

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM BIOÉTICA**

MARIANA FÁVARO

**O PLANEJAMENTO FAMILIAR E O DESEJO DE ABORTO: UM ENFOQUE SOBRE A
PARENTALIDADE**

**CURITIBA
2018**

MARIANA FÁVARO

O planejamento familiar e o desejo de aborto: um enfoque sobre a parentalidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Linha de Pesquisa: Bioética, Ciência e Sociedade, da Escola de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Bioética.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daiane Priscila Simão-Silva

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sarah Cristina Zanghellini Rückl

CURITIBA

2018

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Giovanna Carolina Massaneiro dos Santos – CRB 9/1911

Fávaro, Mariana
F272p 2018 O planejamento familiar e o desejo de aborto: um enfoque sobre a parentalidade / Mariana Fávaro; orientadora: Daiane Priscila Simão-Silva; coorientadora: Sarah Cristina Zanghellini Ruckl. – 2018.
62 f.: il.; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2018
Inclui bibliografias.

1. Bioética. 2. Aborto. 3. Parentalidade. 4. Planejamento familiar.
5. Psicologia. 6. Psicanálise. I. Simão, Daiane Priscila. I. Rückl, Sarah.
II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação
em Bioética. III. Título.

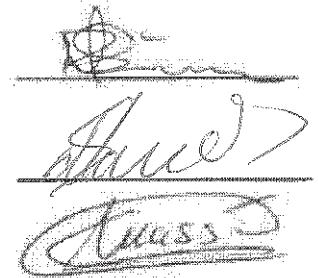
CDD 20. ed. – 174.9574

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 23/2018
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética**

Em sessão pública às nove horas do dia trinta de outubro do ano de dois mil e dezoito na sala 2 do Mestrado, 2º andar da Escola Ciências da Vida, realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação “O planejamento familiar e o desejo de aborto: um enfoque sobre a parentalidade” apresentada pela aluna Mariana Fávaro sob orientação da Professora Doutora Daiane Priscila Simão-Silva como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Bioética, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Professora Doutora Daiane Priscila Simão-Silva
Presidente



Professor Doutor Mário Antonio Sanches
Membro interno (PUCPR)

Professora Doutora Maria del Carmen Massé Garcia
Membro externo (Universidad Pontificia Comillas)



Professora Doutora Carla Corradi Perini
Suplente



Início: 9:00 Término 10:30.

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado APROVADO. (aprovado/reprovado).

O(a) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionado (a): (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 30 dias para ao cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluna: Mariana Fávaro
Mariana Fávaro



Professor Doutor Thiago Rocha da Cunha
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

AGRADECIMENTOS

Todo o processo desta dissertação foi acompanhado de perto por pessoas muito especiais, a quem eu deixo o meu humilde agradecimento.

Primeiro não tem como não deixar meu caloroso agradecimento ao meu pai Edson Luiz Fávaro e minha mãe Eliza Dolores Francisco Fávaro, que são fonte inspiradora de uma parentalidade genuína e muito responsável.

Aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos por sempre me apoiarem.

À família Risi, que foi uma importante chave na escolha desse desafio e ao Eduardo Erthal Risi: mil anos.

À Daiane Priscila Simão-Silva, pela orientação, paciência e atenção em cada detalhe na condução do trabalho. À Sarah Cristina Zanghellini Rückl, pela co-orientação e cuidado na ligação entre psiquiatria e bioética. À Maria Del Carmen Massé García que aceitou compor a banca a pesar da distância e trouxe importantes contribuições.

À coordenação da pós-graduação, pelo acolhimento, compreensão e seguidas concessões. Inicialmente com o professor Mário Antônio Sanches e em seguida com o apoio e incentivo do professor Thiago da Rocha Cunha.

Às amizades que fiz através da PUCPR, especialmente Andrea Claudia Volpato, Marcia Regina Chizini Chemin, Anna Silvia Penteado Setti Rocha, Thereza Cristina Arruda Salomé D`Espíndula, Helena Regina Salomé D`Espíndula e Elisangela Cardozo.

À Célia Ferreira Carta Winter, orientadora da Pós-Graduação em Psicologia Clínica: abordagem psicanalítica, pelos votos e olhar externo com o mestrado.

Ao Hospital San Julian, com seu diretor e colega Ricardo Sbalqueiro, Celia Dequech, Valéria Paredes e residentes que foram compreensivos e acompanharam o processo: Giovanna Wiestel, Victor Bregola, Rafael de Holanda Cardoso, Clarissa Filla.

Aos diversos pais de pacientes que pude orientar no exercício da minha profissão.

Resumo

Introdução: O tema do aborto é dilemático. Suscita divergências mesmo em diferentes contextos legais, com discussões acirradas e conclusões precipitadas. Por englobar diversas questões bastante sensíveis, deve ser abordado nos seus múltiplos aspectos sociais, mas também subjetivos. **Objetivo:** Discutir os fatores demográficos associados ao risco de desejo de aborto, bem como analisar os aspectos subjetivos envolvidos. **Metodologia:** Análise quantitativa e qualitativa dos dados coletados com instrumento de pesquisa “Planejamento da Parentalidade no Contexto da Bioética”. **Resultados:** Dos 1608 questionários avaliados, 4,5 % desejaram fortemente o aborto; 39,3% planejaram zero a gestação e destes, 51,4% desejaram fortemente o aborto; 37,4% planejaram fortemente a gestação e destes 33,8% desejaram fortemente o aborto. Mesmo quando o filho era compreendido como “benção de deus” 64,9% desejaram fortemente o aborto. Os dados não corroboraram com associações entre desejo de aborto e questões econômicas, mas sim com gestação na adolescência. **Discussão:** muito se discute sobre os fatores de vulnerabilidade no aborto, contudo são poucos os estudos empíricos que identificam quais fatores de risco de fato contribuem. No campo da subjetividade, diferencia-se o ideal e real da gestação, bem como o desejo de aborto, desejo de abortar e execução. A liquidez presente nas relações pede reflexão bioética, uma vez que há insaciade para satisfazer o desejo e a responsabilidade por escolhas. **Considerações finais:** Essa reflexão contribui para o entendimento de alguns aspectos, sem, contudo, definir um perfil demográfico claro. Recomenda-se abordagem quanto a conflitos gerados na parentalidade, bem como as questões sobre o tema para o feminino e masculino. Dessa forma, seria possível repensar a assistência nos programas de planejamento familiar para o exercício da parentalidade responsável.

Palavras chave: aborto, bioética, gênero, idade, condições socioeconômicas, psicologia, psicanálise.

Abstract

Introduction: Abortion is a polemic subject. It raises divergence even in various legal contexts, with heated discussions and hasty conclusions. Since it encompasses several highly sensitive issues, it must be addressed in its many social aspects, but also in subjective ones. **Objective:** To discuss the demographic factors associated with the risk of desire for abortion, as well as

to analyze the subjective aspects involved. **Methodology:** Quantitative and qualitative analysis of the data collected with the research tool "Planning of Parenthood in the Context of Bioethics". **Results:** Among the 1608 questionnaires evaluated, 4.5% strongly desired abortion; 39.3% didn't plan pregnancy at all, and among these, 51.4% strongly desired abortion; 37.4% strongly planned pregnancy and among these, 33.8% strongly desired abortion. Even when the child was understood as "God's blessing" 64.9% of them strongly desired abortion. The data did not corroborate with associations between desire for abortion and economic issues, but with pregnancy in adolescence. **Discussion:** a lot is being discussed on vulnerability factors in abortion, however few empirical studies have identified which risk factors actually contribute to it. In the field of subjectivity, there's a difference between the ideal and the real of pregnancy, as well as the desire for abortion, the desire to abort and actually doing it. The liquidity present in relationships, calls for bioethical reflection, since there is an insatiable desire for satisfaction and the responsibility for choices. **Final considerations:** This reflection contributes to understanding some issues, however, without defining a clear demographic profile. It is recommended to have more studies on the conflicts generated in parenting, as well as the related issues for each genders separately. As a result, it would be possible to rethink the assistance in family planning programs for the exercise of responsible parenting.

Key words: abortion, bioethics, gender, age, socioeconomic conditions, psychology, psychoanalysis.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1: Frequência relativa percentual da variável “Chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho”.

Tabela 2: Comparação entre as variáveis “Chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” e “Planejou a gravidez do seu primeiro filho”.

Tabela 3: Comparação entre as variáveis “Chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” e “Avaliou as condições econômicas para cuidar do bebê - antes da gravidez do primeiro filho”.

Tabela 4: Comparação entre as variáveis “Chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” e “Idade da primeira gravidez / ou engravidou alguém pela primeira vez”.

ARTIGO 2

Tabela 1: Frequência relativa percentual da variável chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho.

Tabela 2: Comparação entre as variáveis “Chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” e “Planejou a gravidez do seu primeiro filho”.

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 1

Gráfico 1: Comparação entre as variáveis “Chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” e “Planejou a gravidez do seu primeiro filho”.

ARTIGO 2

Gráfico 1: Comparação entre as variáveis “Chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” e “Planejou a gravidez do seu primeiro filho”.

Gráfico 2: Comparação entre as variáveis “Chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” e “Compreende os filhos como”.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PUCPR Pontifícia Universidade Católica do Paraná

PR Paraná

PPGB Programa de Pós-Graduação em Bioética

OMS Organização Mundial da Saúde

WHO World Health Organization

PNA Pesquisa Nacional de Aborto

PNS Pesquisa Nacional de Saúde

ONU Organização das Nações Unidas

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Instrumento de pesquisa - planejamento da parentalidade no contexto da bioética.

Anexo 2: Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa (CEP).

SUMÁRIO

1	Introdução	11
1.1	O aborto na história	12
1.2	Planejamento familiar e parentalidade	15
1.3	O desejo de aborto, subjetividade e ato	17
1.3.1	Psicopatologia e angústia	18
1.4	Aspectos bioéticos	19
2	Metodologia	23
3	ARTIGO 1	26
3.1	Introdução	28
3.2	Metodologia	30
3.3	Resultados	31
3.4	Discussão	35
3.5	Considerações finais	39
	Referências	40
4	ARTIGO 2	43
4.1	Introdução	45
4.2	Metodologia	47
4.3	Resultados	48
4.4	Discussão	51
4.5	Considerações finais	54
	Referências	55
5	Considerações finais	57
	Referências	58

1 Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS/ WHO - *World Health Organization*), o planejamento familiar está diretamente relacionado à questão do aborto, pois permite a contracepção e o espaçamento das gestações, prevenindo a gravidez indesejada, além de ajudar a reduzir a necessidade de abortos inseguros (1).

A redução dos casos de abortos intencionais corresponde a atitude ética de respeito à vida, com finalidade no seu reconhecimento, de sua identidade e de sua essência. Esse reconhecimento tem como desdobramento o respeito à dignidade da pessoa humana.

Todos têm direito a uma família, bem como constituí-la, e as mulheres têm o direito humano de escolher se querem e quando se tornarem grávidas (1). Sendo assim, a promoção de planejamento familiar, bem como o acesso ao método contraceptivo de preferência para mulheres e casais, é essencial para garantir o bem-estar e autonomia das mulheres, além de promover saúde e o desenvolvimento de comunidades (1). A ausência de acesso a um serviço de qualidade para a contracepção, fertilização e planejamento familiar dos usuários dos serviços de saúde são fatores que comprometem a qualidade da construção familiar de cada um.

O Planejamento Familiar é um serviço de saúde assegurado pela Constituição Federal Brasileira (2), e também pela Lei n. 9.263 (3). Por ser oferecido pelo governo, pode ser facilmente relacionado ao controle de natalidade e controle populacional. Em contrapartida, o “planejamento da parentalidade”, também utilizado dentro do contexto de planejamento familiar, se relaciona com a questão de “ser pai” e “ser mãe”, isto é, na relação de afeto, acolhimento e cuidado dos filhos, ou seja, no desejo de ter filhos (4).

Um importante dilema relacionado ao planejamento familiar é a questão do aborto. Esse tema é extenso e complexo, uma vez que várias questões podem ser levantadas. A bioética mostra-se como importante ferramenta de debate devido sua interface com várias disciplinas. A discussão deve ser colocada além do prisma reprodutivo, uma vez que na construção da parentalidade, há outro campo de reflexão. Nesse campo há promoção de uma educação afetiva, melhor forma de educação sexual. Assim sendo, aprende-se a sentir e a sentir melhor. Isso melhora a comunicação íntima do casal que, ao suportar mais os momentos de projeções mútuas, consegue se adequar ao exercício de uma ética privada e deliberar sobre suas angústias.

Estima-se que mundialmente ocorram 25 milhões de abortos clandestinos (45% de todos os abortos) e que 97% desses, acontecem em países em desenvolvimento na América Latina, África e Ásia (5). De acordo com Rebouças e Dutra (2011), o fato de haver legislação que proíba o aborto nos países em desenvolvimento, não afeta a incidência, mas o que difere é a

questão das condições sanitárias em que é praticado, oferecendo mais riscos para as mulheres que sofrem o procedimento (6).

O planejamento familiar e da parentalidade pode evitar a gravidez indesejada e, com isso, reduzir o número de abortos. Contudo, é escassa a literatura de estudos empíricos sobre o papel do planejamento familiar e da parentalidade na prevenção do aborto, sendo necessário investimento em políticas de planejamento familiar que promovam o acesso aos serviços de saúde de qualidade e exercício de autonomia na capacidade de escolha do indivíduo quanto à constituição familiar.

Compreender mais profundamente a relação entre planejamento familiar, parentalidade e aborto é importante. Trata-se de um tema delicado, presente e responsável por conflitos familiares, questões éticas, de legislação e comprometimentos à saúde da mulher. A gravidez indesejada pode ser acompanhada por diversas reações emocionais e por isso é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, principalmente se também houver risco genético (7). Há pouca compreensão e diálogo nessa área, principalmente no que se refere ao âmbito da saúde. Assim sendo, abordar o “desejo de aborto” no contexto de planejamento da parentalidade exige um rigoroso critério ético, principalmente do profissional de saúde. Isso exige uma tomada de consciência dos processos que envolvem o psiquismo e a reprodução humana. Pensar as relações humanas culmina na moralidade e a competência de refletir essa moralidade faz surgir a ética (8). Nesse sentido, o papel da Bioética ao campo de debate é pertinente e necessário, principalmente quando vinculada ao conceito de início da vida e sua moral (9).

Indubitavelmente, o tema do aborto é extenso, sua abordagem é complexa e várias questões são levantadas e a hipótese desse estudo é que a relação entre planejamento familiar e redução do desejo do aborto também não é simétrica. A discussão deve ser colocada além do prisma reprodutivo, considerando aspectos relacionados desde aos aspectos demográficos associados, inclusive o contexto legal, até questões subjetivas envolvidas.

1.1 O aborto na história

O aborto é citado desde a antiguidade e permanentemente levanta questões religiosas, legais, morais e éticas. Antropologicamente, percebe-se um outro sentido além da contracepção ou interesses econômicos e políticos de cada época. Por exemplo, em algumas tribos da América do Sul, o aborto acontecia relacionado à maternidade, sendo que todas as mulheres grávidas de seu primeiro filho abortavam com o intuito de facilitar o parto do segundo filho (6).

Na Revolução Francesa houve um novo olhar dirigido ao feto, no que se refere em fonte de mão de obra e não apenas uma extensão da mãe. Quanto à saúde da mulher, os riscos ficaram evidentes com o conhecimento adquirido com o avanço da ciência e do desenvolvimento embrionário. Após a primeira Guerra Mundial, alguns países europeus proibiram o aborto devido à redução populacional, enquanto que a extinta União Soviética permitia essa prática, considerando a questão da garantia da saúde da mulher trabalhadora (6). Outro ponto de mudança de paradigma foi durante a Segunda Guerra Mundial, que devido à ascensão do nazifacismo, o aborto passou a significar um crime contra a nação ariana e, com isso, foi proibido. No Japão pós-Guerra, o aborto foi liberado para controle da natalidade e da miséria, posto as condições do país naquele momento. Em outros locais de tradição protestante luterana também foi liberado, pois houve mais acolhimento à reforma sexual (6).

No Brasil, não diferente do mundo, há registros de aborto desde a colonização e nas tribos indígenas. Contudo, segundo Del Priori (1993), no Brasil colonial a perseguição ao aborto se dava mais em relação aos casos de adultério, do que em relação ao homicídio. Pode-se perceber, portanto, uma tendência de controle da sexualidade, bem como interesses econômicos e políticos (10).

Seguindo a contextualização da história do aborto, no que se refere às fontes da Igreja, não fica claro quem abortava (mães adúlteras solteiras ou as viúvas), nem o motivo. Talvez o principal motivo seria o medo do estigma social, da morte social, da exclusão familiar, do filho indesejado (10).

Na década de 70, estudos epidemiológicos evidenciaram a alta a incidência do aborto e sua associação com condições de pobreza e de ausência de planejamento familiar (6). Nessa mesma época fortificou-se o movimento feminista e a ligação com direitos sociais (pelos péssimas condições de realização do aborto) e humanos, baseando-se nos direitos individuais do liberalismo democrático (6). Assim, a maternidade passa a poder ser concebida como escolha.

Nota-se que a contextualização da história do aborto traz certa questão acerca da mulher que o sofria. Isso traz uma outra dimensão quanto ao corpo feminino como um sistema físico-moral. Assim, ligado ao estatuto biológico da mulher, soma-se o saber médico, que indaga a sexualidade da mulher e também é indagado por ela. O saber médico, talvez sob a perspectiva de elaborar o feminino, estudou a trajetória do ciclo menstrual - gestação - “males da madre”, onde desvios, doenças e acidentes vinham solucionar os defeitos, os excessos ou a normalidade de suas fisiologias (10).

