como o atraso da menstruação, o se sentir diferente e as mudanças no próprio corpo, conforme relatado por maioria das mulheres em ambos os cenários sociopolíticos do aborto. Duas mulheres residentes da zona rural paraibana, Brasil, não chegaram a fazer nenhum teste. Outro elemento dessa experiência é a confirmação da gravidez, inicialmente, através de testes de farmácias.

“Mirá, a mí me pasó que no me venía la menstruación y yo tengo un programa de teléfono "Ladytimer", se llama, que os anotás cuando tenés la menstruación y cuando se te va. Y más o menos te calcula todos los meses que fecha que tiene que venir (...) Ya a los catorce días, te dice: período atrasado a catorce días (...) ya llegaba los catorce días, yo vine, me hice un teste de farmacia y me dio positivo (...) Después, vine acá averiguar a ver que me hiciera de sangre, y obviamente me dio que sí (...) ya lo sentía porque ya notaba cambios rápidos en el cuerpo que una mujer se da cuenta cuando algo está pasando.” (Chiquinha Gonzaga, 24 anos, ensino médio completo, católica, interior)

“Algum tempo depois eu me notava diferente. Embora visualmente, eu tava do mesmo jeito. Mas eu me notava cansada, com sono. Ai a minha menstruação atrasou. Ai eu disse: Eu tô grávida! (...) Ai eu fui na farmácia, comprei o teste de farmácia e fiz de madrugada. Na época eu morava na casa da minha vó. Eu tinha que fazer tudo muito escondido, porque eu tava morando com a minha vó fazia um mês e alguma coisa (...) No outro dia eu já não fui trabalhar e fui no ginecologista. Ai ele foi, me examinou, dos pés à cabeça, tudinho, fez mil e uma

perguntas. Ai disse: É, realmente, você tá grávida, agora faça o exame beta.”
”(Simone de Beauvoir, 29 anos, ensino superior completo, sem religião, capital)

A descoberta da gravidez foi acompanhada por alguns sentimentos, os principais relatados pelas participantes uruguaias foram desespero/medo (n=10) negação/surpresa (n=6) e ambivalência (n=2). Dentre as brasileiras que abordaram tal questão, os principais sentimentos também foram desespero/medo (n=11), seguido da ambivalência (n=2), conforme os excertos abaixo.

“Es re difícil explicar, pero... yo quedé como choqueada.” (Violeta Parra, 23 anos, ensino médio incompleto, sem religião, capital)

“Principalmente fue miedo.” (Anita Garibaldi, 31 anos, universitária, sem religião, interior)

“En realidad no me podía creer, porque como dije confiaba que no (...) tuvo ansiedad, tuvo nerviosa (...) sentía como que estaba (...) parasitada, o sea, que no quería.” (Paulina Luisi, 21 anos, universitária, sem religião, capital)

O mundo caiu. Pronto, “minha vida acabou, eu estou grávida, o que é que eu vou fazer? Ninguém sabe, minha mãe não sabe, meu pai não sabe”, então eu fiquei assim né, eu fui pro cursinho e nem aula consegui assistir, aí fiquei chorando apereada (Rachel de Queiroz, 33 anos, universitária, sem religião, capital)

“Eu gelei na hora. Gelei e fiquei desesperada.” (Tarsila do Amaral, 30 anos, ensino fundamental incompleto, católica, capital)

Descobrir-se grávida sem haver planejado e desejado, em ambos os contextos sociopolíticos do aborto provocado, tem um impacto emocional negativo dentre as mulheres que passaram por essa experiência, no qual o sentimento de desespero/medo é o mais frequente. Desse modo, observa-se que a possibilidade de realizar um aborto legal e seguro, nesse primeiro momento, não ameniza o “choque” advindo com a notícia. Foi encontrada uma diferença entre os contextos no que diz respeito ao sentimento de negação/surpresa, ausente no contexto de ilegalidade, conforme os relatos. No contexto de legalidade, inclusive,

algumas participantes afirmaram ter repetido o exame para confirmar. Isso pode ser explicado pelo fato de que, no referido cenário, quase a metade das participantes (n=7) afirmou estar fazendo uso de método contraceptivo e, para a sua surpresa, acredita que este tenha falhado.

Em meio a esses sentimentos ao descobrir uma gravidez indesejada, analisou-se na subcategoria “Reação do companheiro” se a participante recebeu ou não apoio do seu parceiro à época. No contexto de legalidade ao aborto provocado (Uruguai – Montevideu), dez participantes afirmaram que ao contarem para o seu parceiro sobre a gravidez os mesmos reagiram de maneira a acolhê-las, deixando-as decidir.

“Pero a mí me gustó mucho su primera reacción que fue... nos vamos a calmar y lo vamos a decidir juntos, o sea, no vamos a hacer nada que vos no quieras (...) Cualquiera de las dos decisiones que tomemos, vamos a tener que estar juntos, porque, empezamos juntos y tenía que terminar así (...), su primera reacción para mí fue importante, fue una reacción importante, yo esperaba otra cosa (...) pero no me dejó como que, me calmó mucho más esa angustia.”(Emmeline Pankhurst, 21 anos, universitária, sem religião, capital)

“Él me apoyó.” (Jane Austen, 24 anos, ensino primário, sem religião, capital)

“Lo conté se llevó súper bien y me re apoyó en todo (...) Bueno me preguntó que si yo hubiera querido tenerlo que hubiese hecho y yo le dije que claro que no es mi decisión era no tenerlo, que no lo iba tener (...) me gustó que haya comprensivo y compañero.” (Isabel Allende, 22 anos, universitária, sem religião, capital)

Em contrapartida, cinco participantes, dentre as quais três são as que viveram relações conturbadas e/ou de violência de gênero, relataram que o companheiro não apoiou ou não teve muito interesse, conforme se observa abaixo. Uma entrevistada não contou sobre a gravidez ao seu parceiro e outra a resposta não ficou muito clara.

“Fui y lo encaré y dije che mirá yo a mí me salió el test de embarazo, me salió que era positivo y me dijo que no, que era mentira, que era mentira, digo tá vamo hacerme el test, examen de sangre, todo. Fuimos, hice.” (Mercedes Sosa, 23 anos, universitária, católica, capital)

“Hablé con él... Bueno que ya tenía hablado con él, que ya estaba en duda, pero él no se interesaba mucho, tampoco por saber o no” (Anita Garibaldi, 31 anos, universitária, sem religião, interior)

“Me dio la espalda.” (Virginia Woolf, 17 anos, ensino médio completo, sem religião, capital)

No cenário de ilegalidade ao aborto provocado, apenas duas participantes afirmaram ter recebido o apoio do companheiro. Por outro lado, sete participantes afirmaram não terem sido acolhidas nesse momento por seus parceiros, os quais ou deixaram a companheira sozinha nesse momento, ficaram neutros, duvidaram da paternidade ou não quiseram assumir a responsabilidade. Três entrevistadas não contaram aos seus parceiros da gravidez e uma não deixou claro tal posicionamento em sua fala. Os excertos abaixo ilustram bem essas duas situações:

“Depois de uma semana, eu contei pra ele. Peguei o exame e falei que estava grávida, mostrei o exame e tudo. Aí ele também se aperreou, junto comigo. Ele tinha a mesma idade que eu, dezenove e foi quando ele falou que queria passar uma semana refletindo (...) Ele só disse assim “e agora, o que a gente vai fazer?”, eu disse “é, eu não sei”. E quando ele disse que ia pro interior passar uma semana, que estava assustado com isso tudo, que era novo, essa semana eu fui pensando um monte de coisas.” (Rachel de Queiroz, 33 anos, universitária, sem religião, capital)

“Ele só falava na família dele, que não podia dar esse desgosto pra família dele né (...) e me deixou muito só. Não assim, não sumiu em momento nenhum, mas ele chorava o tempo inteiro entendeu? Ele se mostrou desesperado o tempo inteiro, angustiado e eu falava pra ele “vamos decidir o que fazer” e ele nunca dizia nada, ele só fazia chorar (...) A postura dele, a reação dele influenciou muito a minha decisão. Porque eu não tinha condições de tocar aquilo ali, peitar aquilo ali sozinha não, era demais pra mim.” (Nise da Silveira, 37 anos, superior completo, sem religião, sertão)

“Ele ficou o tipo meio nervoso (...) ele tava com historinha falando que não era dele.” (Malala, 17 anos, ensino médio incompleto, católica, zona rural)

“Meu namorado não queria (...) não me apoiou.” (Cora Coralina, 26 anos, ensino médio completo, católica, zona rural)

Nesse sentido, observou-se que enquanto no contexto de legalidade a maioria dos parceiros acolheram as participantes mediante a notícia da gravidez não desejada, mesmo que isso não tenha feito com que estas levassem a gestação a termo, no contexto de ilegalidade, a maioria dos companheiros das participantes deste estudo não as apoiou. De acordo com o estudo de Pereira, Oliveira, Gomes, Couto e Paixão (2012), a violência conjugal, a qual também pode se manifestar pela falta de apoio, desprezo ou negação da paternidade, é um dos elementos que interferem na decisão pelo aborto. Segundo Souza e Diniz (2011), quando a mulher se descobre grávida, a relação pode ser frustrada e ocorrer, conseqüentemente, o abandono, ficando esta responsável pela decisão de levar ou não adiante, visto que a gravidez se desenvolve em seu corpo. É importante destacar, ainda, as questões de gênero implicadas na contracepção e concepção, visto que tais assuntos são tradicionalmente percebidos como de responsabilidade exclusiva das mulheres, denotando, portanto, uma vulnerabilidade individual, referente ao apoio recebido pelo companheiro, bem como social, pois também se insere no quadro das relações de gênero.

Além do apoio recebido ou não por parte do companheiro, a última subcategoria, denominada “Rede de apoio”, abarcou as narrativas referentes a outros atores envolvidos na descoberta da gravidez. Verificou-se que, em ambos os contextos, as participantes receberam, de algum modo, apoio de pessoas próximas nesse momento. No cenário de legalidade (Uruguai – Montevideú), oito participantes afirmaram ter recebido suporte das amigas e seis da família. Três dessas mulheres que contaram com o apoio das amigas (Paulina Luisi, Isabel Allende e Emmeline Pankhurst) não moravam mais com sua família, pois haviam se mudado para a capital do país para cursar uma faculdade e, em função desse contexto, afirmaram não ver sentido em compartilhar com os familiares. Dentre as mulheres que contaram com o suporte familiar, observou-se que, mesmo em meio a algumas crenças religiosas, as quais

nesse contexto não tiveram peso sobre a decisão, foi observado o respeito à escolha da participante, conforme se observa no discurso de Frida Kahlo.

“Sí, llamé a mis amigas, ahí me quedé, ahí en mi casa y no fui a trabajar (...) lloré, del problema gordo que hice, llamé a mis amigas y les dije. Llegando ahí, vinieron todas corriendo, eran cinco más o menos y bueno ahí estuvimos esa tarde, como estuve esa tarde con ellas hablando Mi familia nunca se enteró (...) yo me había visto como una persona adulta, todo lo que estaba haciendo. (Emmeline Pankhurst, 21 anos, universitária, sem religião, capital)

“Con una amiga mía (...) Yo se le cuento todo (...) Como fue bastante rápido esto como que nunca dije a mi familia (...) porque pensé que no tenía sentido porque ya pasó.” (Paulina Luisi, 21 anos, universitária, sem religião, capital)

“Mi madre no se enojó, ni nada. Me dijo que si yo lo quería tener, que ella me apoyaba y que si yo no lo quería tener, que también. (...) mis hermanos y eso (...) nada saben. Solo mi madre sabe (...) Y porque... si yo le contaba a mis hermanos... eh, ellos... o sea, iban a contar a mi otra familia y nos nunca estuvieron con nosotros pero cuando... en este caso opinar y meterse.” (Virginia Woolf, 17 anos, ensino médio completo, sem religião, capital)

“Hablé con mi padre y con mi madre (...) fuimos los dos hablar (...) Sí, tanto con mis padres como con los padres de él (...) Mi padre me dijo, bueno... que la decisión era mía (...) que él me quería y que me iba a apoyar en cualquier decisión que tome y que tá que para él estaba bien hiciera lo que hiciera. Mi madre, por otro lado...me dijo que ella me iba a apoyar para la decisión que tomara pero que no estaba para nada de acuerdo, que un hijo era una bendición de Dios, mi madre es muy católica, que un hijo era una bendición de Dios (...) Y...me quedé más con mi padre que con mi madre (risas). Mi madre fue tipo, tá! (...) La entendí, porque ella tuvo una educación así.” (Frida Kahlo, 29 anos, ensino médio completo, sem religião, capital)

Dentre as participantes do contexto de ilegalidade (Brasil), a maioria (n=7), relativo a afirmou ter recebido suporte da família. Entretanto, como se pode observar nos excertos abaixo, nem sempre a referência foi a família nuclear (pai e mãe), mas muitas vezes uma tia, prima, cunhada. De maneira geral, observou-se que a figura feminina compõe essa rede de apoio mais do que a figura masculina.

“Procurei uma tia minha, pra ela me ajudar a contar pra minha mãe porque eu também não sabia como falar. Eu estava com medo, assustada e não sabia como falar, então ela me ajudou. Aí procurei ela e ela conversou com a minha mãe. (...) E eu disse pra minha mãe que eu não queria e minha mãe disse “a gente vai fazer

o que você quer” (...) Me apoiou em tudo. Claro ficou triste com o impacto na hora, pra qualquer mãe, mas ela me apoiou em tudo.” (Rachel de Queiroz, 33 anos, universitária, sem religião, capital)

“A primeira pessoa que eu contei foi à minha cunhada.” (Tarsila do Amaral, 30 anos, ensino fundamental incompleto, católica, capital)

“Contei pra minha tia.” (Nise da Silveira, 37 anos, superior completo, sem religião, sertão)

Na próxima categoria/cena, nomeada de “Decisão pelo aborto e trajetória”, foram contempladas as narrativas em torno da cena que se inicia com o processo de tomada de decisão pelo aborto até o momento em que o procedimento é finalizado. Nessa direção, surgiram cinco subcategorias: Motivos, Processo de decisão e sentimentos, Procedimento, Atores envolvidos e Avaliação do serviço.

3.3.3.2.3. Decisão pelo aborto e trajetória

A primeira subcategoria desta cena, denominada de “Motivos”, foram analisados os porquês que levaram as participantes a fazer essa escolha. De modo geral, em ambos os cenários sociopolíticos do aborto provocado, justificou-se a interrupção da gravidez em função da situação socioeconômica, projeto de vida, relação conturbada com o companheiro e/ou falta de apoio, planejamento familiar, falta de preparo para ser mãe e/ou o desejo de não ser mãe e, por fim, a impulsividade.

Dentre as participantes do contexto de legalidade (Uruguai – Montevideú), observaram-se, nessa ordem de importância, as seguintes vulnerabilidades individuais envolvidas nessa trama: situação socioeconômica (n=10), interferência no projeto de vida (n=5), relação conturbada/falta de apoio (n=4) falta de preparo/não quer ser mãe (n=3), e, por fim, planejamento familiar (n=2). Vale ressaltar que os motivos se mesclam, portanto,

algumas participantes relataram mais de um por que. Os excertos abaixo exemplificam esses dados. Observou-se que esses resultados coadunam com os do estudo realizado entre 2007 e 2009, antes da aprovação da lei nº 18.987/2012 (*Interrupción voluntaria del embarazo*), cujas principais razões para interromper a gestação foram os problemas econômicos (39,6%), interferência no plano de vida (38,6%) e o fato de não ter um parceiro (12%) (Gorgoroso et al., 2011).

“Yo esta decisión fue...la situación económica (...) y que no podía traer otro hijo para hacerlo pasar mal, para hacerlo sufrir, pasando necesidad (...) me gustaría que me hubiera me dicho, Hola! No voy a estar contigo, pero por lo menos te apoyo y seguís e no te dejo faltar las cosas.” (Maria Madalena, 33 anos, ensino médio incompleto, católica, capital)

“Tengo planes de viajar y de seguir estudiando (...) pero no estoy en condiciones de tener un hijo (...) Económicas, y me considero para vivir antes de entregarle la vida, porque tener un hijo implica tener mucha responsabilidad, es entregar tu vida para otra persona” (Isabel Allende, 22 anos, universitária, sem religião, capital)

“Creo que no daba para tener otro niño, tanto económico como pareja, toda la familia... O sea, los celos, todo esto y tal no quería tener otro niño (...) yo quiero trabajar (...) estoy muy cerrada (...) Fue como lo más lo que te somás a la decisión. Si no quiero que me siga asfixiando y yo quiero salir así como independizarme no me ha ayudado.” (Simone Veil, 29 anos, ensino médio incompleto, católica, capital)

¡Yo no quiero ser mamá! (...) Si vos mi preguntas hoy, yo no quiero ser mamá nunca (...) Capaz que cambie de idea en el futuro, pero ¡yo no me veo mamá nunca (...)! ¡No queremos tener hijos! (Ana Labandera, 27 anos, universitária, sem religião, capital)

No contexto de ilegalidade ao aborto provocado (Brasil – Paraíba), os principais motivos destacados foram: situação socioeconômica (n=5), interferência no projeto de vida (n=5), relação conturbada/falta de apoio (n=5), planejamento familiar (n=1), não querer ser mãe (n=1), impulsividade (n=1). Nessa direção, Pereira et al. (2012) elencaram a dificuldade financeira, o número de filhos, a vivência e violência conjugal e a perda da autonomia como motivos que levam ao aborto. Souza e Diniz (2011) destacaram, ainda, a história de violência

vivenciada com companheiros e familiares, além do abandono quando a gravidez foi descoberta. Os motivos da presente tese se entrelaçam, conforme relatos abaixo:

“A vida que eu levo é triste, o pai deles é foragido, mexe nas coisas alheias, eu não tenho uma casa própria pra morar, a minha renda mensal não dá pra comprar leite, pra dar roupa a eles.” (Maria da Penha, 23 anos, ensino fundamental, católica e evangélica, zona rural)

“Eu disse: eu não quero. Eu tô na casa da minha vó, eu acabei de assumir um emprego público, eu não posso de jeito nenhum ter esse filho. Como é que eu vou cuidar de uma criança? Eu não quero. Não passava, e até hoje não passa pela minha cabeça ter um filho (...) Eu queria ficar com ele na época, mas eu não tinha certeza de que era ele. De que eu ia formar uma família com ele. Então eu não queria isso (...) Eu tava começando emprego, começando pós-graduação, mudando de cidade, procurando carro pra comprar, eu não tinha... então, não era o momento da minha vida.” (Simone de Beauvoir, 29 anos, ensino superior completo, sem religião, capital)

“Porque eu tinha muitos sonhos (...) Se eu tivesse tido agora, como é que eu ia tá nesse mestrado, nessa loucura de vida, entendeu? Se eu tivesse tido filho naquela época muitas coisas na minha vida teriam tomado outro rumo, que não era o rumo que eu tinha planejado. E assim, eu sempre fui uma pessoa muito planejada (...) Tava começando minha carreira profissional naquele momento (...) eu não ia fazer metade das coisas que eu tinha planejado pra minha vida.” (Olga Benário, 25 anos, superior completo, sem religião, capital)

“Loucura da cabeça, né? Depois que você faz uma coisa que depois você se arrepende (...). Ele que me incentivou fazer isso. (...) eu tava me sentindo só porque no momento eu gostava dele e se eu não fizesse o que ele queria, eu ia tá só, e por amar ele eu acabei fazendo uma coisa que até hoje eu me arrependo.” (Cora Coralina, 26 anos, ensino médio completo, católica, zona rural)

De modo geral, verificou-se que os motivos envolvidos na decisão do aborto provocado não se diferenciaram em função do cenário legislativo, se legal ou ilegal. Constatou-se que as vulnerabilidades implicadas são semelhantes. Em outro contexto latino-americano de ilegalidade ao aborto provocado, como a Colômbia, num estudo realizado com 16 mulheres, observou-se que os motivos que levaram a essa prática também foram os problemas econômicos, a falta de educação em planejamento familiar, a falta de um

companheiro estável ou a vivência de uma relação disfuncional (Quintero-Roa, Ortiz-Serrano, Ochoa-Vera, Consuegra-Rodríguez, & Oliveros, 2010).

Em alguns estados dos Estados Unidos, em contextos de legalidade ao aborto provocado, pesquisa com uma amostra de 954 mulheres identificou que os principais motivos que levaram à decisão por um aborto foram: razões econômicas (40%), não era o momento (36%), questões associadas à relação afetivo-sexual (31%) e o planejamento familiar (29%), sendo também reportadas não apenas uma razão por 64% da amostra (Biggs, Gould & Foster, 2013). Frente ao exposto, observa-se que os motivos, em ambos os cenários, são similares, resultado também encontrado nesta tese.

As diferenças encontradas referem-se a outras variáveis como a classe social e o grau de escolaridade. Por exemplo, dentre as dez participantes, de ambos os contextos, que responderam que a principal razão de não levarem a gestação adiante seria a interferência em seu projeto de vida, a grande maioria (n=8) é estudante universitária ou já concluiu o curso superior e pertencente à classe média. Da mesma forma, o desejo de não ser mãe também foi citado apenas dentre as participantes pertencentes a esse recorte sociocultural. Segundo Arend, Assis e Motta (2012), nas camadas populares a maternidade dificilmente é apontada como concorrente com algum outro projeto pessoal ou familiar. Nessa direção, conforme problematizam Mareck, Macleod e Hoggart (2017), para além do status legal e das regulamentações, o processo de decisão pelo aborto e sua experiência não é apenas individual, mas atravessado por outras vulnerabilidades sociais relativas às normas culturais, valores, pressões sociais e econômicas ao redor do mundo, as quais se constituem enquanto pano de fundo.

Dessa forma, entendendo que esse processo de decisão é demarcado por diversas vulnerabilidades individuais (econômicas, relacionais, de desejos e interesses em cena) e sociais (relações de gênero, acesso a emprego/salário) na próxima subcategoria, denominada

de “Processo de decisão e sentimentos”, são analisados os sentimentos presentes na tomada de decisão pelo aborto, bem como no momento em que a prática está sendo realizada. No contexto de legalidade, onze participantes relataram se sentirem seguras quanto à escolha feita, muito embora houvesse o medo e a insegurança, conforme respondido por oito entrevistadas em relação ao procedimento e aos possíveis riscos, mesmo com as informações e orientações recebidas pelo serviço de saúde.

“Segurísima (...) Eran como dos sentimientos, como que aliviada de lo que iba a hacer, pero un poco asustada, bastante asustada, por el dolor.” (Isabel Allende, 22 anos, universitária, sem religião, capital)

“Porque cuando me dieron las pastillas me dijeron que podría me sentir mal y todas esas cosas y tá, por eso tenía un poco de miedo.” (Virginia Woolf, 17 anos, ensino médio completo, sem religião, capital)

“Ya era cómo que ya venía decidido, en realidad que sí. Y después ya tenía casi casi decidido lo que iba hacer (...) soy católica, pero no me quedé en conflicto. No, no me pasó.” (Chiquinha Gonzaga, 24 anos, ensino médio completo, católica, interior)

“Ya era una decisión tomada impactada, chocada, porque sí (...) yo estaba decidida y no pensaba (...) Yo venía acá como si fuera una enfermedad y quería una cura. Estaba así, bloqueada porque no quería.” (Joana D’arc, 22 anos, ensino fundamental incompleto, sem religião, interior)

Apenas uma participante afirmou ter sentido solidão, duas, as quais não tinham religião, afirmaram ter sentido culpa, e duas, também sem religião, relataram a presença do sentimento de ambivalência e conflito durante esse processo. A ambivalência e conflito diziam respeito ao sentimento de fracasso no papel de mulher, como uma violação do que a constituiria enquanto tal, segundo uma concepção tradicional e essencialista de gênero (Arend, Assis & Motta, 2012; Diniz & Medeiros, 2012), mas não necessariamente a um conflito moral ou religioso. Nesse sentido, nesta questão não ficou explícita uma associação entre filiação religiosa e sentimento de culpa. Os excertos abaixo exemplificam alguns desses resultados.

