

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

NA ZONA SELVAGEM: RELATOS DE MULHERES SOBRE A EXPERIÊNCIA DO  
ABORTO CLANDESTINO

Autora: Jullyane Carvalho Ribeiro

Brasília, 2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

NA ZONA SELVAGEM: RELATOS DE MULHERES SOBRE A EXPERIÊNCIA DO  
ABORTO CLANDESTINO

Autora: Jullyane Carvalho Ribeiro

Dissertação apresentada ao Departamento de Pós-  
Graduação em Sociologia da Universidade de Brasília  
como requisito parcial para a obtenção do título de  
Mestre em Sociologia.

Brasília-DF, abril de 2014.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

NA ZONA SELVAGEM: RELATOS DE MULHERES SOBRE A EXPERIÊNCIA DO  
ABORTO CLANDESTINO

Autora: Jullyane Carvalho Ribeiro

Orientadora: Profa. Dra. Lourdes Maria Bandeira (UnB)

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Debora Diniz (UnB)

Profa. Dra. Tânia Mara Campos de Almeida (UnB)

Profa. Dra. Hildete Pereira de Melo (UFF)  
(Suplente)

## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho de pesquisa foi apoiado pelo CNPq, por meio da concessão de bolsa de mestrado.

Agradeço à professora Lourdes Bandeira, minha orientadora, pela confiança desde a graduação, e por suas sempre atenciosas leituras e comentários. Devo grande parte do meu crescimento acadêmico ao seu incentivo e apoio.

Obrigada às professoras Tânia Mara e Silvéria Santos pelas valiosas contribuições por ocasião da qualificação do projeto desta dissertação, as quais me ajudaram a prosseguir com mais afinco e precisão, e à professora Debora Diniz pelo aceite em participar desta banca.

Minha gratidão a toda a minha família, em especial à minha mãe, pela compreensão e paciência durante este conturbado período de pós-graduação e, principalmente, pelo seu cuidado e amor incondicional.

Agradeço também às minhas amigas, que fizeram parte do meu crescimento pessoal e acadêmico, caminhando sempre ao meu lado e me ensinando sororidade e afeto. Foi nesse espaço de convivência que aprendi a experiência do feminismo de forma livre, radical e amorosa.

Obrigada especialmente a todas as mulheres que compartilharam comigo as suas experiências tão íntimas. As suas histórias me marcaram intensamente e agradeço muito pela coragem, força e confiança. Espero ser capaz de retribuir tamanha doação. Este trabalho é tão seu quanto meu.

Com gratidão.

O fato de que estamos aqui e que falo estas palavras é uma tentativa de quebrar esse silêncio e construir uma ponte para algumas dessas diferenças entre nós — porque não é a diferença que nos imobiliza, é o silêncio. E há tantos silêncios a serem quebrados.

(Audre Lorde, 1984)

## RESUMO

A necessidade de conhecer os relatos das mulheres que passaram pela experiência do aborto clandestinamente é o ponto de partida desta pesquisa. Busquei aqui verificar como as mulheres que realizaram o procedimento articulam seus relatos sobre a experiência vivida do aborto, as suas motivações e suas justificativas para a prática. Pretendi ainda observar como, e se, a ilegalidade do aborto atinge diferencialmente essas mulheres em suas especificidades de classe, raça, estado civil e geração, além de averiguar como se dá a relação dessas mulheres com seus corpos e com sua autonomia reprodutiva após o procedimento.

Para tanto, realizei um total de onze entrevistas em profundidade com mulheres que induziram o aborto, no Distrito Federal e na região do entorno de Brasília, as quais tiveram como fio condutor a vivência de sua sexualidade e suas trajetórias reprodutivas. Busquei ainda promover uma interação entre as formulações teóricas relativas à temática do aborto e dos direitos reprodutivos, as pesquisas empíricas já realizadas na área e o material resultante do trabalho de campo.

As particularidades de raça, condição socioeconômica e geração são marcadores importantes na maneira como é vivenciado o aborto, influenciando em suas condições materiais e emocionais de realização. As particularidades dos casos apontam para inúmeras possibilidades de vivência, as quais terão forte influência no momento de narrar a experiência vivida. Inúmeras relações de poder e conflito se articulam nesse contexto, em que são decisivas para as mulheres as possibilidades materiais e emocionais, as expectativas com relação aos seus relacionamentos, os seus projetos de vida e perspectivas futuras. A experiência do aborto, desta forma, solidariza e aproxima essas mulheres ao mesmo tempo em que as afasta em suas especificidades.