Atualmente o aborto continua sendo recorrente e com consequências para a sociedade, principalmente no que se refere à vulnerabilidade da mulher. Vale lembrar a partir do texto “Luto e Melancolia”, de Freud (1974) que o que se observa no período após o aborto é que este deve ser elaborado como um luto (11). Não se trata simplesmente de liberdades

civis, de praticá-lo ou não, embora a questão legal tenha também a sua contribuição na maneira interna de lidar com o ato de abortar. O problema é grave, já que há apenas estimativas e dados parciais, além do distanciamento da realidade da vida das políticas públicas de saúde, em especial as relacionadas às mulheres, principalmente aquelas socioeconomicamente desfavorecidas (4). A estabilidade econômica e laboral aparece como um pré-requisito fundamental para a decisão de ter filhos. É considerado fundamental poder garantir um entorno estável que proporcione suporte afetivo e material para os filhos. Problemas nesse aspecto levam, em geral, a um adiamento consciente da decisão de ter filhos (12). Ou ainda, a situações polêmicas como o *slogan* de uma campanha municipal: “Só tenha os filhos que puder criar” (13).

Os recursos econômicos e simbólicos em um projeto individual de ascensão social são extremamente relevantes. É importante analisar os indicadores sociais, em termos de identidade social da gestação, como: o estabelecimento de uma união, ajuda extra das famílias, a perspectiva de mobilização de alianças e se vão ter condições – financeiras, familiares, morais – de criar a criança, além da perspectiva de ajuda futura. Em suma: contextualizando a situação da gestante e do início da vida (14).

No Brasil, atualmente, o aborto induzido é considerado crime contra a vida humana previsto pelo Código Penal Brasileiro (15). Ou seja, o país criminaliza a mulher em caso de aborto induzido. Ressalta-se ainda que não há ordenamento jurídico no mundo que contemple o homem como sujeito decisório de um aborto. Além disso, o aborto é moralmente reprovado por um número significativo da população. Essa postura comumente resulta de uma arquitetura de argumentos advindos da moral, filosofia, religião e cultura (16). A repugnância chega a extremos de se ameaçar profissionais que procuram lutar para as melhores condições e segurança na prática de aborto, quando decidido pela gestante (17). Entretanto, segundo a pesquisa do Datafolha (2017), apesar da maioria da população brasileira ser a favor da criminalização do aborto, a taxa recuou no último ano. Os que avaliaram que a mulher, nesse caso, deve ser processada e ir para a cadeia passou de 64%, em dezembro de 2016, para 57% no final de 2017 (18).

A magnitude do aborto no Brasil é um desafio para as pesquisas relacionadas ao tema, em razão da proibição legal, da dificuldade de acesso a dados fidedignos e ao alto número de mulheres que omitem ter induzido um aborto em questionários com perguntas diretas (19). Não há consenso na estatística referente aos casos de aborto, há uma subnotificação no SUS, além de que correm o risco de serem lidas com um viés ideológico. Segundo a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) de 2010, no Brasil urbano, ao final da vida reprodutiva (18-39 anos), mais de uma em cada cinco mulheres já fez aborto (20). Na PNA 2016, 13% das entrevistadas já fez ao menos um aborto (21). De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 do IBGE, em relação às mulheres de 18 a 49 anos de idade que tiveram aborto provocado na

vida, este percentual foi 2,1%, variando de 1,0%, na Região Sul, a 3,0%, na Região Nordeste (22). Percebe-se que os dados são bastante divergentes, bem como a metodologia para a sua obtenção. Na PNA foi usada a técnica de urna com uma amostra de 2002 mulheres e na PNS foi entrevista face a face, com amostragem calculada de acordo com indicadores de interesse em três estágios (unidades, moradia, indivíduo), ou seja, apurados. Isso tudo certamente altera as estatísticas, com o risco de além de comumente serem lidas por um viés ideológico. É um tema bastante sensível e as pessoas podem responder de maneira evitativa para não afirmar que cometem algo que é ilegal. Isso pode dificultar ainda mais as pesquisas. A pesar dessa problematização das estatísticas do aborto, o aborto ocorre, é real.

Um estudo empírico de Nader e colaboradores, sobre os aspectos sociodemográficos e reprodutivos no abortamento induzido, verificou fatores protetivos ao aborto: estado civil (casada ou união estável), ocupação como dona de casa e desejo pela gravidez, que por sua vez levaria ao planejamento familiar (23). Todas as mulheres desse estudo que tiveram abortamento induzido referiram não ter planejado a gestação, além da maior probabilidade de não desejar a gravidez (23). Isso evidencia a importância do planejamento familiar no que se refere ao desejo de cometer um aborto.

1.2 Planejamento familiar e parentalidade

O planejamento familiar pode ser definido como um conjunto de ações que auxiliam pessoas que pretendem ter filhos e também que preferem adiar o crescimento da família (1).

Há, obviamente a necessidade desse planejamento, contudo, o tema acerca de parentalidade responsável é pouco abordado, principalmente no que se refere na qualidade do acolhimento e vida de filhos planejados ou não (4). Parentalidade é um processo em que o sujeito se dispõe a tornar-se pai e mãe. Além do instinto biológico, é uma competência associada ao desejo, uma vocação. É necessário haver uma relação de troca mútua envolvendo os pais, a criança e o mundo (4).

Parentalidade está associada ao modo como as pessoas vivem suas vidas, bem como a relação com os contextos sociais e comunitários. O projeto parental constitui, portanto, a instância supra individual de pré-confirmação da criança a nascer: o engajamento dos genitores é condição para singularizá-la e inscrevê-la plenamente no mundo. A incidência do aborto dever-se-ia menos a falhas da contracepção do que a falhas no engendramento, quando este escapa ao quadro do projeto (24). Ainda de acordo com Luna (2007), três cenários são observados referentes ao aborto: a gravidez accidental na ausência de projeto (sexo casual); o aborto como instrumento de um projeto diferido (projeto de gravidez no

futuro); o projeto posto em xeque (divergência das intenções do casal diante da gravidez). Portanto, há que se situar nos contextos de projeto de vida de cada um, o projeto de parentalidade.

O estudo das configurações familiares sobre o planejamento de parentalidade mostrou-se insuficiente para indicar a existência ou não de um projeto de parentalidade desejado e aceito, não desejado e aceito, desejado e não aceito ou não desejado e não aceito, pelas pessoas que já tiveram filhos (25). Isso evidencia que podem haver outros aspectos envolvidos no que se refere ao tornar-se pai-mãe e o real desejo pela gestação. Além disso, pode ocorrer o fato de existirem pessoas que não se autorizam a aceitar e a “querer esse desejo” de ter um filho, ou seja, de legitimar esse desejo.

Na sociedade atual, com a pluralização dos modelos familiares, os projetos de parentalidade se diversificam, entretanto, obrigatoriamente apresentam uma característica ética diferenciada, pois exigem consciencialização dos processos que envolvem a reprodução humana (4). Ter filhos sem nenhum projeto de parentalidade explícito ou implícito, é um conflito bioético, pois está relacionado com o aborto, sendo 30% dos partos abortados (4). Há um progresso coletivo quando se desvela a parentalidade como uma proposta de vida, pois, de modo geral, um filho desejado e planejado com responsabilidade, tem maior possibilidade de ser acolhido com alegria, criado com respeito e sem violência (4). Há, contudo, algumas particularidades necessárias atualmente para que os filhos nasçam desejados (mesmo se não planejados), pois os pais devem estar preparados, principalmente a querer esse desejo de ter filhos.

Por fim, de acordo com Sanches e Simão-Silva (2016) o planejamento da parentalidade responsável depende das seguintes condições (25):

- 1) a gravidez é planejada cuidadosamente; 2) consciência de que o nascimento de um filho implica instituir família; 3) avaliação adequada das questões de riscos relacionados com a maternidade; 4) a decisão de ter filhos é compartilhada, se há parceiros no projeto; 5) avaliação das condições econômicas para cuidar dos filhos; 6) o cuidado dos filhos é preocupação prévia; 7) a criança é concebida sem violência; 8) o anúncio de uma gravidez se dá em clima de alegria.

A responsabilidade que urge nesse processo se refere eticamente, não aos que desejam não ter filhos, mas aos que os geram sem se acautelar do que é ser pais (25). Além disso, tem-se dessa forma também, uma das principais atuações do planejamento familiar: atuação no aborto, pois, teoricamente, melhor acesso ao planejamento familiar significa menor incidência de gravidezes indesejadas (1).

1.3 O desejo de aborto, subjetividade e ato

Desejar o aborto tem causa multifatorial, como a presença ou não do parceiro, idade, religião, condições de moradia, desejo ou não de ter o filho, fatores socioeconômicos, distância do marido, entre outros (9).

Além desses fatores externos, há as questões da subjetividade que devem ser estudadas. “Tornar-se pai” ou “tornar-se mãe” depende muito mais da história individual de cada um dos pais e de uma lógica do desejo do que de um modelo de família nuclear tradicional, como no passado, haja vista a pluralização dos modelos familiares atuais (26). O desejo de ter um filho reatualiza as fantasias da própria infância e do tipo de cuidado parental que os futuros pais puderam ter. Assim, o processo de filiação se inicia antes do nascimento do bebê, a partir da transmissão consciente e inconsciente da história infantil dos pais, de seus conflitos inconscientes, da relação com seus próprios pais, que povoam a representação sobre a parentalidade (26). Essa transmissão se faz tanto no sentido positivo, para a ressignificação da própria história; como negativo, com ambiguidade, recuo diante do desejo de ter um filho, com ideias rejeição, desejo, tentativas e atos de aborto consolidado.

Comumente, ao pôr em prática o planejamento familiar e de parentalidade, várias mudanças ocorrem no psiquismo parental. Do ponto de vista subjetivo, num primeiro momento, vem à mente a imagem de criança maravilhosa, a qual vive a sua morte a cada dia: a morte da criança maravilhosa e terrível que foram nos sonhos daqueles que os conceberam, que seria a primeira morte (27). O que ocorre é que a representação do *infans* em cada um tem um caráter tirânico e que deve ser sacrificado - “segunda morte” (27). Para sacrificar essa representação, é necessária uma intervenção precisa e árdua, pois nesse percurso, pode surgir angústia tão intensa que, segundo Jaspers, em Psicopatologia Geral (1987), é capaz de provocar perturbações que levam a ações que desconsideram a si e a outros, com uma ansiedade irreconhecível e estranha, levando a diversos percalços como ideias de parricídio, suicídio, aborto ou até infanticídio (28).

O aborto, assim como os diversos percalços, é uma situação-limite na vida de um ser humano e guarda em si um mistério que evoca os mais profundos sentimentos (6). Comumente, quando há ideias sobre abortar, ou o aborto propriamente dito, há silêncio, culpa, angústia e solidão. As dificuldades peculiares ao tema se referem à ética, moral, legalidade ou até o terror da prática na cultura ocidental, dificultando o controle real e as estatísticas para estudo.

1.3.1 Psicopatologia e angústia

Há que se considerar o quanto distante estão as realidades entre desejar e praticar o aborto, afinal existe um processo de transformação do impulso volitivo em movimento corpóreo (28). Pela psicopatologia fenomenológica, no que se refere à função psíquica da vontade e psicomotricidade, tem-se que o ato de vontade (ou ato volitivo) se dá como um processo, o qual pode ser dividido em quatro etapas, (29):

- 1- A **fase de intenção ou propósito**, na qual se esboçam as tendências básicas do indivíduo, suas inclinações e interesses. Nesse momento, impulsos, desejos e temores inconscientes exercem influência decisiva sobre o ato volitivo, muitas vezes imperceptíveis para o próprio indivíduo.
- 2- A **fase de deliberação**, que diz respeito à ponderação consciente, levando-se em conta tanto os motivos como os móveis implicados no ato volitivo. O indivíduo faz uma análise básica do que seria positivo ou negativo, favorável ou desfavorável, benéfico ou maléfico em sua decisão. É um momento de apreciação, consideração dos vários aspectos e das implicações de determinada decisão.
- 3- A **Fase de decisão propriamente dita** é o momento culminante do processo volitivo, instante que demarca o começo da ação, no qual os móveis e os motivos vencidos dão lugar aos vencedores.
- 4- A **Fase de execução**, constitui a etapa final do processo volitivo, na qual os atos psicomotores simples e complexos decorrentes da decisão são postos em funcionamento, a fim de realizar e consumar aquilo que mentalmente foi decidido e aprovado pelo indivíduo (2008) (p.176).

Além disso, há elementos da subjetividade que estão atrelados à parentalidade planejada que podem vir à tona, propiciando dúvidas a respeito da continuidade da gestação. Além disso, como no Brasil o aborto é considerado crime – e não um método contraceptivo como em alguns países – isso também acaba sendo contabilizado nos aspectos culturais locais de significado do aborto. Consequentemente, com impacto no conjunto de reações emocionais da parentalidade. Para abordagem desses aspectos subjetivos, a orientação psicanalítica traz mais elementos para reflexão. O termo “*acting out*”, cunhado por Freud (1914), se refere ao fato do sujeito atuar, ao invés de recordar e falar (colocar em palavras) sobre uma cena infantil. Jacques Lacan, no seminário da angústia (1962-3), colabora ao apontar mais sutilezas do *acting out* e passagem ao ato, considerando quadros clínicos distintos. O momento da passagem ao ato é o do embaraço maior do sujeito, com o acréscimo comportamental da emoção como distúrbio do movimento. É então que, do lugar da cena em que se encontra, ele precipita e despenca fora da cena (30). Sendo assim, o “*acting out*” seria “se colocar na cena para o Outro” (31), porém de forma velada para o próprio sujeito, na medida em que isso fala, que poderia ser verdade, que pode se tratar de uma demanda velada de ajuda. A ideia passiva de aborto, ou já de forma mais elaborada, o desejo de aborto, podem ainda vir acompanhados de algumas manifestações e comportamentos que sinalizam um apelo. Alguns exemplos seriam golpes aplicados no próprio ventre, pulos de alturas variadas,

o hábito de carregar peso, provação de vômitos e diarreias.

A “passagem ao ato” propriamente dita seria uma saída dessa cena que não deixa mais lugar à interpretação, não deixa mais lugar à palavra, ao deslizamento na cadeia de palavras para a elaboração. No caso desse estudo, a “passagem ao ato” seria o aborto consumado, que poderia levantar a hipótese de que seja como um “ato”, um suicídio. O sujeito sai do logro da cena para a certeza de um encontro de identificação com o resto que Lacan (1962) chama de objeto *a*. Na passagem ao ato existe uma rejeição dessa cena e rejeição de qualquer apelo ao Outro. Ambos, contudo, são respostas à angústia (32).

Ao se estudar mais especificamente a questão do aborto, o instrumento de pesquisa Planejamento da Parentalidade no Contexto da Bioética (33), traz uma indagação interessante sobre o desejo de aborto, mesmo com o planejamento familiar. Isso abre um campo para reflexão sobre o que é exclusivo da espécie humana: a dúvida e a decisão. Se há desejo de aborto, que em ato pode ser até um suicídio, uma pulsão de morte; antes houve uma pulsão de vida, um instinto sexual para a propagação da espécie. Contudo, pode-se inferir que algo escapa e entra em “curto-circuito” no que se refere ao processo volitivo da parentalidade e desejo de ser pai/mãe e depois desejar não ser. Isso revela que nada que alguém possa querer é suficiente para satisfazer o desejo.

Além disso, é muito comum uma pessoa lutar por algo e se desinteressar assim que o obtém, esse fenômeno, que aliás atualmente é exacerbado, é traduzido como “modernidade líquida” (34). Por fim, desejar, como lembrava Lacan (35), é sempre desejar outra coisa. Às vezes, inclusive, deve-se agradecer a quem não se deu o que foi pedido. Como diz o provérbio judaico: cuidado com o que desejas, pois poderás ser atendido.

Com o que foi exposto até o momento, tem-se que a relação de aborto, planejamento familiar e parentalidade não é simples, requer um enfoque para melhor situar: o que é “ser pai” e “ser mãe”; o espaço de acolhida, afeto e cuidado com os filhos; o recuo diante do desejo “ser pai” e “ser mãe”; condições socioeconômicas e o desejo de abortar. Dessa forma, esse trabalho visa investigar a relação entre o planejamento familiar e o desejo do aborto na construção da parentalidade, isto é, de que maneira o desejo de aborto sombrearia o planejamento familiar e trazer a discussão para o campo da Bioética.

1.4 Aspectos bioéticos

Foram discorridos até aqui diversos fatores biológicos, psíquicos, culturais e sociais que devem ser considerados no estudo do comportamento. Diante desses complexos fatores e visando integrar tensões que ameaçam o ser, resultam-se as escolhas livres. Se as escolhas

fossem afetadas unicamente pela genética ou pelo inconsciente, ou seja, por um terceiro, a ética não haveria razão de existir.

O exercício da ética é um processo permanente de escolhas, de invocação ao discernimento. Através do pressuposto da escolha é que se pode avaliar eticamente uma atitude. Para a ética tradicional, na perspectiva do Personalismo (e.g. Elio Sgreccia, Jacques Marain, Emmanuel Mounier, Karol Woktyla – Papa João Paulo II), tem-se que o ser humano é plenamente capaz de escolher. É necessário um equilíbrio: reconhecer os condicionamentos humanos, considerando a liberdade humana.