Me sentí mal. Sabes que es tu culpa, sabes que lo provocaste vos (...) porque fue mi culpa y mi responsabilidad, de ser irresponsable cuando me tenía que cuidarme no lo hice ” (Nina Simone, 26 anos, primário, sem religião, capital)

El domingo fue día de las madres, fue mi primer día de las madres y yo me estaba haciendo un aborto, ¿entiendes? Por un lado estaba, fue mi primer día de las madres con mi hija hermosa y todo y por el otro también me sentía mal por lo que estaba haciendo (...) te da a pensar, estoy matando una vida, estás matando, estás haciendo las cosas mal (...) pero no sé si es un pecado, no sé (...) como mujer te da un poquito de cosa.” (Violeta Parra, 23 anos, ensino médio incompleto, sem religião, capital)

Em contrapartida, no contexto de ilegalidade a culpa foi o sentimento mais referido pelas participantes durante e logo após a realização do aborto (n=7), sobretudo entre as participantes da zona rural, que possuíam alguma filiação religiosa e de classe social menos favorecida. O sentimento de culpa esteve muito ligado à moral religiosa sacramentada pelo pecado e ratificada por alguns atores sociais envolvidos como a Igreja e alguns profissionais de saúde.

“Assim, porque sei lá, depois que a doutora falou aquele negócio pra mim, aí eu fiquei pensando né, porque aí é um pecado (...) Eu fiquei com aquela mágoa por dentro.” (Dandara, 17 anos, ensino fundamental incompleto, católica, zona rural)

“No momento que eu fiz assim, acho que uns dois ou três dias, eu fiquei culpada, mas depois eu disse “meu Deus, o senhor sabe o que eu fiz”, eu pedi muito perdão a Deus, se Deus me perdoou eu não sei né, mas que eu pedi, eu pedi.” (Val, 40 anos, ensino fundamental completo, católica, capital)

O segundo sentimento mais frequente foi o de medo/insegurança, apontado por cinco mulheres. O maior receio relatado por essas participantes era o de passar mal e ter que recorrer a um serviço de saúde e lá ser maltratada. O medo de sofrer violência institucional se fez muito presente na fala das participantes. O medo da morte e das consequências da prática do aborto também foi relatado no estudo desenvolvido por Rebouças (2010). Entretanto, nesta tese, observou-se que esse sentimento se fez mais forte frente à necessidade de ter que

recorrer ao hospital para tratar dos sintomas decorrentes dessa prática, conforme se pode observar nos depoimentos abaixo.

“E eu tinha muito medo de passar mal e ter que ir pro hospital. Era um dos meus maiores receios naquele momento (...) Porque é proibido (...) Medo de ser presa mesmo (...) Eu tava passando muito mal. Eu tava tipo defecando, vomitando e saindo sangue ao mesmo tempo. Era uma coisa desesperadora. Dor, cólica... Tipo, era pra ta no hospital, era pra ta tomando soro (...) E eu não fui pro hospital em nenhuma hipótese, nenhum jeito porque eu tinha medo. Porque é proibido, eu tinha medo de ser presa e tal, e eu não falo de hospital público. Eu sempre tive plano de saúde.” (Olga Benário, 25 anos, ensino superior completo, sem religião, capital)

“Eu senti muito medo de precisar fazer curetagem. De precisar chegar no hospital. Meu maior medo era esse na verdade (...) eu tinha muito medo da violência dentro do hospital.” (Simone de Beauvoir, 29 anos, ensino superior completo, sem religião, capital)

Por fim, quatro participantes responderam ter ficado em conflito e tido sentimentos de ambivalência, seja por questões religiosas ou por dúvidas se futuramente poderiam ser mães. Uma entrevistada afirmou que a decisão nem foi fácil e nem difícil, mas a que precisava ser tomada com segurança e outra, a qual embora não tivesse religião, possuía grau elevado de espiritualidade, buscou racionalizar esse momento, estando envolvido no seu processo de decisão questões sobre o desenvolvimento fetal, de quando haveria um cérebro, um coração, uma pessoa. Tornava-se imperativo saber esses detalhes para, a partir daí, decidir ou não pela prática. Quando se fala em aborto, existe toda uma discussão sobre se o embrião é vida humana e individualizada desde o primeiro momento da fecundação ou não. Existem posicionamentos diversos que repousam sobre o campo da ciência, da bioética e da religião, constituindo um imaginário social em torno da questão. (Sgreccia, 2009).

Seguindo a trajetória da cena em que o aborto foi realizado, na subcategoria “Procedimento”, todas as entrevistadas uruguaias (n=17) afirmaram ter interrompido a gestação através do aborto medicamentoso (mifepristona e misoprostol), conforme orientação

do serviço de saúde, seguindo recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012). Duas dessas participantes foram atendidas e orientadas pela rede privada e as demais pela rede pública de saúde, tendo duas entrevistadas realizado o procedimento no próprio hospital, uma devido a questões de saúde e outra em função da gestação já ter completado as 12 semanas, prazo máximo de interrupção previsto pela Lei nº 18.987 (*Interrupción Voluntaria del Embarazo*).

Algumas participantes uruguaias relataram conhecimento sobre o procedimento que estava sendo realizado: “*La primera no te produce nada solamente que hace que se deje de gestar (...) Y a las 24 h, ahí sí, te pone el misoprostol*” (Emmeline Pankhurst, 21 anos, universitária, sem religião, capital). De maneira geral, responderam sentir dores muito fortes, algumas relataram desmaios, vômitos, reação alérgica, a presença de sangramento e coágulos de sangue. Algumas ligaram para o telefone disponibilizado pelo serviço para tirar dúvidas sobre os sintomas apresentados e tomaram analgésicos para aliviar as dores, conforme orientação médica. Cinco mulheres responderam que, na última consulta, após a realização da ecografia, foram encontrados restos, e, portanto, precisaram repetir o procedimento para expulsar.

Dentre as brasileiras, uma participante praticou o aborto em uma clínica privada utilizando o método mecânico (cureta), outra utilizou o misoprostol, mas finalizou o aborto em uma clínica privada, duas participantes da zona rural afirmaram ter usado chá abortivo e as demais (n=9) usaram o misoprostol em casa. Quanto aos chás (exemplos: “*tomei chá, chá de coquinho, chá de um bocado de troço*” (Maria da Penha, 23 anos, ensino fundamental, católica e evangélica, zona rural) e “*Tomei chá de quebra-pedra*” (Dandara, 17 anos, ensino fundamental incompleto, católica, zona rural), observa-se que tais substâncias de uso caseiro permeiam os saberes populares tradicionais, incorporados através de diversas pedagogias do cotidiano, mesmo que consideradas inócuas pelo saber científico, conforme verificado por

Arend, Assis e Motta (2012) em entrevistas com mulheres de uma comunidade popular urbana.

A maioria das entrevistadas brasileiras que tomou o misoprostol ingeriu dois comprimidos e inseriu mais dois na vagina. Após esse procedimento, relataram sentir fortes dores muita cólica. O receio de ir ao hospital, o qual será aprofundado na próxima subcategoria, também foi comentado. Ressalta-se, ainda, a crença das participantes de que não se pode comer ou tomar água durante o processo e também não havia a informação de que podia tomar analgésico para aliviar as dores. Os excertos abaixo exemplificam tais apontamentos. Segundo Singh, Monteiro e Levin (2012), embora as mulheres em contexto de ilegalidade tenham acesso ao misoprostol de forma clandestina, nem sempre se tem a orientação correta de como usá-lo. De acordo com a WHO (2012), nos países onde não há a disponibilidade da mifeprestona, deve ser inserido 800 mcg de misoprostol na vagina ou sublingual, repetindo-se até três vezes a dose num intervalo de pelo menos três horas.

“Quatro comprimidos custou 300 reais, minha prima conseguiu com um policial militar. Coloquei dois na vagina e tomei dois (...) senti fortes dores de estomago, muita cólica e dor nas costas, praticamente como um parto.” (Anayde Beiriz, 29 anos, curso superior completo, sem religião, capital)

“Eu tomei abortivo, o cytotec (...) comprei o medicamento, usei por minha conta, amigas que já fizeram o mesmo procedimento me ensinaram como fazia (...) o pior é que você não pode comer nada e nem tomar água (...) fica de perna pra cima e espera o tempo passar, e quanto mais vai dando dor, e através da dor começa o sangramento, quando (...) você vê que não tá aguentando, se começar a passar mal mesmo, aí tem que procurar o hospital.” (Cora Coralina, 26 anos, ensino médio completo, católica, zona rural)

“E aí essa semana foi uma semana muito triste pra mim, porque a gente não conseguiu o remédio (...) Aí a gente entrou em contato com outra pessoa (...) Eu acho que foi uns 600 reais (...) Aí essa outra minha amiga que tinha feito já, com Cytotec, que foi a que fez a ponte, né? Aí ela me explicou como usar (...) eu me senti muito ruim (...) Comecei a defecar muito. Muito muito mesmo (...) Aí... tentando segurar o vômito, porque se você vomitar é pior (...) Depois eu não aguentei. Eu comecei a vomitar, vomitar. Fazer muito cocô e vomitar, até que saiu mesmo.” (Olga Benário, 25 anos, superior completo, sem religião, capital)

“Eu tomei aquele remédio, Cytotec (...) eu tinha umas irmãs e uma prima lá nossa, lá de São Paulo (...) foi através delas que eu conheci esse remédio (...) Foi como um salário mínimo.” (Margarida Maria Alves, 42 anos, primário, qualquer religião, capital)

“Foi cento e vinte, um rapaz que a gente conhece da farmácia, aí ele vendeu o Cytotec (...) Foi quatro. Tomava dois e colocava dois (...) foi a noite todinha de dor (...) Muito fortes, que eu pedia pra ir pro médico, aí ela dizia “não, se tu for, eles vão saber que tu fez, vai mostrar tudinho”, então eu fiquei a noite toda, inteira de dor.” (Tarsila do Amaral, 30 anos, ensino fundamental incompleto, católica, capital).

“Ela passou um contato de um moço que vendia Cytotec. Agora, ele que falou com o homem, não fui eu (...) ele que pagou e que pegou os comprimidos (...) tipo hoje, como se fosse 200 reais.” (Nise da Silveira, 37 anos, superior completo, sem religião, sertão)

Pesquisa realizada em 2010 e 2016 apontou que o misoprostol foi o método de escolha mais citado dentre as brasileiras para interromper uma gestação de maneira voluntária (Diniz & Medeiros, 2010; Diniz, Medeiros & Madeiro, 2017). Embora o misoprostol tenha mudado o cenário do aborto, muitos entraves dificultam a sua busca e o seu uso. Desde 1998, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) limitou a disponibilidade de medicamentos com esse princípio ativo a apenas hospitais credenciados, não sendo possível adquiri-lo livremente em farmácias (Diniz & Medeiros, 2012). De acordo com esses autores, foi o nome comercial do Cytotec que extrapolou o campo biomédico e se incorporou ao universo dos saberes e práticas abortivas das mulheres, sendo este o medicamento mais referido pelas participantes desta tese. Nessa trama, são os homens que ocupam o espaço dos vendedores ou fornecedores.

O misoprostol se solidificou e se popularizou nos centros urbanos e, conforme aponta este estudo, também em locais mais distantes das capitais e cidades maiores, apesar da regulamentação sanitária e do cerco policial (Arend, Assis & Mota, 2012). Mesmo com a redução da morbimortalidade, as mulheres ainda correm o risco de obterem um produto falsificado e de serem denunciadas ao procurarem assistência médica, engendrando histórias

de medo e tortura silenciosas (Diniz & Medeiros, 2012) e situações de vulnerabilidade social e programática, conforme se verificou nos discursos acima e será mais bem detalhado na subcategoria seguinte quanto ao contexto de ilegalidade.

A próxima subcategoria, denominada de “Atores envolvidos”, identifica e analisa a presença dos pares e/ou serviços nesse processo. No âmbito da legalidade (Uruguai – Montevideu), verificou-se que todas as participantes recorreram ao serviço de saúde, tanto para obter mais informações sobre a lei e o processo em si, como para a realização do procedimento, passando pelas quatro etapas das IVE’s (*Interrupción Voluntária del Embarazo*), as quais já foram detalhadas anteriormente. O serviço abrange tanto a rede pública de saúde, como a rede privada, e o medicamento utilizado (uma combinação de mifepristona e misoprostol) pode ser adquirido no próprio serviço.

Sucintamente, na primeira consulta a gravidez é confirmada através de um exame de sangue, a usuária realiza uma ecografia para verificar o tempo gestacional e se a situação encontra-se dentro da lei de interrupção (até a 12ª semana). Posteriormente, tem-se uma consulta com ginecologista, assistente social e psicólogo para uma atenção psicossocial. Na terceira consulta, o ginecologista explica o procedimento e, por fim, na última etapa é verificado se a interrupção foi completa, se houve alguma complicação e apresentado os métodos contraceptivos para que a usuária eleja um que melhor se adeque a sua situação.

“Llegamos a una página que es del ministerio de salud pública oficial de Uruguay que había un número que se llama línea abortiva, es un 0800, es gratis, para llamar y es pues ahí donde te explican todo (...) llamamos de mañana, y quien atienden son mujeres que son colaboradoras, que te informan sobre todo el proceso, digamos, cómo hacer todo el proceso y vos a ellas les puede plantear cualquier duda (...) la verdad es que esa línea estaba muy buena, porque deja muy tranquila, te explican un montón de cosas (...) De esa primera entrevista yo creo que salí súper tranquila, al menos mi en mutualista tuve una atención, súper buena y rápida para eso (...) bueno, te explican todo lo que tenés que hacer, paso por paso, antes de darte la receta de los medicamentos, te explican, bueno... cómo se toman, a qué horas, qué síntomas puede tener uno que si no puede tener el otro, te dan el número de una guardia (...) esta guardia está hasta la 24 horas, vos ante cualquier duda, lo que sientas (...) te dan el celular de un ginecólogo de

guardia (...) La receta me la dieron en la farmacia de la mutualista. 50 pesos. Super!”(Emmeline Pankhurst, 21 anos, universitária, sem religião, capital)

“La primera que vine fue para sacar fechas. Y dije, mirá necesito fecha para salud sexual y reproductiva. Me marcaron para la fecha siguiente y es cuando se empieza los IVEs. "IVE 1" que es la primera consulta, después el "IVE 2" que te hacen una ecografía, y después vuelves con la ecografía al "IVE3", Y ahí te dan cinco días para pensar (...) Si piensas entre uno mismo, te dan las pastillas.” (Chiquinha Gonzaga, 25 anos, ensino médio completo, católica, interior)

“Primero me preguntaron si estaba segura, en ese anterior ya había tenido otra charla con ellos y después me volvieron a preguntar si estaba segura y me mostraron en la pantalla como tenía que hacer y me dieron un papelito con los síntomas que podría llegar a tener y también las contracciones y todo eso (...) Ellos también me dijeron que había un psicólogo.” (Maria Madalena, 33 anos, ensino médio incompleto, católica, capital)

“la primera vez me explicaron allí, y después me dijeron que venga al otro, al de la psicóloga... (...) y después en el de la psicóloga, que me preguntaba de lo mismo, y después viene el IVE 3, él ginecólogo me explicó todo, los dibujitos y todo todo (...) Y me dieron las pastillas y ese mismo día empecé.” (Joana D’arc, 22 anos, ensino fundamental incompleto, sem religião, interior)

Ainda em relação à rede de apoio nessa cena, dez e nove participantes uruguais responderam que seus companheiros e familiares, respectivamente, apoiaram a decisão e/ou estiveram presentes durante o procedimento, conforme se observa nos excertos abaixo.

“Mi novio estuvo desde el primer día, hasta el último, sabiendo todos los pasos” (Chiquinha Gonzaga, 25 anos, ensino médio completo, católica, interior):

“También mi madre, mi padre, mis hermanas que me apoyaron (...) Hasta mi suegra me dijo sí (...) que siguiera adelante” (Lucía Topolansky, 31 anos, ensino fundamental, sem religião, capital).

Analisando o contexto de ilegalidade (Brasil), observou-se que oito participantes precisaram recorrer a um serviço de saúde. Duas delas porque fizeram ou finalizaram o procedimento em uma clínica particular:

“Foi uma curetagem (...) Cheguei no hospital uma pessoa de máscara me chamou e me anestesiou, não vi ninguém, qndo acordei já estva numa sala sozinha (...)

Custou 1500,00 reais na época se não me engano. (Zilda Arns, 39 anos, superior completo, evangélica, reside atualmente no exterior)

“Tinha o código que era ligar pra médica e dizer que tinha urgência na consulta (...) aí eu cheguei no hospital falando que minha dor era muito maior do que a que eu estava sentindo entendeu? E aí me botaram direto pra ser examinada por ela e ela disse “aqui ela já perdeu” (...) Eu fui sedada (...) É como se fosse hoje uns mil, mil e quinhentos reais.” (Nise da Silveira, 37 anos, superior completo, sem religião, sertão).

As demais participantes que precisaram recorrer ao hospital (n=6), o fizeram em função de complicações pós-procedimento. A Pesquisa Nacional de Aborto 2016 (Diniz, Medeiros & Madeiro, 2017) estimou que cerca de metade das mulheres brasileiras (48%) precisou ser internada para finalizar o aborto. Chegando ao serviço, as participantes desta tese relataram terem sofrido repreensão e julgamento por parte de alguns profissionais, bem como outras violências, conforme relatos abaixo:

“Eu passando mal, quase desmaiada, meu tio me levou pra o hospital público (...) Eu cheguei lá com meu tio e minha mãe, aí em seguida o médico chegou. Ele perguntou do que se tratava, eu disse que estava tendo um aborto espontâneo, me levaram pra uma sala, meu tio acompanhou e minha mãe veio junto e ele falou, assim, bem de cara “é um aborto espontâneo ou você provocou?” (...) Então quando ele disse isso, eu fiquei com medo, mas meu tio já tinha conversado comigo antes e me preparado mais ou menos pro que eu ia falar. Eu disse “não, não foi provocado, foi espontâneo, eu estou me sentindo muito mal, não estou conseguindo nem falar doutor, pelo amor de Deus, me atenda.” Foi quando ele disse “vocês podem ir”, com minha mãe e meu tio, perguntou minha idade, eu disse que tinha dezenove, “você já é de maior, você fica só, não precisa ninguém lhe acompanhar. Aí eu vesti a bata do hospital e fui pra uma sala.” (Rachel de Queiroz, 33 anos, universitária, sem religião, capital)

“Eu cheguei era de tarde, era umas nove horas, ainda de manhã né, uma hora assim. Aí quando chegou lá eu estava sangrando muito, aí a doutora foi fazer o toque (...) Aí eu falei que tinha perdido. ‘E você fez o que?’ aí disse, ‘Eu joguei no bojo’, aí ele disse ‘Você fez o maior pecado do mundo’, aí disse ‘é mas agora já fez, não tem jeito mais não’.” (Dandara, 17 anos, ensino fundamental incompleto, católica, zona rural)

“O médico falou que eu tava matando uma vida, um ser (...) lá me deu tanto carão nesse mundo (...) Ela falou que não era pra mim ter feito isso não, deu braba (...) A médica daqui me encaminhou para João Pessoa (...) Lá em João Pessoa eu cheguei era três horas da tarde e fui atendida era dez horas da noite

(...) Passei a quarta e a quinta-feira sem tomar água, sem comer nada porque não pode.” (Malala, 17 anos, ensino médio incompleto, católica, zona rural)

“Minha cunhada me aconselhou a ir lá fazer a curetagem porque poderia ficar algum resto, tal, aí fui (...) Fiquei interna, só saí no outro dia (...) E eu falei: eu caí e sofri um aborto, eu não falei que eu tinha tomado o remédio e até ele fez “você não tomou nada?”, eu disse “não, não tomei”. Ele falou “como foi?”, aí eu disse “não, eu caí”, “estava com quanto tempo”, “estava com dois, três meses”, “e saiu assim?”, bem bravo, eu disse “foi, aconteceu” (...) não pode ficar ninguém lá não. (...) Me senti meio só, perdida (Tarsila do Amaral, 30 anos, ensino fundamental incompleto, católica, capital)

A violência institucional é marcada pelo abuso de poder do profissional e pela omissão de informações (Rosas, 2005). Pesquisa desenvolvida por Rabay e Soares (2008) com mulheres em situação de aborto e profissionais de saúde de um hospital de João Pessoa revelou algumas condutas contrárias aos princípios norteadores da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (Brasil, 2011), tais como o não julgamento, o acolhimento humanizado, a orientação e a prestação de informações, etc. As crenças de profissionais de saúde quanto ao aborto provocado, analisadas por Wiese e Saldanha (2014), também apontaram para uma conduta punitiva e desumana por parte desses profissionais. Segundo Costa, Viana e Sousa (2012), existe uma criminalização informal do aborto nos serviços de saúde, a qual produz sentimentos de “vergonha, “desonra” e medo de exclusão social nas mulheres que procuram interromper uma gestação.

Frente ao exposto, três participantes afirmaram ter precisado recorrer ao hospital em função de alguns sintomas sentidos após o procedimento, mas, por receio de sofrerem alguma retaliação, não buscaram o serviço, conforme depoimentos a seguir.

“Eu não fui ao hospital (...) Eu não cheguei a fazer curetagem (...) Eu senti muito medo de precisar fazer curetagem. De precisar chegar no hospital. Meu maior medo era esse na verdade (...) Eu andava com um daquele do grande na bolsa. Que a cada dez minutos eu ia pro banheiro me limpar. Porque tava fedendo (...) Saia corrimento. Muito, muito fedorento. Cheirando a carne podre mesmo (...) Eu sentia cólica e o odor terrível, terrível, que até os clientes sentiam. “Tá um mal cheiro aqui né?” Eu fiz, é, tá assim o dia todo (...) Ir pra um hospital, seria me expor a toda uma equipe, de médicos, de enfermeiros, da recepcionista, de todo

... mundo. Então eu não queria isso de jeito nenhum (...) Passou também pela minha cabeça ser denunciada.” (Simone de Beauvoir, 29 anos, ensino superior completo, sem religião, capital)

“Eu tava passando muito mal. Eu tava tipo defecando, vomitando e saindo sangue ao mesmo tempo. Era uma coisa desesperadora. Dor, cólica... Tipo, era pra ta no hospital, era pra ta tomando soro (...) E eu não fui pro hospital em nenhuma hipótese, nenhum jeito porque eu tinha medo. Porque é proibido, eu tinha medo de ser presa e tal.” (Olga Benário, 25 anos, superior completo, sem religião, capital)

De acordo com Briozzo et al. (2009) e Torres (2009), a usuária deveria ser atendida de maneira a se evitar o estigma e a exclusão, objetivando sempre minimizar os extremos de violência institucional. Entretanto, essa não tem sido as experiências relatadas pelas participantes da presente pesquisa, conforme se observou. Esse quadro expõe as mulheres a situações acentuadas de vulnerabilidade social, demarcada pelos processos de estigmatização e discriminação sistemática de direitos, bem como vulnerabilidade programática, caracterizada pelos obstáculos encontrados no serviço de saúde e violência institucional.