**Palavras-chave:** aborto; gênero; direitos reprodutivos; saúde reprodutiva.

## **ABSTRACT**

The urge to know the stories of women who have experienced abortion clandestinely is the starting point for this research. I seek here to identify how women who underwent the procedure articulate their reports on the experience of abortion, their motivations and their justifications for the practice. I also intended to see how, and if, the illegality of abortion affects differentially these women in their specificities of race, socio-economical status, and generation and to verify how is the relationship of these women with their bodies and their reproductive autonomy after the procedure.

To do so, I conducted a total of eleven in-depth interviews with women who had induced abortion in the Distrito Federal of Brasilia and surrounding areas, especially on the experience of their sexuality and their reproductive trajectories. Sought further to promote interaction between theoretical formulations relating to the topic of abortion and reproductive rights, empirical research already conducted in the area and the material resulting from fieldwork.

The particularities of race, socioeconomic status and generation are important markers on the way abortion is experienced, influencing the physical and emotional conditions of its realization. The particularities of the cases point to numerous possibilities of living the situation, which have strong influence when narrating the experience. Numerous power relations and conflict are articulated in this context, in which are decisive the material and emotional possibilities, expectations regarding their relationships, their life projects and future prospects. The experience of abortion, at the same time, brings solidarity and moves these women apart on their specificities.

**Keywords:** abortion, gender, reproductive rights, reproductive health.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFEMEA	Centro Feminista de Estudos e Assessoria
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DEAM	Delegacia Especial de Atendimento à Mulher
HRAS	Hospital Regional da Asa Sul
MS	Ministério da Saúde
PHS	Partido Humanista da Solidariedade
PL	Projeto de Lei
PLC	Projeto de Lei da Câmara
PNA	Pesquisa Nacional de Aborto
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
RASEAM	Relatório Anual Socioeconômico da Mulher
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Serviço Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1. ABORTO E O CORPO EM DISPUTA: APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA</b> .....	15
1.1. Um panorama da legislação atual sobre aborto no Brasil.....	16
1.2. Instrumentos internacionais, direitos sexuais e direitos reprodutivos.....	22
1.3. O aborto inseguro, sua magnitude e as consequências da criminalização .....	25
<b>2. REFERENCIAIS TEÓRICOS</b> .....	29
2.1. Estado da arte: as pesquisas sobre o aborto no país .....	29
2.2. Marco teórico e delimitação das categorias: aborto, corpo e experiência.....	33
<b>3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS</b> .....	38
3.1. Procedimentos de pesquisa .....	38
3.2. Desafios na construção da pesquisa: um breve relato .....	42
3.3. Discussão teórico-metodológica .....	45
3.4. Quem são elas? Perfil e caracterização das informantes.....	50
<b>4. EXPERIÊNCIAS VIVIDAS, EXPERIÊNCIAS COMPARTILHADAS</b> .....	57
4.1. A Experiência (pré)vivida .....	59
4.1.1. Educação sexual, diálogo familiar e iniciação sexual.....	61
4.1.2. Conhecimento, responsabilização e uso de métodos contraceptivos.....	63
4.1.3. Planos de vida e planejamento familiar .....	67
4.1.4. Corporalidade: cuidados ginecológicos .....	68
4.1.5. Corporalidade: experiência da gestação e parto.....	71
4.1.6. Experiência da maternidade .....	73
4.1.7. História e/ou experiência de violência .....	75
4.2. A Experiência vivida.....	77
4.2.1. Descoberta e revelação da gestação .....	80
4.2.2. Tomada de decisão, dúvida e influência externa no processo .....	81
4.2.3. Envolvimento e influência do parceiro .....	83
4.2.4. Influência da religião e religiosidade .....	88
4.2.5. Motivos e justificativas para o aborto .....	90
4.2.6. Método utilizado para o aborto .....	93
4.2.7. Clandestinidade: questão legal, insegurança e segredo .....	97
4.2.8. Clandestinidade X Legalidade .....	101
4.2.9. Apoio, confiança e redes de solidariedade.....	102
4.3. A Experiência (re)vivida .....	103
4.3.1. Complicações pós-aborto, atendimento e violência institucional.....	105
4.3.2. Sensações e emoções após o aborto .....	108
4.3.3. Pós-aborto, mudanças na contracepção e na forma de se relacionar .....	110

4.3.4. Sobre a experiência revivida e o hoje .....	111
4.3.5. Reflexão e mudanças na percepção sobre o aborto: a consciência a partir da experiência .....	113
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>116</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXO: Roteiro para entrevistas.....</b>	<b>131</b>