O Personalismo é uma linha da bioética que parte da pessoa (*persona*) como ponto de partida, com finalidade no seu reconhecimento, de sua identidade e de sua essência. Esse reconhecimento tem como desdobramento o respeito à dignidade da pessoa humana. Esse modelo busca entender o homem em sua essência, em sua verdade, em sua natureza, em sua unidade, em sua totalidade. Além disso, procura ainda ser um “Personalismo realista”, já que procura olhar todos os aspectos da realidade, ou seja, a totalidade dos fatos envolvidos (36). O reconhecimento do ser, bem como sua dignidade são valores absolutos com respeito incondicional de sua inviolabilidade, que se articulam com os direitos humanos. Esta é a norma personalista. O Personalismo considera a liberdade humana na medida em que a pessoa é o único ser vivo capaz de refletir sobre si, de pensar na autonomia e autodeterminar-se. Também é o único capaz de duvidar e talvez até de se angustiar diante das escolhas, uma vez que nem todo comportamento humano é determinado geneticamente. O Personalismo vê a pessoa como uma unidade, com individualidade e dotada de um espírito. Com isso, cada pessoa tem o direito de viver sua relação com o mundo de modo original, exprimindo características livres e criativas, projetando linguagens (37).

Para o Personalismo, o “entrar em relação” emerge da análise da relação do indivíduo com as coisas e com a sociedade. A relação “eu-tu”, na ética da alteridade, é aquela que constitui e revela a pessoa. A primeira revelação do “ser no mundo” é a corporeidade da pessoa, o fundamento biológico da unicidade e da originalidade de cada pessoa. A genética, em particular, revela como o patrimônio genético de um indivíduo é ao mesmo tempo totalmente dependente dos códigos genéticos de seus pais, e também totalmente único e não se repete (37). O psiquismo, em especial o inconsciente é o que daria, em paralelo à unicidade e originalidade, a singularidade. A relevância desse paralelo se dá na medida em que se corre o risco do reducionismo biológico-genético.

Entretanto, o Personalismo difere do individualismo subjetivista, na proporção em que a pessoa vale pelo que é e não pelas escolhas que faz (37). Contudo, subjetivamente cada um é resultado das próprias escolhas.

A compreensão desse conceito nos faz perceber que essa entidade, criada na fecundação, é uma nova vida humana. Admitir que a vida tem início na fecundação é

considerar antiéticos procedimentos como o aborto e a experimentação com embriões. Toda vida humana tem o direito de ser vivida. Uma vez que não haja interrupção, o desenvolvimento de um embrião vai terminar no nascimento de um bebê, isto é, não termina nesse momento. Se a vida segue seu curso natural, esse bebê se torna criança, adolescente e adulto (37).

Nos casos de desejo de aborto, a autonomia da mãe é um importante item a ser considerado, no que se refere ao início da vida. A eticidade (condição de vir a ser ético) faz parte do desenvolvimento pleno da personalidade. Dentro desse raciocínio, o ser humano seria capaz de decidir sobre a vida e morte, como sujeito e não objeto de lei, ajustando-se continuamente às novas experiências. O ser humano seria parceiro e não vassalo de Deus (38). Uma solução seria ética, portanto, quando os valores a serem discutidos são homogêneos entre si.

Em confronto com uma vida humana, não se deve privilegiar a liberdade. É bom lembrar que o embrião não tem como fazer valer a sua autonomia, pois é vida humana em início (37). Além disso, a liberdade está em interface com a responsabilidade. É relevante a solicitação da mãe para pensar o aborto, pois ela está em vulnerabilidade elo cerceamento imposto à sua vontade de não levar a gestação a termo. Pela responsabilidade, há que se mencionar a necessidade de se obter o consentimento do pai do embrião para que o aborto se realize (38). Sendo assim, a mãe e o pai, devem se responsabilizar sobre aquela nova vida humana. A sociedade parece viver os dias de hoje inseridas em “meios de cultura” que procuram fazer com que somente um aspecto da vida seja considerado. Isso acontece no hedonismo (quando a maximização do prazer e a supressão da dor são valores absolutos, ou seja, quando a felicidade é um valor absoluto); no individualismo (quando o importante é a consideração das liberdades individuais, isto é, cada um deve fazer o que for melhor para si mesmo); e no utilitarismo (quando existe a busca pelo sucesso a qualquer custo, onde vale a relação custo-benefício) (37).

Todos almejam a felicidade com liberdade e sucesso. Dentro da “ética da liberdade”, tem-se que a decisão quanto à concepção de um novo ser passa basicamente pela vontade de seus pais. Dessa forma, não haveria uma “maternidade imposta”, valorando-se o desejo da mãe de abortar. Sempre houve a defesa, em várias culturas, da ética pela afetividade, de que o feto é prolongamento da mãe, que será autônomo a partir de certo momento (38). Entretanto, nenhuma dessas condições pode ser considerada absoluta, pois se assim fosse, seria algo fora da realidade. Isso porque a vida de toda pessoa contém também as precariedades traduzidas por sofrimento, fracassos, mal-estar. Deve-se viver enfrentando a realidade quando e como ela aparece. Ao considerar a pessoa como fundamento de um modelo ético, se enfrenta a realidade com precisão. Parte-se, então, de uma entidade de corpo e espírito, como parâmetro para ditar a prática da Bioética Personalista. Assim, a dignidade de todo ser humano é certamente respeitada (37).

Tudo isso comporta uma referência central aos valores humanos: “amor” e “vida” no matrimônio; liberdade e responsabilidade na profissão médica; a natureza e pessoa no âmbito da vida humana; a moral na medicina, uma vez que o aborto é uma intervenção (ou manipulação) na procriação (39).

Em relação à ética profissional, a questão é esta: faz parte da atividade lícita do médico? Além disso, o Personalismo de Sgreccia (1996) afirma que na relação médico-paciente deve haver pleno respeito às convicções culturais religiosas e à dignidade pessoal do paciente. A Igreja Católica por meio do Magistério e da reflexão teológica considera a procriação como um ato “pessoal”, um dom conjugal de corpo, coração e espírito, uma vez que não há sexualidade que não envolva o corpo, a psique e o espírito. A parentalidade deverá, portanto, ser uma doação de amor, de fidelidade, pessoal e mútua. Isso seria, consequentemente, o respeito recíproco do direito de se tornar pai e mãe somente por meio um do outro (39).

O Personalismo é baseado nos fundamentos cristãos/católicos. Embora traga elementos importantes referentes à escolha e questões do início da vida, é insuficiente nos novos arranjos familiares contemporâneos. Na prática haveria do ponto de vista ético, um novo tipo de família: a família pluriparental. Nesses novos arranjos familiares, pelo Personalismo, o direito exclusivo dos esposos de se tornarem pai e mãe somente um por meio do outro, é violado.

Para dar conta dessa pluralidade, teorias morais que se desenvolveram na história do pensamento ocidental e se tornaram a base para Beauchamp e Childress proporem uma nova teoria ética que contemple, segundo eles, não apenas princípios, mas especialmente a operacionalização/aplicação desses princípios às situações conflituosas no cotidiano da prática médica e das relações profissionais de saúde e seus pacientes (40). Os princípios da teoria principalista (beneficência, não maleficência, justiça e autonomia) ficaram tão difundidos que comumente são confundidos como princípios da Bioética. Entretanto, devido às condições de vulnerabilidade pessoal, social e legal acerca do aborto, a bioética principalista também se mostra inoperante nessa temática.

Desse modo, como pode haver uma parentalidade bem vivenciada em situações tão vulneráveis? O sistema é tão vulnerabilizador que não dá conta de proteger, nem social, legal ou psiquicamente. Propicia-se, então, uma condição existencial de não poder exercer as potencialidades (*capabilities*) para ter uma vida digna e de qualidade (41). A pesar de comumente veladas, são diversas as violências contra as mulheres: doméstica, sexual, obstétrica, psicológica, racial, sexual, simbólica. São situações que ocorrem no cotidiano, nas instituições públicas e nos relacionamentos mais celebrados (42).

Nesse contexto, a gestante vira um problema de saúde pública, com riscos cada vez maiores ou se tornar um produto de sucessivas desqualificações como sujeito. Como pensar

na autonomia, quando o sujeito que gesta/ engravidou alguém não da conta nem de si mesmo? Essa questão bioética pode ser complementada pela linha da Bioética de Proteçãoⁱ com o objetivo de descrever, compreender e concluir sobre conflitos dos que não têm capacidades para realizar a própria vida. Esse subconjunto da bioética é recente, resultado da modificação e adequação da bioética tradicional aos conflitos em saúde pública na América Latina. Essa região possui questões próprias, mas com interface nos problemas que se referem à humanidade e ao planeta como um todo, como a exclusão social – que infringe o princípio de justiça que infringe tanto o princípio da sacralidade da vida como o princípio da qualidade de vida (41).

Proteger, nesse contexto, significa dar as condições de vida que cada qual julgue necessárias para capacitá-lo na tomada de suas próprias decisões. A Bioética da Proteção se aplica pertinentemente para os que não podem se defender sozinhos ou agir autonomamente por alguma razão independente de sua vontade e suas capacidades. (41). Dessa forma, em algumas situações que culminam no aborto, a bioética da proteção pode ser utilizada para deliberação.

Com o objetivo de analisar a relação entre o planejamento familiar e o desejo do aborto na construção da parentalidade, a questão que norteia esse projeto é: o planejamento familiar possui uma relação significativa com a redução do desejo de aborto?

A estrutura desta dissertação é dividida em 2 artigos seções seguidas das considerações finais. O primeiro artigo contempla variáveis de desejo de aborto em relação ao gênero, idade e se pensou na condição socioeconômica. Dessa forma, aborda os aspectos sociodemográficos do perfil do desejo de aborto. O segundo artigo aborda o desejo de aborto, a reação ao anúncio da gestação e comprehende filhos como para caracterizar e refletir aspectos subjetivos dessa questão bioética que é o desejo de aborto.

2 Metodologia

Esta pesquisa é parte integrante de um projeto maior: Planejamento da Parentalidade no Contexto da Bioética (4). Nesse projeto é aplicado um instrumento “Planejamento da Parentalidade no Contexto da Bioética” - validado pelo grupo de pesquisa Teologia e Bioética (4). O instrumento é composto por 56 questões relacionadas ao planejamento familiar (anexo 1). Essas questões apresentam componentes que evidenciam os diferentes projetos de parentalidade - explícito, implícito, pós-fato e ausente, em pessoas que já tiveram filhos (4).

ⁱ A Bioética de Proteção foi proposta por Fermin Roland Schramm (http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/52).

Cada item pode ser respondido em uma escala de 0 a 4, no qual zero significa nulo; 2, fraco; 3, moderado; 4, forte; 5, muito forte; e NR, não responderam. Cada questão do instrumento foi precedida de uma ampla fundamentação teórica e depois testada, sendo devidamente validada por especialistas nas diferentes áreas, realizada por meio de Grupo Nominal, e aplicado – como projeto piloto – em uma amostra selecionada aleatoriamente de uma determinada população. A análise dos resultados obtidos referentes aos questionários aplicados foi realizada por meio do Coeficiente Alpha de Cronbach, que possibilitou a validação de sua consistência interna. O Coeficiente Alfa de Cronbach, cujo valor foi de 0,74, varia de 0 a 1 e, quanto mais elevada a contagem, maior a confiabilidade da escala. A análise da homogeneidade do teste indica se o teste mede um único traço ou se, ao contrário, mede traços diversos. O grau de homogeneidade é obtido pela medida de consistência interna (43).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR com Parecer n. 770.977 (anexo 2), de 27/08/2014, realizada pelo grupo de Pesquisa Parentalidade, composto por alunos de iniciação científica, mestrandos e doutorandos. Os questionários foram aplicados nas seguintes localidades do Estado do Paraná: Apucarana, Campo Mourão, Curitiba, Jacarezinho, Londrina, São José dos Pinhais e Toledo. A pesquisa fora realizada em encontros organizados por instituições religiosas, educacionais e sociais entre 2014 e 2017, sendo 45% em encontros no âmbito religioso, 35% em encontros com pais de alunos em escolas e 20% em espaços sociais, como clubes de mães e associações de moradores. No total foram respondidos 1.608 questionários válidos relacionados à gravidez do primeiro filho.

Trata-se de um estudo transversal exploratório-descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. A identificação da relação entre planejamento familiar e desejo de aborto é viabilizado, na medida em que, entre outros elementos, o instrumento aborda um possível desejo de aborto no primeiro e filho. Foram analisados dados que possam auxiliar na contextualização da questão de desejo de aborto a partir da pergunta 24 “Você chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho?”.

A análise de dados foi feita com apoio de software SPSS Statistics (versão 22.0). Inicialmente foi feita estatística descritiva com porcentagens e frequências, para a construção das tabelas. Em seguida, foi feita estatística analítica de correlação entre o desejo do aborto e demais variáveis qualitativas e quantitativas.

A partir do total de 1.608 questionários válidos relacionados à gravidez do primeiro filho, foi feita a análise de regressão múltipla. Essa análise de regressão é uma coleção de métodos para comparação de várias médias entre grupos diferentes. A variância amostral é partionada em diversos componentes devido a diferentes fatores (variáveis). Através desta partição, a regressão múltipla estuda a influência destes fatores na característica de interesse (“Chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho”). A técnica resulta num teste cuja hipótese nula é a igualdade das médias para a condições diferentes (variável

independente), ou seja, ocorre ao acaso. As suposições são de que a variável resposta (dependente) tem distribuição normal e as variâncias são iguais sob as diferentes condições.

No presente trabalho foi considerado como variável dependente o item “Chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” e independente, as demais questões do instrumento de pesquisa “Planejamento da Parentalidade no Contexto da Bioética”. Quando rejeitada a hipótese nula (igualdade das médias), tem-se que é menor a chance da relação de ter sido ao acaso (valor de p). Foram consideradas significativas as associações com valores de p menor ou igual a 5%. Essa triagem inicial foi realizada visando identificar os fatores presentes no questionário que exercem influência sobre o desejo do aborto.

A partir das variáveis obtidas pela análise de regressão múltipla foi aplicado o teste do Qui-quadrado visando identificar a associação entre “chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” com “planejou a gravidez do seu primeiro filho”, “identificação de gênero”; “avaliou as condições econômicas para cuidar do bebê” e “idade da primeira gravidez ou engravidou alguém pela primeira vez”. Essas foram as variáveis escolhidas para o primeiro artigo, como potenciais fatores de risco demográficos para o desejo de aborto. Para o segundo artigo, as variáveis utilizadas para a associação com “chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” foram “reação ao anúncio da gravidez do primeiro filho” e “compreende os filhos como”, visando estudar os aspectos subjetivos concernentes à pergunta norteadora.

O Qui-quadrado (χ^2), é um teste de hipóteses que verifica a dispersão para duas variáveis nominais, avaliando a associação existente entre variáveis qualitativas. O teste mostra se a frequência com que um determinado acontecimento observado, se desvia significativamente ou não da frequência com que ele é esperado. Realiza comparações da distribuição, entre diversos acontecimentos, em diferentes amostras, para avaliar se as proporções observadas destes eventos apresentam diferenças significativas, ou se as amostras diferem significativamente quanto as proporções desses acontecimentos. Esse teste não se aplica se 20% das observações forem inferiores a 5, bem como não pode haver frequências inferiores a 1.

A pergunta principal do instrumento “chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho, mesmo tendo planejado a gravidez do seu primeiro filho” foi ainda verificada com a análise de correlação de Spearman. Quanto mais próximo de 1 for o Coeficiente de Spearman, maior a correlação positiva existente entre as variáveis. Os valores negativos representam correlação inversa entre as variáveis. Foram considerados como significativos apenas as correlações com valores “ p ” maiores que (+/-) 0,05. Quando identificada a correlação por meio do “ p ”, os valores obtidos nos cruzamentos de dados foram comparados entre si por meio do teste de Qui-quadrado (χ^2), visando encontrar quais valores diferem de forma significativa. Foram considerados “ p = menor que 0,05.

Todos os testes estatísticos foram considerados estatisticamente significativos quando valor de p foi menor que 0,05.

Os dados de campo obtidos pelo grupo podem trazer, a respeito do desejo de aborto, a possibilidade de existência de alguma correlação entre o planejamento familiar e o desejo de aborto. Contudo, mesmo se houver correlação, ela não significa que pode ser de causa e efeito. A questão será discutida de maneira mais integral, pois o ser humano apresenta questões familiares, pessoais, psíquicas, sociais, entre outras. Sendo assim, a questão que norteia esse trabalho é: o planejamento familiar possui uma relação significativa com a redução do desejo de aborto?

3 ARTIGO 1

Fatores demográficos associados ao risco de desejo de aborto no contexto de planejamento familiar

Demographic factors associated with the risk of desire for abortion in the context of family planning

Factores demográficos asociados al riesgo de deseo de aborto en el contexto de planificación familiar

Resumo

Introdução: O tema do aborto é dilemático, engloba diversas questões e deve ser abordado e compreendido considerando seus múltiplos fatores. **Objetivo:** Discutir os fatores demográficos associados ao risco de desejo de aborto. **Metodologia:** Análise quantitativa e qualitativa dos dados coletados com instrumento de pesquisa “Planejamento da Parentalidade no Contexto da Bioética”. **Resultados:** Dos 1608 questionários avaliados, 4,5 % desejaram fortemente o aborto; 39,3% planejaram zero a gestação e destes, 51,4% desejaram fortemente o aborto; 37,4% planejaram fortemente a gestação e destes 33,8% desejaram fortemente o aborto. Os dados não corroboraram com associações entre desejo de aborto e questões econômicas, mas sim com gestação na adolescência. **Discussão:** muito se discute sobre os fatores de vulnerabilidade no aborto, contudo são poucos os estudos empíricos que identificam quais fatores de risco contribuem. **Considerações finais:** Essa reflexão contribui para o entendimento de alguns aspectos, sem, contudo, definir um perfil demográfico, posto

sua complexidade. Recomenda-se abordagem ampla, subjetiva e cautelosa quanto a conflitos gerados na parentalidade.