Outros atores presentes nessa cena foram a família (n=7), não obstante apenas duas participantes tenham se referido à família nuclear, o companheiro (n=6) e as amigas (n=3). Duas participantes relataram o envolvimento da igreja nessa questão e uma condenação no âmbito da moral religiosa. Para a religião cristã, apenas Deus tem o poder de vida e morte sobre as criaturas, as quais desde a concepção são consideradas vida e pessoa humana (Papaleo, 2000; Galeotti, 2007). A passagem abaixo ilustra essa assertiva:

“Quando terminou a missa, ele me chamou, “vai se confessar”?” eu disse “vou padre”, ele “vamos”, aí eu peguei e contei pra ele, ele chorou e tudo porque o padre daqui é bem sentimental (...) Ele falou que não era pra mim ter feito isso porque isso é um pecado, matar uma criança, matar uma pessoa, isso tudo é pecado (...) Eu senti, assim, eu me senti tão mal que quando eu saí da igreja, eu fiquei meia hora sentada lá na calçada da igreja.” (Malala, 17 anos, ensino médio incompleto, católica, zona rural).

Por fim, tem-se análise da última subcategoria da categoria “Decisão pelo aborto e trajetória”, denominada de “Avaliação do serviço”. As participantes do contexto de legalidade avaliaram, em sua maioria (n=10), positivamente o serviço (*“Fue un equipo médico excelente”/“Re bien, perfecto”/“Me encantó! Me sentí tan cómoda, súper asesorada, apoyada”*). Entretanto, vale destacar que cinco entrevistadas tiveram uma experiência ao mesmo tempo positiva e negativa. Negativa no sentido de se sentirem julgadas por alguns profissionais, não todos, ou que o tratamento não foi humanizado, conforme relatos abaixo.

“Genial. Muy bueno (...) Pues, te digo, todo fue muy rápido y bastante eficiente también (...) fue todo muy gracioso. La persona (...) que me dio las pastillas hablaba como un robó. Te habla, mirando la computadora (...) es como se tiene tan mecanizado decirlo que no te da pelota (...) que por lo menos te miren a la cara si estoy acá sentada.” (Chiquinha Gonzaga, 24 anos, ensino médio completo, católica, interior)

“Sabes que me sentí como si, que me estaba juzgando (...) la manera que ella me trató, me pareció un poco ignorante (...). Pero, tá, fue la única (...) después me explicó. Ahí sí, me explicó perfecto, todo, todo, todo el proceso (...) ¡Súper bien, súper bien explicado! Hasta un dibujo ella me hizo.” (Ana Labandera, 27 anos, universitária, sem religião, capital)

“Me sentí mal por una enfermera, no me gustó como me trató. Me gritó un poco (...) y después todas las chicas practicantes, todas, la doctora, todas me atendieron divino y de ahí todo el mundo súper bien (...) no me sentí juzgada por nadie (...) súper amables, explicando todo para dejarme sin ninguna duda.” (Isabel Allende, 22 anos, universitária, sem religião, capital)

Finalmente, duas participantes avaliaram negativamente a experiência com o serviço de assistência ao aborto provocado, destacando, novamente, a desumanização no tratamento. Conforme os relatos de Anita Garibaldi, observou-se que há uma violência que se apresenta sutilmente através de elementos simbólicos, como comparar o efeito do medicamento a um ato de estar matando (*“Incluso un enfermero que acá me dijo: ¡eso es que lo mata!”*), os sintomas do aborto aos sintomas percebidos num trabalho de parto (*“Era cómo un trabajo de parto, que iba tener contracciones”*), o detalhamento do embrião (*“Que iba a expulsar un feto*

de tantos centímetros (...) que iba a tener cordón umbilical, la bolsa y todo”). Essa violência, a qual se nomeia nesta tese de simbólica, pode justamente encontrar-se travestida de informações técnicas e, por ventura, impactar negativamente a experiência dessas mulheres.

Me sentí como juzgada (...) La ginecologa, la enfermera y el psicologo (...) es como que te miran serio. (Mercedes Sosa, 23 anos, universitária, católica, capital)

Me sentí un poco... é, mal tratada en algunos momentos. É... que te dan la información básica y necesaria, e cómo que la peor parte también estaba en la parte de internación. Porque a mí me mandaron internarme (...) ¡Y bueno, el trato es muy inhumano, muy inhumano! Creo que es una ley que se puso muy recientemente, capaz que hace falta un poco de capacitación, este... por el lado más de relación médico-técnico-paciente y todas esas cosas que son más de... del humano ¿no? No solo técnico (...) Tomé en realidad, la “mifepristona”, que es que interrumpe el crecimiento embrionario. Incluso un enfermero que acá me dijo: ¡eso es que lo mata! (...) Con la ginecóloga. Fue fuerte (...) lo que sentí fue que todo era muy duro (...) esa fue muy técnica, me explicó hasta el último momento (...) No fue agresiva, pero sí, cómo tajante! (...) que iba a expulsar un feto de tantos centímetros, quizás me mostro con la mano cómo iba ser... ¡Más de diez centímetros! (...) Sí, un feto así que iba a tener cordón umbilical, la bolsa y todo, que era cómo un trabajo de parto, que iba tener contracciones, que el dolor es relativo con la persona que se siente más fuerte o no... Depende de la persona... ¡Fue muy clara! (...) el trato de los médicos, técnicos, enfermeros, sobretodo, que fuera más humanos.” (Anita Garibaldi, 31 anos, universitária, sem religião, interior)

Nessa direção, quatro usuárias afirmaram que durante a realização do exame de ecografia, para verificar a idade gestacional do embrião, escutaram os batimentos cardíacos e/ou saíram com o exame contendo a imagem do embrião, o que deixou algumas um tanto impactadas. Os excertos abaixo exemplificam essa observação.

La mujer nunca me dijo, bueno... en estos casos no lo mires, o tenéis la opción de mirar o no mirar. Directamente, hice la ecografía, incluso me dio el papel con la foto (...) me dijeron que no debía haberme dado la foto. Bueno, no sé si es así o no.” (Anita Garibaldi, 31 anos, universitária, sem religião, interior)

“Entré y tá, estaba el monitor lo que te hacen la ecografía y me preguntó si quería verlo o no (...) Yo le dije que no (...) Hasta qué escuché el corazón y me generó curiosidade (...) Claro porque ellos lo tienen el volumen alto (...) Igual

que después me dieron un papelito de la ecografía que yo podría averiguar.”
(Chiquinha Gonzaga, 24 anos, ensino médio completo, católica, interior)

“El día que hice la ecografía me dio mucha impresión, ¡Yo lo vi! Pero la impresión que tuve fue, como tipo miedo (...) Yo miré la ecografía porque estaba así el monitor... la médica después cuando me fue mostrar, me preguntó: ¿querés ver, o preferís no ver? Yo ya había visto, estaba así cuando estaba haciendo.”
(Ana Labandera, 27 anos, universitária, sem religião, capital)

Embora a minoria das participantes uruguaias tenha relatado essa forma de violência, é importante comentá-la enquanto um aspecto de vulnerabilidade programática que pode dificultar uma assistência integral à saúde e em respeito aos princípios bioéticos. Não existe nada específico na lei que trate de tais procedimentos, entretanto, segundo informações recebidas por esta pesquisadora durante sua estada no Servicio de Salud Sexual y Reproductiva (SSSyR) do Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) da cidade de Montevideu, a orientação repassada aos profissionais do serviço é que sempre perguntem à usuária se querem ou não escutar as batidas do coração ou ver a imagem durante o exame de ecografia, à qual a usuária não deveria ter acesso.

De acordo com Coppola, Briozzo, Nozar, Fiol e Greif (2016), 30% dos ginecologistas uruguaios se declararam objetores de consciência. Em alguns departamentos do interior, a exemplo do que vive Mercedes Sosa, todos se proclamaram objetores. Entretanto, este grupo, diferentemente de outros, que são minoria, não impedem a aplicação da lei de interrupção voluntária da gravidez. Desse modo, não se pode afirmar se essas atitudes são provenientes de tais crenças, de negligência ou de uma formação técnica e ética que não prioriza a humanização da assistência e do cuidado em saúde.

De maneira oposta aos resultados encontrados no cenário legal ao aborto provocado, no qual a maioria das entrevistadas avaliou positivamente o atendimento, no cenário ilegal, das oito participantes que precisou recorrer a algum serviço de saúde após usar o misoprostol ou mesmo uma participante que provocou o aborto em uma clínica particular clandestina, sete

avaliaram a assistência prestada de forma negativa. Enquanto que no primeiro cenário verificou-se uma violência velada e simbólica, no segundo, essa violência foi mais direta, o que Costa, Viana e Sousa (2012) denominaram de criminalização informal do aborto, incidindo nas emoções sentidas pelas usuárias.

“Aí eu fiquei na sala pré parto né, aí o médico chegou e disse “o que foi que houve”, eu disse “nada, foi um susto que eu tive (...) Aí quando eu deitei na sala de parto ele disse assim “eita mãe, não foi um susto, a senhora tomou cytotec”, eu disse “tomei não”, ele disse “tomou”, aí ele tirou dentro de mim e botou num vidro e me mostrou, ele botou no vidro e me mostrou, aí disse “eita mãe, era uma menina” (...) Aí pronto, eu fui e fiz a curetagem, fiz no cru mesmo (...) Ele falou assim “a senhora sabia que isso é crime?” (Val, 40 anos, ensino fundamental completo, católica, capital)

“Eles não tratam bem, eles deixam você lá (...) Com outra, ele (o médico) aí ele tratou mal, disse “é, pra matar você sabe” (...) Os médicos são meio rígidos (...) falam coisas muito chatas né, parece que tá ali com raiva.” (Tarsila do Amaral, 30 anos, ensino fundamental incompleto, católica, capital).

“Ela só fez dizer que foi o maior pecado do mundo (...) Eu fiquei assim, um pouco assim pensando, com a consciência pesada também. ” (Dandara, 17 anos, ensino fundamental incompleto, católica, zona rural)

Ai, senti envergonhada né, porque eles dão muito carão, muito carão mesmo, fala que a pessoa não tem juízo, “tem juízo não minha filha? Fazer uma coisa dessa. Por que você não teve essa criança?” (Malala, 17 anos, ensino médio incompleto, católica, zona rural)

3.3.3.2.4. Vivência pós-aborto

Nesta última categoria/cena analisou-se a experiência das participantes deste estudo após a realização do procedimento, através da “Assistência recebida/método contraceptivo”, dos “Significados para o embrião”, do “Significado/sentimento final” e da “Opinião sobre a legalização do aborto”, os quais são suas subcategorias.

Na primeira subcategoria foi analisada a assistência à saúde recebida após a realização do procedimento. Observou-se que todas as participantes uruguaias receberam essa

assistência, a qual consistiu na realização de uma ecografia para avaliar se o aborto tinha sido completo, se havia alguma complicação e, por fim, a orientação e disponibilização de um método contraceptivo, tendo a maioria optado pelo implante (n=6) ou comprimidos orais (n=5). Vale destacar que cinco participantes, depois de realizar a ecografia após o procedimento, precisaram repeti-lo para expulsar o material retido, e uma participante precisou de atestado médico para justificar sua ausência no trabalho. As narrativas a seguir exemplificam esses dados.

“Todo perfecto. Y La muchacha me dijo, la ecógrafa que estaba todo bien y que si más adelante tenía ganas de tener que podía tener (...) Me voy a poner un implante.” (Lucía Topolansky, 31 anos, ensino fundamental, sem religião, capital)

“Ya me dieron para sacar fecha (...) el implante (...) Prefiero ese que es más seguro.” (Virginia Woolf, 17 anos, ensino médio completo, sem religião, capital)

“Voy a buscar las pastillas mañana Y después voy a pensar a ver, si quiero ponerme algunos implantes (...) Me presentó unos que ponen dos y ese te dura cinco años, y después el DIU. Estos son mis favoritos.” (Chiquinha Gonzaga, 24 anos, ensino médio completo, católica, interior)

“Estaba trabajando, me dieron certificado medico pero no decía (...) habían puesto algo de que se realizó una intervención (...) me dieron ese par de días en el trabajo.” (Frida Kahlo, 29 anos, ensino médio completo, sem religião, capital)

Em contrapartida, no contexto de ilegalidade (Brasil – Paraíba), menos da metade das participantes (n=5) responderam ter buscado assistência médica após o procedimento, sendo três no serviço privado e duas no público. Outro dado que se ressalta é que cinco entrevistadas afirmaram ter sentido a necessidade de ficar em repouso, mas que isso não foi possível, conforme excertos abaixo. O medo de buscar a assistência médica e sofrer violência institucional, conforme discutido nas subcategorias anteriores (Processo de decisão/sentimentos, Atores envolvidos e Avaliação do serviço), revelaram situações de vulnerabilidade programática. Duas delas, inclusive, estão dentre as que tiveram complicações, mas buscaram assistência apenas tempos depois. Outra participante comentou,

ainda, sobre a sua necessidade de ter falado acerca do processo para poder melhor elaborar a experiência, mas não encontrou suporte.

“Eu teria precisado ficar alguns dias em casa ainda, de repouso, mas eu não podia porque eu tinha que trabalhar e eu não podia faltar ao trabalho, ‘oi, eu vou faltar ao trabalho porque eu abortei.’” (Simone de Beauvoir, 29 anos, ensino superior completo, sem religião, capital)

“Fui trabalhar no outro dia normal (...) Não, não sentia, só estava o sangramento normal assim (...) mas ainda sentia os seios doendo.” (Tarsila do Amaral, 30 anos, ensino fundamental incompleto, católica, capital)

“Eu tive que ir trabalhar (...) O pior foi que sangrava muito. Muito, muito mesmo. Sangrava assim, de você trocar o absorvente de uma em uma hora. (...) No sol... e passamento, chega dava.” (Olga Benário, 25 anos, superior completo, sem religião, capital).

“Eu não fui tratada como alguém que precisasse de repouso, até porque eu precisava botar minha cabeça no lugar, em relação a tudo que tinha acontecido e precisava de repouso físico, mas ninguém podia saber, então eu não podia me dar o luxo de chorar, eu não podia me dar o luxo de não ir pra aula (...) Eu queria, inclusive, desabafar tudo o que tinha acontecido, eu já não estava encontrando com quem desabafar ao longo do processo, pelo menos depois desabafar. Eu não podia, eu ia desabafar com quem? Eu acho que por isso que isso ficou tanto tempo na minha cabeça, eu acho que o primeiro ano principalmente, eu pensava nisso o tempo inteiro.” (Nise da Silveira, 37 anos, superior completo, sem religião, sertão)

Na próxima subcategoria, denominada de “Significados para o embrião”, verificaram-se os sentidos atribuídos ao produto da gestação e, conseqüentemente, do aborto. No contexto de legalidade, apenas cinco participantes referiram uma relação de afetividade com o embrião, considerando-o como uma criança e que a prática constituía um assassinato. Duas delas são católicas (no total de quatro).

¡Maté un niño! (risos nervosos) (...) ¡es una vida, pero ta!” (Joana D’arc, 22 anos, ensino fundamental incompleto, sem religião, interior)

“Yo pensaba estoy matando una vida como tuvo mi hija también dentro mío, ¿entiendes? Que ahora ya tiene nueve meses, pero no me imagino se la hubiese

abortado.” (Violeta Parra, 23 anos, ensino médio incompleto, sem religião, capital)

*“Tenía los dedos de las manos, los piecitos, la nariz, boca, ojos, todo... Las orejitas... Pero ya verlo así, cómo lo que vimos fue, estaba todo formado (...)
¡Sí, es un bebé! Yo ya lo vi como un bebé porque estaba todo formado, con las manitos, todo...No pienso nada más, solo que era un bebé hermoso...” (choro)
(Jane Austen, 24 anos, ensino primário, sem religião, capital)*

No contexto de ilegalidade, por sua vez, seis participantes, todas com alguma filiação religiosa, responderam que o embrião abortado se tratava de uma pessoa.

*“É um pedaço que você tira de você, é uma banda da sua alma que você tira.”
(Cora Coralina, 26 anos, ensino médio completo, católica, zona rural)*

“É como tirar a vida de uma pessoa (...) dava pra ver que era tipo um cérebro. Sabe, assim da gente? Era tipo daquele jeito.” (Maria da Penha, 23 anos, ensino fundamental, católica e evangélica, zona rural)

“Uma pessoa (...) porque já tava tudo tão bonitinho, tão perfeitinho. Afff... não gosto nem de lembrar. Eu tenho ali a ultrassom. Tava tão perfeitinho, já tinha as mãozinhas.” (Malala, 17 anos, ensino médio incompleto, católica, zona rural)

De modo geral, observa-se que para maioria das participantes, de ambos os cenários sociopolíticos do aborto, o embrião não poderia ser considerado uma pessoa porque ainda estava em formação e em desenvolvimento. Tratava-se de células e de pessoa em potencial. Algumas afirmaram não ter pensado muito sobre esta questão, sobre se estavam matando seu próprio filho, como uma forma de passar por essa experiência difícil com menos sofrimento. Embora o significado atribuído ao embrião não seja unívoco, observa-se uma associação entre religião, bem como baixa escolaridade, e a crença de que o embrião seria uma pessoa. Existe uma confusão entre aborto e infanticídio, provavelmente engendrada pelas mídias e pela religião (Arend, Assis & Motta, 2012). A partir de uma análise fenomenológica do aborto, o questionamento em relação ao começo da vida e pessoa humana é difícil de ser resolvido a partir de bases irrefutáveis. No entanto, o posicionamento do Magistério da Igreja Católica é

a de condenação de toda e qualquer interrupção voluntária da gravidez. Acredita-se que a pessoa existe quando aparece um genótipo distinto do pai e da mãe, ou seja, desde a fecundação (Callahan, 1970; Mori, 1997).

Seguindo nessa perspectiva dos sentidos e significados atribuídos à experiência da interrupção da gestação, a subcategoria seguinte, “Significado/sentimento final”, analisa os sentimentos finais e significados produzidos ao fim dessa trajetória. No âmbito da legalidade (Uruguai – Montevideu), a maioria das entrevistadas referiu ter sentido alívio (n=11), duas, as quais são católicas (metade das que afirmaram filiação religiosa), afirmaram arrependimento, duas disseram não ter muito significado, uma participante respondeu ainda não saber o significado da experiência e, por fim, observou-se em uma participante o sentimento de ambivalência, pois, ao mesmo tempo em que disse ter sentido alívio, também afirmou às vezes se sentir mal e sem saber se vai conseguir superar. As participantes que afirmaram ter sentido alívio, que são maioria, demonstraram igualmente uma melhor capacidade de enfrentamento, tomando a experiência enquanto uma aprendizagem e enfatizando a importância de terem podido tomar uma decisão tão difícil e de seguirem adiante com suas vidas. Os excertos abaixo exemplificam tais resultados encontrados.

“Sentís como un alivio de... suena feo la palabra alivio, pero sí, decir bueno ya está (...) también me doy con eso, de como un aprendizaje (...) lo tomo por ahí, para no sufrirlo tanto ni castigarme todo el tiempo por algo que pasó, o sea... elegí perdonarme si alguna parte de mí no estaba de acuerdo, antes que seguir castigándome” (Emmeline Pankhurst, 21 anos, universitária, sem religião, capital)

“No me arrepiento para nada (...) Y me di cuenta de que soy más fuerte de lo que pensaba, que pude tomar una decisión súper importante.” (Frida Kahlo, 29 anos, ensino médio completo, sem religião, capital)

“Un alivio (...) Aprender, porque cuando no le pasa lo ves como super lejano (...) y ahí cuando te pasa te acuerdas que sí que re te puede pasar. Por ejemplo, yo ahora me cuido mucho más (...) Me sirvió como experiencia totalmente que a la vez se aprende también (...) fue la mejor decisión (...) Capaz que te sueña de mala, pero de alivio.” (Chiquinha Gonzaga, 24 anos, ensino médio completo, católica, interior)

“Yo estoy aliviada, yo estoy aliviada.” (Joana D’arc, 22 anos, ensino fundamental incompleto, sem religião, interior)

“Me fortalece mucho de haber podido tomar una decisión tan importante, tan difícil. Este... ¡y sí, me siento más fuerte! (...) principal sentimiento es de auto conocimiento también.” (Anita Garibaldi, 31 anos, universitária, sem religião, interior)

“Pienso que fue la mejor decisión que yo podría haber tomado... creía que no me iba a pasar y bueno creo que fue como una enseñanza (...) Me siento aliviada, fue como mucho nervio, mucho susto, me asusté y ahora me siento aliviada.” (Isabel Allende, 22 anos, universitária, sem religião, capital)

No âmbito da ilegalidade ao aborto provocado (Brasil – Paraíba), cinco participantes responderam ter se sentido aliviadas, com a sensação de terem se livrado de um problema e de empoderamento, conforme se observa nas narrativas abaixo. Vale destacar que a grande maioria dessas participantes é de classe média, tem uma escolaridade elevada e não possui religião.

“Pra falar a verdade eu me senti aliviada, um alívio. Às vezes eu fico pensando, não é culpa, mas fico pensando assim, por pensar assim (...) mas palavra é essa, me senti aliviada.” (Rachel de Queiroz, 33 anos, universitária, sem religião, capital)

“Eu me vejo uma pessoa esclarecida, então ter que passar por tudo isso, apesar de todo o conhecimento que eu tenho, foi como um soco, entendeu? Porque eu não sou nenhuma adolescente sem informação. Foi uma burrice eu ter que passar por tudo isso, foi muito ruim, mas ao mesmo tempo foi empoderador (...) eu chegava a julgar. Meu Deus do céu, como é que uma pessoa tão esclarecida (...) E... não deu seis meses, aconteceu comigo (risos).” (Simone de Beauvoir, 29 anos, ensino superior completo, sem religião, capital)

“É, de se sair do problema, a verdade é essa (...) É resolver uma situação (...) É uma coisa que eu quero apagar, que aconteceu e pronto.” (Margarida Maria Alves, 42 anos, primário, qualquer religião, capital)

“Eu não sentia remorso não. Eu sentia como se eu tivesse me livrando de algo, de um problema (...) Eu posso dizer que foi um marco, assim. Eu amadureci muito com isso, no meu ponto de vista. Foi a melhor decisão. Não voltaria atrás.” (Olga Benário, 25 anos, superior completo, sem religião, capital)

Por outro lado, cinco participantes afirmaram ter se sentido culpadas, arrependidas e em dívida com Deus. Ressalta-se que todas elas têm alguma filiação religiosa (católica ou evangélica) e a maioria é de classe social menos favorecida. Outro dado interessante é que todas essas participantes sofreram violência institucional, bem como julgamento moral por parte dos profissionais baseado em suas crenças religiosas (conforme analisado nas subcategorias Atores envolvidos e Avaliação do serviço: *“Ela só fez dizer que foi o maior pecado do mundo (...) Eu fiquei assim (...) com a consciência pesada.”*(Malala)/ *“Eu me senti rejeitada pelo profissional. Ele me atendeu tipo assim, como se eu fosse uma pessoa insignificante”*(Cora Coralina)). Duas dessas participantes relataram, ainda, o envolvimento da igreja durante a experiência.