## INTRODUÇÃO

A necessidade de conhecer os relatos das mulheres que passaram pela experiência do aborto clandestino foi o ponto de partida desta dissertação. Meu interesse pela temática dos direitos reprodutivos iniciou-se a partir de uma aproximação com os estudos de gênero durante a graduação. Entretanto, antes mesmo do interesse acadêmico, o meu envolvimento prático com o feminismo foi o catalisador dessa incursão. Ambos caminharam juntos, sendo impossível precisar os limites entre pessoal e político, lição número um que aprendi com o feminismo. Enquanto mulher, sempre estive às voltas com a questão do aborto, como todas estamos durante as nossas trajetórias de vida. A aproximação com os estudos feministas e de gênero incitou-me a mergulhar mais a fundo na temática, por perceber a sua importância acadêmica e política. Como seria possível que algo tão presente em nossas vidas fosse considerado tão secreto, pecaminoso e recriminável? Percebi, então, a importância de quebrar o segredo.

Na monografia realizada entre o segundo semestre de 2010 e o primeiro de 2011, empreendi uma investigação sobre o atendimento e a assistência prestada às mulheres vítimas de violência sexual que procuram o serviço de abortamento legal em Brasília-DF, com foco nas experiências e nas representações sobre o abortamento e a violência sexual por parte das/os profissionais envolvidas/os no atendimento a essas mulheres. Para tanto, foram entrevistados profissionais de saúde que atuavam no Hospital Regional da Asa Sul - HRAS, assim como profissionais da área de segurança pública que atuavam na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher - DEAM, ambos localizados no Distrito Federal.

A pesquisa em questão mostrou-se frutífera e a riqueza da temática impossibilitou o seu esgotamento em um trabalho de conclusão de graduação. Após concluída a monografia, verifiquei que a possibilidade de acesso à fala direta das mulheres se apresentou como um interessante campo a ser explorado. Era patente para mim, enquanto pesquisadora, a necessidade de que as mulheres, objetos da discursividade das/os profissionais entrevistadas/os, pudessem falar por elas mesmas sobre a experiência do abortamento, sem a representação de terceiros. Para tanto, entendi que seria importante desvincular-me da instituição hospitalar e acessar essas mulheres diretamente. A escolha

lógica foi mudar o foco, do aborto permitido por lei para o aborto realizado em condições clandestinas.

Nesta pesquisa almejei verificar como as mulheres que realizaram o procedimento articulam seus relatos sobre a experiência vivida do aborto, as suas motivações e as suas justificativas para a prática. Pretendi ainda observar como, e se, a ilegalidade do aborto atinge diferencialmente essas mulheres em suas especificidades de classe, raça, sexualidade, estado civil e geração, além de averiguar como se dá a relação dessas mulheres com seus corpos e com sua autonomia reprodutiva após o procedimento. Busquei também observar de que forma essas mulheres processam as suas experiências emocionais perante o aborto clandestino e suas consequências. Com o intuito de atingir tais objetivos realizei onze entrevistas semiabertas em profundidade com a finalidade de reconstituir as trajetórias de vida de mulheres que fizeram um ou mais abortos de maneira clandestina<sup>1</sup>, as quais tiveram como fio condutor a vivência de sua sexualidade e suas trajetórias reprodutivas. A localização espacial da pesquisa de campo foi o Distrito Federal e região do Entorno, e os critérios de inclusão para as participantes da pesquisa basearam-se em minha rede de relações pessoais. Assumindo as dificuldades de recrutamento por meio deste critério, busquei conversar com mulheres de diferentes classes sociais, identificações raciais, estados civis e faixas etárias, processo necessário para o objetivo de verificar como a ilegalidade da prática atinge essas mulheres de maneira particular, em suas especificidades.

Início o presente trabalho por uma contextualização e aproximação da temática do aborto clandestino, em que apresento a legislação atual sobre aborto no país, e ainda os instrumentos internacionais relacionados aos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Forneço então uma amostra da magnitude do aborto e as consequências da criminalização para a saúde das mulheres brasileiras. No segundo capítulo, exponho os referenciais teóricos que sustentam a análise, com um breve estado da arte dos estudos sobre o tema do aborto clandestino, a apresentação do marco teórico que serviu de base para a pesquisa e a delimitação das principais categorias com as quais trabalho. O terceiro capítulo é dedicado

---

<sup>1</sup>Clandestino aqui entendido como ilegal, em relação ao que é previsto pelo Código Penal brasileiro como um crime contra a vida e, em consequência, envolto em segredo e ocultamento. Pretendi verificar também, durante a pesquisa, como a categoria da clandestinidade é articulada pelas próprias entrevistadas e como se relaciona com suas experiências do aborto.