Palavras chave: aborto, gênero, idade, condições socioeconômicas

Abstract

Introduction: Abortion is a polemic subject - it encompasses several topics and must be approached and understood considering multiple factors. **Objective:** To discuss the demographic risk factors of the desire for abortion. **Methodology:** Quantitative and qualitative analysis of the collected data collected with the research tool "Parenthood Planning in the Context of Bioethics". **Results:** Among the 1608 questionnaires evaluated, 4.5% of them strongly desired abortion; 39.3% didn't plan pregnancy at all, among which 51.4% strongly desired abortion; 37.4% strongly planned pregnancy and among them 33.8% strongly desired abortion. The data did not corroborate associations between desire for abortion and economic issues, but it did with pregnancy in teenage. **Discussion:** much is discussed about vulnerability factors in abortion, however few empirical studies have identified which risk factors contribute for that. **Final considerations:** This reflection contributes to the understanding of some aspects, without, however, defining a demographic profile, given its complexity. It is recommended a broad, subjective and cautious approach to conflicts with origins in parenthood.

Keywords: abortion, gender, age, socioeconomic conditions

Resumen

Introducción: El tema del aborto es dilemático, engloba varias cuestiones y debe ser abordado y comprendido considerando sus múltiples factores. **Objetivo:** Discutir los factores de riesgo demográficos del deseo de aborto. **Metodología:** Análisis cuantitativo y cualitativo de los datos recolectados con instrumento de investigación "Planificación de la Parentalidad en el Contexto de la Bioética". **Resultados:** De los 1608 cuestionarios evaluados, el 4,5% deseó fuertemente el aborto; 39,3% planearon cero la gestación y de éstos, 51,4% desearon fuertemente el aborto; El 37,4% planificó fuertemente la gestación y de los 33,8% desearon fuertemente el aborto. Los datos no corroboraron con asociaciones entre deseo de aborto y cuestiones económicas, sino con gestación en la adolescencia. **Discusión:** mucho se discute sobre los factores de vulnerabilidad en el aborto, pero son pocos los estudios empíricos que identifican qué factores de riesgo contribuyen. **Consideraciones finales:** Esta reflexión contribuye al entendimiento de algunos aspectos, sin embargo, definir un perfil

demográfico, puesto su complejidad. Se recomienda un enfoque amplio, subjetivo y cauteloso en cuanto a conflictos generados en la parentalidad.

Palabras clave: aborto, socioeconómico, género, edad

3.1 Introdução

O planejamento familiar pode ser compreendido como um conjunto de ações que auxiliam as pessoas que pretendem ter filhos e também que preferem adiar o crescimento da família (1). Sua relação com o aborto se dá a partir da prevenção da gravidez indesejada (1). A redução dos casos de abortos intencionais corresponde a uma atitude ética de respeito à vida, que merece reconhecimento, na sua identidade e essência. Esse reconhecimento tem como desdobramento o respeito à dignidade da pessoa humana (2).

Todos têm direito a uma família, bem como constituí-la, e as mulheres têm o direito humano, de escolher se querem ter filhos e quando se tornarem grávidas (1). Sendo assim, a promoção de planejamento familiar, bem como o acesso ao método contraceptivo de preferência para mulheres e casais é essencial para garantir o bem-estar e autonomia das mesmas, além de promover a saúde e o desenvolvimento de comunidades (1). A ausência de um serviço de qualidade para a contracepção, de cuidados para a fertilização e informação para ajudar o planejamento familiar, a saúde e o bem-estar dos usuários dos serviços de saúde, são fatores que comprometem a qualidade da construção familiar de cada um.

O Planejamento familiar é um serviço de saúde assegurado pela Constituição Federal Brasileira (3), pela Lei n. 9.263 (4). Por ser oferecido pelo governo, facilmente pode ser relacionado ao controle de natalidade e controle populacional. Em contrapartida, o “planejamento da parentalidade”, também utilizado dentro do contexto de planejamento familiar, se relaciona com a questão de “ser pai” e “ser mãe”, pensando no afeto, na acolhida e cuidado dos filhos, ou seja, no desejo de ter filhos (2).

Uma questão que sempre foi importante, difícil e dilemática no planejamento familiar é a do aborto. Esse tema é extenso e sua abordagem é complexa, uma vez que várias questões são levantadas. A magnitude vai desde ao acesso à saúde e ao contexto legal, até alguns embates relacionados ao feto, à mãe e ao profissional. A Bioética mostra-se como importante ferramenta de debate devido sua interface entre várias disciplinas, bem como seus princípios, tais como proteção, dignidade, beneficência, sacralidade da vida, não-maleficência, autonomia, justiça e saúde global. A discussão deve ser colocada além do prisma reprodutivo, pois ao considerar dentro da construção da parentalidade há outro campo de reflexão. Nesse campo é promovido uma educação afetiva, melhor forma de educação sexual. Assim sendo,

aprende-se a sentir e a sentir melhor. Isso melhora a comunicação íntima do casal que, ao suportar mais os momentos de projeções mútuas, consegue se adequar para um exercício de uma ética privada e deliberar sobre suas angústias.

Estima-se que mundialmente ocorram 25 milhões de abortos clandestinos (45% de todos os abortos), sendo que 97% acontecem em países em desenvolvimento na América Latina, África e Ásia (5) . De acordo com Rebouças e Dutra (2011), uma legislação proibitiva em relação ao aborto nos países em desenvolvimento, não afeta a incidência, apenas as condições de segurança em que é realizado.

Segundo a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) de 2010, no Brasil urbano, ao final da vida reprodutiva (18-39 anos), mais de uma em cada cinco mulheres já fez aborto (6). Na PNA 2016, 13% das entrevistadas já fez ao menos um aborto (7). De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 do IBGE, em relação às mulheres de 18 a 49 anos de idade que tiveram aborto provocado na vida, este percentual foi 2,1%, variando de 1,0%, na Região Sul, a 3,0%, na Região Nordeste (8). Percebe-se que os dados são bastante divergentes, bem como a metodologia para a sua obtenção. Na PNA foi usada a técnica de urna com uma amostra de 2002 mulheres e na PNS foi entrevista face a face, com amostragem calculada de acordo com indicadores de interesse em três estágios (unidades, moradia, indivíduo), ou seja, apurados. Isso tudo certamente altera as estatísticas, com o risco de além de comumente serem lidas por um viés ideológico. É um tema bastante sensível e as pessoas podem responder de maneira evitativa para não afirmar que cometem algo que é ilegal. Isso pode dificultar ainda mais as pesquisas. A pesar dessa problematização das estatísticas do aborto, o aborto ocorre, é real.

Sabe-se que o planejamento familiar e da parentalidade possui como uma de suas funções evitar gravidez indesejada e, com isso, reduzir o número de abortos. Contudo, é escassa a literatura de estudos empíricos sobre o real papel do planejamento familiar e da parentalidade na prevenção do aborto, sendo necessário investimento em políticas de planejamento familiar que promovam o acesso aos serviços de saúde de qualidade e exercício de autonomia na capacidade de escolha do indivíduo quanto à constituição familiar.

Compreender mais profundamente a relação entre planejamento familiar e da parentalidade e aborto abre possibilidade de abordar um tema tão delicado e que é bastante presente e responsável por diversos comprometimentos à saúde da mulher, conflitos familiares, questões éticas e de legislação. Há pouca compreensão e diálogo nessa área, principalmente no que se refere ao âmbito da saúde. Assim sendo, abordar o “desejo de aborto” no contexto de planejamento da parentalidade exige um rigoroso critério ético, principalmente do profissional de saúde. Isso exige uma tomada de consciência dos processos que envolvem o psiquismo e a reprodução humana. Pensar as relações humanas culmina na moralidade e a competência de refletir essa moralidade faz surgir a ética (9). Nesse

sentido, o papel da Bioética ao campo de debate é pertinente e necessário, principalmente quando vinculada ao conceito de início da vida e sua moral (10).

Outra perspectiva importante do “desejo de aborto” se refere aos fatores de risco perinatais para transtornos psiquiátricos. Mcneil e colaboradores (2009) apontam que na literatura já se encontra a ligação entre fatores de risco perinatais e transtornos como a esquizofrenia, incluindo estresse psicossocial prenatal, tais como clima severo, invasão de exército estrangeiro, depressão durante o segundo trimestre, morte paterna e gravidez indesejada. Esta última pode, inclusive, significar uma das questões mais estressantes durante a gestação, aumentando risco de padecimento, principalmente se também houver risco genético (11).

Conclui-se que a magnitude do aborto é bastante ampla, peculiar e complexa. Portanto, esse estudo tem como objetivo discutir fatores demográficos relacionados ao desejo de aborto no contexto do planejamento familiar.

Indubitavelmente, o tema do aborto é extenso, sua abordagem é complexa e várias questões são levantadas. A hipótese desse estudo é que a relação entre planejamento familiar e redução do desejo do aborto também não é simétrica.

Com o objetivo de analisar a relação entre o planejamento familiar e o desejo do aborto na construção da parentalidade, a questão que norteia esse projeto é: o planejamento familiar possui uma relação significativa, de fato, com a redução do desejo de aborto?

3.2 Metodologia

Esta pesquisa é parte integrante de um projeto maior: Planejamento da Parentalidade no Contexto da Bioética (2). Nesse projeto é aplicado um instrumento de pesquisa - Planejamento da parentalidade no Contexto da Bioética - validado pelo grupo de pesquisa Teologia e Bioética (2). O instrumento é composto por 56 questões relacionadas ao planejamento familiar (anexo 1). Essas questões apresentam componentes que evidenciam os diferentes projetos de parentalidade - explícito, implícito, pós-fato e ausente, em pessoas que já tiveram filhos (2). Cada item pode ser respondido em uma escala de 0 a 4, no qual zero significa nulo; 2, fraco; 3, moderado; 4, forte; 5, muito forte; e NR, não responderam.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR com Parecer n. 770.977 (anexo 2), de 27/08/2014, realizada pelo grupo de Pesquisa Parentalidade. Os questionários foram aplicados nas seguintes localidades do Estado do Paraná: Apucarana, Campo Mourão, Curitiba, Jacarezinho, Londrina, São José dos Pinhais e Toledo. A pesquisa fora realizada em encontros organizados por instituições religiosas, educacionais e sociais entre 2014 e 2017. Desses encontros, 45% aconteceram em âmbito religioso, 35% em

encontros com pais de alunos em escolas e 20% em espaços sociais, como clubes de mães e associações de moradores. No total foram respondidos 1.608 questionários válidos relacionados à gravidez do primeiro filho.

Trata-se de um estudo transversal exploratório-descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. A identificação da relação entre planejamento familiar e desejo de aborto é viabilizado, na medida em que, entre outros elementos, o instrumento aborda um possível desejo de aborto no primeiro filho. Foram analisados dados que possam auxiliar na contextualização da questão de desejo de aborto a partir da pergunta 24 “Você chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho?”. As variáveis comparadas pelo qui-quadrado com “chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” foram: “planejou a gravidez do seu primeiro filho”; “identificação de gênero”; “avaliou as condições econômicas para cuidar do bebê- antes da gravidez do primeiro filho” e “idade da primeira gravidez ou engravidou alguém pela primeira vez”. Essas seriam as variáveis que poderiam indicar potenciais fatores de risco demográficos para o desejo de aborto.

A análise de dados foi feita com apoio de software SPSS Statistics (versão 22.0). Inicialmente foi feita estatística descritiva com porcentagens e frequências, para a construção das tabelas. Em seguida, foi feita estatística analítica de correlação entre o desejo do aborto e demais variáveis qualitativas e quantitativas. A comparação entre variáveis quantitativas foi feita através de análise de regressão, enquanto que as variáveis qualitativas foram comparadas usando o teste chi-quadrado. Associações entre as variáveis foram examinadas com o teste de correlação de Spearman. Todos os testes estatísticos foram considerados estatisticamente significativos quando valor de p foi menor que 0,05.

3.3 Resultados

A tabela 1 demonstra a porcentagem de entrevistados que desejam o aborto, sendo que 87,8% dos entrevistados não desejaram o aborto e 4,5% desejaram fortemente (Tabela 1). A partir dessa frequência, observa-se também que 11% respondeu que houve ao menos algum desejo de aborto.

Tabela 1: Frequência relativa percentual da variável “chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho”.

	Número (%)
Zero	1412 (87,8)
1	65 (4,8)
2	31 (1,9)

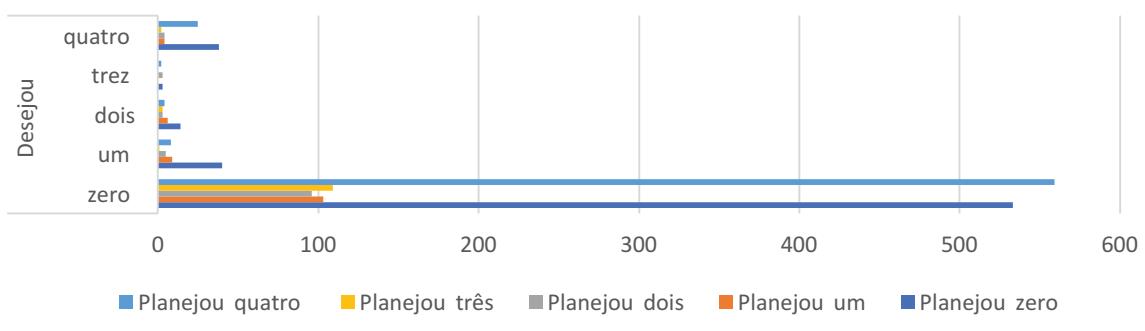
3	8 (0,5)
4	73 (4,5)
NR	18 (1,1)
Total	1.608 (100)

0 =nulo; 1 = muito pouco; 2= pouco; 3= moderado; 4= forte; 5= muito forte; NR = não responderam.

Na análise de regressão múltipla, a variável “chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” relacionou-se significativamente com “identificação de gênero” ($\beta = -0,11 \pm 0,051$; $p=0,032$); “idade da primeira gravidez ou engravidou alguém pela primeira vez” ($\beta = -0,069 \pm 0,029$; $p=0,017$); “avaliou as condições econômicas para cuidar do bebê - antes da gravidez do primeiro filho” ($\beta = -0,049 \pm 0,021$; $p=0,020$). Com a variável “planejou a gravidez do primeiro filho”, a relação não foi significativa ($\beta = 0,035 \pm 0,022$; $p=0,118$).

O teste do qui-quadrado com as variáveis “chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” e “planejou a gravidez do primeiro filho” foi significativa ($X^2 = 37.419$ e $p<0,000$), conforme o gráfico 1. Observa-se que 39,3% planejaram zero a gestação e destes, 51,4% desejaram fortemente o aborto; 37,4% planejaram fortemente a gestação e destes 33,8% desejaram fortemente o aborto. O número de pessoas que desejaram o aborto foi realmente maior dentre os que não tiveram nenhum planejamento. Entretanto, houve respostas positivas quanto ao desejo de aborto mesmo com o planejamento da gravidez, aparecendo em segundo lugar. Ainda com essas variáveis, na análise de correlação, ficou em segundo lugar a associação entre forte desejo de aborto e forte planejamento, atrás apenas dos que desejaram e não planejaram ($y=-0,69$ e $p=0,006$). O que poderia confirmar a hipótese do presente trabalho de que há forte desejo de aborto mesmo com o planejamento familiar exemplificado na Tabela 2.

Gráfico 1: Comparação entre as variáveis “Chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” e “Planejou a gravidez do seu primeiro filho”



0 =nulo; 1 = muito pouco; 2= pouco; 3= moderado; 4= forte; 5= muito forte.

Tabela 2. Comparação entre as variáveis “Chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” e “Planejou a gravidez do seu primeiro filho”.

Chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho	Planejou a gravidez do seu primeiro filho						
	Zero	1	2	3	4	NR	Total
Zero	533	103	96	109	559	12	1412
	37,7	7,3	6,8	7,7	39,6	0,8	100
1	40	9	5	1	8	2	65
	61,5	13,8	7,7	1,5	12,3	3,1	100
2	14	6	3	3	4	1	31
	45,2	19,4	9,7	9,7	12,9	3,2	100
3	3	0	3	0	2	0	8
	37,5	0	37,5	0	25	0	100
4	38	4	4	2	25	1	74
	51,4	5,4	5,4	2,7	33,8	1,4	100
NR	4	2	1	1	3	7	18
	22,2	11,1	5,6	5,6	16,7	38,9	100
Total	632	124	112	116	601	23	1608
	39,3	7,7	7	7,2	37,4	1,4	100

0 =nulo; 1 = muito pouco; 2= pouco; 3= moderado; 4= forte; 5= muito forte; NR = não responderam.

O teste do qui-quadrado com a variável “Identificação de gênero” não se mostrou significativo para o desejo de aborto ($p= 0,276$), embora na análise de regressão tenha sido significativo ($p=0,032$). Na amostra havia 74,2% de mulheres; 24,94% de homens; 0,75% NR (não responderam) e 0,4% responderam como “outro”.

O teste do qui-quadrado foi significativo para a variável “avaliou as condições econômicas para cuidar do bebê - antes da gravidez do primeiro filho” ($\chi^2=234,299$ e $p =0,000$). Evidenciou que, os que não avaliaram as condições foram os que desejaram mais o aborto (62,2%).

Tabela 3: Comparação entre as variáveis “Chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” e “Avaliou as condições econômicas para cuidar do bebê - antes da gravidez do primeiro filho”.

Chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho	Avaliou as condições econômicas para cuidar do bebê - antes da gravidez do primeiro filho						
	Zero	1	2	3	4	NR	Total

	(N, %)						
Zero	611	99	145	151	390	16	1412
	43,3	7	10,3	10,7	27,6	1,1	100
1	32	14	12	3	4	0	65
	49,2	21,5	18,5	4,6	6,2	0	100
2	12	5	9	2	1	2	31
	38,7	16,1	29	6,5	3,2	6,5	100
3	3	0	2	1	2	0	8
	37,5	0	25	12,5	25	0	100
4	46	2	5	8	12	1	74
	62,2	2,7	6,8	10,8	16,2	1,4	100
NR	6	1	1	1	2	7	18
	33,3	5,6	5,6	5,6	11,1	38,9	100
Total	710	121	174	166	411	26	1608
	44,2	7,5	10,8	10,3	25,6	1,6	100

0 =nulo; 1 = muito pouco; 2= pouco; 3= moderado; 4= forte; 5= muito forte; NR = não responderam.

Quanto à “idade da primeira gravidez ou engravidou alguém pela primeira vez”, percebe-se, através da análise pelo qui-quadrado, que houve diferença significativa ($p=0,000$ e do $X^2=79,884$), sendo o desejo de aborto maior quando a gestação ocorreu na adolescência, antes dos 15 anos (13%) e menor quando ocorreu entre 22 e 30 anos (91,9%), conforme a Tabela 4ⁱⁱ.

Tabela 4: Comparação entre as variáveis “Chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” e “Idade da primeira gravidez / ou engravidou alguém pela primeira vez”.

Chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho	Idade (anos) da primeira gravidez / ou engravidou alguém pela primeira vez						
	≤ 15	16 - 18	19 - 21	22- 30	≥ 31	NR	Total
zero	39	227	341	650	109	46	1412
	72,2	82,8	84,8	91,9	91,6	88,5	87,8
1	3	10	26	22	3	1	65
	5,6	3,6	6,5	3,1	2,5	1,9	4

ⁱⁱ Para a adequação dos dados ao teste do X^2 , foram agrupadas as idades em intervalos de 10 anos. Contudo, os dados são apresentados da forma com que foram coletados a fim de melhor compreensão.

	1	12	9	8	1	0	31	
	1,9	4,4	2,2	1,1	0,8	0	1,9	
2								
	3	2	0	3	0	0	8	
	5,6	0,7	0	0,4	0	0	0,5	
3								
	4	19	21	19	5	3	74	
	7							
	13	6,9	5,2	2,7	4,2	5,8	4,6	
4								
	NR	4	5	5	1	2	18	
	1,9	1,5	1,2	0,7	0,8	3,8	1,1	
NR								
	Total	54	274	402	707	119	52	1608
		100	100	100	100	100	100	100

0 =nulo; 1 = muito pouco; 2= pouco; 3= moderado; 4= forte; 5= muito forte; NR = não responderam.

3.4 Discussão

Uma primeira questão que deve ser levantada na discussão é que a pergunta do instrumento de parentalidade se referir ao desejo de aborto do primeiro filho. Dessa forma, entende-se que o aborto não se consumou, além de abrir a questão para o processo de se tornar pai e mãe, o que seria outra questão, pois se mistura com o rito de passagem para uma nova etapa de vida. Internalizar as representações culturais é um processo que leva à percepção da realização de ser mãe/pai, principalmente na primeira gestação e nascimento do primeiro filho. É uma evolução sofisticada de insight, aprendizagem e ressignificação. Em suma, trata-se da incorporação de uma nova categoria social que se estende no tempo e culmina com o reconhecimento de si próprio como mãe/ pai de uma criança (12).

Sobre a frequência do desejo de aborto, não há na literatura dados para discutir diretamente, o que revela o caráter inédito, e de certa forma enigmático, ao se abordar não o fato de aborto, mas desejá-lo. Apesar de haver uma extensa produção de aborto no Brasil, há uma escassez quando se refere a uma abrangência nacional (6). Essa carência é ainda maior com o tema de desejo de aborto.

No presente trabalho, 4,5% dos entrevistados responderam ter forte desejo de aborto do primeiro filho. Contudo, 11 % apresentou ao menos algum indício de desejo de aborto, ou seja, admitiram pensar em algo que é ilegal, uma vez que há o contexto restritivo da lei no país. Isso significa, então, que a pergunta se refere ao desejo de um crime e muitos

entrevistados podem ter evitado responder o que realmente desejaram na ocasião da gestação. Na literatura são descritas as dificuldades dos estudos sobre o aborto. Além do aspecto legal, evoca lembranças e reações emocionais envolvidas (13). Motta (2008) descreve em seu estudo que o silêncio era tão comum nas respostas, que ela percebeu ser uma demanda da pesquisadora e não das pesquisadas. A pergunta de desejo de aborto, mesmo que retrospectiva e de um aborto não consumado, é bastante rica, pois abre espaço para a fala e não simplesmente instiga a confissão de um crime. A questão sobre a legalidade foi inclusive considerada para a construção do instrumento de pesquisa utilizado nesse trabalho. Pensar em Bioética no Brasil varia desde o entendimento de que hajam de aspectos culturais onde se considere o aborto como método para evitar filhos, mas que pode haver também um refinamento planejamento familiar de planejar não ter filhos. Desejar o aborto dentro do contexto de planejamento familiar, portanto, é ir contra o acolhimento. Os filhos têm o direito de serem desejados, planejados e acolhidos. Importante ainda considerar que a pergunta se refere a uma gestação que foi a termo. A releitura no momento da resposta é sobre o sentimento passado, por exemplo, de 40 anos atrás, o que pode vir carregado de acúmulo de sentimentos experimentados na vida, após o nascimento.

Quanto ao gênero, no presente estudo não houve diferença estatística entre desejo de aborto entre homens e mulheres. Vale ressaltar que o fato de praticamente 75% dos entrevistados eram do sexo feminino, portanto, não sendo possível generalizar que homens e mulheres desejam o aborto de igual forma. Contudo, é observado na literatura, bem como observado na mídia, o interesse e atuação feminina no debate sobre a questão populacional, de saúde e reprodutiva, bem como estimulado o movimento de mulheres. As reflexões sobre o controle do corpo e da sexualidade - "nossa corpos nos pertence" - deram origem ao movimento feminista. No Brasil, por exemplo, a partir do início da década de 80 surgiram muitos grupos de mulheres cujo principal objetivo dar uma outra perspectiva para o tratamento da saúde reprodutiva, tanto em relação ao conteúdo e à forma, quanto ao tipo de serviço disponível (14).

Outro aspecto importante é a histórica desigualdade de gênero e o reconhecimento dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais das mulheres. A maternidade foi, e, em alguma medida, segue sendo, uma identidade forçada das mulheres, o que compromete a autonomia e autodeterminação sobre seus próprios corpos, que passaram a ser regulados por todos: Estado, sociedade e Igreja (15).

Em 2017, a ONU iniciou o movimento chamado "She decides" e está com atuação no Brasil desde abril de 2018 com a campanha 'Ela Decide Seu Presente e Seu Futuro'(5) (16). Esses movimentos promovem a autodeterminação da mulher para sua vida sexual, afetiva, casamento e sobre ter filhos. A linha de raciocínio é que a maternidade deve ser voluntária, segura, socialmente amparada e prazerosa. Há que se destacar, entretanto, que esta

definição de direitos reprodutivos não menciona o trabalho da parentalidade, do cuidado, que recai, como mencionado, especialmente sobre a mulher (15). Tudo isso acaba por trazer mais ainda a responsabilidade para a mulher em vez de chamar o outro progenitor para o cuidado como corresponsável. Comumente é reforçada a ideia de que o cuidado pelo filho é prerrogativa da mulher, demonstrando o quanto é difícil a responsabilidade diante da escolha de ser pai/mãe. A responsabilidade está associada ao sentimento de medo, com isso os homens podem querer evitar a responsabilidade de ser pai. As mulheres podem tender a culpabilizar os homens pelo excesso de trabalho que carregam com a maternidade e ainda com sentimento de decepção ao esperar que os companheiros “a salvem” desse momento delicado e passível de ser vulnerável que é a gestação. Tem-se, portanto, que planejar a parentalidade é um refinamento no processo reprodutivo. É como um convite para que ambos exerçam, com tranquilidade, a autonomia, liberdade e responsabilidade.

Em relação ao resultado da presente pesquisa para a variável “avaliou as condições econômicas para cuidar do bebê - antes da gravidez do primeiro filho”, a falta de avaliação da condição econômica foi significativa para forte desejo de aborto (62,2%), os que avaliaram muito as condições, foram os que menos desejaram o aborto (27,6%). Essa fenômeno observado demonstra a linearidade clássica, que até foi slogan de uma polêmica campanha municipal: “Só tenha os filhos que puder criar” (17). Uma questão interessante é que, diferente da maioria dos estudos, a população entrevistada não era de tão baixa renda – paróquias, escolas e espaços sociais. Na literatura tem-se que as mulheres, ao se tornarem mães, limitam a sua capacidade de trabalhar. A literatura é clara ao apontar que se exerce, contra a mulher-mãe, uma violência de “ordem patrimonial” que a priva de conseguir suprir suas necessidades básicas e as de seus filhos (15).

Segundo Naara Luna, houve mudanças nas acepções do termo parentalidade com a legalização do aborto em vários países. Entretanto, quando a mulher decide abortar, a questão pode ir mais além das condições socioeconômicas e a explicação também é atribuída à insatisfação com o que se espera do genitor (18).

A questão socioeconômica possui diversos aspectos. Quando associada com a parentalidade e a questão de gênero, encontra-se na literatura a expressão “feminização planetária da pobreza”, demonstrada por feministas radicais (19). Dessa forma, pensar nas condições econômicas e a relação disso com o desejo de aborto não ocorre de maneira tão simples no sentido de criar o filho, e sim no contexto social mais complexo para aquela que está gestando (19). Afinal, a condição socioeconômica está atrelada a um status social, e a relação com o dinheiro na sociedade tem se transformado cada vez mais em tabu.

Em um estudo que tipifica o aborto em tolerável, recusável e recomendável, a “falta de condições para criar a criança” ou a falta de “alguém que vá assumir a criança” foram justificativas para a aceitação do aborto, pois comprometeria a legitimidade de querer um filho

(20). Além disso, esse estudo aponta sobre o significado do aborto, que seria a interrupção de um projeto (20).

A decisão de aborto é o ponto final de extensa deliberação, mas não se pode esquecer que houve um encontro entre um homem e uma mulher e uma negociação (20). Há que se levar a sério as histórias dos sujeitos que vivem o dilema do aborto. Há uma variedade de situações, muitas vezes tão comuns nesses encontros como amores frustrados, seduções e desilusões que podem preceder a decisão (21). Segundo Bauman, atualmente as noites isoladas com o nome de “fazer amor” tornaram-se mais comum do que a busca para sofisticar a vivência desse sentimento (22). Há ainda a contradição, que é dimensão integrante no desejo do aborto (18).

Essas diversas facetas em relação aos aspectos socioeconômicos releva o quanto é importante para a saúde pública refletir sobre questões de vulnerabilidade e os riscos reprodutivos (23). Encontrou-se associação entre baixa renda familiar e malformações fetais, gravidez antes dos 15 anos e HIV. Renda familiar mais elevada foi associada à idade materna acima de 35 anos, translucência nucal alterada, ginecopatias e abortamento habitual (23). Dessa forma, pode-se inferir que as condições socioeconômicas estão associadas com algumas características dos descendentes (23).

Carvalho e Paes (2014) também pontuam sobre possíveis difíceis circunstâncias vivenciadas no momento da decisão reprodutiva, muitas vezes atravessado por baixas condições socioeconômicas, baixa perspectiva de melhora e baixa escolaridade. Os jovens seriam mais vulneráveis devido ao agravante de relações instáveis e de violência. É uma dissociação familiar por completo (24).

O desejo de aborto, associado com a questão econômica, poderia também encontrar significado na ideia de ser um dilema “entre moralidade prescrita e qualidade de vida a oferecer” (25). Ou seja, a gestante entra em conflito sobre uma conduta moralmente aceita e seguir com um projeto que sabe que não dará conta, tanto por questões materiais quanto psicológicas (24). Entretanto, um questionamento se faz necessário nesse momento: o que é condição socioeconômica, ou melhor, qual o local exato do dinheiro? A reflexão constante com o trabalho de educação dos filhos também é um combustível para muitas elaborações acerca do processo de amadurecimento. É o que dá a possibilidade de produção, reinvenção, significação. Um filho pode dar forças e colocar em curso sua necessária evolução dentro da parentalidade.

Ainda no âmbito social, Rothman (1993) responsabiliza o atual estilo de vida americanizado, onde as famílias são cada vez menores e as crianças tornam-se “itens de luxo”, bastante onerosas, apesar de prazerosas. Mesmo que as mulheres se martirizem para atender os filhos, isso não seria o bastante (26). Uma saída para esse conflito seria o conceito de “mãe suficientemente boa” de Winnicott (1965), em que se elenca as reais exigências

ambientais mínimas necessárias para o desenvolvimento infantil (27). Isso é fundamental para a transmissão da falta, uma vez que não se pode tudo.

Na presente pesquisa, quanto à análise da idade, evidenciou-se maior desejo de aborto quando a idade da gestação ocorreu na adolescência. Os artigos encontrados relacionados à idade se referiam à gestação na adolescência, consequentemente indesejada. Esse não foi o foco principal da pesquisa de campo. Contudo, alguns impasses merecem ser discutidos.

Seixas de Sousa et al (2013) trazem a preocupação do quanto as adolescentes estariam engravidando cada vez mais cedo. Isso expõe a riscos maiores de complicações devido à imaturidade emocional e anatômica do seu corpo. Além disso, há exposição a fatores de risco obstétricos, falta de pré-natal e condições socioeconômicas precárias. A jovem comumente apresenta evasão escolar e comprometimento, pelo menos inicial, na entrada no mercado de trabalho (28).

No Brasil, a 5^a causa de morte entre adolescentes, ou 6% do total de óbitos entre jovens, decorrem de aborto ou complicações no parto. É estimado que diariamente 140 adolescentes abortam e que a cada 17 minutos uma jovem se torna mãe (29). Aliás, o número de aborto induzido na adolescência, segundo é de 72,5% e 78% na idade de 17 a 19 anos (30). Esses dados mostram como os adolescentes estão em maior vulnerabilidade, além de serem atingidos pelo processo de globalização que gera muitas incertezas (24).

Ainda em relação à idade, um artigo de Robles (2015) observou algumas diferenças centrais. O grupo mais vulnerável de fato seriam as adolescentes, com demanda de intervenções específicas por parte das políticas públicas, uma vez que o risco pode ser expresso como “maternidade de risco”, posto a imaturidade nas relações objetais (31). Para mulheres mais velhas, ou que já tinham filhos, no caso de gravidez indesejada, houve uma certa legitimação religiosa (“Deus quis assim!”) e isso associada a aportes morais e sentimento de pertença a uma comunidade, acompanharia a recusa pelo aborto (32).

3.5 Considerações finais

Não há uma clareza sobre a demografia do aborto principalmente ao contexto legal e subnotificação. Contudo, a presente pesquisa mostra que há uma tendência de maior desejo de aborto em quem menos planejou a gestação, embora presente significativamente nos que a planejaram, nos que não avaliaram as condições econômicas para cuidar do bebê antes da gravidez do primeiro filho e quando a gestação foi na adolescência. As estatísticas variam e comumente são lidas por um viés ideológico. É um tema bastante sensível e as pessoas podem responder de maneira evitativa. Isso pode dificultar ainda mais as pesquisas.

Posto isso, a pesar de que pensar e desejar o aborto em si não seja um conflito Bioético propriamente dito, abre possibilidade de se estudar mais a fundo as origens do conflito maior tão presente e ao mesmo tempo tão perigoso que é o aborto. Além disso, traçar esse panorama é importante para se aprimorar a abordagem das incertezas e vulnerabilidades dos que estão aguardando um filho. As desigualdades sociais interferem nos indicadores de saúde materna e isso pode ter consequências que reforçam ainda mais o panorama social. Com isso, pode-se identificar, acolher e manejar os fatores de risco durante o pré-natal, bem como orientações sobre o risco reprodutivo para a população. Isso pede uma abordagem para além de um sanitarismo. O conceito de vulnerabilidade também é de extremo valor para pensar o tema de aborto dentro da bioética.

Há que se pensar numa rede multiprofissional com bom conceito de alteridade, pois julgamentos e reprovações morais são contraproducentes. Pensar no desejo de aborto como parte da ambivalência e vulnerabilidade permite uma ação em direção de compreender como as experiências da gestação são vividas, promover acolhimento e segurança nessa questão difícil da vida reprodutiva. As políticas públicas devem abranger a todos e ainda com consideração no âmbito de cada indivíduo poder exercer a sua ética privada. Obviamente, sem prescindir do fato de se estar inserido numa dinâmica política.

Dessa maneira, ao perceber se avaliou as condições econômicas, a idade da gestação, como é o desejo - de ter um filho ou desejo de “não filho” - trará indícios para a tomada de decisão do profissional que faz o atendimento. Os profissionais, atravessados pela bioética e sensibilizados com suas ferramentas, poderão compreender melhor com o que estão lidando.