“Todo dia eu peço perdão a Deus por isso (...) Me sinto culpadíssima por isso. E tem hora que me sinto maldita por ter tirado um pedaço de mim (...). A minha culpa, porque eu poderia ter feito muita coisa por um inocente, mas não fiz nada. É isso que me dói mais.”).” (Cora Coralina, 26 anos, ensino médio completo, católica, zona rural)

“Se Deus me perdoou eu não sei né, mas eu pedi muito perdão a Deus. Se eu tivesse a companhia de alguém, uma pessoa que pudesse me ajudar, eu teria tido sabe? Porque eu sou contra o aborto, eu sou contra, não vou mentir não (...) Eu sentia assim, uma dor muito grande, porque eu sentia uma dor por ter feito isso. Eu me senti assim, arrependida.” (Val, 40 anos, ensino fundamental, católica, capital)

“Foi tudo arrependimento, eu não sei nem explicar como é que foi isso (...) Eu fico às vezes pensando “meu Deus, por que eu fiz isso?”, fico pensando assim sabe, que é tão ruim, é tão ruim, é tão ruim (...) Porque é mesmo que a gente matar uma pessoa (...) Significou pra mim ter cuidado agora, porque eu passei, assim, não só pra mim, como os médicos mesmo falou (...) eu quase que morro, eu vi a morte assim na minha frente e é uma lição de vida, daí você vai vendo o que é bom e o que é ruim pra sua vida (...) Assim, esse trauma é porque às vezes a gente, pronto, é um problema psicológico. Eu coloquei na cabeça que ainda sinto mexer, só que é uma coisa tão estranha, eu sinto mexer em tudo, sem ter nada. Eu fico vendo, porque eu vi né, eu fico vendo, eu fico perguntando “meu Deus, onde é que tá essa criança?”, porque assim, como ele já tava perfeitinho (...) o médico disse, e disse que 99% era uma menina.” (Malala, 17 anos, ensino médio incompleto, católica, zona rural)

Por fim, três entrevistadas referiram sentimentos de ambivalência. Por um lado, sentiram-se aliviadas, mas por outro, havia um peso de um julgamento moral, de uma dívida com algo ou alguém, conforme relatos abaixo. A participante Nise da Silveira, conforme analisado na subcategoria “Assistência recebida/método contraceptivo”, relatou ter sentido a necessidade de desabafar sobre a experiência, mas que não encontrava suporte para tal, e que só conseguiu se sentir aliviada quando, em um sonho, de forma simbólica, obteve o perdão.

“Um pouco chateada né pela situação, mas assim um pouco aliviada, porque eu sabia que não vinha mais um ser pra eu tomar conta, pra mim naquele momento não tinha como (...) Foi errado (...) eu só pedi perdão a Deus e pronto (...) Assim, eu acho que punição, a gente antes de ir dessa vida pra outra, a gente paga, a gente tem que pagar aqui. O que a gente faz, a gente paga aqui, aí algumas coisas que aconteciam com minha filha, eu achava que era castigo (...) É, castigo de Deus porque eu tinha feito aquilo. Então eu passei muito tempo assim, tudo que acontecia eu dizia que era castigo, ‘foi castigo pelo que eu fiz’.” (Tarsila do Amaral, 30 anos, ensino fundamental incompleto, católica, capital)

“Eu me senti livre (...) eu me sentia magoada e ao mesmo tempo feliz (...) Porque todo mundo ficou contra, essas coisas. Aí eu fiquei feliz ao mesmo tempo porque eu tinha abortado.” (Dandara, 17 anos, ensino fundamental incompleto, católica, zona rural)

“Eu passei mais de ano, vivia sonhando com esse bebê. E até pouquíssimo tempo atrás eu dizia “ai se eu tivesse tido, hoje teria não sei quantos anos” (...) Agora o que sempre me embasou e que sempre foi definitivo pra mim, pra minha consciência, é que eu sabia que aquela decisão tinha sido a melhor, a mais adequada pro momento em que eu estava vivendo (...) Tive um alívio por ter resolvido a questão, por não ter mais, entre aspas, problema. E tinha o sentimento de que “meu Deus, será que eu vou conseguir lidar com isso?” (...) Inclusive, depois de um ano, um ano e meio, eu tive um sonho em que uma criança olhava pra mim assim (...) E um bebê fez isso comigo, virou pra mim, eu estava na mesa jantando e um bebê de uma outra pessoa do meu lado e virou pra mim e no olhar, passou aquele olhar pra mim assim de tipo “eu lhe perdoo” (...) no sonho (...) Isso pra mim foi assim, lavou a alma sabe? (...) Eu não tenho uma religião (...) mas eu tive algumas experiências, inclusive com relação ao espiritismo e isso ficou muito marcante pra mim quando essa criança virou pra mim e eu vi nos olhos dele uma coisa do tipo “eu lhe perdoo”, e isso pra mim foi um alívio muito grande (...) Mas não um perdão meu, eu não me sentia culpada por mim, eu me sentia culpada por ele. Porque a gente diz que não escolhe onde nasceu né, mas de acordo com o espiritismo, escolhe, e eu tirei essa oportunidade dessa pessoa.” (Nise da Silveira, 37 anos, superior completo, sem religião, sertão)

A experiência do aborto provocado é física, emocional e social. Entretanto, ao buscar o serviço de saúde para tratar as complicações desse procedimento, geralmente as mulheres relatam as queixas físicas, porém silenciam suas vivências e sentimentos, muitas vezes por ausência de espaços para a sua expressão. Trata-se de um momento delicado, em que estão envolvidos sentimentos de solidão, ansiedade, culpa, autocensura, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, conforme se observou nos relatos das participantes deste estudo, sobretudo no contexto de ilegalidade ao aborto. Entretanto, ao final geralmente sobressai o sentimento de alívio (Brasil, 2005).

Não obstante, estudo realizado por Rebouças (2010) com mulheres que abortaram no Rio Grande do Norte-Brasil, essa experiência foi referida como dolorosa, sofrida e conflituosa, visto que se confrontava com valores morais e religiosos das participantes. Além disso, declararam sentir culpa e dívida, devendo, desse modo, ser castigadas. Diante da ilegalidade, insegurança e precariedade do aborto provocado, os sentimentos negativos se tornam mais acentuados (Foster, Gould & Kimport, 2012; Digiovanni, 2008; Brasil, 2005).

A última subcategoria, denominada de “Opinião sobre a legalização do aborto e sobre a lei”, abarcou os discursos das participantes referentes às atitudes acerca da legalização do aborto. No contexto de legalidade, a grande maioria (n=14) se posicionou favoravelmente, inclusive aquelas com filiação religiosa. Três entrevistadas disseram que depende da situação (n=3), a exemplo *“Si una muchacha se lo quiere hacer, que se lo haga, pero que sea por algo como yo que ando mal económicamente y tengo mi marido lejos”*. Nenhuma participante teve uma atitude desfavorável. Em relação àquelas que tiveram atitudes favoráveis, um dos argumentos dentrais é o de que a mulher tem o direito de escolher levar ou não uma gestação adiante e de que se trata de um problema de saúde pública, mesmo dentre as participantes católicas ou com baixa escolaridade, conforme excertos abaixo.

“Para mí está bien, siempre pensé que estaba bien porque una tiene derecho a elegir, este siempre fue mi pensamiento, nunca pensé pasarlo.” (Simone Veil, 29 anos, ensino médio incompleto, católica, capital)

“Considero que fue buena porque las interrupciones ilegales generalmente terminan mal, o siempre terminan en hospital porque no fueron bien hechas. Entonces a un modo de control me parece bien, y a su vez, ahora yo que lo pasé, pero considero que sí, la persona tiene que tener na posibilidad de elección.” (Chiquinha Gonzaga, 24 anos, ensino médio completo, católica, interior)

“Me parece que todas podemos elegir si queremos o si no queremos que es lo mejor, no tener un hijo y no estar preparada, creo que es lo mejor que una pueda decidir si quiere o no quiere... sino que se cuiden para que no tengan que usarlo.” (Isabel Allende, 22 anos, universitária, sem religião, capital)

“Está bueno que exista la aprobación de la ley porque da una mayor libertad la mujer.” (Anita Garibaldi, 31 anos, universitária, sem religião, interior)

“Entiendo toda la decisión de toda mujer.” (Violeta Parra, 23 anos, ensino médio incompleto, sem religião, capital)

De maneira oposta, no contexto de ilegalidade, a maioria das participantes (n=8), mesmo tendo passado pela experiência de um aborto provocado e tendo sofrido violência institucional, se posicionaram contrárias à sua legalização e, conseqüentemente, à possibilidade de receber assistência à saúde de forma humanizada e profissional nessa condição. Diferentemente das mulheres pesquisadas no Uruguai que, mesmo tendo filiação religiosa e/ou baixa escolaridade, tiveram atitudes favoráveis, as participantes brasileiras deste estudo com esta mesmo perfil sociodemográfico posicionaram-se de forma contrária. As justificativas principais são a responsabilização da mulher pelos seus atos e a tese, mormente religiosa, fundada na sacralidade da vida.

“Eu sou contra porque tem muitas maneiras de você evitar pegar filho, muitas, você pega filho se você quiser, tem muitas maneiras de você evitar.” (Val, 40 anos, ensino fundamental, católica, capital)

“Eu acho, porque aí a pessoa acha assim “ai tem nada não, se eu engravidar, vou ali e resolvo” né. Eu acho assim, que a pessoa tem que ter a responsabilidade de não engravidar sem ter como criar.” (Margarida Maria Alves, 42 anos, primário, qualquer religião, capital)

“Assim, eu era a favor né, mas depois eu percebi o quanto uma criança é bom no mundo da gente, aí eu sou contra né. Apesar que eu fiz, mas é coisa ruim né a gente matar um negócio que Deus deu a gente, se desfazer daquele negócio que Deus deu (...) porque se Deus dá é da vontade dele, a gente está desfazendo daquele negócio que ele está dando.” (Dandara, 17 anos, ensino fundamental incompleto, católica, zona rural)

“Não deveria ser legalizado (...) O aborto é uma maldição geracional. Quando você interrompe uma vida, não é apenas uma vida, mas sim uma geração inteira planejada por Deus.” (Zilda Arns, 39 anos, superior completo, evangélica, reside atualmente no exterior)

As participantes de classe média, sem religião e com maior escolaridade, por outro lado, tiveram atitudes favoráveis à legalização do aborto provocado em sua maioria (n=4), tendo como argumentos tanto a questão da saúde pública, como o direito da mulher sobre seu próprio corpo. Ressaltaram que a ilegalidade não coíbe sua prática, mas colocam as mulheres em situação de vulnerabilidade acentuada, bem como a importância de, concomitantemente, haver uma política pública mais eficiente de educação sexual e planejamento familiar. Nise da Silveira afirmou que, após ter passado pela experiência, seu posicionamento frente ao tema mudou. As narrativas abaixo exemplificam essas observações.

“Se fosse legalizado, se eu tivesse feito em um hospital, tendo acompanhamento psicológico e medico, teria poupado o terrorismo que vivi esperando algo dar errado (...) religião, nem a família pode interferir na decisão da mulher. O corpo só ao individuo pertence. O procedimento deveria ser feito em hospitais públicos, com uma equipe especializada e humanizada, de forma sigilosa e segura.” (Frida Kahlo, 29 anos, ensino médio completo, sem religião, capital)

“Eu sempre fui contra (...) mas muitas vezes acontece e aí foi como a vida me mostrou, muitas vezes acontece mesmo que a gente se previna, mesmo que a gente faça de tudo pra não acontecer, acontece (...) Eu acho que o aborto é uma questão pública (...) Agora, pra poder a gente adotar a legalização do aborto, tem que ter uma conscientização e todo um trabalho de educação sexual da sociedade (...) eu acredito que o aborto deveria ser legalizado sim, agora não indiscriminadamente.” (Nise da Silveira, 37 anos, superior completo, sem religião, sertão)

“Eu sou a favor do aborto. Entendeu? O que eu acho é que a saúde pública, ela precisa entrar nessa jogada. Eu acho que a gente tem que discutir esse tema,

porque vai acontecer, não tem pra onde correr. Se eu disser assim: Ah, a gente proíbe o aborto e ninguém vai abortar. Não tem isso. Se você quiser abortar, você vai abortar (...) só com a legalização, que esse medo que as meninas tem de ir pra o hospital, que vai parar (...) Eu sou a favor da legalização do aborto, agora também sou a favor que conjuntamente com isso, tem que ter medidas preventivas.” (Olga Benário, 25 anos, superior completo, sem religião, capital)

Sucintamente, as figuras 9 e 10 abaixo sintetizam os elementos que reduzem, reproduzem ou aumentam a vulnerabilidade individual, social e programática das mulheres que engravidaram indesejadamente e, posteriormente, provocaram aborto em contexto de legalidade (Uruguai – Montevideu) e ilegalidade (Brasil – Paraíba), respectivamente, os quais podem influenciar na experiência e sentidos atribuídos pelas participantes a essa prática. Vale destacar que apesar de o aborto não ser considerado doença, sua prática, principalmente se realizada de maneira insegura, pode levar a situações de vulnerabilidade acentuada e, conseqüentemente, ao adoecimento e sofrimento. Ao mesmo tempo, os determinantes associados à vulnerabilidade podem levar a uma gravidez indesejada, acarretando na decisão pela sua interrupção.

Especificamente, a figura 9 apresenta o modelo analisado para o cenário de legalidade. Observa-se que na dimensão da vulnerabilidade individual foram identificados os seguintes elementos que a reduzem: Informação sobre sexualidade com a família e a escola, atores diretamente envolvidos nessa formação segundo respostas de onze participantes, não havendo distinção nem função da religião ou área de moradia; o acolhimento por parte do então companheiro no momento de descoberta da gravidez indesejada, bem como no momento de decisão pelo aborto, configurando-se enquanto uma rede de suporte.

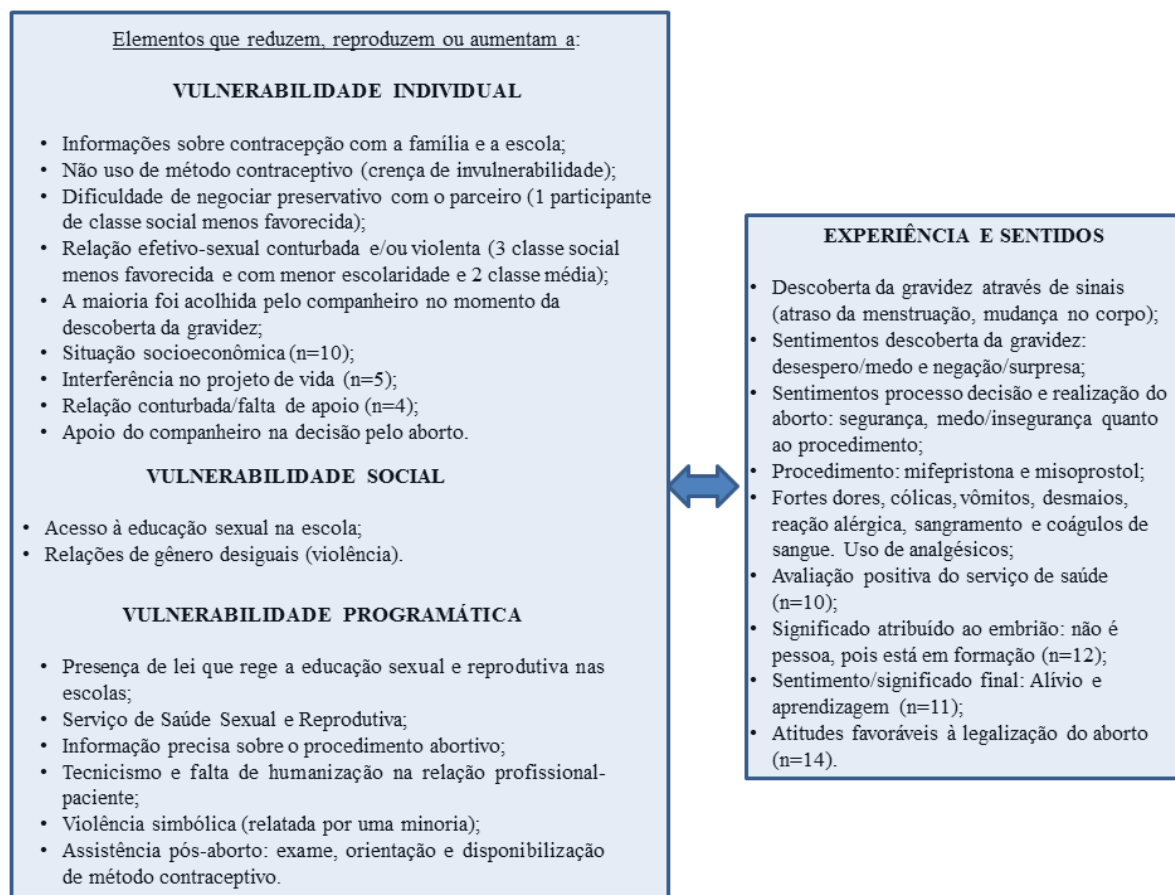


Figura 9. Vulnerabilidades envolvidas no aborto provocado, as quais podem influenciar na experiência e sentidos atribuídos pelas mulheres que o praticaram em contexto de legalidade (Uruguai – Montevideu).

Em relação aos elementos que a reproduzem e aumentam, foram identificados, ainda na dimensão da vulnerabilidade individual, os seguintes: o não uso do método contraceptivo acompanhado da crença de invulnerabilidade, a dificuldade em negociar o preservativo com seu companheiro e uma relação afetivo-sexual conturbada e/ou violenta, embora relatado pela minoria, mas importante se ressaltar. Sobre as razões que levaram as mulheres a praticar o aborto, tem-se a situação socioeconômica, a interferência no projeto de vida e a relação conturbada com o companheiro/falta de apoio como vulnerabilidades individuais, isto é, que deixariam as mulheres vulneráveis, ou seja, suscetíveis à prática do aborto.

Na dimensão da vulnerabilidade social, cuja análise repousa sobre as relações sociais, os marcos da organização e da cidadania e cenário cultural, tem-se enquanto elemento que a

reduz o acesso à educação sexual na escola, configurando-se como componente protetor do direito individual à informação que pode refletir na prevenção. Ao contrário, a relação afetivo-sexual conturbada e/ou violenta apontada na dimensão da vulnerabilidade individual tem como pano de fundo as relações de gênero assimétricas, cujas identidades são traçadas de forma a reiterar relações de poder desiguais, levando às mulheres a situações de vulnerabilidade social. A violência doméstica intrínseca à cultura patriarcal as impede de exercer livremente as suas escolhas.

Por fim, na dimensão da vulnerabilidade programática, que analisa o quanto e como governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde, os seguintes dispositivos que a reduz: a presença de lei que rege a educação sexual e reprodutiva nas escolas, possibilitando o acesso à informação, o Serviço de Saúde Sexual e Reprodutiva, estruturado para atender as usuárias da Interrupção Voluntária da Gravidez, provendo acolhimento e informações precisas sobre o procedimento, dirimindo dúvidas, bem como ofertando assistência pós-aborto. Por outro lado, ressaltou-se como componente que reproduz e aumenta a referida vulnerabilidade o tecnicismo sem estar acompanhado da relação humanizada entre profissional-paciente, refletindo em algumas violências simbólicas.

Em relação às experiências e sentidos relatados pela maioria das participantes, a descoberta da gravidez envolveu os sentimentos de desespero/medo, bem como negação/surpresa, e o processo de decisão e realização do aborto os sentimentos de segurança e medo/insegurança quanto ao procedimento, mas com o acompanhamento do companheiro, elemento que reduz a vulnerabilidade individual, para aquelas que não viviam relações conturbadas/violentas (n=12) (*“Pero a mí me gustó mucho su primera reacción (...) me dio mucha tranquilidad”/ “Me gustó que haya comprensivo y compañero”/“El me apoyo”*). A possibilidade de praticar o aborto na legalidade e com assistência à saúde (elemento que reduz

a vulnerabilidade programática) pode ter tido reflexo no sentimento de segurança relatado por 11 participantes.

O procedimento causou algumas reações adversas, inclusive processos alérgicos, mas havia a informação acerca da possibilidade de tomar analgésicos e de dirimir as dúvidas quanto aos sintomas sentidos e buscar assistência médica, conforme o fizeram algumas participantes (elemento que reduz a vulnerabilidade programática). Desse modo, a experiência da maioria das entrevistas com o serviço foi positiva e estas, em grande parte, concordam com a legalização dessa prática. Por fim, os sentimentos mais frequentes ao final da experiência foram de alívio e aprendizagem.

A Figura 10, abaixo, apresenta as vulnerabilidades e a experiência e sentidos produzidos pelas mulheres que provocaram aborto no contexto de ilegalidade (Brasil – Paraíba). Na dimensão da vulnerabilidade individual, as informações sobre sexualidade, e métodos contraceptivos, recebidas por quase metade das participantes, embora a fonte principal fossem as amigas, foram identificadas enquanto elementos que a reduzem. Por outro lado, como dispositivos que reproduzem ou aumentam a referida vulnerabilidade tem-se a crença individual, a qual é engendrada por questões culturais (discutidas na dimensão da vulnerabilidade social), de que a sexualidade é algo vergonhoso, fazendo, inclusive, com que uma participante deixasse de ir à unidade de saúde para buscar anticoncepcional ou preservativo por receio de “ficar falada”, e outra que afirmou ir escondido da mãe. Em consonância com os resultados do cenário de ilegalidade, tem-se também como vulnerabilidades individuais o não uso do método contraceptivo acompanhado da crença de invulnerabilidade, a dificuldade em negociar o preservativo com seu companheiro (n=3) e uma relação afetivo-sexual conturbada e/ou violenta (n=5), ou seja, metade das entrevistadas que se encontravam numa relação fixa.