à exposição dos alicerces metodológicos, com os procedimentos de pesquisa, os desafios que encontrei durante a construção deste trabalho e a discussão teórico-metodológica que sustenta os procedimentos de pesquisa utilizados. Posteriormente, procedo à caracterização do universo de pesquisa e, em seguida, às análises das entrevistas, em diálogo com o arcabouço teórico consultado. Por fim, apresento as considerações finais, com um resumo dos achados que considero mais significativos para o presente trabalho.

A construção desta pesquisa em nada se assemelhou a um parto. Essa imagem, recorrente nos textos que relatam o processo da escrita, evoca a ideia de um sacrifício, necessário tendo em vista o posterior estado de prazer e de plena doação. Diz o senso comum: “Ser mãe é padecer no paraíso”. Os relatos que escutei percorrem uma zona mais delicada e ambígua, a qual desafia a noção dominante da maternidade como um dom, como o mais natural dos destinos, inquestionável e inevitável. Uma estrada tortuosa, cheia de dúvidas e angústias. Produzir este trabalho esteve longe de ser um processo natural e certo. A única certeza tendo sido a necessidade de assumir este desafio, em que a minha motivação foi tantas vezes interrogada e ameaçada. Incontáveis vezes tive que responder a questionamentos, diante de olhos atônitos ao se deparar com a dificuldade e delicadeza da temática de pesquisa que resolvi abordar. Questionar a naturalidade da maternidade: neste processo me senti também, muitas vezes, clandestina.

Clandestina quando foram confiados a mim os mais íntimos segredos de mulheres que eu nem ao menos conhecia antes da abordagem para a entrevista. Clandestina quando me vi na urgência de encontrar essas mulheres, escondidas em seu silêncio, dor e vergonha. Clandestina quando me deparei com a dificuldade de chegar àquelas mulheres que negam a maternidade em segredo e gostariam de simplesmente esquecer. Impossível esquecer. Esta é uma das conclusões com as quais me deparei nesse processo, secreto, doloroso e rotineiro. Sim, rotineiro. Todas nós sabemos. Todas nós conhecemos alguém que já esteve lá, ou mesmo passamos por essa situação na própria pele. Em nossa diferença, em nossas desavenças, não somos iguais, somos afetadas de maneiras muito particulares. Brancas, negras, heterossexuais, homossexuais, novas, velhas, ricas, pobres, das periferias ou centros. A minha experiência não será igual à sua. Impossível me colocar no seu lugar.

Somos, no máximo, cúmplices. Fiéis cúmplices, ainda que involuntariamente, da violência e da tortura de uma decisão que nos faz todas criminosas, aos olhos do Estado, da

Igreja e da moralidade vigente. Criminosas, muitas vezes, até perante os nossos próprios olhos, cheios de culpa e de vergonha. Mas somos cúmplices também do segredo, da solidariedade oferecida àquelas que, como nós, sentem que não têm outra saída. daquelas que querem tomar as rédeas de suas vidas em suas próprias mãos e não aceitarão passivas o controle de seus corpos pelas vontades alheias. Cúmplices em nosso desejo de liberdade. Cúmplices em nossa clandestinidade.

## **Capítulo 1.**

### **ABORTO E O CORPO EM DISPUTA: APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA**

O aborto provocado é uma das principais causas de morbimortalidade materna nos países em que há restrições legais à prática. A legislação brasileira, pelo Código Penal de 1940, criminaliza a prática do aborto, exceto em casos de risco de morte materna, gestação decorrente de estupro e, mais recentemente, por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), em casos de anomalia fetal incompatível com a vida. Entretanto, sabe-se que, apesar da legislação proibitiva, a prática do aborto induzido é bastante frequente em nosso país. É também sabido que a criminalização leva inúmeras mulheres à prática do aborto em condições inseguras e insalubres, ocasionando, muitas vezes, a sua morte, ou provocando danos à sua saúde física, psicológica e reprodutiva. Às complicações físicas diretas como hemorragias, perfurações de órgãos e infecções, somam-se as desordens psicológicas decorrentes de um contexto de clandestinidade que envolve culpa, remorso, medo, dentre outras perturbações emocionais.

O controle sobre os corpos das mulheres se dá em diferentes níveis, seja ele exercido sobre corpos negros, brancos, ou marcados por outras características significativas simbolicamente em nossa sociedade. As práticas de abortamento inseguro expressam algumas das muitas desigualdades raciais, econômicas e sociais vigentes, pois ainda que compartilhem a mesma situação perante a ilegalidade da intervenção, as mulheres percorrem trajetórias distintas. A maior parte daquelas que desejam abortar não têm outra possibilidade a não ser recorrer a métodos inseguros. Estas são, em sua maioria, mulheres pobres, não brancas e que residem nas periferias. A violência em consequência da criminalização, portanto, se manifesta de diferentes formas, sendo ainda mais intensa para os grupos vulneráveis de mulheres.