Referências

1. World Health Organization. WHO. Family planning/Contraception [Internet]. [acesso em 15 jul 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/family-planning-contraception>
2. Sanches MA, Krum JC, Rigoni MF, Sato ES, Santos RB. Planejamento da parentalidade no contexto da bioética. Curitiba: Pucpress; 2015. p. 26.
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [acesso em 17 jun 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
4. Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. [Internet]. Lei do Planejamento Familiar. Diário Oficial da União, 15 jan; 1996 [acesso em 17 jun 2018] . p. 561. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm
5. Organização Mundial da Saúde. OMS. Cerca de 25 milhões de abortos não seguros

- ocorrem a cada ano em todo o mundo [Internet]. 2017 [acesso em 6 ago 2018]. Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5508:cerca-de-25-milhoes-de-abortos-nao-seguros-ocorrem-a-cada-ano-em-todo-o-mundo&Itemid=820
6. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. Cien Saude Colet [Internet]. junho de 2010 [acesso em 27 jun 2018];15(suppl 1):959–66. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700002&lng=pt&tlang=pt
 7. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa nacional de aborto 2016. Cienc e Saúde Coletiva [Internet]. 2017 [citado 29 de setembro de 2018];22(2):653–60. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0653.pdf>
 8. Brasil. Pesquisa nacional de saúde 2013. Ciclos de vida. IBGE [Internet]. IBGE. 2015 [citado 30 de setembro de 2018]. Available at: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>
 9. Sanches MA. Bioética - ciência e transcendência : uma perspectiva teológica. 22. ed. São Paulo: Loyola; 2004. p.9. 135p.
 10. Boemer MR, Mariutti MG. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. Rev da Esc Enferm da USP. 2003;37(2):59–71.
 11. McNeil TF, Schubert EW, Cantor-Graae E, Brossner M, Schubert P, Henriksson KM. Unwanted pregnancy as a risk factor for offspring schizophrenia-spectrum and affective disorders in adulthood: a prospective high-risk study. Psychol Med [Internet]. 2009 [acesso em 17 jun 2018];39(06):957–65. Disponível em: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291708004479
 12. Souza HR. “Tornar-se mãe” [Internet]. Vol. 15, Civitas. Porto Alegre; 2015 [acesso em 20 jun 2018]. p. 342–9. Disponível em:
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17957/13408>
 13. Motta F de M. Sonoro silêncio: por uma história etnográfica do aborto. Rev Estud Fem [Internet]. 2 de maio de 2008 [acesso em 17 jun 2018];16(2):681–90. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2008000200024/8805>
 14. Corral T. Dilemas do debate populacional. Rev Estud Fem [Internet]. 1993 [acesso em 11 de jul 2018];(2):394–9. Disponível em:
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16071/14606>
 15. Mattar LD, Diniz CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. Interface- Comun Saúde Educ

- [Internet]. 2012 [acesso em 11 jul 2018];16(40):107–19. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0212.pdf>
16. ONUBR. Ela decide seu presente e seu futuro [Internet]. Nações Unidas no Brasil. 2018 [acesso em 6 ago 2018]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/campanha-ela-decide-promove-direitos-sexuais-e-reprodutivos-de-mulheres-no-brasil/>
17. Hernandez L. Campanha com o slogan “Só tenha os filhos que puder criar” gera polêmica em Quaraí, Rio Grande do Sul. G1 [Internet]. G1 Rio Grande do Sul RBS TV. 2018 [acesso em 12 julho 2018]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/campanha-com-o-slogan-so-tenha-os-filhos-que-puder-criar-gera-polemica-em-quarai.ghtml>
18. Luna N. Tirar o aborto da sombra. A condição fetal: uma sociologia do engendramento e do aborto. Rev Estud Fem [Internet]. 2007 [acesso em 17 jun 2018];15(1):249–52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2007000100016&lng=pt&tlng=pt
19. Santos LRS. Feminismo: aporte político, teórico e prático para transformações civilizatorias. Estud Fem. 2015;23(3):1038–40.
20. Leal OF. “Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!” Cienc e Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [acesso em 17 jun 2018];17(7):1689–97. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/07.pdf>
21. Fonseca C. Mães “abandonantes”: fragmentos de uma história silenciada. Rev Estud Fem [Internet]. 2012 [acesso em 17 jun 2018];20(1):13–32. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2012000100002/21848>
22. Bauman Z. Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Zahar; 2004.
23. Xavier RB, Jannotti CB, Silva KS da, Martins A de C. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. Cienc e Saúde Coletiva [Internet]. 2013 [acesso em 2 jul 2018];18(4):1161–71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/29.pdf>
24. Carvalho SM, Paes GO. As experiências de mulheres jovens no processo do aborto clandestino – uma abordagem sociológica. Saúde e Soc [Internet]. 2014 [acesso em 17 jun 2018];23(2):548–57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0548.pdf>
25. Pedrosa IL, Garcia TR. “Não vou esquecer nunca!”: a experiência feminina com o abortamento induzido. Rev Lat Am Enfermagem. 2000;8(6):50–8.
26. Rothman BK. Ilusões de escolha: experimentando testes pré-natais. Rev Estud Fem

- [Internet]. 2016 [acesso em 19 jun 2018];24(1):119–32. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/44276/31685>
27. Gabbard GO. Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. 41 p.
 28. Sousa AS de, Andrade A do N, Sousa HGL, Quental OB de, Sobreira MV da S, Soares KA. Obstetric complications in adolescents from a maternity hospital. J Nurs UFPE line [Internet]. 2013 [acesso em 21 jul 2018];7(4):1167–73. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11594/13626>
 29. Rede Nacional Feminista de Saúde DS e DR– RF de S. Adolescentes saúde sexual saúde reprodutiva: dossiê [Internet]. Acessoria em Comunicação, organizador. 2004 [acesso em 4 ago 2018]. 20 p. Disponível em: www.redesaude.org.br/dossies/html/dossieassimetriasraciais.html
 30. Brasil. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde - Departamento de Ciência e Tecnologia; 2009.
 31. Robles AF. Régulations en santé materno-infantile en milieu populaire à partir de la notion de risque. Anthropol Santé [Internet]. 2014 [acesso em 26 jun 2018];(9). Disponível em: <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/1525#entries>
 32. Robles AF. Regulações do corpo e da parentalidade durante o pré-natal em mulheres jovens de camadas populares. Civ - Rev Ciências Sociais [Internet]. 2015 [acesso em 26 jul 2018];15(2):190–213. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17985/13389>

4 ARTIGO 2

Aspectos subjetivos associados ao desejo de aborto no contexto de planejamento familiar

Subjective aspects associated with the desire for abortion in the context of family planning

Aspectos subjetivos asociados al deseo de aborto en el contexto de planificación familiar

Resumo

Introdução: o tema do aborto suscita divergências, com discussões acirradas e conclusões precipitadas. Contudo, há importante fatores subjetivos envolvidos. **Objetivo:** analisar aspectos subjetivos associados ao desejo de aborto. **Metodologia:** análise quantitativa e

qualitativa dos dados coletados com instrumento de pesquisa "planejamento da parentalidade no contexto da bioética". **Resultados:** dos 1608 questionários avaliados, 4,5 % desejaram fortemente o aborto; 39,3% planejaram zero a gestação e destes, 51,4% desejaram fortemente o aborto; 37,4% planejaram fortemente a gestação e destes 33,8% desejaram fortemente o aborto. Mesmo quando o filho era compreendido como "benção de deus" 64,9% desejaram fortemente o aborto. **Discussão:** diferencia-se o ideal e real da gestação, bem como o desejo de aborto, desejo de abortar e execução. A liquidez presente nas relações pede reflexão bioética, uma vez que há insaciadade para satisfazer o desejo e a responsabilidade por escolhas. **Considerações finais:** contemplar esse tema durante o planejamento da parentalidade é sofisticado, pois a autonomia está atrelada à responsabilidade sob pena de se ferir a dignidade da vida.

Palavras chave: aborto, psicologia, psicanálise, bioética.

Abstract

Introduction: The topic abortion raises disagreements, heated discussions and hasty conclusions. However, there are important subjective factors involved. **Objective:** to analyze subjective aspects associated with the desire for abortion. **Methodology:** quantitative and qualitative analysis of the data collected with a research tool "planning of parenting in the context of bioethics". **Results:** among the 1608 questionnaires evaluated, 4.5% of them strongly desired abortion; 39.3% of them didn't plan pregnancy at all, and among these, 51.4% strongly desired abortion; 37.4% strongly planned pregnancy and among these, 33.8% strongly desired abortion. Even when the child was taken as "God's blessing", 64.9% of them strongly desired abortion. **Discussion:** it differentiates the ideal from the real on pregnancy, as well as the desire for abortion, desire to abort, and actually doing it. The liquidity present in relationships asks for bioethical reflection, since there is an insatiable desire for satisfaction and the responsibility for choices. **Final considerations:** contemplating this topic during the planning of parenting is sophisticated, since autonomy is linked to responsibility under penalty of harming the dignity of life.

Keywords: abortion, psychology, psychoanalysis, bioethics

Resumen

Introducción: el tema del aborto suscita divergencias, con discusiones agudas y conclusiones precipitadas. Sin embargo, hay importantes factores subjetivos involucrados. **Objetivo:** analizar aspectos subjetivos asociados al deseo de aborto. **Metodología:** análisis cuantitativo y cualitativo de los datos colectados con instrumento de investigación "planificación de la parentalidad en el contexto de la bioética". **Resultados:** de los 1608

cuestionarios evaluados, el 4,5% deseó fuertemente el aborto; 39,3% planearon cero la gestación y de éstos, 51,4% desearon fuertemente el aborto; El 37,4% planificó fuertemente la gestación y de los 33,8% desearon fuertemente el aborto. Incluso cuando el hijo era entendido como "bendición de dios" el 64,9% deseó fuertemente el aborto. **Discusión:** se diferencia el ideal y real de la gestación, así como el deseo de aborto, deseo de abortar y ejecución. La liquidez presente en las relaciones pide reflexión bioética, ya que hay insaciedad para satisfacer el deseo y la responsabilidad por elecciones. **Consideraciones finales:** contemplar ese tema durante la planificación de la parentalidad es sofisticado, pues la autonomía está ligada a la responsabilidad so pena de herir la dignidad de la vida.

Palabras clave: aborto, psicología, psicoanálisis, bioética

4.1 Introdução

Este estudo refere-se ao tema da parentalidade em um recorte que relaciona o planejamento familiar e os aspectos subjetivos do desejo de abortar. Mais propriamente sobre a angústia presente nesse momento importante da vida que é o da vinda de um primeiro filho.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (World Health Organization- WHO), o planejamento familiar está diretamente relacionado com a questão do aborto, pois permite espaçar as gestações e a contracepção, prevenindo gravidez indesejada, além de ajudar a reduzir a necessidade de abortos inseguros (1).

O Planejamento Familiar é um serviço de saúde assegurado pela Constituição Federal Brasileira (2), e também pela Lei n. 9.263 (3). Por ser oferecido pelo governo, facilmente pode ser relacionado ao controle de natalidade e controle populacional. Em contrapartida, o “planejamento da parentalidade”, também utilizado dentro do contexto de planejamento familiar, se relaciona com a preparação de “ser pai/ mãe”, no desejo de ter filhos (4).

A visão sobre o tema acerca de parentalidade responsável é importante, principalmente no que se refere à qualidade do acolhimento e vida de filhos planejados (ou não) (4). Parentalidade é um processo em que o sujeito se dispõe para se tornar pai e mãe. Além do instinto biológico, é uma competência associada ao desejo, uma vocação. É necessário haver uma relação de troca mútua envolvendo os pais e deles com a criança e o mundo (4).

Parentalidade está associada ao modo como as pessoas vivem suas vidas, bem como a relação com os contextos sociais e comunitários. O projeto parental constitui, portanto, a instância supra-individual de pré-confirmação da criança a nascer: o engajamento dos genitores é condição para singularizá-la e inscrevê-la plenamente no mundo. Portanto, há que se situar nos contextos de projeto de vida de cada um, o projeto de parentalidade.

O estudo das configurações familiares sobre o planejamento de parentalidade mostrou-se insuficiente para indicar a existência ou não de um projeto de parentalidade desejado e aceito, não desejado e aceito, desejado e não aceito ou não desejado e não aceito, pelas pessoas que já tiveram filhos (5). Isso evidencia que podem haver outros aspectos envolvidos no que se refere ao tornar-se pai-mãe, ao desejo pela gestação.

Na sociedade atual, com a pluralização dos modelos familiares, os projetos de parentalidade também se diversificam, entretanto, obrigatoriamente apresentam uma característica ética diferenciada, pois exigem conscientização e percepção dos processos que envolvem a reprodução humana (4). Ter filhos sem nenhum projeto de parentalidade explícito ou implícito, é um conflito bioético, pois está relacionado com o aborto, sendo que, de acordo com Sanches (2015), 30% dos partos são abortados (4). Há um progresso coletivo quando se desvela a parentalidade como uma proposta de vida, pois, de modo geral, um filho desejado e planejado com responsabilidade, tem maior possibilidade de ser acolhido com alegria, criado com respeito e sem violência (4). Há, contudo, algumas particularidades necessárias atualmente, para que os filhos nasçam desejados (mesmo se não planejados), pais devem estar preparados, principalmente quanto ao desejo de ser pais.

A responsabilidade que urge nesse processo se refere eticamente, não aos que desejam não ter filhos, mas aos que os geram sem se acautelar do que é ser pais (5). Além disso, tem-se dessa forma também, uma das principais atuações do planejamento familiar: atuação no aborto, pois, teoricamente, melhor acesso ao planejamento familiar significa menor incidência de gravidezes indesejadas (1).

O aborto é citado desde a antiguidade e permanentemente levantando questões religiosas, legais, morais e éticas. Etimologicamente, vem de *ab* (privação) e *ortus* (nascimento): privação do nascimento (6).

Sobre a magnitude do aborto provocado, Diniz e Medeiros concluem que “o aborto é tão comum no Brasil que, ao completar quarenta anos, mais de uma em cada cinco mulheres já o fizeram” (7). Antropologicamente, percebe-se um outro sentido além da contracepção, com interesses econômicos e políticos de cada época. Por exemplo, em algumas tribos da América do Sul, o aborto acontecia relacionado à maternidade, sendo que todas as mulheres grávidas de seu primeiro filho abortavam com o intuito de facilitar o parto do segundo filho (8).

Desejar o aborto tem causa multifatorial, como a presença ou não do parceiro, idade, religião, condições de moradia, desejo ou não de ter o filho, fatores socioeconômicos, distância do marido, entre outros (9).

Além desses fatores externos, há as questões da subjetividade que devem ser estudadas. “Tornar-se pai” ou “tornar-se mãe” depende muito mais da história individual de cada um dos pais e de uma lógica do desejo do que de um modelo de família nuclear tradicional, como no passado, haja vista a pluralização dos modelos familiares atuais (10). O

desejo de ter um filho reatualiza as fantasias da própria infância e do tipo de cuidado parental que os futuros pais puderam ter. Assim, o processo de filiação se inicia antes do nascimento do bebê, a partir da transmissão consciente e inconsciente da história infantil dos pais, de seus conflitos inconscientes, da relação com seus próprios pais, que povoam a representação sobre a parentalidade (10). Essa transmissão se faz tanto no sentido positivo, para a ressignificação da própria história; como negativo, com ambiguidade, recuo diante do desejo de ter um filho, com ideias rejeição, desejo, tentativas e atos de aborto consolidado.

Com o objetivo de analisar a relação entre o planejamento familiar e o desejo do aborto na construção da parentalidade, a reflexão que norteia esse trabalho é: analisar os aspectos subjetivos do desejo de aborto a fim de pensar aperfeiçoamento no planejamento familiar de forma acolhedora, com escuta qualificada e possibilitando ressignificações.

Esse estudo se justifica, portanto, na medida em que a frequência de aborto é significativa, o tema possui diversas peculiaridades e de extrema complexidade. Propõe-se a pensar a abordagem no planejamento familiar. A literatura sobre o desejo de aborto é escassa, bem como de que desejo se estaria falando.

4.2 Metodologia

Esta pesquisa é parte integrante de um projeto maior: Planejamento da Parentalidade no Contexto da Bioética (4). Nesse projeto é aplicado um instrumento de pesquisa - Planejamento da parentalidade no Contexto da Bioética - validado pelo grupo de pesquisa Teologia e Bioética (4). O instrumento é composto por 56 questões relacionadas ao planejamento familiar (anexo 1). Essas questões apresentam componentes que evidenciam os diferentes projetos de parentalidade - explícito, implícito, pós-fato e ausente, em pessoas que já tiveram filhos (4). Cada item pode ser respondido em uma escala de 0 a 4, no qual zero significa nulo; 2, fraco; 3, moderado; 4, forte; 5, muito forte; e NR, não responderam.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR com Parecer n. 770.977 (anexo 2), de 27/08/2014, realizada pelo grupo de Pesquisa Parentalidade. Os questionários foram aplicados nas seguintes localidades do Estado do Paraná: Apucarana, Campo Mourão, Curitiba, Jacarezinho, Londrina, São José dos Pinhais e Toledo. A pesquisa fora realizada em encontros organizados por instituições religiosas, educacionais e sociais entre 2014 e 2017. Desses encontros, 45% aconteceram em âmbito religioso, 35% em encontros com pais de alunos em escolas e 20% em espaços sociais, como clubes de mães e associações de moradores. No total foram respondidos 1.608 questionários válidos relacionados à gravidez do primeiro filho.

Trata-se de um estudo transversal exploratório-descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. A identificação da relação entre planejamento familiar e desejo de aborto é

viabilizado, na medida em que, entre outros elementos, o instrumento aborda um possível desejo de aborto no primeiro filho. Foram analisados dados que possam auxiliar na contextualização da questão de desejo de aborto a partir da pergunta 24 “Você chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho?”. As variáveis utilizadas para o estudo foram “chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho”, “planejou a gravidez do seu primeiro filho”, “identificação de gênero”, “reação ao anúncio da gravidez do primeiro filho” e “compreende os filhos como”. Dessa forma, visando estudar os aspectos subjetivos concernentes à pergunta norteadora.