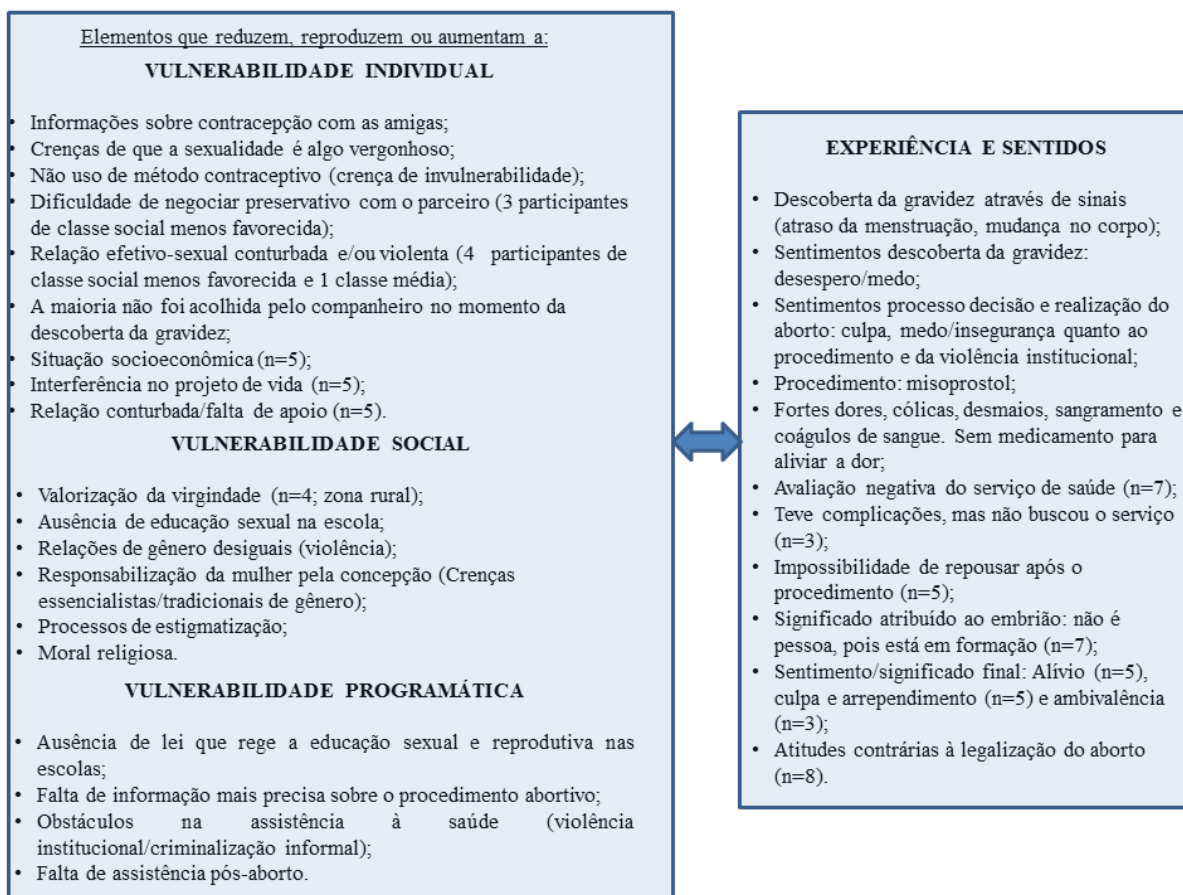


Figura 10. Vulnerabilidades envolvidas no aborto provocado, as quais podem influenciar na experiência e sentidos atribuídos pelas mulheres que o praticaram em contexto de ilegalidade (Brasil – Paraíba).

Os motivos que levaram as mulheres a praticar o aborto foram iguais ao do contexto uruguaio, mas com o mesmo grau de importância. Diferentemente da experiência das entrevistadas desse país, a maioria das mulheres brasileiras (n=7) não foram acolhidas por seus companheiros no momento da descoberta da gravidez e nem no momento de decisão e realização do aborto, configurando-se enquanto uma vulnerabilidade individual.

Na dimensão da vulnerabilidade social, observaram-se os seguintes dispositivos que a reproduzem ou aumentam: na esfera das crenças de gênero essencialistas, tem-se a valorização da virgindade feminina, sobretudo na zona rural, a responsabilização da mulher pela contracepção e concepção, visto que a maioria das participantes (n=7) afirmou que seus

companheiros não deram o suporte no momento da descoberta da gestação, conforme comentado na dimensão anterior e, por fim, as relações de gênero historicamente assimétricas que perpetuam violências justificadas pela cultura patriarcal. Verificou-se também que o fato de não existir uma legislação acerca da educação sexual nas escolas brasileiras dificulta o acesso dos adolescentes e jovens à informação sobre sexualidade e prevenção. Outro elemento que aumenta essa vulnerabilidade são os processos de estigmatização sofridos pela mulher que aborta, os quais, no geral, tiveram como argumento central a moral religiosa.

Finalmente, na dimensão da vulnerabilidade programática, foram identificados os seguintes elementos que a reproduzem ou aumentam: ausência de matéria legislativa que institua a educação sexual nas escolas, dificultando o acesso à prevenção de adolescentes e jovens, a falta de política pública voltada para o acolhimento e orientação das mulheres que engravidam indesejadamente, a presença de violência institucional e criminalização informal sofrida pelas participantes que buscaram o serviço para tratar das complicações pós-aborto, bem como a falta de assistência após o procedimento.

Quanto às experiências e sentidos produzidos pela maioria das participantes do contexto de ilegalidade, os sentimentos mais referidos na descoberta da gravidez foi o de desespero/medo. Os sentimentos de culpa, sobretudo entre as participantes da zona rural, que possuíam alguma filiação religiosa e de classe social menos favorecida, e os de medo/insegurança em relação aos riscos do procedimento e, em função disso, o receio de ter que buscar assistência médica e lá ser maltratada foram os mais enfatizados. Verifica-se uma relação entre esses sentimentos e os elementos de vulnerabilidade social, visto que o sentimento de culpa esteve muito ligado à moral religiosa sacramentada pelo pecado e ratificada por alguns atores sociais envolvidos como a Igreja e alguns profissionais de saúde, bem como os elementos de vulnerabilidade programática, pois todas as participantes (n=6)

que buscaram algum serviço de saúde para tratar das complicações após o procedimento relataram violência institucional/criminalização informal.

A vulnerabilidade programática também aparece na fala das participantes quando durante o procedimento observa-se a ausência de algumas informações, como a possibilidade de tomar analgésico para aliviar as dores. Ao mesmo tempo, a ilegalidade do aborto e o medo da violência institucional (elementos de vulnerabilidade programática) influenciaram para que três participantes, mesmo passando mal, não buscassem atendimento médico. Esse *status* também refletiu sobre a impossibilidade de não repousar e melhor elaborar a experiência vivida após o procedimento.

Os sentimentos finais foram o alívio, dentre as participantes é de classe média, tem uma escolaridade elevada e não possui religião, culpa, dentre aquelas que possuíam alguma filiação religiosa (católica ou evangélica) e a maioria é de classe social menos favorecida, bem como sofreu violência institucional/criminalização informal, tendo, em grande parte, avaliado negativamente o serviço. A maioria das participantes, não obstante tenha passado pela experiência de um aborto provocado e sofrido violência institucional, se posicionaram contrárias à sua legalização e, conseqüentemente, à possibilidade de receber assistência à saúde de forma humanizada e profissional nessa condição, diferentemente das mulheres pesquisadas no Uruguai que te, inclusive, religião.

Em síntese, comparando-se os dois cenários sociopolíticos do aborto provocado, alguns destaques principais devem ser feitos. Em termos de vulnerabilidade individual, as diferenças encontradas referiram-se ao acolhimento do companheiro no momento de descoberta da gravidez, bem como o apoio deste no momento de decisão pelo aborto provocado, presente no contexto de legalidade (Uruguai – Montevideu) e ausente no de ilegalidade (Brasil – Paraíba).

Em relação à vulnerabilidade social, observaram-se as seguintes diferenças: o acesso à educação sexual na escola, presente apenas no cenário legal, algumas crenças essencialistas de gênero (valorização da virgindade feminina e responsabilização da mulher pela contracepção e concepção), panos de fundo no âmbito cultural para algumas vulnerabilidades individuais presentes no contexto ilegal e, por fim, os processos de estigmatização e moral religiosa experimentados pelas mulheres que abortaram ilegalmente (Brasil – Paraíba), os quais justificam algumas vulnerabilidades programáticas.

Por falar em vulnerabilidades programáticas, observou-se que em ambos os cenários foram percebidas violências nos serviços de saúde. No cenário legal ao aborto, estas foram simbólicas, travestidas de informações técnicas acerca do procedimento, e com menos frequência (Exemplo: *“Incluso un enfermero que acá me dijo: ¡eso es que lo mata! “Era cómo un trabajo de parto, que iba tener contracciones”*, bem como o fato de durante a realização da ecografia as participantes terem visto a imagem do embrião ou escutado os batimentos cardíacos). No cenário ilegal, por sua vez, estas tiveram uma frequência maior e foram mais diretas, configurando uma criminalização informal e uma condenação moral (Exemplo: *“A senhora sabia que isso é crime?”/ “Tem juízo não minha filha? Fazer uma coisa dessa?” “Por que você não teve essa criança?”/ “Ela só fez dizer que foi o maior pecado do mundo”/ “Pra matar você sabe”*).

As principais diferenças encontradas na experiência e sentidos atribuídos a essa vivência foi a ênfase no sentimento de culpa e de medo/insegurança de sofrer violência relatados na cena de decisão e realização do aborto presente no cenário de ilegalidade. Algumas participantes desse cenário precisaram buscar assistência médica, mas não o fizeram, bem como repousar, mas ficaram impossibilitadas, pois não encontraram suporte (atestado médico, desabafar com alguém). Outra distinção é que a maioria das entrevistadas uruguaias avaliou positivamente a assistência recebida pelo serviço de saúde, enquanto que as

brasileiras avaliaram negativamente. E, por último, aquelas, em sua maioria, tiveram uma atitude favorável à legalização do aborto provocado, mesmo as religiosas, enquanto que essas foram contrárias.

Frente ao exposto, a seção seguinte objetivou articular o *estudo 2* e o *estudo 3*, ou seja analisá-los enquanto uma teia de produção de sentidos. Conforme já referido, o *estudo 2* compôs a subjetividade social, analisada através dos sistemas de crenças de gênero, valores e atitudes que demarcam os contextos de legalidade e ilegalidade frente ao aborto provocado, os quais produzem vulnerabilidades específicas, sendo estas analisadas no *estudo 3*. Este, por sua vez, correspondente à subjetividade individual, se debruçou sobre os processos e formas de organização da subjetividade que ocorrem nas histórias particulares dos sujeitos individuais, sendo compreendido como a forma que cada mulher experencia e dá sentido a essa prática. É justamente essa relação entre o simbólico social (*estudo 2*) e o emocional individual (*estudo 3*), que caracteriza os sentidos subjetivos, que a próxima seção busca analisar.

IV – SUBJETIVIDADE SOCIAL E SUBJETIVIDADE INDIVIDUAL: ARTICULANDO OS ESTUDOS 2 E 3

Esta seção tem como objetivo ressaltar os principais resultados que podem ser inferidos a partir da articulação entre os *estudos 2 e 3*, buscando compreender em que medida as crenças de gênero, os valores e as atitudes frente ao direito ao aborto provocado (*estudo 2*) se comunicam com as vulnerabilidades, a experiência e os sentidos atribuídos pelas mulheres em cada contexto estudado (*estudo 3*). A figura 11 abaixo apresenta os resultados encontrados para o contexto de legalidade (Uruguai – Montevideu) através da construção de um modelo teórico final contemplando os preditores das atitudes frente ao direito ao aborto provocado para esse contexto, o qual produz vulnerabilidades específicas, podendo influenciar na experiência e sentidos das mulheres que decidiram pela prática do aborto.

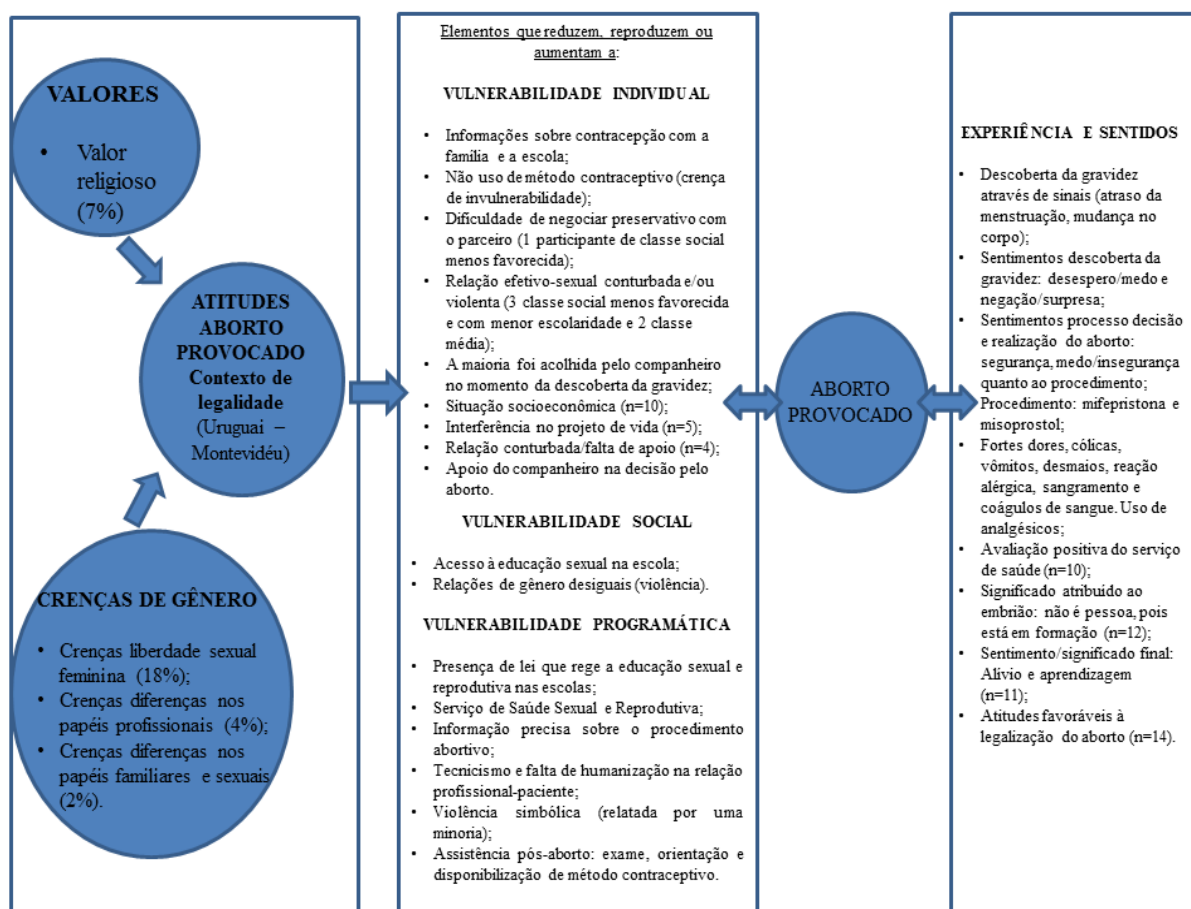


Figura 11. Modelo teórico dos preditores das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em contexto de legalidade (Uruguai – Montevidéu), o qual produz vulnerabilidades específicas, influenciando na experiência e sentidos das mulheres que interromperam a gestação.

Sucintamente, pode-se dizer que a maioria dos participantes uruguaios desta tese tiveram atitudes favoráveis ao direito ao aborto provocado. As variáveis que as explicaram num sentido positivo foram as crenças de gênero na liberdade sexual feminina e as crenças acerca da igualdade entre homens e mulheres na vivência dos papéis profissionais. Já o sistema de valor religioso e as crenças tradicionais acerca dos papéis familiares e sexuais, estas de maneira surpreendente, explicaram tais atitudes num sentido negativo. Essas atitudes demarcam um contexto de legalidade e, conforme já discutido no capítulo anterior, contribuem para reduzir, reproduzir e aumentar algumas vulnerabilidades, sobretudo sociais (acesso à educação sexual nas escolas, por exemplo) e programáticas (Serviço de Saúde

Sexual e Reprodutiva). Mesmo com atitudes favoráveis, também foi observado o relato de violência simbólica (vulnerabilidade programática), embora por uma minoria. De forma geral, frente a esse cenário, as mulheres que provocaram aborto afirmaram, em sua maioria, terem se sentido seguras na tomada de decisão, cujo sentimento final foi de alívio e aprendizagem, avaliaram positivamente a assistência recebida pelo serviço de saúde e foram favoráveis à legalização do aborto provocado, mesmo aquelas que se declararam católicas.

Inicialmente, ressalta-se que os participantes uruguaios do sexo masculino e feminino deste estudo se caracterizaram enquanto modernos em relação às suas crenças de gênero. Especificamente, a pontuação obtida no fator denominado “Aborto” confirmou a hipótese desta tese em relação a esse fenômeno, a de que as atitudes refletem o contexto legislativo. Desse modo, os participantes do cenário de legalidade ao aborto provocado (Uruguai – Montevideu) tiveram atitudes favoráveis ao direito de a mulher interromper sua gestação de modo voluntário. Essas atitudes se coadunam com a legislação vigente sobre o assunto, explicando alguns elementos que reduzem as vulnerabilidades envolvidas nessa prática, sobretudo programáticas, a exemplo da presença do Serviço de Saúde Sexual e Reprodutiva, voltado para a assistência à saúde psicossocial das mulheres que recorrem a um aborto provocado.

Em segundo lugar, observou-se uma adesão ao sistema de valores pós-materialista, seguido do sistema de valor hedonista. A sociedade pós-materialista estaria mais preocupada com a qualidade de vida, tolerância às diferenças, com a educação e o desenvolvimento social (Inglehart, 1994; Pereira & Camino, 1999, Ribeiro, 2008; Veiga, 2010). Ao mesmo tempo, Barros, Torres e Pereira (2009) apontaram que os valores hedonistas (sexualidade, prazer, sensualidade) contribuem para o aumento da tolerância e para a diminuição do autoritarismo, que são igualmente características dos valores pós-materialistas. Nesse sentido, pode-se compreender e inferir, por exemplo, que uma sociedade cujos valores de maior adesão são o

pós-materialista e o hedonista, a normatização e o acesso à educação sexual nas escolas, elementos que reduzem a vulnerabilidade social e programática, ganhem relevância. Segundo Ferrer, Baptista e Rocha (2014), as mudanças ocorridas no Uruguai seriam um reflexo de transformações na orientação valorativa.

O sistema de valor hedonista encontra-se em oposição aos valores religiosos (Pereira, Camino & Costa, 2005), sendo, estes, inclusive, o sistema de valor de menor adesão entre os participantes uruguaios desta tese. Ao mesmo tempo, mantém uma correlação com os valores de abertura à mudança da teoria de Schwartz (1992). Os valores que apresentam uma proximidade com o liberalismo, provavelmente também se aproximam de um viés cultural “individualista”, cuja tendência é apoiar o direito ao aborto, a partir do discurso da liberdade de escolha individual, direito ao corpo (“meu corpo, minhas regras”) (Stenvoll, 2002) e compromisso com a individualidade (Tamney, Johnson & Burton, 1992).

Entretanto, no contexto de legalidade pesquisado, nem o sistema de valor pós-materialista e nem o hedonista explicaram as atitudes dos participantes frente à variável de interesse. Embora os valores religiosos sejam importantes preditores quando o assunto é aborto, sendo, portanto, o único sistema de valor a explicar a variância das atitudes frente ao direito ao aborto provocado, correspondendo a 7% da explicação, foram as crenças de gênero na liberdade sexual feminina que melhor predisseram tais atitudes, explicando 18% da sua variância. Dentre as participantes do sexo feminino, essa explicação foi de 28%, num total de 35,5% da variância das atitudes em relação ao aborto provocado. Nesse sentido, observou-se uma compreensão do aborto enquanto um direito não apenas reprodutivo, mas também sexual, conforme resultados desta tese, a qual apontou para a liberdade sexual feminina como fator preponderante na explicação do posicionamento quanto ao direito de abortar, sobretudo dentre as participantes universitárias do sexo feminino do *estudo 2*.

Nessa direção verificou-se que a grande maioria das participantes do *estudo 3*, ou seja, aquelas que provocaram aborto, se posicionou favoravelmente à sua legalização, mesmo as católicas ou com baixa escolaridade. Em consonância com os resultados do modelo preditivo das atitudes (*estudo 2*), um dos argumentos centrais foi o direito de escolha da mulher em levar ou não uma gestação a termo, no âmbito dos direitos reprodutivos e também sexuais. Ao mesmo tempo, não ficou explícita uma associação entre filiação religiosa e sentimento de culpa no *estudo 3*.

Por fim, outro dado relevante a ser destacado é o de que, embora com baixo poder preditivo, as crenças de gênero referentes à igualdade entre homens e mulheres no que diz respeito à vivência dos papéis familiares e sexuais explicaram, surpreendentemente, as atitudes frente ao direito ao aborto de maneira negativa no *estudo 2*. Nesse sentido, pode-se inferir que os participantes favoráveis ao direito de a mulher abortar, não obstante possam ter a crença de que, por exemplo, “a esposa deve ser a principal responsável pelo cuidado da casa e dos filhos”, o que se sobressai para explicar tais atitudes é a crença de que “as mulheres deveriam ser livres para se expressarem sexualmente”.

Esse dado fornece subsídio para compreender, por exemplo, o sentimento de ambivalência e conflito relatado por algumas participantes que provocaram aborto no *estudo 3*. Não se observou em seus discursos uma condenação baseada na moral religiosa, mas um sentimento de fracasso quanto ao papel de mulher, segundo uma concepção tradicional e essencialista de gênero, conforme a fala desta participante: “*El domingo fue día de las madres, fue mi primer día de las madres y yo me estaba haciendo un aborto (...) pero no sé si es un pecado, no sé (...) como mujer te da un poquito de cosa.*” No entanto, sobressai a concepção do aborto enquanto um direito da mulher dentre as participantes entrevistadas.

No contexto de ilegalidade (Brasil – Paraíba), por sua vez, o modelo teórico final é sintetizado pela figura 12 a seguir. Resumidamente, os participantes brasileiros deste estudo,

tanto do sexo masculino como do sexo feminino, tiveram atitudes contrárias ao direito ao aborto provocado, cuja variável com maior preditivo foi o sistema de valor religioso, explicando-as negativamente. Por outro, as crenças de gênero na igualdade em relação à iniciativa sexual, o sistema de valor hedonista e as crenças sobre a igualdade nos papéis familiares e sexuais vivenciados por homens e mulheres explicaram as referidas atitudes positivamente. Essas atitudes demarcam um contexto de ilegalidade e, conforme já discutido no capítulo anterior, contribuem para reduzir, reproduzir e aumentar algumas vulnerabilidades, sobretudo sociais (ausência de educação sexual nas escolas, por exemplo) e programáticas (violência institucional/criminalização informal).

Frente a esse cenário, as mulheres que provocaram aborto afirmaram, em sua maioria, terem sentido culpa e medo de ter que buscar assistência após a realização do procedimento abortivo, sendo alívio e culpa os sentimentos finais mais referidos. Ao mesmo tempo, aquelas que precisaram ir ao hospital/serviço de saúde avaliaram negativamente a assistência recebida e foram, em sua maioria, contrárias à legalização do aborto provocado, sobretudo aquelas com alguma filiação religiosa e com baixa escolaridade, contrariamente ao contexto de legalidade. Essas considerações encontram-se esquematizadas na figura abaixo.