Este capítulo fornece um breve panorama da legislação atual sobre o aborto no país, dos projetos de lei em andamento e das consequências da criminalização, tanto no que se refere aos direitos reprodutivos quanto à saúde reprodutiva das mulheres brasileiras. Argumento que a situação de ilegalidade do abortamento no país, a qual insere as mulheres

que realizam o procedimento em um contexto de clandestinidade, se caracteriza como uma forma de violência contra as mulheres e um assalto aos seus direitos reprodutivos, à sua autonomia e à sua autodeterminação. Busco ilustrar tal assertiva de maneira mais aprofundada com a pesquisa de campo apresentada nos demais capítulos desta dissertação.

### **1.1. Um panorama da legislação atual sobre o aborto no Brasil.**

O aborto é tipificado como um crime contra a vida humana pelo Código Penal Brasileiro, vigente desde o ano de 1940, juntamente com os crimes de homicídio e infanticídio. O Código criminaliza o aborto provocado pela gestante (Art. 124), o aborto provocado por terceiros sem o consentimento da gestante (Art. 125) ou com o consentimento da gestante (Art. 126). A legislação prevê detenção de 1 a 3 anos para a mulher que faz o aborto em si mesma ou consente que outra pessoa o faça e reclusão de 3 a 10 anos para a pessoa que faz o aborto em uma mulher sem seu consentimento. As penas são aumentadas de um terço, se a gestante sofrer lesão corporal de natureza grave, e são duplicadas se ela morrer por consequência da lesão, o que se caracteriza como crime de homicídio.

Segundo o artigo 128 do Código, não é passível de punição o aborto chamado “necessário”, ou seja, aquele realizado quando há risco de morte para a gestante, e ainda o aborto em casos de gravidez decorrente de estupro, se precedido de consentimento da gestante. A legislação especifica que o procedimento previsto nesses casos deve ser feito por um profissional médico. No entanto, apesar do amparo da lei, apenas no ano de 1989, 49 anos depois de promulgado o Código, foi implantado o primeiro serviço de referência para o abortamento legal, no Hospital Artur Ribeiro de Saboya – Hospital do Jabaquara, localizados na cidade de São Paulo. Da mesma forma, somente no ano de 1997 foram criadas condições para a operacionalização da lei, por meio da Resolução 258/97, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O documento determinou que o atendimento em casos de aborto previsto em lei fosse regulamentado pelo Ministério da Saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (CNS, 1997).

Com o objetivo de regulamentação do Artigo 128 do Código Penal, o Ministério da Saúde lançou duas Normas Técnicas que apresentam, dentre outras questões, diretrizes para o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual que resulta em

gravidez e atenção pós-abortamento: a Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, lançada em 1998, reeditada e ampliada em 2005, e a Norma Técnica de “Atenção Humanizada ao Abortamento”, também de 2005. Essas normas estabelecem que o SUS tem a obrigação de oferecer o serviço de abortamento legal nos casos previstos em lei.

A partir de decisão do Plenário do STF, tomada em abril de 2012, foi também descaracterizada como crime a antecipação do parto em casos de gravidez de feto anencefálico. Por maioria de votos, o Plenário julgou procedente o pedido ajuizado na Corte pela Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde (CNTS), declarando a constitucionalidade da interrupção da gravidez de feto anencefálico. A anencefalia é uma má-formação fetal incompatível com a vida extrauterina, que consiste em ausência parcial do encéfalo e crânio. A antecipação do parto é uma forma de minimizar o sofrimento da gestante, além de evitar o comprometimento de sua saúde física e mental. A gravidez nestes casos é considerada de alto risco, havendo o perigo de acúmulo de líquido no útero, descolamento de placenta e hemorragia. Além disso, não há perspectiva de sobrevivência para o feto. Antes da decisão, as mulheres grávidas de fetos anencefálicos necessitavam de autorização judicial para realizar o procedimento, o qual poderia ou não ser permitido. Tal processo era fonte de grande instabilidade jurídica, a qual se refletia na angústia de mulheres que buscavam apoio para a realização do procedimento e esbarravam na incerteza da interpretação judicial.