A análise de dados foi feita com apoio de software SPSS Statistics (versão 22.0). Inicialmente foi feita estatística descritiva com porcentagens e frequências, para a construção das tabelas. Em seguida, foi feita estatística analítica de correlação entre o desejo do aborto e demais variáveis qualitativas e quantitativas. A comparação entre variáveis quantitativas foi feita através de análise de regressão, enquanto que as variáveis qualitativas foram comparadas usando o teste chi-quadrado. Associações entre as variáveis foram examinadas com o teste de correlação de Spearman. Todos os testes estatísticos foram considerados estatisticamente significativos quando valor de p foi menor que 0,05.

4.3 Resultados

A tabela 1 demonstra a porcentagem de entrevistados que desejam o aborto, sendo que 87,8% dos entrevistados não desejaram o aborto e 4,5% desejaram fortemente (Tabela 1). A partir dessa frequência, observa-se também que 11% respondeu que houve ao menos algum desejo de aborto.

Tabela 1: Frequência relativa percentual da variável “chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho”.

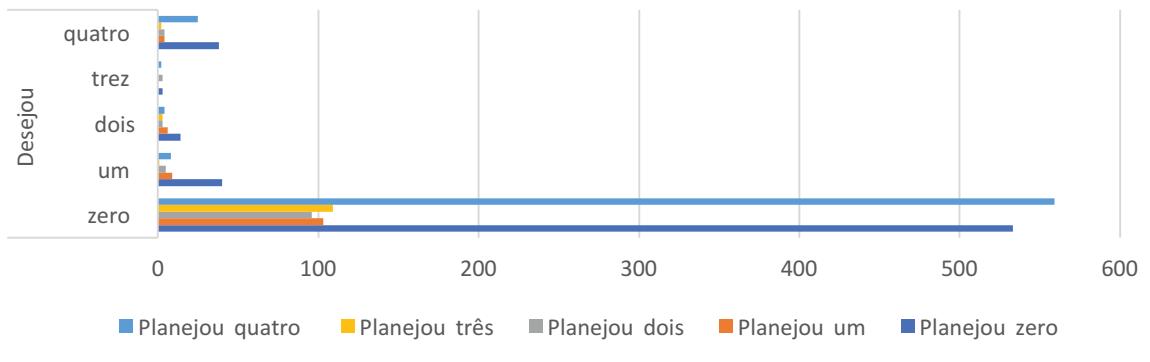
	Número (%)
Zero	1412 (87,8)
1	65 (4,8)
2	31 (1,9)
3	8 (0,5)
4	73 (4,5)
NR	18 (1,1)
Total	1.608 (100)

0 =nulo; 1 = muito pouco; 2= pouco; 3= moderado; 4= forte; 5= muito forte; NR = não responderam.

Na análise de regressão múltipla, a variável “chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” relacionou-se significativamente com “gênero” ($\beta = -,11 \pm 0,051$; $p=0,032$); “reação ao anúncio da gravidez do primeiro filho” ($\beta = -,068 \pm 0,025$; $p=0,006$); “compreende filhos como” ($\beta = -,199 \pm 0,038$; $p=0,000$). Com a variável “planejou a gravidez do primeiro filho”, a relação não foi significativa ($\beta = 0,035 \pm 0,022$; $p=0,118$).

O teste do qui-quadrado com as variáveis “chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” e “planejou a gravidez do primeiro filho” foi significativa ($X^2 = 37.419$ e $p<0,000$), conforme o gráfico 1. Observa-se que 39,3% planejaram zero a gestação e destes, 51,4% desejaram fortemente o aborto; 37,4% planejaram fortemente a gestação e destes 33,8% desejaram fortemente o aborto. O número de pessoas que desejaram o aborto foi realmente maior dentre os que não tiveram nenhum planejamento. Entretanto, houve respostas positivas quanto ao desejo de aborto mesmo com o planejamento da gravidez, aparecendo em segundo lugar. Ainda com essas variáveis, na análise de correlação, ficou em segundo lugar a associação entre forte desejo de aborto e forte planejamento, atrás apenas dos que desejaram e não planejaram ($y=-0,69$ e $p=0,006$). O que poderia confirmar a hipótese do presente trabalho de que há forte desejo de aborto mesmo com o planejamento familiar exemplificado na Tabela 2.

Gráfico 1: Comparação entre as variáveis “Chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” e “Planejou a gravidez do seu primeiro filho”



0 =nulo; 1 = muito pouco; 2= pouco; 3= moderado; 4= forte; 5= muito forte.

Tabela 2. Comparação entre as variáveis “Chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” e “Planejou a gravidez do seu primeiro filho”.

Planejou a gravidez do seu primeiro filho

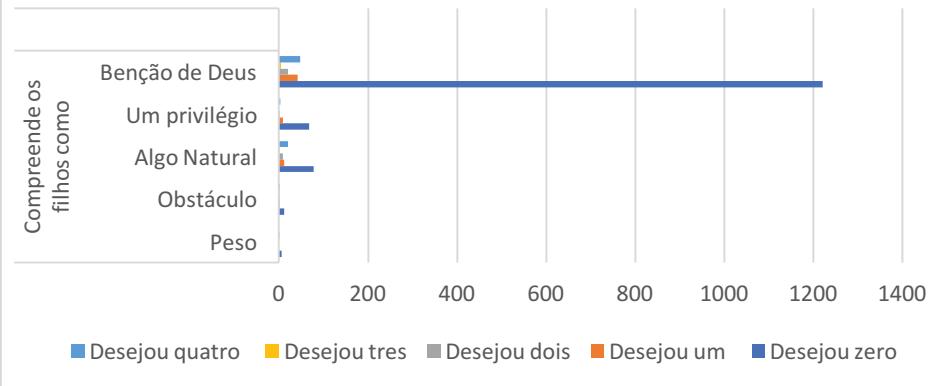
Chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho	Zero (N,)	1	2	3	4	NR	Total
Zero	533 37,7	103 7,3	96 6,8	109 7,7	559 39,6	12 0,8	1412 100
1	40 61,5	9 13,8	5 7,7	1 1,5	8 12,3	2 3,1	65 100
2	14 45,2	6 19,4	3 9,7	3 9,7	4 12,9	1 3,2	31 100
3	3 37,5	0 0	3 37,5	0 0	2 25	0 0	8 100
4	38 51,4	4 5,4	4 5,4	2 2,7	25 33,8	1 1,4	74 100
NR	4 22,2	2 11,1	1 5,6	1 5,6	3 16,7	7 38,9	18 100
Total	632 39,3	124 7,7	112 7	116 7,2	601 37,4	23 1,4	1608 100

0 =nulo; 1 = muito pouco; 2= pouco; 3= moderado; 4= forte; 5= muito forte; NR = não responderam.

O teste do qui-quadrado com a variável “Identificação de gênero” não se mostrou significativo para o desejo de aborto ($p= 0,276$), embora na análise de regressão tenha sido significativo ($p=0,032$). Na amostra havia 74,2% de mulheres; 24,94% de homens; 0,75% NR (não responderam) e 0,4% responderam como “outro”.

Para as variáveis “chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” e “compreende os filhos como”, o qui-quadrado mostra que compreender como “benção de Deus” apresentou maior número de respostas geral (84% das respostas) e também maiores índices de desejar menos aborto (86,4%) e ao mesmo tempo, de desejar mais aborto (64,9%). Outro destaque seria o fato dos que compreenderam como “peso”, não apresentou nenhuma resposta de forte desejo de aborto, como pode ser visto no Gráfico 2: $x^2= 142,367$ e $p=0,00$.

Gráfico 2: Comparação entre as variáveis “Chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” e “Compreende os filhos como”



0 =nulo; 1 = muito pouco; 2= pouco; 3= moderado; 4= forte; 5= muito forte.

O teste do qui-quadrado com as variáveis “chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho” e “reação no anúncio da gravidez do primeiro filho”, não apresentou diferença quanto ao forte desejo de aborto e o tipo de reação: revolta, preocupação, surpresa, aceitação ou alegria. O desejo de aborto, portanto, foi independente da reação ao anúncio da gestação.

Por outro lado, além da reação positiva de alegria (92,5%), a surpresa e aceitação tiveram maiores índices de pouco desejo de aborto, com 88,8% e 79,0%, respectivamente ($\chi^2 = 107,055$ e $p=0,000$).

4.4 Discussão

Sobre a frequência do desejo de aborto, não há na literatura dados para discutir diretamente, o que revela o caráter inédito, e de certa forma enigmático, ao se abordar não o fato de aborto em si, mas desejá-lo. Apesar de haver uma extensa produção bibliográfica sobre aborto no Brasil, há uma escassez quando se refere a uma abrangência nacional (7). Essa carência é ainda maior com desdobramentos do tema, como o desejo de aborto.

No presente trabalho, 4,5% dos entrevistados responderam ter forte desejo de aborto do primeiro filho. Contudo, 11 % apresentou ao menos algum indício de desejo de aborto, ou seja, admitiram pensar em algo que é ilegal, uma vez que há o contexto restritivo da lei no país. Isso significa, então, que a pergunta se refere ao desejo de um crime e muitos entrevistados podem ter evitado responder o que realmente desejaram na ocasião da gestação. Na literatura são descritas as dificuldades dos estudos sobre o aborto (11).

Quanto ao gênero, no presente estudo não houve diferença estatística entre desejo de aborto entre homens e mulheres. Vale ressaltar que o fato de que praticamente 75% dos entrevistados eram do sexo feminino, portanto, não é possível generalizar que homens e mulheres desejam o aborto de igual forma. Aliás, provavelmente o modo de compreensão é bastante diferente para cada gênero, pois se trata, para a mulher, de uma experiência corporal propriamente dita, e, para o homem, não.

Foi positiva a associação de desejo de aborto, mesmo quando houve o planejamento familiar. Ressalte-se para melhor discussão desse item que a pergunta do Instrumento de parentalidade se referiu ao desejo de aborto do primeiro filho. Portanto, o aborto não se consumou.

Abre-se, assim, a reflexão para o processo de se tornar pai e mãe, o que seria outro prisma, pois se mistura com o rito de passagem para uma nova etapa de vida. Há que se questionar se o desejo seria realmente de aborto, pois desejar, na perspectiva de Lacan (1999), é sempre desejar outra coisa (12).

Como essa pesquisa é sobre o planejamento familiar, tem-se que isso é pela via do ideal. Idealiza-se a gestação (homens e mulheres), mas quando a gestação ocorre, algo atravessa o sujeito e esse algo é entre o ideal e o real. É, portanto, uma situação de urgência. Às vezes, uma sensação da qual se quer se livrar rapidamente, aí traduzida talvez como o desejo de aborto. O “desejo de aborto” pode ser um nome dado ao mal-estar real da gestação. Diferente de desejo de abortar propriamente dito.

Explica-se: com a variável de “compreende os filhos como”, o fato da maioria ter respondido como benção de Deus (84%) traz também que a porcentagem de maior e menor desejo de aborto esteve associado com essa resposta. Não há dados consistentes na literatura para se comparar esse dado. Em meio ao silêncio em torno desse tema, pesquisá-lo é muito árduo, haja vista poucas fontes históricas, bem como aspectos da memória afetiva. Contudo, pode-se discutir a partir desse item, como é o desejo pela gestação, até porque o estudo se dá sobre a ideia de uma gestação planejada. O que será que ocorre com esse desejo? Ao planejar, entra-se em contato inicialmente com um desejo de ter um filho. O desejo é uma tendência a se proporcionar uma emoção já imaginada, é a vontade natural do prazer. Interpretar o desejo é por si só subjetivo (13).

A partir da variável “reação ao anúncio da gravidez”, não influenciou significativamente o desejo de aborto. Com isso há que se refletir outros caminhos, abrindo uma brecha sobre a condição real de ter o “pedido atendido”. De acordo com Motta (2008), em pesquisa qualitativa, houve respostas indignadas de mulheres respondendo sobre o aborto: “Deus me livre, matar um filho é pecado!” Outra atitude foi pesarosa: – “Pra quê? Pra quê?”. Às vezes as participantes da pesquisa se mostravam revoltadas diante da impossibilidade de planejamento: “Eu não queria, às vezes eu ficava até com raiva dele” (do marido). Quase

sempre a gravidez era vista como uma fatalidade, filho seria algo que Deus manda e a mulher se resigna (11).

Inicia-se, portanto, um processo atravessado pelo real e levantamentos de conflitos emocionais. Para a mulher, há a sensação de frutificação muito maior que para o homem. Este pode não suportar ver uma mulher grávida, imaginando uma altivez e independência (14). Essa posição pode ser ainda sustentada pela gestante como uma defesa, posto a situação vulnerabilidade por todo o processo gestacional. Essa vulnerabilidade pode ser considerada a partir de várias modificações corporais que fazem com que ela não queira estar muito próxima do parceiro, como o aumento de peso, estrias, inchaço. Ou seja, comprometimento do feminino, sentindo-se menos desejável. Dessa forma, os homens podem se sentir angustiados pelo real da gestação, uma vez que se sentem esquecidos, na sombra da gestação (14). Para a mulher, nessa vulnerabilidade, há resignação.

Internalizar as representações culturais nesse rito de passagem é um processo que leva à percepção da realização de ser mãe/pai, principalmente na primeira gestação e nascimento do primeiro filho. É uma evolução sofisticada de *insight*, aprendizagem e ressignificação. Trata-se da incorporação de uma nova categoria social que se estende no tempo e culmina com o reconhecimento de si próprio como mãe/ pai de uma criança (15).

Há que se considerar o quanto distante estão as realidades entre desejar o aborto, desejar abortar e executá-lo, afinal existe um mal-estar ao qual se deve nomear. Se persistente, segue o processo de transformação do impulso volitivo em movimento corpóreo (16). O desejo de aborto, portanto, não é necessariamente a negação da parentalidade.

No que se refere ao mal-estar no real da gestação, há elementos da subjetividade que estão atrelados à parentalidade planejada que podem vir à tona, propiciando dúvidas a respeito da continuidade da gestação. Para abordagem desses aspectos subjetivos, a orientação psicanalítica traz elementos úteis para a reflexão. O termo *acting out*, cunhado por Freud (1914), se refere ao fato do sujeito atuar, ao invés de recordar e falar (colocar em palavras) sobre sua angústia. Jacques Lacan, no Seminário da Angústia (1962-3), colabora ao apontar mais sutilezas do *acting out* e passagem ao ato, considerando quadros clínicos distintos. O momento da passagem ao ato é o do embaraço maior do sujeito, com o acréscimo comportamental da emoção como distúrbio do movimento. É então que, do lugar da cena em que se encontra, ele precipita e despenca fora da cena (17). Sendo assim, o *acting out* seria “se colocar na cena para o Outro” (18), porém de forma velada para o próprio sujeito, na medida em que isso fala, que poderia ser verdade, que pode se tratar de uma demanda velada de ajuda. O desejo passivo de aborto, ou já de forma mais elaborada, o desejo de abortar, podem ainda vir acompanhados de algumas manifestações e comportamentos que sinalizam um apelo. Alguns exemplos seriam golpes aplicados no próprio ventre, pulos de alturas variadas, o hábito de carregar peso, provocação de vômitos e diarreias.

A “passagem ao ato” propriamente dita seria uma saída dessa cena que não deixa mais lugar à interpretação, não deixa mais lugar à palavra, ao deslizamento na cadeia de palavras para a elaboração. No caso desse estudo, a “passagem ao ato” seria ao aborto executado. Na passagem ao ato existe uma rejeição dessa cena e rejeição de qualquer apelo ao Outro. Ambos, contudo, são respostas à angústia (19).

Estudando mais ainda a questão do desejo de aborto, mesmo com o planejamento familiar, tem-se algo que é exclusivo da espécie humana: a dúvida e a decisão. Se há um desejo de aborto, que em ato pode ser até um suicídio, uma pulsão de morte; antes houve uma pulsão de vida, um instinto sexual para a propagação da espécie. Contudo, pode-se inferir que algo escapa e entra em “curto-circuito” no que se refere ao processo volitivo da parentalidade e desejo de ser pai/mãe e depois desejar não ser.

Além disso, é muito comum uma pessoa lutar por algo e se desinteressar assim que o obtém, esse fenômeno, que aliás atualmente é exacerbado, é traduzido como “modernidade líquida” (20). Isso revela que nada que alguém possa querer é suficiente para satisfazer o desejo. Para a psicanálise, querer está relacionado com aquilo que vai pela via do ideal, com uma garantia pelo que se planejou. O desejo, por outro lado, fugiria a qualquer tentativa de explicação e é fora do sentido. Parece algo ligado de modo igualmente interno à própria manifestação do desejo, é a essência do ser humano (13). O desejo implica, portanto, muita responsabilidade para saber como articular aquilo que se deseja com o mundo (21).

A gestação no contexto cultural brasileiro ainda é preponderantemente da alcada da mulher, que está em situação de precariedade financeira e consequentemente assistencial, ou seja, está em situação de vulnerabilidade aumentada. Só esse cenário já seria suficiente para trazer à tona o desejo de abortar. Não é difícil inferir o conflito e sofrimento pelo qual passa a gestante que então precisa encontrar acolhimento e compreensão.