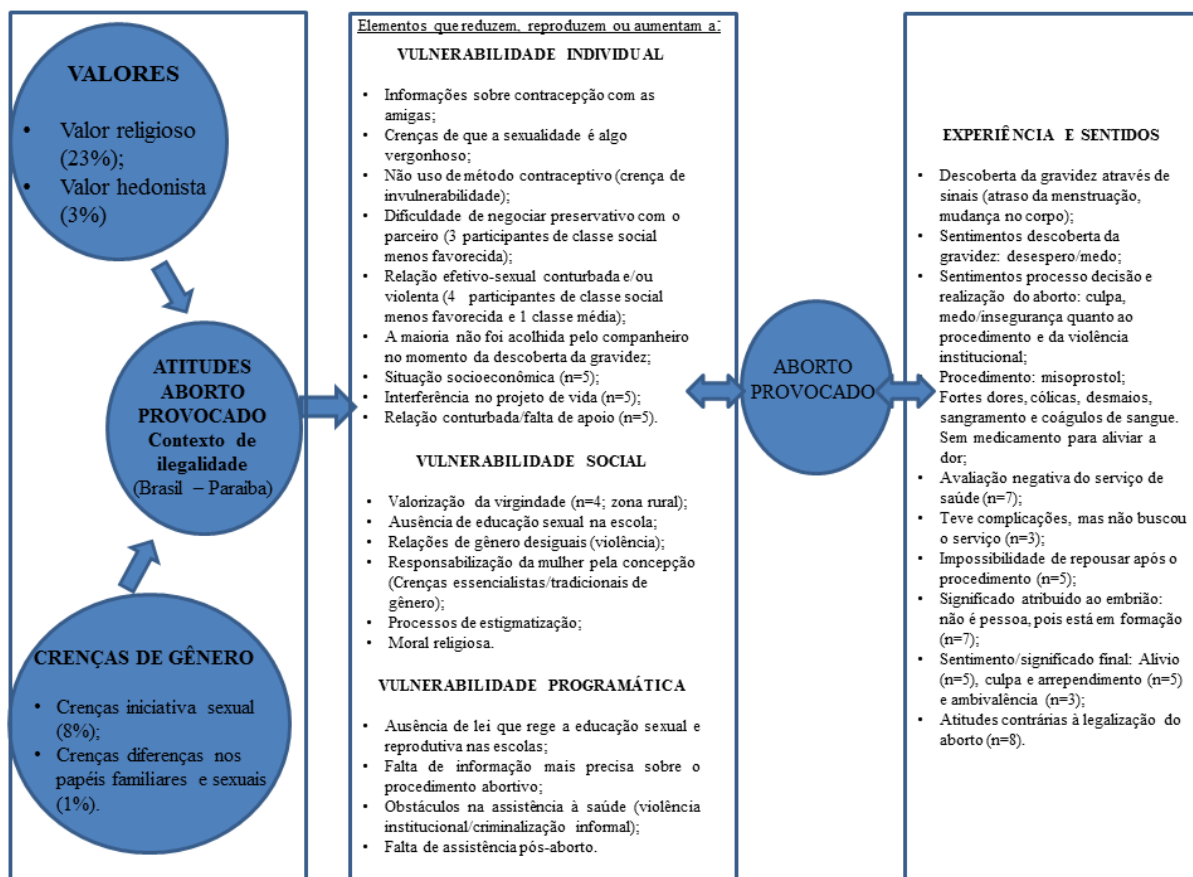


Figura 12. Modelo teórico dos preditores das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em contexto de ilegalidade (Brasil – Paraíba), o qual produz vulnerabilidades específicas, influenciando na experiência e sentidos das mulheres que interromperam a gestação.

Vale ressaltar que os participantes brasileiros do sexo masculino e feminino deste estudo se caracterizaram enquanto modernos em relação às suas crenças de gênero. A pontuação obtida no fator denominado “Aborto” ratificou a hipótese desta tese quanto a esse fenômeno, a de que as atitudes refletem o contexto legislativo. Desse modo, os participantes do cenário de ilegalidade ao aborto provocado (Brasil – Paraíba) tiveram atitudes contrárias ao direito de a mulher interromper sua gestação de modo voluntário. Essas atitudes refletem a legislação vigente sobre o assunto, explicando alguns elementos que aumentam as vulnerabilidades envolvidas nessa prática, sobretudo programáticas, a exemplo dos obstáculos acerca das informações sobre o procedimento e na assistência à saúde da mulher que aborta.

Se uma mulher engravida indesejadamente no Brasil, ela não encontra nenhuma política pública estruturada que possa acolhê-la.

Sobre os valores psicossociais, verificou-se uma adesão ao sistema de valores pós-materialista, seguido do sistema de valor religioso. Enquanto os valores pós-materialistas abarcam preocupações seculares com a tolerância às diferenças, a educação e o bem-estar social, individual e profissional, os valores religiosos apresentam uma semelhança conceitual com os valores da conservação, conformidade e tradição (Tamayo e Schwartz, 1993). Dessa forma, observa-se uma ambiguidade e ambivalência latentes em alguns contextos latino-americanos. Por exemplo, no Brasil apesar de a sexualidade, o corpo, o erotismo, etc. serem amplamente difundidos em festas como o carnaval e em algumas músicas brasileiras, esse tema ainda é, de certo modo, tabu na sociedade.

Esse dado pode nos ajudar a compreender a ausência de lei sobre a educação sexual e reprodutiva nas escolas, a valorização da virgindade feminina, a responsabilização da mulher pela concepção, os processos de estigmatização do aborto provocado, a violência institucional/criminalização informal baseada na moral religiosa, elementos que aumentam as vulnerabilidades social e programática, referidos e inferidos a partir da experiência relatada pelas participantes do *estudo 3*. Observa-se, portanto, que ainda impera certa moral religiosa mesmo em meio a valores seculares.

Nessa direção, o sistema de valor religioso foi o que melhor explicou as atitudes frente ao direito ao aborto provocado dentre os participantes brasileiros deste estudo. Em relação às participantes do sexo feminino, o sistema de valor religioso explicou 26% num total de 34,8% da variância das atitudes em relação ao referido direito. A partir desses resultados, pode-se inferir que enquanto para as participantes uruguaias do *estudo 2* a crença na liberdade sexual feminina é um melhor preditor de suas atitudes em relação ao direito ao aborto provocado, para as brasileiras, esse preditor é sistema de valor religioso.

Embora as participantes do *estudo 2* (estudantes universitárias) e do *estudo 3* (mulheres da população geral que provocaram aborto) sejam diferentes, verificou-se que a maioria das participantes do *estudo 3*, ou seja, aquelas que provocaram aborto, também tiveram atitudes contrárias à sua legalização. Diferentemente das mulheres pesquisadas no Uruguai que, mesmo tendo filiação religiosa e/ou baixa escolaridade, tiveram atitudes favoráveis, as participantes brasileiras deste estudo com este mesmo perfil sociodemográfico, mesmo tendo passado pela experiência de um aborto provocado e tendo sofrido violência institucional, se posicionaram contrárias à sua legalização. As justificativas principais são a responsabilização da mulher pelos seus atos e a tese, mormente religiosa, fundada na sacralidade da vida. Vale ressaltar que o sistema de valor religioso foi a variável que melhor explicou as atitudes frente ao direito ao aborto provocado dentre as participantes, inclusive universitárias, no contexto de ilegalidade (Brasil – Paraíba).

Frente ao exposto, essa subjetividade social, historicamente configurada em cenários sociais e, ao mesmo tempo, individuais, ressoaram sobre a experiência e sentidos das mulheres que provocaram aborto no contexto de legalidade e ilegalidade. Nesse último, verificou-se uma ênfase no sentimento de culpa e de medo/insegurança de sofrer violência. Algumas participantes desse cenário precisaram buscar assistência médica, mas não o fizeram, bem como repousar, mas ficaram impossibilitadas, pois não encontraram suporte (atestado médico, desabafar com alguém).

V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese se estruturou a partir de dois contextos sociopolíticos do aborto provocado: ilegalidade (Brasil – Paraíba) e legalidade (Uruguai – Montevideú) em torno de três estudos, os quais foram traçados, cada um com suas particularidades, a fim de responder o problema de pesquisa apresentado. Desse modo, o objetivo geral deste estudo foi analisar um modelo explicativo das atitudes frente ao direito ao aborto provocado, as quais demarcam contextos de legalidade e ilegalidade, implicando na presença ou ausência de algumas vulnerabilidades que podem influenciar na experiência e sentidos produzidos pelas mulheres que interromperam a gestação em ambos os cenários.

Para tanto foram desenvolvidos três estudos. O primeiro consistiu na tradução, adaptação e validação de uma medida de crenças de gênero, o Gender Attitude Inventory (GAI) (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995), bem como o questionário de Valores Psicossociais (QVP) (Pereira, Camino & Da Costa, 2005) para o contexto brasileiro (Paraíba) e uruguaio (Montevideú). Esses dois instrumentos foram utilizados no estudo 2, o qual analisou os valores psicossociais e as crenças de gênero dos participantes como preditores das atitudes frente ao direito ao aborto provocado. Por fim, o terceiro estudo identificou e analisou os elementos que reduzem, reproduzem ou aumentam as vulnerabilidades implicadas no aborto provocado, bem como a experiência e sentidos atribuídos, a partir do discurso das mulheres que o praticaram. Os contextos sociopolíticos do aborto, e as atitudes em relação a essa prática, podem operar em diversos níveis e moldar as experiências das mulheres em sua tomada de decisão (Adamczyk, 2013) e nos sentidos produzidos.

Desse modo, esta tese buscou o entrelaçamento entre o simbólico social (*estudo 2*) e o emocional individual (*estudo 3*), que se constituem em nível subjetivo como sentido, num nível macro e micro. A produção de sentidos dos sujeitos individuais é um caminho possível para o estudo dos processos sociais em que esses estão envolvidos. Isso significa dizer que o

individual também é social, e vice-versa, “pois expressam a maneira pela qual a história de uma experiência vivida se transformou em um sentido subjetivo que, a partir da ação individual, volta a objetivar uma situação social” (González Rey, 2016, p. 161).

Embora esse delineamento de pesquisa não seja tão usual, sua contribuição teórica e metodológica residiu na compreensão do fenômeno aborto provocado em níveis de análise que pudessem abarcar diferentes aspectos dessa realidade, conforme proposta de Doise (1986, 2002). Nessa direção, pode-se dizer que as teorias e instrumentos de medida utilizados (Inventário de Crenças de Gênero, Abordagem Societal dos Valores, Quadro das Vulnerabilidades e dos Direitos Humanos) têm como proposta articular os níveis de análise dos fenômenos sociais e, portanto, em relação a esse aspecto elas se comunicam. Tal assertiva será justificada, a seguir, de maneira exemplificativa.

Desse modo, ao nível interindividual, cuja análise repousa sobre como os indivíduos organizam sua percepção, sua avaliação do meio social e de seu comportamento neste, pode-se dizer que foram analisadas as experiências das mulheres com o aborto provocado, os motivos para a prática, os sentimentos vividos, as vulnerabilidades individuais no que diz respeito às crenças sobre sexualidade, aos recursos pessoais, etc., no estudo 3. No estudo 2, por sua vez, também a esse nível, foram analisadas as crenças de gênero sobre como os sexos se parecem, isto é, os estereótipos sexuais.

O segundo nível de análise corresponde aos processos interindividuais, cujo interesse recai sobre a dinâmica das relações estabelecidas por determinados indivíduos em uma situação específica (Doise, 1986, 2002). No estudo 2, as crenças de gênero analisadas nesse nível corresponderam a fatores que remetem às (1) relações de poder (dominação masculina vs. igualdade de gênero); (2) vivência da sexualidade (por exemplo, iniciação sexual, iniciativa sexual), (3) violência heterossexual masculina (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995). No estudo três, por sua vez, essas relações interindividuais foram analisadas dentro das

vulnerabilidades individuais correspondentes à intersubjetividade configurada pelas relações afetivo-sexuais, relações familiares, rede de apoio social, etc.

Dando prosseguimento, o terceiro nível de análise corresponde ao intergrupais, no qual os fatores que explicam os comportamentos ou fenômenos sociais derivam das relações grupais. Nesse sentido, na análise do modelo preditivo das atitudes frente ao direito ao aborto provocado, tendo em vista que os valores expressam os conflitos ideológicos, orientam os comportamentos e posicionamentos dos grupos sociais (Lima & Camino, 1995; Pereira, Camino & Da Costa, 2004; Pereira, Camino & Da Costa, 2005; Pereira, Lima & Camino, 2001), as atitudes foram pesquisadas em função de grupos de pertença (contexto legislativo, sexo, religião e religiosidade). Por sua vez, no estudo 3, esse nível de análise pode ser encontrado a partir da identificação de algumas vulnerabilidades sociais decorrentes das relações sociais grupais demarcadas por poder ao longo da história, como as relações de gênero, os processos de estigmatização, a proteção ou discriminação sistemática de direitos.

Finalmente, o quarto nível de análise, o societal, o interesse são as relações de grupos que se desenvolvem no seio das ideologias, das crenças e representações com características específicas, as quais são ao mesmo tempo causa e consequência dessas relações (Doise, 1986, 2002). Desse modo, nesse nível, tem-se a análise das crenças de gênero avaliativas (estudo 2) sobre o *status quo* do gênero (formas "tradicionais" em que as categorias sociais, como homens mulheres, se inter-relacionam), bem como as instituições e as políticas que suportam a existência desses padrões de interação, e das vulnerabilidades programáticas (estudo 3) no que diz respeito às práticas institucionais e políticas públicas existentes (por exemplo, acesso ao abortos seguro) (Ashmore, Del Boca & Bilder, 1995).

Além dessa modesta contribuição teórico-metodológica, a presente tese, a partir da realização do estudo 1, apresentou instrumentos de medida de crenças de gênero e de sistema de valores, cujos parâmetros psicométricos são adequados para os dois contextos pesquisados,

que poderão ser utilizados em pesquisas futuras que objetivem articular os diversos níveis de análise dos fenômenos sociais. Por exemplo, as versões brasileira e uruguaia do Gender Attitude Inventory (GAI) oferecem um dispositivo de medição que objetiva captar a complexidade do conceito gênero, na sua concepção binária, complementando os instrumentos sobre os papéis e ideologias sexuais já existentes, bem como instrumentos sobre questões específicas nessa área.

Em relação ao estudo 2, pode-se dizer que seus objetivos foram alcançados. Tanto os participantes do contexto de legalidade (Uruguai – Montevideu) e de ilegalidade (Brasil – Paraíba) obtiveram médias que denotaram crenças de gênero construtivistas e modernas. Os estudantes de ambos os cenários apresentaram uma maior adesão ao sistema de valores pós-materialista. No Uruguai, o sistema de valor hedonista ficou em segundo lugar e, no Brasil, o sistema de valor religioso, o que pode explicar algumas peculiaridades em termos de vulnerabilidades nos dois contextos pesquisados, conforme discutido anteriormente.

A hipótese de que as atitudes frente ao direito ao aborto provocado refletem o contexto legislativo de uma sociedade foi confirmada, isto é, os participantes uruguaios pesquisados, mesmo aqueles com filiação religiosa, tiveram atitudes favoráveis, o que leva a inferir que outras variáveis estão implicadas nessa análise. Os brasileiros, por seu turno, tiveram atitudes contrárias ao direito ao aborto provocado, conforme previsto.

A análise do modelo preditivo mostrou que a variação das atitudes frente ao direito ao aborto provocado pode ser explicada pelas crenças de gênero e valores psicossociais. Observou-se que no contexto de legalidade (Uruguai – Montevideu) e ilegalidade ao aborto (Brasil – Paraíba), o modelo explicou 30,4% e 34,5% da variância da variável critério, respectivamente. No primeiro cenário, observou-se a explicação de tais atitudes na esfera dos direitos não apenas reprodutivos, mas também sexuais, sendo a crença de gênero na liberdade sexual feminina a principal variável na explicação do posicionamento quanto ao direito de

abortar. De forma contrária, no contexto de ilegalidade, a variável com maior poder preditivo foi o sistema de valor religioso.

Outro dado relevante é que os estudantes uruguaios com religião e muita religiosidade, bem como os estudantes brasileiros evangélicos, não explicaram suas atitudes frente ao direito ao aborto provocado por meio de seu sistema de valor religioso, o que se apresenta enquanto um resultado surpreendente. Isso leva a inferir que esses participantes podem ter respondido conforme a desejabilidade social. No entanto, esse dado requer um melhor aprofundamento. Foram observadas diferenças encontradas nas explicações das referidas atitudes entre as participantes do sexo feminino dos dois contextos. Enquanto as participantes uruguaias desta pesquisa explicaram suas atitudes em função das crenças de gênero na liberdade sexual feminina, as brasileiras explicaram a partir do sistema de valor religioso, o que nos leva a inferir, por exemplo, alguns sentidos atribuídos a essa prática pelas participantes do estudo 3, mesmo que sejam amostras distintas. Nesse contexto, a moral religiosa recai, sobretudo, sobre as mulheres.

Nesse sentido, diante dos resultados encontrados, esta tese apresentou um modelo teórico dos preditores das atitudes frente ao direito ao aborto provocado em contexto de legalidade (Uruguai – Montevideu) e ilegalidade (Brasil – Paraíba), os quais produzem vulnerabilidades específicas, influenciando na experiência e sentidos das mulheres que decidiram interromper a gestação. A subjetividade social, objetivada nos contextos sóciopolíticos, e suas vulnerabilidades, e nas histórias individuais, refletiu sobre a experiência e sentidos produzidos pelas que provocaram aborto em ambos os cenários. Observou-se que muitas vulnerabilidades individuais, experiências e sentidos são compartilhados pelas mulheres pesquisadas. As principais diferenças referem-se mais especificamente às vulnerabilidades sociais e programáticas, conforme apontado, as quais, por exemplo, podem ter influenciado em alguns sentimentos referidos e posicionamentos.

Ademais, a presente tese identificou e analisou algumas questões pouco exploradas, segundo relatório produzido no Brasil a partir de um levantamento bibliográfico entre os anos de 1987 e 2007, como o universo simbólico, o processo de tomada de decisão, a religiosidade e como ocorre o aborto na zona rural. Não obstante, foram identificadas algumas limitações. A primeira delas ao fato de que os resultados encontrados não podem ser generalizados para a população geral, pois se tratou de uma amostra específica do estado da Paraíba no Brasil e na cidade de Montevideu no Uruguai. A análise do modelo preditivo das atitudes frente ao aborto provocado desenvolvida no estudo 2 contemplou apenas estudantes universitários de ambos os cenários.

Frente a essas limitações, sugerem-se estudos futuros que abordem as atitudes em relação ao direito ao aborto provocado com participantes da população geral a fim de verificar se as variáveis explicativas, e seu poder preditivo, permanecem os mesmos. Visto que o Uruguai se mostrou ser um país cuja maioria dos participantes pesquisados não possui filiação religiosa, tem-se como sugestão analisar o modelo teórico apresentado em um país que, embora seja religioso, o aborto é legalizado, como Portugal. Alguns resultados precisam também ser aprofundados, inclusive para clarificar algumas contradições e limitações apontadas nesta tese, como por exemplo, o fato de os participantes com religião e alta religiosidade no Uruguai, e os participantes evangélicos no Brasil, não explicarem suas atitudes frente ao direito ao aborto provocado em função do seu sistema de valor religioso, o qual não se configurou como uma variável preditora.

Por fim, ressalta-se que ao buscar identificar os valores, crenças de gênero, atitudes e vulnerabilidades associados ao aborto provocado, pretendeu-se levantar elementos que poderão dar subsídios para a promoção da saúde, buscando um olhar para outras dimensões na assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramovay, M. Castro, M. G. & Silva, L. B. (2004). *Juventudes e sexualidade*. Brasília: UNESCO Brasil.
- Adamczyk, A. (2013). The Effect of Personal Religiosity on Attitudes toward Abortion, Divorce, and Gender Equality: Does Cultural Context Make a Difference? *EurAmerica: A Journal of European and American Studies*, 243: 213-253.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operations of attitudes. *Annual Reviews Psychology*, 52, 27-58.
- Alan Guttmacher Institute (1994). *Clandestine abortion: a Latin American reality*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- Alan Guttmacher Institute (1997). *Issues in brief: the role of contraception in reduction abortion*. Nova York: AGI.
- Alio, A.P., Salihu, H. M., Nana, P. N., Clayton, H. B., Mbah, A K , et al. (2011) Association between intimate partner violence and induced abortion in Cameroon. *Int J Gynaecol Obstet*, 112: 83–87.
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. In C. Murchinson (Ed.). *A handbook of social psychology* (pp. 798- 844). Worcester, Mass: Clark University Press.
- ANIS (2004). *Anencefalia: o pensamento brasileiro em sua pluralidade*. Brasília. Disponível em: http://www.anis.org.br/Arquivos/Textos/pluralidade_final.pdf Acesso em: 15 de novembro de 2015.
- Araújo, S. M. (2012). Análise da evolução da pobreza no nordeste brasileiro e no estado da Paraíba no período 1995-2009. (*Dissertação de mestrado em Economia do Trabalho e Economia de Empresas*). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, Brasil.
- Arend, S. M. F.; Assis, G. O. & Motta, F. M. (2012). *Aborto e contracepção: histórias que ninguém conta*. Florianópolis: Insular.

Ashmore, R. D, Del Boca, F. K., & Bilder, S. M. (1995). Construction and Validation of the Gender Attitude Inventory, a Structured Inventory to Assess Multiple Dimensions of Gender Attitudes. *Sex Roles*, 32(11/12), pp. 753-785.

Ayres, J.R.C.M. (1996). O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST e AIDS entre crianças e adolescentes. In: Tozzi, D., Santos, N.L., Amaro, C.M., Almeida, E., Silva, E.J., Pereira, M.L. (Orgs.) *Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/Aids*. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, p. 15-24. (Série Idéias, 29).

Ayres, J.R.C.M. (2002). *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec.

Ayres, J.R.C.M., Calazans, G. J., Saletti Filho, H. C., & França-Júnior, I. (2006). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos, G. W. S. et al. (org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, p. 375-417.

Ayres, J. R., Paiva, V., & França Jr., I. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva, V., Ayres, J. R. & Buchalla, C.M. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos – Prevenção e Promoção da Saúde*. (pp.-71-94). São Paulo: Juruá.

Ayres, J. R. C. M., Paiva, V., & Buchalla, C. M. (2012). Direitos Humanos e Vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: Paiva, V., Ayres, J. R. & Buchalla, C.M. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos – Prevenção e Promoção da Saúde*. (pp. 9-22). São Paulo: Juruá.

Ayres, J. R. C. M., França-Júnior, I. Calazans, G. J., & Saletti-Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D. & Freitas, C. M. (Edts.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. (pp. 117-139). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Baltar, P. (2014). Crescimento da economia e mercado de trabalho no Brasil. In: Calixtre, Biancarelli e Cintra (edits.). *Presente e futuro do desenvolvimento brasileiro*. Brasília: IPEA.

Barkan, S. E. (2014). Gender and Abortion Attitudes: Religiosity as a Suppressor Variable. *Public Opin Q*, 78 (4): 940-950.

Barker, G. y Aguayo, F. (coords) (2012). *Masculinidades y Políticas de Equidad de Género: Reflexiones a partir de la Encuesta IMAGES y una revisión de políticas en Brasil, Chile y México*. Rio de Janeiro: Promundo.

Barros, T. S., Torres, A. R. R., & Pereira, C. (2009). Autoritarismo e adesão a sistemas de valores psicossociais. *Psico-USF*, v. 14, n. 1, p. 47-57.

Bar-Tal, D. (1990). *Group Beliefs: a conception for analyzing group structure, processes, and behavior*. New York: Springer-Verlag.

Bar-Tal, D. (2000). *Shared beliefs in a society: Social Psychological Analysis*. Sage Publication Inc.

Bem, D. J. (1973). *Convicções, Atitudes e Assuntos Humanos*. São Paulo: EPU.

Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(2), 155-162.

Beauvoir, S. (1980). *O segundo sexo: a experiência vivida*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Beere, C. A., King, D. W., Beere, D. B & King, L. A. (1984). The sex-role egalitarianism scale: A measure of attitudes toward equality between the sexes. *Sex Roles*, vol 10, Issue 7–8, pp 563–576.