Ainda não há norma técnica do Ministério da Saúde que disponha sobre os procedimentos e as diretrizes em casos de interrupção por anencefalia, o que pode dificultar o atendimento e a garantia de que as mulheres tenham seu direito de interrupção assegurado pelos serviços de saúde. No entanto, foi lançada, um mês após a decisão do STF, a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2012) que define diretrizes para o diagnóstico médico da anencefalia. O documento trata das questões técnicas envolvidas no diagnóstico seguro, da conduta ética dos médicos e dos procedimentos a serem seguidos nesses casos. A resolução define que a antecipação terapêutica do parto pode ser realizada apenas em hospital que disponha de estrutura adequada ao tratamento de eventuais complicações. É obrigatória ainda a apresentação de um laudo assinado por dois médicos capacitados para o diagnóstico. A decisão de manter a gravidez ou interrompê-la pode ser feita a qualquer momento, independente do tempo de gestação (CFM, 2012).

Diversas proposições relacionadas à temática do aborto e dos direitos reprodutivos tramitam no Congresso Nacional. Até o final do ano de 2013, segundo levantamento feito pelo Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA), eram 34 os projetos em andamento. Apenas três deles envolviam a ampliação de direitos, enquanto os 31 restantes propunham restringir ainda mais a legislação (CFEMEA, 2013). Das três proposições destinadas à ampliação de direitos, duas se referem aos casos de gravidez de feto anencefálico (PL 4403/2004 e PL 50/2011), buscando garantir a interrupção da gestação com a mudança do Código Penal para que este passe a incluir nominalmente os casos de anencefalia entre aqueles não passíveis de criminalização. O outro projeto em tramitação, que data de 1991, obriga o SUS a realizar os abortos permitidos em lei. Foi ainda recentemente sancionado, pela presidenta Dilma Rousseff, o PLC 3/2013, que obriga os hospitais do SUS a prestar atendimento emergencial e multidisciplinar às mulheres vítimas de violência sexual, incluindo a profilaxia da gravidez, atendimento este que já havia sido normatizado pelo Ministério da Saúde desde 1998 (BRASIL, MS, 2005b).

Já as proposições que retroagem direitos reprodutivos envolvem principalmente criminalizar o aborto nos casos em que é atualmente permitido no Brasil, além de tornar ilegal a antecipação em caso de gravidez de feto anencefálico. Os projetos em tramitação buscam, entre outras coisas, tipificar e caracterizar o aborto dentre os crimes de tortura, transformá-lo em crime hediondo, além da instituição do “Dia Nacional de Defesa da Vida” e da invalidação da Norma Técnica "Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes", promulgada pelo Ministério da Saúde em 1998. Alguns projetos vão além, propondo também retrocessos nas políticas públicas relativas ao planejamento familiar já implantado pelo governo federal. Um dos PLs busca alterar a Lei n.º 9.263/1996, a qual regula o artigo da Constituição Federal que diz respeito ao dever do Estado de fornecer planejamento familiar pelo SUS. A proposição interrompe o oferecimento de métodos de contracepção reversíveis e ainda restringe a possibilidade de esterilização voluntária. Outro projeto busca proibir a distribuição, a recomendação pelo SUS e a comercialização pelas farmácias de método de contracepção de emergência, a chamada pílula do dia seguinte. Há ainda projetos voltados ao controle e registro das gestações e uma proposição que tipifica como crime contra a vida o anúncio de meio abortivo, prevendo penas específicas para quem induz a gestante à prática de aborto.

Dentre as inúmeras proposições que buscam restringir os direitos reprodutivos das mulheres brasileiras, se destaca atualmente o Projeto de Lei 478/2007, o Estatuto do Nascituro. Trata-se de um compêndio de direitos que protege o feto ainda no útero materno, do período da concepção até o nascimento. A matéria dispõe sobre a figura jurídica do nascituro, já prevista no Código Civil, definindo-o como “o ser humano concebido, mas ainda não nascido”. O Projeto de Lei do Estatuto do Nascituro foi proposto no ano de 2005 pelos deputados Osmânio Pereira (PTB/MG) e Elimar Máximo Damasceno (Prona/SP) e arquivado dois anos depois. O texto que tramita atualmente foi apresentado pelos deputados federais Luiz Bassuma (PT/BA) e Miguel Martini (PHS/MG) no mesmo ano do arquivamento do projeto anterior. O projeto confere ao nascituro e ao embrião (ainda que congelado) plena proteção jurídica, sendo-lhe reconhecidos, desde a concepção, todos os direitos previstos no Código Civil. Em sua versão de 2007 o PL defende a alteração do Artigo 128 do Código Penal, almejando a proibição do aborto em qualquer caso, inclusive naquelas situações atualmente previstas em lei, e tornando a sua prática crime hediondo. O texto criminaliza ainda o congelamento, o descarte e o comércio de embriões humanos, inviabilizando as pesquisas com células-tronco embrionárias utilizadas em tratamentos de saúde, as quais já foram anteriormente autorizadas em decisão do Supremo Tribunal Federal.