4.5 Considerações finais

Com o que foi exposto até o momento, tem-se que a relação de aborto, planejamento familiar e parentalidade não possui uma linearidade simples, requer um enfoque para melhor situar: o que é “ser pai/mãe”, o espaço de acolhida, afeto e cuidado com os filhos, o recuo diante do desejo “ser pai/mãe”, desejo de se livrar de um mal-estar causado pelo real da gestação e o desejo de abortar e executá-lo. Dessa forma, esse trabalho investigou alguns aspectos subjetivos no planejamento familiar e na construção da parentalidade. Foi

considerado de que maneira a angústia nomeada “desejo de aborto” sombrearia o planejamento familiar.

O aborto é um problema de saúde pública. Essa é uma afirmação de sanitaristas, feministas, gestores e ministros de Estado no Brasil. A principal força contrária é moral, uma sobreposição de crenças religiosas e filosóficas à ordem jurídica democrática. Com esse trabalho, pretende-se oferecer subsídios em relação à base da questão. Trata-se de indivíduos que passam pelo processo da parentalidade com seus anseios e desejos, e suas limitações. O tema do aborto muitas vezes é tratado com alarde e sem a devida reflexão íntima, necessária para o exercício da ética privada, sem prescindir do fato de estar dentro de toda uma dinâmica política

A liquidez, a volatilidade e a inconcretude presentes nas relações podem ser objeto de reflexão do ponto de vista bioético uma vez que está implicada na mesma medida a inapetência para o ser responsável por escolhas. Com isso é bastante sofisticado pensar um planejamento de parentalidade, pois a autonomia, a liberdade de autodeterminar-se, está atrelada inseparavelmente da responsabilidade sob pena de se ferir a dignidade da vida.

Os esforços argumentativos devem estar na produção de evidências científicas que demonstrem as diversas esferas envolvidas. Poderia se pensar em uma prática nova, pois cabe lembrar que os profissionais da saúde são os primeiros que tocam cada ser que nasce e ter consciência dessa responsabilidade. Uma equipe multidisciplinar para além da saúde, como psicologia, serviço social, sociologia, policiais e medicina. Esses profissionais, atravessados pela bioética e sensibilizados com suas ferramentas, poderão compreender melhor com o que estão lidando. Através de abordagem subjetiva e também com pesquisas sobre o tema para o feminino e masculino, seria possível repensar as leis e programas de assistência para o exercício da parentalidade responsável.

Referências

1. World Health Organization. WHO. Family planning/Contraception [Internet]. [acesso em 15 jul 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/family-planning-contraception>
2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [acesso em 17 jun 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
3. Brasil. Lei n° 9.263, de 12 de janeiro de 1996. [Internet]. Lei do Planejamento Familiar. Diário Oficial da União, 15 jan; 1996 [acesso em 17 jun 2018] . p. 561. Disponível em:

- http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm
4. Sanches MA, Krum JC, Rigoni MF, Sato ES, Santos RB. Planejamento da parentalidade no contexto da bioética. Curitiba: Pucpress; 2015. p. 26
 5. Sanches MA, Simão-Silva DP. Planejamento familiar: do que estamos falando? Rev bioét [Internet]. 2016 [acesso em 17 jun 2018];24(1):73–82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241108>
 6. Cáceres AP. Dilemas éticos y jurídicos a propósito del aborto en Chile. (Spanish). Rev Latinoam [Internet]. 2014 [acesso em 20 jul 2018];38:1–18. Disponível em: <http://polis.revues.org/10329>
 7. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. Cien Saude Colet [Internet]. jun 2010 [acesso em 27 jun 2018];15(suppl 1):959–66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700002&lng=pt&tlang=pt
 8. Rebouças MSS, Dutra EM do S. Não nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto. Psicol em Estud. 2011;16(3):419–28.
 9. Boemer MR, Mariutti MG. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. Rev da Esc Enferm da USP. 2003;37(2):59–71.
 10. Zornig SMA. Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. Tempo Psicanalítico. 2010;42(2):453–70.
 11. Motta F de M. Sonoro silêncio: por uma história etnográfica do aborto. Rev Estud Fem [Internet]. 2 de maio de 2008 [acesso em 17 jun 2018];16(2):681–90. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2008000200024/8805>
 12. Lacan J. O seminário, livro 5: as formações do inconsciente. 1957-1958. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999.
 13. Lacan J. O seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação. 1958-1959. Rio de Janeiro: Zahar; 2016. p. 16-17.
 14. Forbes J. Você quer o que deseja? 9. ed. Rio de Janeiro: BestSeller; 2012. p.5.
 15. Souza HR. “Tornar-se mãe” [Internet]. V. 15, Civitas. Porto Alegre; 2015 [acesso em 20 jun 2018]. p. 342–9. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17957/13408>
 16. Jaspers K. Psicopatologia geral: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia. São Paulo: Atheneu; 1987. p.139. 146 p.
 17. Lacan J. O seminário, livro 10: a angústia. 1962-1963. Rio de Janeiro: Zahar; 2004. 129p.
 18. Freud S. Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise II). Rio de Janeiro: Imago; 1980. p.191-203.
 19. Ewerton A. Passagem ao ato e acting out: breves considerações. Esc Bras Psicanálise

- Deleg do Maranhão [Internet]. 2016 [acesso em 17 jul 2018];1. Disponível em: <http://iteracao.com.br/revista/passagem-ao-ato-e-acting-out-breves-consideracoes/>
- 20. Bauman Z. Modernidade líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
- 21. Forbes J. Inconsciente e responsabilidade: psicanálise do século XXI. Barueri: Manole; 2012.

5 Considerações finais

O aborto é um problema de saúde pública. Essa é uma afirmação de sanitaristas, feministas, gestores e ministros de Estado no Brasil. A principal força contrária é moral, uma sobreposição de crenças religiosas e filosóficas à ordem jurídica democrática. Posto isso, a pesar de que pensar e desejar o aborto em si não seja um conflito Bioético propriamente dito, abre possibilidade de se estudar mais a fundo as origens do conflito maior tão presente e ao mesmo tempo tão perigoso que é o aborto. Além disso, traçar esse panorama é importante para se aprimorar a abordagem das incertezas e vulnerabilidades dos que estão aguardando um filho. As desigualdades sociais interferem nos indicadores de saúde materna e isso pode ter consequências que reforçam ainda mais o panorama social. Com isso, pode-se identificar, acolher e manejar os fatores de risco durante o pré-natal, bem como orientações sobre o risco reprodutivo para a população. Isso pede uma abordagem para além de um sanitari smo. O conceito de vulnerabilidade também é de extremo valor para pensar o tema de aborto dentro da bioética.

Não há uma clareza sobre a demografia do aborto principalmente ao contexto legal e subnotificação. Contudo, a presente pesquisa mostra que há uma tendência de maior desejo de aborto em quem menos planejou a gestação, embora presente significativamente nos que a planejaram, nos que não avaliaram as condições econômicas para cuidar do bebê antes da gravidez do primeiro filho e quando a gestação foi na adolescência. É um tema bastante sensível e as pessoas podem responder de maneira evitativa. Isso pode dificultar ainda mais as pesquisas.

Com o que foi exposto até o momento, tem-se que a relação de aborto, planejamento familiar e parentalidade não possui uma linearidade simples, requer um enfoque para melhor situar: o que é “ser pai/mãe”, o espaço de acolhida, afeto e cuidado com os filhos, o recuo diante do desejo “ser pai/mãe”, desejo de se livrar de um mal-estar causado pelo real da gestação e o desejo de abortar e executá-lo. Dessa forma, esse trabalho investigou aspectos demográficos e subjetivos no planejamento familiar e na construção da parentalidade. Foi

considerado de que maneira a angústia nomeada “desejo de aborto” sombrearia o planejamento familiar. Com esse trabalho, pretende-se oferecer subsídios em relação à base da questão. Trata-se de indivíduos que passam pelo processo da parentalidade com seus anseios e desejos, e suas limitações. O tema do aborto muitas vezes é tratado com alarde e sem a devida reflexão íntima, necessária para o exercício da ética privada, sem prescindir do fato de estar dentro de toda uma dinâmica política, sem prescindir do fato de estar dentro de toda uma dinâmica política.

A liquidez, a volatilidade e a inconcretude presentes nas relações podem ser objeto de reflexão do ponto de vista bioético uma vez que está implicada na mesma medida a inapetência para o ser responsável por escolhas. Com isso é bastante sofisticado pensar um planejamento de parentalidade, pois a autonomia, a liberdade de autodeterminar-se, está atrelada inseparavelmente da responsabilidade sob pena de se ferir a dignidade da vida.

Os esforços argumentativos devem estar na produção de evidências científicas que demonstrem as diversas esferas envolvidas. Poderia se pensar em uma prática nova, pois cabe lembrar que os profissionais da saúde são os primeiros que tocam cada ser que nasce e ter consciência dessa responsabilidade. Há que se pensar numa rede multiprofissional com bom conceito de alteridade, pois julgamentos e reprovações morais são contraproducentes.

Pensar no desejo de aborto como parte da ambivalência e vulnerabilidade permite uma ação em direção de compreender como as experiências da gestação são vividas, promover acolhimento e segurança nessa questão difícil da vida reprodutiva. Dessa maneira, ao perceber se avaliou as condições econômicas, a idade da gestação, como comprehende o filho, como tem reagido, como é o desejo - de ter um filho ou desejo de “não filho” trará indícios para a tomada de decisão do profissional que faz o atendimento. Os profissionais, atravessados pela bioética e sensibilizados com uma escuta qualificada para compreender exatamente do que se está falando. Através de abordagem subjetiva e também com pesquisas sobre o tema para o feminino e masculino, seria possível repensar as leis e programas de assistência para o exercício da parentalidade responsável.

Referências

1. World Health Organization. WHO. Family planning/Contraception [Internet]. [acesso em 15 jul 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/family-planning-contraception>
2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [acesso em 17 jun 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

3. Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. [Internet]. Lei do Planejamento Familiar. Diário Oficial da União, 15 jan; 1996 [acesso em 17 jun 2018] . p. 561. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm
4. Sanches MA, Krum JC, Rigoni MF, Sato ES, Santos RB. Planejamento da parentalidade no contexto da bioética. Curitiba: Pucpress; 2015. 26 p.
5. Organização Mundial da Saúde. OMS. Cerca de 25 milhões de abortos não seguros ocorrem a cada ano em todo o mundo [Internet]. 2017 [acesso em 6 ago 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5508:cerca-de-25-milhoes-de-abortos-nao-seguros-ocorrem-a-cada-ano-em-todo-o-mundo&Itemid=820
6. Rebouças MSS, Dutra EM do S. Não nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto. Psicol em Estud. 2011;16(3):419–28.
7. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. Cien Saude Colet [Internet]. junho de 2010 [acesso em 27 jun 2018];15(suppl 1):959–66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700002&lng=pt&tlang=pt
8. McNeil TF, Schubert EW, Cantor-Graae E, Brossner M, Schubert P, Henriksson KM. Unwanted pregnancy as a risk factor for offspring schizophrenia-spectrum and affective disorders in adulthood: a prospective high-risk study. Psychol Med [Internet]. 2009 [acesso em 17 jun 2018];39(06):957–65. Disponível em: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291708004479
9. Sanches MA. Bioética - ciência e transcendência : uma perspectiva teológica. 22. ed. São Paulo: Loyola; 2004. p.9. 135p.
10. Boemer MR, Mariutti MG. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. Rev da Esc Enferm da USP. 2003;37(2):59–71.
11. Del Piori MLM. A Árvore e o fruto: um breve ensaio histórico sobre o aborto [Internet]. Revista Bioética. 1993 [acesso em 10 set 2017]. 2:1–8. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/442/325
12. Freud S. Luto e melancolia. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 14. Rio de Janeiro: Imago; 1974.
13. Souza HR. “Tornar-se mãe” [Internet]. Vol. 15, Civitas. Porto Alegre; 2015 [acesso em 20 jun 2018]. p. 342–9. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17957/13408>
14. Hernandez L. Campanha com o slogan “Só tenha os filhos que puder criar” gera polêmica em Quaraí, Rio Grande do Sul. G1 [Internet]. G1 Rio Grande do Sul RBS TV. 2018 [acesso em 12 julho 2018]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2018/07/12/campanha-com-o-slogan-so-tenha-os-filhos-que-puder-criar-gera-polomica-em-quara.html>

- sul/noticia/campanha-com-o-slogan-so-tenha-os-filhos-que-puder-criar-gera-polemica-em-quarai.ghtml
15. Leal OF. "Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!" Cienc e Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [acesso em 17 jun 2018];17(7):1689–97. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/07.pdf>
 16. Brasil. Decreto Lei n. 2.848 de 07 de Dezembro de 1940 [Internet]. Art. 128 do Código Penal. Diário Oficial da União - Seção 1 de 31/12/1940; 1940 [acesso em 17 jun 2018]. Disponivel em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>
 17. Diniz D, Menezes G. Aborto: saúde das mulheres. Cien Saude Colet [Internet]. jul 2012 [acesso em 25 jul 2018];17(7):1669. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000700001&lng=pt&tlang=pt
 18. RBA. Rede Brasil Atual. Antropóloga Débora Diniz é ameaçada por defender aborto [Internet]. 2018 [acesso em 1 ago 2018]. Disponível em: <https://www.redebrasilitual.com.br/cidadania/2018/07/antropologa-debora-diniz-e-ameacada-por-defender-aborto>
 19. Datafolha. Temas polêmicos: cai taxa de brasileiros contra o aborto [Internet]. 2017 [acesso em 1 ago 2018]. Disponível em: <http://media.folha.uol.com.br/datafolha/2018/01/08/b29e802ac9aa4689aa7d66fbcdc24a52e045d6de.pdf>
 20. Risi EE. A magnitude do aborto no Brasil: tendências e estimativas entre 2006 e 2010. [dissertação]: Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2012.
 21. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa nacional de aborto 2016. Cienc e Saúde Coletiva [Internet]. 2017 [acesso em 29 set 2018];22(2):653–60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0653.pdf>
 22. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Pesquisa nacional de saúde 2013. Ciclos de vida. IBGE [Internet]. IBGE. 2015 [acesso em 30 set 2018]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>
 23. Nader PRA, Macedo CR, Miranda AE, Maciel ELN. Aspectos sociodemográficos e reprodutivos do abortamento induzido de mulheres internadas em uma maternidade do Município da Serra, ES. Esc Anna Nery [Internet]. 2008 [acesso em 29 set 2018];12(4):699–705. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452008000400014&lng=pt&tlang=pt
 24. Luna N. Tirar o aborto da sombra. A condição fetal: uma sociologia do engendramento

- e do aborto. Rev Estud Fem [Internet]. 2007 [acesso em 17 jun 2018];15(1):249–52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2007000100016&lng=pt&tlng=pt
25. Sanches MA, Simão-Silva DP. Planejamento familiar: do que estamos falando? Rev bioét [Internet]. 2016 [acesso em 17 jun 2018];24(1):73–82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241108>. p. 80.
26. Zornig SMA. Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. Tempo Psicanalítico. 2010;42(2):453–70.
27. Lacraire S. Mata-se uma criança: um estudo sobre o narcisismo primário e a pulsão de morte. Rio de Janeiro: Zahar; 1977.
28. Jaspers K. Psicopatologia geral: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia. São Paulo: Atheneu; 1987. p.139. 146 p.
29. Dalgalarondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED; 2008. p.175-176.
30. Lacan J. O seminário, livro 10: a angústia. 1962-1963. Rio de Janeiro: Zahar; 2004. 129 p.
31. Freud S. Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise II). Rio de Janeiro: Imago; 1980. p.191-203.
32. Ewerton A. Passagem ao ato e acting out: breves considerações. Esc Bras Psicanálise - Deleg do Maranhão [Internet]. 2016 [acesso em 17 jul 2018];1. Disponível em: <http://iteracao.com.br/revista/passagem-ao-ato-e-acting-out-breves-consideracoes/>
33. Sanches MA. Instrumento de Pesquisa validado pelo Grupo de Pesquisa Teologia e Bioética da PUCPR. Curitiba; 2014.
34. Bauman Z. Modernidade líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
35. Lacan J. O seminário, livro 5: as formações do inconsciente. 1957-1958. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999.
36. Ramos DL de P. Fundamentos e princípios de bioética [Internet]. 2002 [acesso em 3 jun 2018]. Disponivel em: <http://www.hottopos.com/notand9/dalton.htm>
37. Ramos DL de P, Lucato MC. O conceito de pessoa humana da bioética personalista (personalismo ontologicamente fundado). Rev Pist Prax, Teol Pastor [Internet]. 2010 [acesso em 27 mai 2018];2(1):57–75. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/pistispraxis/article/view/13505>. p. 62-74.
38. Segre M, Cohen C. Bioética. 3. ed. rev. São Paulo: Edusp; 2008. p.134-135.
39. Sgreccia E. Manual de bioetica: fundamentos e etica biomedica. [Internet]. São Paulo: Loyola; 1996 [acesso em 16 jul 2018]. Disponível em: http://www.bioetica.org.br/acervo_biblioteca/livros/integra.php?cod_livro=51
40. Dejeanne S. Os fundamentos da bioética e a teoria principalista. Thaumazein [Internet].

- 2011 [acesso em 17 jul 2018];(7):32–45. Disponível em:
http://sites.unifra.br/Portals/1/ARTIGOS/nro_06/SOLANGE.pdf
41. Schramm FR. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. Rev Bioética [Internet]. 2008 [acesso em 17 jul 2018];16(1):11–23. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52/55.p.20. p. 12. p.17-18.
42. Bittelbrun GV. Empoderamento e interdisciplinaridade no combate às violências contra a mulher. Rev Estud Fem [Internet]. 10 fev 2017 [acesso em 17 jun 2018];25(1):379–81. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/45532/33684>
43. Neves SM. Pontifícia Universidade Católica Do Paraná Escola De Medicina Programa De Pós-Graduação Em Ciências Da Saúde. 2015.