Benagiano, G., & Pera, A. (2000). Decreasing the need for abortion: challenges and constraints. *Int J Gynaecol Obstet*, 70 (1), p. 35-48.

Bento, Berenice (2006). *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro, Garamond.

Benute, G. R. G, Nomura, R. M. Y., Pereira, P. P., Lucia, M. C. S., Zugaib, M. (2009). Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. *Rev Assoc Med Bras*, 55 (3), 322-7.

Berkel, L. A. (2004). A psychometric evaluation of the sex-role egalitarianism scale with African Americans. *Sex Roles*, 50(9/10), 737-742.

Biggs, M. A., Gould, H. & Foster, D. G. (2013). Understanding why women seek abortions in the US. *BMC Women's Health*, Vol.13, p.29.

Borges, A. L. V. & Schor, N. (2005). Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (2), 499-507.

Bourdieu, P. (1999). *A Dominação Masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Brasil (1997). Presidente da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. *Lei nº 9.434*, de 4 de fevereiro de 1997.

Brasil (2005). Ministério da Saúde. *Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento*. Ministério da Saúde: Brasília – DF.

Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília: Ministério da Saúde.

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

Brasil (2010). *Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)* / Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, reimpressão, Brasília: SEDH/PR.

Brasil (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde.

Briozzo, L. (2016). From risk and harm reduction to decriminalizing abortion: The Uruguayan model for women's rights. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 134, S3–S6.

Briozzo, L., Labandera, A., Gorgoroso, M., & Pons, J. E. (2009). Iniciativas Sanitárias: Uma nova estratégia na abordagem do aborto de risco. In: Briozzo, L & Bedone, A. J. *Aborto inseguro: prevenção e redução de riscos e danos*. Campinas, SP: Komedi, p. 11-54.

Briozzo, L., Gorgoroso, M., Almada, H. R., Rodríguez, F., & Vidiella, G. (2009). Guias e aspectos práticos das Iniciativas Sanitárias Contra o Aborto Provocado em Condições de Risco. In: Briozzo, L & Bedone, A. J. *Aborto inseguro: prevenção e redução de riscos e danos*. Campinas, SP: Komedi, p. 55-128.

Briozzo, L., Gorgoroso, M., Rodríguez, H., Rodríguez, F., & Vidiella, G. (2007). Guias Clínicas y aspectos prácticos de las Iniciativas Sanitarias contra el aborto en condiciones de riesgo. In: *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena, 2: 47-97.

Briozzo, L., Rodríguez, F., León, I., Vidiella, G., Ferreiro, G., & Pons, J. E. (2004). Unsafe abortion in Uruguay. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* Volume 85, Issue 1, pp. 70–73

Butler, J. (1990). *Gender in Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge.

Butler, J. (1999). *Corpos que pesam: sobre os Limites discursivos do “sexo”*. In: Louro, G. (Ed.), *O Corpo Educado: Pedagogias da Sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica.

Butler, J. (2004). *Lenguaje, Poder e Identidad*. Madrid: Editorial Síntesis.

Calás, M. B. & Smircich, L. (2006). From the ‘Woman’s Point of View’ Ten Years Later: towards a Feminist Organization Studies”. In: Clegg, S.R., Hardy, C., Lawrence, T. B., Nord, W. R. *The Sage Handbook of Organization Studies*, London: Sage, pp. 284-346.

Callahan, D (1970). *Abortion, Law, Choise and Morality*. New York: Mcmillan.

Camargo, M. G. B. (2004). *A Aids e a constituição do feminino (Dissertação de Mestrado em educação)* – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

Cameron, S. (2010). Induced abortion and psychological sequelae. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 24(5): 657-65.

Carballo, M. & Moreno, A. (2013). El cambio de valores en America Latina. Hallazgos de La encuesta mundial de valores. CESOP: DF (Mexico).

Castadot, R. G. (1986). Pregnancy termination: techniques, risks, and complications and their management. *Fertility and Sterility*, vol. 45, Issue 1, January, pp. 5-17.

Center for Reproductive Rights (2017). *The World's abortion laws*. Disponível em <http://worldabortionlaws.com/map/>. Acesso em 10 de junho de 2016.

Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7 (3), 309-319.

Coppola F., Briozzo, L., Nozar, F., Fiol, V., & Greif, D. (2016). Conscientious objection as a barrier for implementing voluntary termination of pregnancy in Uruguay: Gynecologists' attitudes and behavior. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 134, pp.16-19.

Costa, J. F. (1999). *Sem fraude, nem favor: estudos sobre o amor romântico*. Rio de Janeiro: Roco.

Costa-Couto, M. H. (2007). A vulnerabilidade da vida com HIV/AIDS. (Tese de doutorado)ç Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, Brasil.

Costa, M. D. L., Viana, A. J. B. & Sousa, E. S. S. (2012). *O aborto provocado e direitos sociais; problematizando a assistência em saúde oferecida às mulheres em situação de abortamento*. 17º Encontro Nacional da Rede Feminista e Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero 17º Encontro Nacional da Rede Feminista e Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero. Disponível em <http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/17redor/17redor/paper/viewFile/233/104>. Acesso em 10 de maio ded 2017.

- Couto, T. M., Nitschke, R. G., Lopes, R. L. M., Gomes, N. P., & Diniz, N. M. F. (2015). Cotidiano de mulheres com história de violência doméstica e aborto provocado. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 24(1): 263-9
- Digiovanni, R. (2008). Entre mulheres: considerações sobre aborto, religião e projetos de vida. *Fazendo gênero 8 – Corpo, Violência e Poder*. Florianópolis. Disponível em http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST23/Rosangela_Digiovanni_23.pdf. Acesso em: 10 de Março de 2012.
- Dillon, M. (2014). Asynchrony in attitudes toward abortion and gay rights: The challenge to values alignment. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 53(1):1–16.
- Diniz, D.; Medeiros, M., & Madeiro, A. (2017). Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, vol.22, n.2, pp.653-660.
- Diniz, D. & Medeiros, M. (2012). Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, vol.17, n.7, pp.1671-1681.
- Diniz, D. & Medeiros, M. (2010). Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1):959-966.
- Doise, W. (1986). *Levels of explanation in social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Doise, W. (2002). Da Psicologia Social à Psicologia Societal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18 (1), 27-35.
- Duarte, G. A., Osis, M. J. D., Faúndes, A., & Sousa, M. H. (2010). Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. *Rev. Saúde Pública*, 44 (3).
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Egypto, A. C. & Egypto, M. (2000). Papéis Sexuais. In: Barroso, C. & Bruschini, C. (Orgs.). *Sexo e juventude: como discutir a sexualidade em casa e na escola*. (7ª ed.), São Paulo: Cortez, pp. 50-55

Estramiana, J. L. A., Pereira, C. R., Monter, M. R., & Zlobina, A. (2013). Valores sociais. In: In: Torres, A. R. R. et al. (orgs.). *Psicologia social: temas e teorias*. Brasília : Technopolitik, pp. 309-354.

Eufrásio, C. (2007). Tradução, adaptação cultural e validação do questionário Gender Stereotyping. (*Dissertação de Mestrado em Bioética*) - Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre.

Faúndes, A. & Barzelatto, J. (2004). *O drama do aborto: em busca de um consenso*. Campinas: Komedi.

Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF) (2015). *Barômetro latino-americano*: sobre o acesso das mulheres a métodos contraceptivos modernos. Disponível em <http://www.cepia.org.br/barometro.pdf>. Acesso em 10 de maio de 2017.

Ferrer, A. S., Baptista, E. A. & Rocha, M. C. (2014). Materialismo e pós-materialismo: a mudança de valores na Espanha e no Uruguai. *Em Debate*, Belo Horizonte, v.6, n.5, p.44-58.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, California: Stanford University Press.

Fischer, I. R. & Marques, F. (2001). Gênero e exclusão social. *Trabalhos para discussão*, nº113/2001, Disponível em:<http://www.faculdadechristus.com.br/download/enade2009/enade_2009_0510_genero_e_exclusao.pdf>. Acessado em: 10 de julho de 2015.

Fischer, R. (2011). Congruence and Functions of Personal and Cultural Values: Do My Values Reflect My Culture's Values? *Pers Soc Psychol Bull*. November 2006 vol. 32 nº. 11, 1419-1431.

Figueiredo, M.A.C. (1993). *Profissionais de Saúde e Aids*. Um estudo diferencial. *Medicina*. Ribeirão Preto, 26(3), abr/jun, p.393-407.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Formiga, N. S., Gouveia, V. V. & Santos, M. N. (2002). Inventário de sexismo ambivalente: sua adaptação e relação com o gênero. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 7, n. 1, p. 103-111.
- Foshee, V. A. & Bauman, K .E. (1992). Gender stereotyping and adolescent sexual behavior: a test of temporal order. *Journal of applied social psychology*, Malden, v. 22, n. 20, p. 1561-1579.
- Foucault, M. (1997). *História da sexualidade: a vontade de saber*. (12ª ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2005). *Em defesa da sociedade, curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foster, D. G, Gould, H., & Kimport, K. (2012). How women anticipate coping after an abortion. *Contraception*, 86 (1): 84-90.
- Galeotti, G. (2007). *História do ab()orto*. Lisboa/Portugal: Edições 70.
- Galinkin, A. L. & Ismael, E. (2013). Gênero. In: Torres, A. R. R. et al. (orgs.). *Psicologia social: temas e teorias*. Brasília : Technopolitik, pp. 641-698.
- Ganatra, B., Tunçalpa, O., Bart H., Johnson, B., Gülmezoglua, A., & Temmerman, M. (2014). From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion». *Bull World Health Organ*, 92:155. Disponible en <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.136333>.
- Garcia, L. P. & Silva, G. D. M. (2016). *Mortalidade de mulheres por agressões no brasil: perfil e estimativas corrigidas (2011-2013)*. Rio de janeiro: IPEA. Disponível em http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6260/1/td_2179.pdf. Acesso em 10 de maio de 2017.
- George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gesteira, S. M. A., Diniz, N. M. F., & Oliveira, E. M. (2008). Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*, 21(3):449-53.

Giddens, A. (1993). *A transformação da intimidade: Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista.

Gilliam, M.L & Haider, S. (2013). Unsafe Abortion. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/unsafe-abortion>. Acessado em 20 de novembro de 2016.

Grecco, R. (2016a). *Código Penal comentado*. 10^a ed. Niterói, RJ: Impetus.

Grecco, R. (2016b). *Curso de Direito Penal: parte especial*. 13^a ed, vol. 2. Niterói, RJ: Impetus.

González Rey, F. L. (2016). *O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Gorgoroso, M. et al. (2011). *Being part of the solution: the experience of Iniciativas Sanitarias, Uruguay*. Montevideo: Iniciativas Sanitárias.

Grover, A. (2011). *Relatório do Relator Especial sobre o Direito de Todos ao Desfrute do mais Alto Nível Possível de Saúde Física e Mental*.

Gunter, B. & Wober, M. (1982). Television viewing and perceptions of women's roles on television and in real life. *Current psychological research*, New York, n. 2, n. 4, p. 277-287.

Harris, J. (1994). Not all babies should be kept alive as long as possible. In: Gillon, R. *Principles of health care ethics*. Chichester: John Wiley and Sons, 644-655.

Harries, J., Lince, N., Constant, D., Hargey, A., & Grossman, D. (2012). The challenges of offering public second trimester abortion services in South Africa: health care providers' perspectives. *Journal of biosocial science*, Vol.44(2), pp.197-208.

Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.

Hobsbawn, E. (1998). *A era das revoluções: Europa 1789-1848*. São Paulo: Paz e Terra.

Huang, Y., Davies, P. G., Sibley, C.G., & Osborne, D. (2016). Benevolent Sexism, Attitudes Toward Motherhood, and Reproductive Rights: A Multi-Study Longitudinal Examination of Abortion Attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol. 42(7) 970–984.

Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences: International differences in work-related values*. Beverly Hills, CA: Sage.

Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations* (2nd ed.). Thousand Oaks, California: Sage.

Inglehart, R. (1990). *Culture shift in advanced industrial society*. Princeton: University Press.

Inglehart, R. (1994). Modernização y post-modernización: La cambiante relación entre el desarrollo econômico, cambio cultural y político. Em J. D. Nicolás & R. Inglehart (Eds.), *Tendencias*.

Inglehart, R. (1997). *Modernization and postmodernization*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pccensos=61969554. Acesso em 15 de setembro de 2016.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2014). *Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS): Tolerância Social à Violência contra às Mulheres*. Rio de Janeiro: IPEA. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327_sips_violencia_mulheres_novo.pdf. Acesso em 10 de maio de 2017.

Jesus, J. G. (2012). *Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos*. Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião. Brasília: Autor, 24p.

Kass, R. A., & Tinsley, H. E. A. (1979). Factor analysis. *Journal of Leisure Research*, 1, 120-138.

Katz, I. (1960). The functional approach to the study of attitudes. *Public Opinion Quarterly*, 24, 163-204.

Kluckhohn, C. (1951). Values and value orientation in the theory of action. In T. Parsons & E. A. Shils (Orgs.). *Toward a general theory of action* (pp. 388- 433). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Krüger, H. (2004). Cognição, estereótipo e preconceitos sociais. In M. E. O. Lima & M. E.

Lima, M. L. (2006). Atitudes: estrutura e mudança. In: Vala, J. & Monteiro, M. B. (Org.). *Psicologia social*. 7. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian,. p. 187-225.

Lima, M. E. & Camino, L. (1995). A política na vida de estudantes universitários: Uma análise em termos de espaço político e de valores. Em M. J. L. Silva (Org.), *Iniciados* (pp. 11-35). João Pessoa: Editora Universitária.

Lissardy, G. (2012). Com lei sobre aborto, Uruguai caminha para ser o 'mais liberal' da América do Sul. *BBC Mundo*. Disponível em: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2012/10/121017_uruguai_liberal_pai. Acesso em 14 de dezembro de 2016.

Lobato, J. P. (1997). *Amor, desejo e escolha*. Coleção Gênero: Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos.

Lopez, A. G. et al. (2003). *Derechos sexuales y derechos reproductivos: diagnóstico nacional y balance regional 1995-2002*. Montevideo: CLADEM Uruguay.

Louro, G. L. (1997). *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. 6ª ed. Guacira Lopes Louro - Petrópolis, RJ: Vozes.

Louro, G. L. (2004). *Um corpo Estranho. Ensaio sobre Sexualidade e Teoria Queer*. Belo Horizonte: Autêntica.

Mahalingam, R. & Rodriguez, J. (2003). Essentialism, Power and Cultural Psychology of Gender. In: *Journal of Cognition e Culture*, Koninklijke Brill NV, Leiden.

Mariutti, M. G. & Furegato, A. R. F. (2010). Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. *Rev. bras. enferm.* vol.63 n. 2.

- Mann, J., Tarantola, D. J. M., Netter, T. W. (orgs). (1993). *A AIDS no mundo: história social da AIDS*. Rio de Janeiro: Relumê Dumará: ABIA:IMS, UERJ.
- Mayén, M. R. C. & Berges, B. M. (2007). Escala de estereotipos de género actuales. *Ini Inv*, 2: a5.
- Martins-Melo, F. R. et al. (2014). Temporal trends and spatial distribution of unsafe abortion in Brazil, 1996-2012. *Rev Saude Publica*, v. 48(3): 508-520.
- Maslow, A. K. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- Marecek, J., Macleod, C. & Hoggart, L. (2017). Abortion in legal, social, and healthcare contexts. *Feminism & Psychology*, vol 27 (1), pp. 4-14.
- Matielo, F. Z. (1994). *Aborto e Direito Penal*. Porto Alegre: Sagra-DC Luzzatto.
- Matos, M G. de et al. (2009). Educação sexual em Portugal e em vários países da América Latina. *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 10, n. 1.
- Mead, M. (1949/1971). *Macho e Fêmea*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Mead, M. (1950/2006). *Sexo e Temperamento*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Mello, F.M., Sousa, J.L. & Figueroa, J.N. (2011). Unsafe abortion in Pernambuco State, Brazil, 1996-2006, *Cad Saude Publica*. 2011 Jan; 27(1):87-93.
- Menezes, G. M. S.; Aquino, E. M. L.; Silva, D. O. (2006). Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, p. 1.431-1.446.
- Meyer, D.E.E.; Félix, J. (2012). "Estamos preparados para lidar com a prevenção das DST/HIV/Aids em nossas práticas educativas?": relações e desafios entre formação de formadores/as e currículo. In: Paiva, V.; Puppo, L.; Seffner, F. (Orgs.). *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde - pluralidade de vozes e inovação de práticas*. Curitiba: Juruá, v.3, p.153-72.
- Milanesi, M. L. (1970). *O Abôrto provocado*. São Paulo: USP.

Moraes, R. (2002). Práticas de socialização e valores sociais: Um estudo da relação entre a percepção das práticas parentais de socialização e os valores sociais de adolescentes paraibanos. (*Dissertação de Mestrado*). Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, Brasil.

Mori, M. (1997). *A moralidade do aborto: sacralidade da vida e novo papel da mulher*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.

Mota-Ribeiro, S. (2000) 'Ser Eva e dever ser Maria: paradigmas do feminino no Cristianismo', *comunicação apresentada ao IV Congresso Português de Sociologia*, Universidade de Coimbra, 17-19 de Abril.

Mueller, D. J. (1986). *Measuring social attitudes: A handbook for researchers and practitioners*. Nova Iorque, NY: Teachers College Press.

Nader, P. *Introdução ao estudo do Direito*. 38. ed., São Paulo: Forense, 2016.

Nader, P. R. A., Blandino, V. R. P., & Maciel, E. L. N. (2007). Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do município de Serra – ES. *Rev Bras Epidemiol*, 10(4):615-624.

Nguyen, P. H., Nguyen, S. V., Nguyen, M.Q., Nguyen, N. T., Keithly, S. C., Mai, L. T., Luong, L. T. T. , & Pham, H. Q. (2013). The association and a potential pathway between gender-based violence and induced abortion in Thai Nguyen province, Vietnam. *Global Health Action*, vol.6 Suppl 2, pp.111-121.

Nogueira, C. (2001). Contribuições do construcionismo social a uma nova psicologia do gênero. In: *Cadernos de Pesquisa*, nº 112, pp. 137-153. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n112/16105.pdf>.

Nucci, G. S. (2016). *Código Penal Comentado*. 16ª ed. São Paulo: Forense.

Nunnally, J. C. (1991). *Teoría psicométrica*. México, DF: Trillas.

Ogland, C. P & Verona, A. P. (2011). Religion and attitudes toward abortion and abortion policy in Brazil. *J Sci Study Relig*; 50(4): 812-21.

Oliveira, M. S., Barbosa, I. C. F. J., Fernandes, A. F. C. (2005). Razões e sentimentos de mulheres que vivenciaram a prática do aborto. *Rev RENE, Fortaleza*, v. 6, n.3, 23-30.

Ongen, D. (2006). Attitudes towards women: A study of gender and academic domain differences in a sample of Turkish university students. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 34, 467-486.

Paiva, V. (2012). Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. In: Paiva, V., Ayres, J.R.C.M., & Buchalla, C.M. (Orgs.). *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da Saúde*. Livro I. Curitiba: Juruá Editora, 2012b. p.165-208.

Papaleo, C. C. (2000). *Aborto e contracepção*. 2 ed. São Paulo: Renovar.

Patel, C. & Johns, L. (2009). Gender Role Attitudes and Attitudes to Abortion: Are There Gender Differences? *The Social Science Journal*, 46:493-505.

Pereira, C. & Camino, L. (1999). Proposta de um modelo psicossociológico para o estudo das atitudes políticas de estudantes universitários: Uma análise em termos de valores materialistas e pós-materialistas. In: M. F. V., Souza (Org.), *Iniciados* (pp. 427-440). João Pessoa: Editora Universitária.

Pereira, C., Camino, L., & Da Costa (2004). Análise fatorial confirmatória do Questionário de Valores Psicossociais – QVP24. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 505-512

Pereira, C., Camino, L., & Da Costa (2005). Um Estudo sobre a Integração dos Níveis de Análises dos Sistemas de Valores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), pp16-25.

Pereira, C., Lima, M. E. O., & Camino, L. (2001). Sistemas de valores e atitudes democráticas de estudantes universitários de João Pessoa. *Psicologia: Reflexão, Crítica*, 14 (1), 177-190.

Pereira, C., Lima, M. E., & Camino, L. (1997). A prática política: uma análise psicossociológica em termos de valores e inserção social. In: M. J. L. Silva (Org.), *Iniciados* (pp. 199-235). João Pessoa: Editora Universitária.

Pereira, C., Torres, A. R. R., & Barros, T. S. (2004). Sistemas de valores e atitudes democráticas de estudantes universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(1), 001-010.

Pereira, V. N., Oliveira, F. A., Gomes, N. P., Couto, T. M. & Paixão, G. P. N. (2012). Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas, *Saude soc.*, vol.21 no.4, pp. 1056-1062.

Pilecco, F. B., Vigo, A. & Knauth, D. R. (2010). Violência de Gênero: Coerção Sexual entre Jovens Brasileiras. *Fazendo Gênero 9 Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*. Disponível em http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277256020_ARQUIVO_Pilecco,KnauthVigo_2010_.pdf. Acesso em 10 de maio de 2016.

Pilecco, F. B., Knauth, D. R., & Vigo, Á. (2011). Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(3), 427–439.

Pimentel, S. & Pandjlarjlan, V. F. (2000). Aborto: descriminar para não discriminar. *Jornal da Rede Saúde*, n. 21.

Poeschl, G., Múrias, C., & Ribeiro, R. (2003). As diferenças entre os sexos: Mito ou realidade? *Análise Psicológica*, ano 2, Vol. XXI pp. 213-228.

Porto, R. M. (2008). Objeção de consciência, aborto e religiosidade: práticas e comportamentos dos profissionais de saúde em Lisboa. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 16(2), 661-666.

Puri, M. et al. (2012). "Sometimes they used to whisper in our ears": health care workers' perceptions of the effects of abortion legalization in Nepal." *Public Health*, vol.12, pp.297.

Quintero-Roa, E. M., Ortiz-Serrano, R., Ochoa-Vera, M. E., Consuegra-Rodríguez, M. P. & Oliveros, C. A. (2010). Características socio demográficas de las mujeres con abortos inducidos en un Hospital Público de Bucaramanga. *Revista de Salud Pública*, Vol.12(4), pp. 570-579.

R.-Nunes, M. J.; Jurkewicz, R. S. (2002). “Aborto: um tema em discussão na Igreja Católica. O surgimento de 'Católicas pelo Direito de Decidir’”. In: Pereira, I. G., et al. *Aborto legal: implicações éticas e religiosas*. São Paulo: Publicações CDD, p. 17-70.

Rabay, G. & Soares, G. (2008). *Abortamento inseguro: assistência e discriminação*. João Pessoa, Cunha – Coletivo Feminista; Marmesh.

Rebouças, M. S. S. (2010). O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher: reflexões fenomenológico-existenciais (*Dissertação*). Pós-graduação em Psicologia; Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil.

Rehnström-Loi, U, Gemzell-Danielsson, K., Faxelid, E. & Klingberg-Allvin, M. (2015) Health care providers' perceptions of and attitudes towards induced abortions in sub-Saharan Africa and Southeast Asia: a systematic literature review of qualitative and quantitative data. *BMC Public Health*, 12;15:139.