Em maio de 2010 foi aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família um substitutivo de autoria da deputada Solange Almeida (PMDB-RJ). O novo texto não altera o Código Penal, mas garante assistência pré-natal e acompanhamento psicológico para a mulher que engravidar em decorrência de estupro, além da prioridade para a adoção de crianças nascidas em tais condições. Prevê ainda que o Estado será responsável por garantir pensão alimentícia ao nascituro fruto de estupro, caso o seu genitor não possa ser identificado ou esteja incapacitado a prover ajuda financeira. Tal provisão é um dos pontos mais polêmicos do texto, apelidado popularmente como “bolsa-estupro”. Esta determinação legitima, por parte do Estado, o ato de violência sofrido pela mulher, ao reconhecer a paternidade ao estuprador, que passa a ter um vínculo com a criança fruto dessa violência. Sujeita também a mulher que sofreu violência sexual a desenvolver relações pessoais com o perpetrador. Desta forma, o estatuto reduz o sofrimento da mulher que engravidou em decorrência de estupro à questão econômica de quem sustentará o filho deste abuso.

A proposta do Estatuto do Nascituro é apenas um exemplo dos inúmeros ataques aos direitos reprodutivos em nome de uma moral específica, conservadora, a qual é defendida na esfera política, em especial, pelos grupos religiosos. É visível a influência da bancada evangélica neste contexto, a qual disputa espaço político e impõe sua moralidade pela proposição de projetos que buscam restringir os direitos reprodutivos das mulheres. O combate à descriminalização do aborto é uma das principais bandeiras políticas dos grupos religiosos nos últimos anos no Brasil, tema em que tanto a Igreja Católica quanto os grupos neopentecostais não se restringem à esfera íntima de valores de seus fiéis e seguidores, exercendo poderosa influência institucional dentro do Legislativo, por meio da formação e do fortalecimento de bancadas religiosas; no Judiciário, influenciando a decisão do corpo jurídico em diversos casos, e no Executivo, com o fechamento de acordos com o governo brasileiro em troca de apoio político e governabilidade.

Outro exemplo da interferência dos grupos religiosos nesse sentido foi a sua manipulação política sobre a temática do aborto durante as eleições brasileiras de 2010. Nesse período, como fato inédito, uma candidata mulher, a hoje presidenta da República, Dilma Rousseff, disputou as eleições presidenciais com um político experiente em pleitos legislativos e executivos. Ainda que, inicialmente, a candidata e o candidato mostrassem opinião ambígua sobre o tema, terminaram a disputa combatendo veementemente a descriminalização do aborto, por influência da pressão pública dos grupos religiosos. Durante os dois turnos eleitorais, foi visível o conservadorismo sobre o tema, o que indicou grande sintonia entre os/as parlamentares, representantes de movimentos religiosos, e determinados segmentos da população. (BANDEIRA; ALMEIDA, 2012, prelo). Os corpos das mulheres brasileiras, neste contexto, foram utilizados como moeda de troca eleitoral, ficando patente o desrespeito à sua autonomia e liberdade reprodutiva.

Portanto, os setores que se opõem mais veementemente à descriminalização do aborto relacionam-se, em especial, a grupos religiosos e/ou conservadores. Ainda que não apresentem opinião homogênea sobre a questão, as suas posições envolvem a defesa de valores cristalizados da “família tradicional”, em oposição direta à configuração de novas gramáticas corporais capazes de superar os binômios mulher-mãe e mulher-esposa (FAÚNDES; DEFAGO, 2013).

As justificativas dos grupos religiosos que atuam no cenário público e político brasileiro se ancoram principalmente em um discurso de atribuição da condição de pessoa

ao embrião humano. Tal discurso, mesmo que ainda perpassasse argumentos da moral religiosa, busca, concomitantemente, se apropriar cada vez mais da gramática e dos símbolos próprios da ciência com o objetivo de respaldar e fornecer credibilidade às suas demandas. Os argumentos religiosos surgem, nesta esfera, travestidos em conceitos biológicos (LUNA, 2007). A defesa do estatuto do nascituro e dos demais projetos contra a descriminalização do aborto se ancora também nesta lógica. A condição de pessoa do feto não estaria sendo justificada publicamente apenas com base em um discurso religioso, transcendente, mas também ancorada em um discurso com pretensões de cientificidade. Tal retórica defende para o embrião não apenas a posse de uma alma, mas também a posse de uma genética e de um corpo humano e, portanto, de uma individualidade.