Reis, M. M. F. (2002). *Mulher: produto com data de validade*. São Paulo: O nome da Rosa.

Reiss, I. L. (1980). Sexual customs and gender roles in Sweden and America: An analysis and interpretation. In H. Lopata (Ed.), *Research on the interweave of social roles: Women and men* (pp. 191–220). Greenwich, CT: JIA Press.

Reiss, I. L. (1986). *Journey into sexuality: An exploratory voyage*. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall.

Rezende, J., Montenegro, C.A.B., & Barcellos, J.M., 1995. Abortamento. In: Rezende, J., editor. *Obstetrícia*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. p.643-666.

Ribeiro, K. S. S. (2013). Intervenção psicoeducativa dirigida à prevenção de DST's e gravidez não planejada para adolescentes jovens. (*Tese de doutorado*). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, Brasil.

Ribeiro, E. (2008). Valores pós-materialistas e adesão normativa à democracia entre os brasileiros. *Debates*, v., n.2, p.103-133.

Rocha, M. I. B (1996). A questão do aborto no Brasil: o debate no Congresso. *Estudos Feministas*, vol.4, n.2, IFCS/UFRJ, p.381-398.

Rocha, M., Rostagnol, S., & Gutierrez, M. A. Aborto y Parlamento: un estudio sobre Brasil, Uruguay y Argentina. *Rev. bras. estud. popul.*, São Paulo , v. 26, n. 2, p. 219-236,. 2009.

Rocha, G. C., Siqueira, B. & Aarão, B. F. C. (2014). Mudança de valores, Materialismo e Pós-materialismo: algumas ponderações sobre o Cone Sul. *Trabalho apresentado no V Congresso da Asociación Uruguaya de Ciencia Política (Aucip)*. Disponível em http://aucip.org.uy/docs/v_congreso/ArticulospresentadosenVcongresoAucip/MESASESPECIALES/Oliveira-Camara-Aarao_Mudancadevalores.pdf. Acesso em 10 de maio de 2017.

Rodrigues, A., Assmar, E. M. L., & Jablonski, B. (2002). *Psicologia social* (21a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Rokeach, M. (1968). *Beliefs, Attitudes, and Values: A Theory of Organization and Change*. San Francisco: Jossey-Bass.

Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press.

Rokeach, M. (1981). *Crenças, atitudes e valores: Uma teoria de organização e mudança*. Rio de Janeiro: Interciência.

Ros, M. (2000). Valores, actitudes y comportamiento: una nueva visita al tema clásico. In M. Ros & V. V. Gouveia (Eds.). *Psicología social de los valores humanos*. Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 79-98.

Rosas, C. F. (2005). Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: rompendo velhos preconceitos e construindo novos paradigmas. Belo Horizonte: *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, v. 27, p. 18-20.

Roseira, M. B. (2007). *Prefácio*. In: Galeotti, G. História do aborto. Lisboa/Portugal: Edições 70, p.

Rosado, M. J. & Soares, R. (1999). Aborto: um tema em discussão na Igreja Católica. In:

Rossi, M. & Triunfo, P. (2012). Aborto em Uruguay y America Latina: el posicionamiento de los ciudadanos. *Equidad & Desarrollo*. Nº 18:9-21.

- Rubin, G. (1975). The Traffic in Women. Notes on the "Political Economy" of Sex. In: Reiter, R. (ed.) *Toward an Anthropology of Women*. New York, Monthly Review Press.
- Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro, RJ: Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Scavone, L. *Género y salud reproductiva en América Latina*. Costa Rica: Editora LUR, p. 257-304.
- Sahar, G. & Karasawa, K. (2005). Is the personal always political? A cross-cultural analysis of abortion attitudes. *Basic and Applied Social Psychology*, 27, 285-296.
- Saldanha, A. A. (2003). *Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável* (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.
- Sandi, S. de F., & Braz, M. (2010). As mulheres brasileiras eo aborto: uma abordagem bioética na saúde pública. *Revista Bioética*, 18(1).
- Santos, A. P. (2008). Percepções sociais do aborto provocado: uma explicação em termos de crenças sociais e familiaridade. (*Dissertação de mestrado*). Programa de Pós-graduação em psicologia social. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, Brasil.
- Schnabel, L. (2016). Gender and homosexuality attitudes across religious groups from the 1970s to 2014: Similarity, distinction, and adaptation. *Social Science Research*, vol 55, pp. 31–47.
- Schwartz, S. H. & Bilsky, W. (1987). Toward a universal psychological structure of human values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(3), 550-562.
- Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values. Theoretical advances and empirical test in 20 countries. In M. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol.25). Orlando: Academic Press, pp. 1-65.
- Schwartz, S. H. (1994). Are there universal aspects in the structure and contents of human values? *Journal of Social Issues*, 50(4), 19-45.

- Schwartz, S. H. (2001). Value hierarchies across cultures. Talking a similarities perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32 (3), 268-290.
- Schwartz, S. H. (2005). Basic human values: Their content and structure across countries. In: A. Tamayo & J. B. Porto (Eds.), *Valores e comportamento nas organizações* [Values and behavior in organizations]. Petrópolis: Vozes, pp. 21-55.
- Schwartz, S. H. (2006). Value orientations: Measurement, antecedents and consequences across nations. In: Jowell, C. Roberts, R. Fitzgerald & G. Eva, (Eds.) *Measuring attitudes crossnationally - lessons from the European Social Survey*. London: Sage.
- Schwartz, S.H. (2009). *Constructs in Comparative Research: Methods and Applications*. Paper presented at the Cross-National Comparison Seminar on the Quality and Comparability of Measures, Bolzano (Bozen), Italy.
- Schwartz, S. H., Cieciuch, J., Vecchione, M., Davidov, E., Fischer, R., Beierlein, C. ... Konty, M. (2012). Refining the theory of basic individual values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103(4), 663-688.
- Schwartz, J. P., Kelley, F. A. & Kohli, N. (2012). The Development and Initial Validation of the Dating Attitudes Inventory: A Measure of the Gender Context of Dating Violence in Men. *J Interpers Violence*, 27(10):1959-86.
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20 (2), p. 71-99.
- Sedgh, G. et al. (2016). Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*, 16-22, Vol.388(10041), pp.258-267.
- Sgreccia, E. (2009). *Manual de Bioética – Fundamentos e ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola.
- Shah I. & Åhman E. (2010). Unsafe abortion in 2008: global and regional levels and trends. *Reprod Health Matters*, 18(36):90–101.

Sherif, C. W. (1984). Needed concepts in the study of gender identity. *Psychology of Women Quarterly*, 6, 375-398.

Singh, S., Monteiro, M. F. & Levin, J. (2012). Trends in hospitalization for abortion-related complications in Brazil, 1992-2009: why the decline in numbers and severity? *Int J Gynecol Obstet*, 118(Suppl 2):p. 99–106.

Soares, G. S. (2003). Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):399-406.

Souza, Z. C.S.N. & Diniz, N. M F. (2011). Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. *Texto Contexto Enferm*, 20(4):742-50.

Souza, J. & Öelze, B (1998). Simmel e a modernidade. Brasília: UnB.

STF (2008). *Antecipação de parto de feto inviável*: bibliografia, legislação e jurisprudência temáticas. Secretaria de documentação/Coordenadoria de biblioteca/Coordenadoria de análise de jurisprudência. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/bibliotecaConsultaProdutoBibliotecaBibliografia/anexo/feto_inviavel_set2008.pdf. Acesso em 15 de novembro de 2015.

Strickler, J. & Danigelis, N. L. (2002). Changing frameworks in attitudes toward abortion. *Sociological Forum*, 17, 187-201.

Stenvoll, D. (2002). Norwegian Politics of Abortion: Perspectives, Arguments, and Values. *Journal of Comparative Policy Analysis*, vol. 4 (3) , pp 287–304.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson/Allyn & Bacon.

Tajfel, H. (1981). Human groups and social categories. *Studies in social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.

Talib, R. A. & Citeli, M. T. (2005). *Dossiê: serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros, (1989-2004)* / Rosângela Aparecida Talib. - São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir.

Tamayo, A. & Shwartz, S. H. (1993). Estrutura motivacional dos valores humanos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9, 328-346.

Tamney J. B., Johnson S. D., & Burton R. (1992). The abortion controversy: Conflicting beliefs and values in American Society. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 31, 32–46.

Tessaro, A. (2006). *Aborto seletivo: Descriminalização & Avanços tecnológicos da Medicina Contemporânea*. 1ª ed. (ano 2002), 4ª tir., Curitiba: Juruá.

Toller, P. W., Suter, E. A., & Trautman, T. C. (2004). Gender role identity and attitudes towards feminism, *Sex Roles*, 51, 85–90.

Tong, R. P. (1998). *Feminist thought*. Boulder: Westview Press.

Tornquist, C. S., Reis, A. M.; Benetti, F. J., & Favarin, T. C. (2012). Delicadas Escolhas: as razões, o universo e os métodos de uma pesquisa. In: Arend, S. M. F.; Assis, G. O. & Motta, F. M. *Aborto e contracepção: histórias que ninguém conta*. Florianópolis: Insular, p. 23-60.

Torres, J. H. R. (2009). Aborto inseguro: É necessário reduzir riscos. In: Briozzo, L & Bedone, A. J. *Aborto inseguro: prevenção e redução de riscos e danos*. Campinas, SP: Komedi, p. 265-304.

Torres, J. H. R. (2012). Aborto e legislação comparada. *Cienc. Cult.* vol. 64, n.2 São Paulo Apr./June.

Torres, F. R. (2015). Inconsciencia: la regulamentación del aborto legal amputada. Montevideo: *Jornal Brecha*, 28 de agosto de 2015, pp. 17.

Uruguay, Republica Oriental Del. *Ley N° 18.987 – Interrupción Voluntaria Del Embarazo*. 30 de oct de 2012. Disponível em: <<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor=>>> Acesso em: 14 de maio de 2017.

Uruguay, Republica Oriental Del. *Ley N° 18.426 – Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva*. Publicada D.O. 10 dic/2008. Disponível em <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6918132.htm>. Acesso em 10 de maio de 2017.

Vala, J. & Monteiro, M. B. (Org.) (2006). *Psicologia social*. 7. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Veiga D (2010). *Estructura Social y Ciudades en el Uruguay*: Tendencias recientes. Montevideo: Departamento de Sociología-Facultad de Ciencias Sociales- Universidad de la República. Disponível em <http://cienciassociales.edu.uy/departamentodesociologia/wp-content/uploads/sites/3/2013/archivos/LIBRO%20Estructura%20Social%20Uruguay.pdf>. Acesso em 10 de maio de 2017.

Verardo, M. T. (1987). *Aborto: um direito ou um crime?* (14^a ed.). São Paulo: Editora Moderna.

Ventura, M. (2009). *Direitos Reprodutivos no Brasil*. Brasília-DF: Edição do Autor.

Wall, S. N., Frieze, I. H., Ferligoj, A., Jarosova, E., Pauknerova, D., Horvat, J., & Sarlija, N. (1999). Gender role and religion as predictors of attitude toward abortion in Croatia, Slovenia, the Czech Republic, and the United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 30, 443-465.

Wang, G. & Buffalo, M. D. (2004). Social and cultural determinants of attitudes toward abortion: a test of Reiss' hypotheses. *The Social Science Journal*, 41 (2004) 93–105.

Wiese, I. R. B. (2012). *Aborto provocado e seletivo na interface da saúde e do direito*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, Brasil.

Wiese, I. R. B. & Saldanha, A. A. W. (2014). Aborto induzido na interface da saúde e do direito. *Saude soc.* vol.23 no.2 São Paulo Apr./June.

World Health Organization. (1992). *The prevention af management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group*. Genebra: WHO/MSM/92.5. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_MSM_92.5.pdf. Acesso em 10 de março de 2016.

World Health Organization (2007). *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2005*. 5ª ed. Genebra: WHO. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596121_eng.pdf. Acesso em 10 de Março de 2016.

World Health Organization (2011). *Unsafe Abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. 6th. Geneva. Disponível em http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/. Acesso em 10 de abril de 2017.

World Health Organization (2012). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems* – 2ª ed.

Yen, S. & Zampelli, E. (2017). Religiosity, political conservatism, and support for legalized abortion: A bivariate ordered probit model with endogenous regressors. *Social Science Journal*, March, p. 39–50.

Zucker, G. S. (1999). Attributional and symbolic predictors of abortion attitudes. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 1218-1245.

World Health Organization (2003). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590343.pdf>. Acesso em 10 de junho de 2016.

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL – DOUTORADO

Esta pesquisa intitula-se “Atitudes e vulnerabilidades frente ao aborto provocado em contextos de legalidade e ilegalidade”, e está sendo desenvolvida pela pesquisadora mestranda Iria Raquel Borges Wiese, sob a orientação da Prof^a. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (Doutorado) da Universidade Federal da Paraíba.

O objetivo da pesquisa é investigar os valores, crenças de gênero, atitudes e vulnerabilidades associados ao aborto provocado em contexto de legalidade e ilegalidade, tendo por finalidade ampliar a compreensão de como essa discussão se coloca na sociedade. Ao buscar identificar os valores, crenças de gênero, atitudes e vulnerabilidades associados ao aborto provocado, pretende-se levantar elementos que poderão dar subsídios para a promoção da saúde, buscando um olhar para outras dimensões na assistência.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador (a). Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir de participar, não sofrerá nenhum dano, prejuízo, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (quando for o caso).

Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, será realizada, pela pesquisadora responsável pela mesma, a aplicação de um questionário autoexplicativo. Poderá ser também realizada uma entrevista, a qual será gravada mediante o seu consentimento; caso contrário, será transcrita à mão. A entrevista terá duração estimada em 30 minutos. Após a sua transcrição, esta será apresentada ao entrevistado para que este possa fazer eventuais modificações na sua fala, bem como atestar a veracidade do conteúdo transcrito.

Solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revista científica.

Será garantida a privacidade dos dados e informações fornecidas, que se manterão em caráter confidencial. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em completo sigilo.

O pesquisador (a) responsável estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Fica registrado, também, que tenho conhecimento de que essas informações, dados e/ou material serão usados pelo (a) responsável pela pesquisa com propósitos científicos.

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Iria Raquel Borges Wiese

Pesquisadora Responsável

Endereço: Universidade Federal da Paraíba/CCHLA/Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social

Telefone para Contato: (83) 3216-7006.

ANEXO II

Instrumentos de Pesquisa

Número do Questionário: _____

Município: _____

Data: ____/____/____

Leia atentamente às questões abaixo e responda com a maior sinceridade possível. Não há respostas certas e nem erradas. Suas informações serão respeitadas e mantidas em sigilo, conforme a ética em pesquisa. Obrigada.

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS ATUAIS

1. Sexo: Masculino () Feminino ()

2. Idade: _____

3. Cor: Branca () Negra () Parda () Indígena () Amarela ()

Outra: _____

4. Escolaridade: Analfabeta () Ensino fundamental () Ensino médio () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo ()

5. Estado Civil: Solteiro(a) () Casado(a)/união estável () Separado(a) ()

Viúvo (a) ()

6. Profissão? Sim () Qual? _____ Não ()

7. Valor da renda: _____

8. Número de Filhos: Nenhum () Um () Dois () Três () Quatro () Outro:

9. Religião: Sem religião () Católica () Evangélica () Espírita () Outra:

10. Em uma escala de 0 a 10, o quanto você se considera religioso? 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 –

6 – 7 – 8 – 9 – 10

11. Você alguma vez já teve um aborto? Sim () Não () Foi provocado? Sim () Não ().

12. Tendo em vista a importância desse tema para a saúde pública, gostaríamos de conhecer melhor a sua história. Ressaltamos que não trará nenhum prejuízo para você e as informações serão respeitadas e mantidas em sigilo, conforme os princípios da ética em pesquisa. Você gostaria de participar dessa pesquisa? Sim () Não (). Se sim, por favor, deixe algum dado para que possamos entrar em contato:

Telefone:_____ E-mail: _____

Ou entre em contato conosco através do e-mail: irbwiese@yahoo.com.br

Sua participação é fundamental! Obrigada!

ANEXO III

INVENTÁRIO DE ATITUDES DE GÊNERO

Instruções: Logo abaixo você encontrará uma lista de afirmações, às quais você deverá responder se discorda ou concorda, conforme sua opinião. Para tanto, você assinala um X na em uma das alternativas de resposta. Lembre-se que quanto menor for o número assinalado, mais você discorda com a afirmação e, quanto maior for o número assinalado, mais você concorda com a afirmação.

Afirmações	Discordo totalmente					Concordo totalmente				
1. Os homens são mais competitivos do que as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Tanto a mulher, como o homem, podem assumir cargos políticos de alto nível.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. O aborto deve ser acessível para todas as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. A iniciativa de iniciar um namoro deve ser do homem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. É normal a mulher ter uma carreira e o homem ficar em casa com as crianças.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. O cuidado com os filhos deve ser partilhado igualmente por ambos os cônjuges.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Uma mulher pode ser a presidente do Brasil se ela for qualificada.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. O aborto deveria ser tratado legalmente como um assassinato.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Comparadas aos homens, as mulheres são mais capazes de se dedicarem completamente aos outros.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. As mulheres devem se preocupar mais com os seus cuidados maternos e	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

domésticos do que com seus desejos e carreira profissionais.

11. A maioria das mulheres que são estupradas tem responsabilidade nisso de alguma maneira.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Eu estou de acordo que a mulher seja a provedora do lar e deixe seu marido em casa cuidando das crianças.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. As mulheres não devem ficar restringidas a assumir alguns trabalhos em função de requisitos físicos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Eu votaria em uma mulher qualificada politicamente para ser a presidente do Brasil.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Eu sou a favor de uma emenda constitucional que proíba todos os abortos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Eu não teria respeito por uma mulher que se envolve numa relação sexual sem nenhum envolvimento emocional.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. A esposa deve ser a principal responsável pelo cuidado com a casa e os filhos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Na maioria dos casos, quando a mulher é estuprada, ela está pedindo por isto.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. As mulheres devem permitir os homens a assumirem o controle da relação sexual.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Muitos empregos deveriam ser proibidos para as mulheres em função	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

de requisitos físicos.

21. Comparadas aos homens, as mulheres tendem a ser fracas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

22. Estou de acordo com uma mulher que tem uma postura ativa durante a relação sexual.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

23. Uma mulher que é fiel a seus instintos maternos não faria um aborto.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

24. As mulheres são muito emotivas e por isso não deveriam assumir altas posições no governo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

25. Estou de acordo que a mulher dê o primeiro passo para iniciar um relacionamento com um homem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

26. Todos os trabalhos são adequados tanto para os homens como para as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

27. As mulheres deveriam ser para se expressarem sexualmente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

28. Há boas razões para não aceitar que uma mulher não possa ser presidente do Brasil.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

29. A maioria das acusações de violência doméstica são invenções das esposas para se vingarem dos seus maridos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

30. Toda mulher tem o direito de decidir se quer ou não fazer um aborto.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

301. Num estupro, a vítima nunca é a causadora do ato.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

32. Em um casamento, o marido deve	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

assumir a liderança na tomada de decisões.

33. As mulheres são mais gentis do que os homens.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34. O homem deveria sempre tomar a iniciativa para ter relações sexuais com uma mulher.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35. Eu não respeitaria um homem se ele decidisse ficar em casa cuidando dos filhos enquanto sua esposa trabalha.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36. As mulheres devem ter um papel passivo na paquera.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
37. Há muitos trabalhos em que deve ser dada a preferência aos homens para serem contratados e promovidos, em detrimento das mulheres.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
38. O marido deve ser o principal responsável pelo sustento da família.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
39. Às vezes é justificável um homem bater em sua esposa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40. Não se deve exigir que as mulheres sacrifiquem suas carreiras profissionais em função dos afazeres de casa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
41. No mundo de hoje a ideia de “trabalho de mulher” e “trabalho de homem” está ultrapassada.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42. Estou de acordo que a mulher tenha relação sexual com alguém que ela conheça bem e que goste, mas que não ame.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
43. Os homens são mais independentes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

do que as mulheres.										
44. É apropriado separar o trabalho entre “trabalho de mulher” e “trabalho de homem”.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
45. As mulheres não devem ter a mesma liberdade sexual que o homem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
46. Existem trabalhos mais adequados para as mulheres e outros para os homens, devido à força física.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
47. As mulheres provocam o estupro pela sua aparência ou comportamento.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
48. A mulher deve trabalhar fora de casa apenas se isto não interferir nos seus afazeres domésticos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
49. Há algumas profissões e negócios que são mais adequados para homens do que para as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
50. Os homens são geralmente mais egoístas do que as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
51. Estou de acordo que a mulher entre em contato com um homem que ela esteja interessada.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
52. O trabalho exercido pela mulher deveria ser totalmente diferente do trabalho exercido pelo homem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
53. Os homens têm mais certeza do que eles podem fazer do que as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. A iniciativa de pedir em namoro pode ser tanto dos homens como das mulheres.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
55. Comparadas aos homens, as mulheres tendem a ser mais ingênuas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
56. As mulheres devem ser incluídas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

em todos os níveis da política em condições de igualdade com os homens.

57. Em sua maioria, os homens são mais arrogantes do que as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

58. Na maioria dos casos de violência doméstica, as mulheres são tão culpadas quanto os homens.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

59. As decisões política e moral de uma comunidade devem permanecer, em grande parte, nas mãos dos homens.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

60. Os homens são geralmente mais aventureiros do que as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

61. Em um relacionamento, tanto o homem como a mulher deveria ser livre para iniciar uma relação sexual.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

62. Os hospitais públicos devem oferecer o aborto a qualquer mulher que o solicite.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

63. É aceitável uma mulher fazer sexo casual	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

64. Se uma mulher está num clima de paquera e ela deixa que as coisas saiam de seu controle, é culpa dela se o homem forçar sexo com ela.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

65. Enquanto o chefe da família, o marido deve ter mais responsabilidade pelo planejamento financeiro da família do que sua esposa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO IV

Questionário de Valores Psicossociais (QVP)

Instruções: Logo abaixo você encontrará uma lista contendo um conjunto de valores sociais aos quais você deverá atribuir uma nota variando de 1 (um) a 10 (dez), considerando o grau de importância de cada um dos valores *para a construção de uma sociedade ideal para se viver*. Lembre-se que quanto menor for a nota, menor será a importância do valor e, quanto maior for a nota, maior será a importância do valor.

	Nota		Nota
ALEGRIA.....	[]	AMOR.....	[]
AUTO-REALIZAÇÃO.....	[]	AUTORIDADE.....	[]
COMPETÊNCIA.....	[]	CONFORTO.....	[]
DEDICAÇÃO AO TRABALHO. []		FRATERNIDADE.....	[]
IGUALDADE.....	[]	JUSTIÇA SOCIAL.....	[]
LIBERDADE.....	[]	LUCRO.....	[]
PRAZER.....	[]	REALIZAÇÃO PROFISSIONAL. []	
RELIGIOSIDADE.....	[]	RESPONSABILIDADE.....	[]
RIQUEZA.....	[]	SALVAÇÃO DA ALMA.....	[]
SENSUALIDADE.....	[]	SEXUALIDADE.....	[]
STATUS.....	[]	TEMOR A DEUS.....	[]
UMA VIDA EXCITANTE.....	[]	OBEDIÊNCIA ÀS LEIS DE DEUS []	