A posição católica contrária ao aborto busca fundamentação em torno da ideia de “defesa da vida” como um significante central de articulação. É importante atentar, entretanto, para as formas que o seu discurso assume quando interconectado com outros discursos de poder atualmente hegemônicos, como a ciência genética e o direito, capazes de produzir noções da “verdade” que significam o mundo de maneiras particulares. Faúndes e Defago (2013) afirmam que a doutrina cristã se baseia nas categorias e imaginários científicos do cenário cultural ocidental das últimas décadas, buscando se reformular segundo os discursos científicos dominantes. A postura do catolicismo, apoiada no discurso geneticista, nutre o argumento de que a vida de um novo indivíduo tem início com a fecundação. Esta aparece como uma verdade absoluta, que se pretende objetiva, neutra e empiricamente verificável, invisibilizando as disputas em torno das inúmeras interpretações sobre o direito à vida (FAÚNDES; DEFAGO, 2013).

Em um contexto de criminalização, verifica-se a alienação dos corpos femininos, os quais se tornam, tanto simbólica quanto fisicamente, uma apropriação coletiva, a ser controlada e legitimada via lei pelo Estado, manipulado por grupos religiosos e/ou conservadores. Neste sentido, as disputas em torno da interrupção da gestação não implicam apenas tensões sobre o reconhecimento de direitos. Elas envolvem ainda conflitos relacionados à autonomia das mulheres e à sua autodeterminação.

## **1.2. Instrumentos internacionais, direitos sexuais e direitos reprodutivos.**

Neste contexto de criminalização da prática do aborto, verifica-se que o controle exercido sobre os corpos das mulheres pelo Estado se apresenta como uma forma de violência física e simbólica. Tal violência, além de trazer consequências nefastas sobre a saúde das mulheres, também consiste em uma grave restrição à sua liberdade e autonomia pessoal e reprodutiva. As tentativas de controle social nesse sentido não se exercem apenas pela proibição do aborto. As formas de controle reprodutivo são de natureza diversa e se materializam na falta de acesso a métodos contraceptivos, no aborto forçado, na esterilização em massa, em especial com motivações racistas e higienistas, na imposição de uma moral sexual hegemônica e heterossexista, no não fornecimento de serviços de saúde adequados, entre outras questões.

É observável, portanto, que a legislação brasileira apresenta limitações no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, em especial no que diz respeito à autonomia reprodutiva das mulheres. Tais restrições, por sua vez, dificultam a implementação das metas internacionais firmadas pelo país. A III Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, que aconteceu no Cairo, em 1994, e a IV Conferência Mundial para a Mulher, que foi realizada em Pequim, em 1995, representaram importantes instrumentos de afirmação dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos das mulheres em todo o mundo. Os programas de ação resultantes de ambas as conferências consolidaram a noção do direito das mulheres a uma vida reprodutiva autônoma e livre de coerções. O capítulo VII da Plataforma de Ação do Cairo (1995) afirma que os direitos reprodutivos:

“... se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.” (UNITED NATIONS, 1995, § 7.3).

O documento considera ainda o aborto ilegal como um problema de saúde pública e recomenda que os países revejam suas leis punitivas. No entanto, não trata das políticas repressivas existentes em alguns países, as quais violam a autonomia e a

integridade física e psicológica das mulheres, reduzindo a sua capacidade de decidir livremente e aumentando sua vulnerabilidade.

Já na Conferência de Pequim (1995) são reafirmados os acordos estabelecidos no Cairo e avança-se na definição dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais, os quais são então definidos de maneira mais autônoma. O programa afirma que os direitos humanos das mulheres compreendem seu direito a ter controle e a decidir livremente sobre assuntos relacionados à sua sexualidade e, portanto, sobre seu corpo. O documento ressalta ainda a importância de garantir os direitos de autodeterminação, igualdade e segurança sexual e reprodutiva das mulheres como determinantes para a afirmação dos direitos reprodutivos. Já no plano jurídico-normativo, recomenda a revisão de leis que criminalizam as mulheres que praticam o aborto (UNITED NATIONS, 1996).

O conceito de direitos sexuais e o conceito de direitos reprodutivos devem ser, no entanto, diferenciados daquele de saúde reprodutiva. Os direitos reprodutivos são direitos humanos fundamentais, os quais envolvem uma noção mais ampla que não pode ser subsumida às questões de saúde, apresentando uma dimensão política e afirmando a autonomia e a liberdade na esfera da reprodução, sobretudo para as mulheres. A sua construção prática foi uma conquista dos movimentos feministas e de mulheres, englobando uma ampla gama de direitos individuais e sociais:

A atual concepção dos direitos reprodutivos não se limita à simples proteção da reprodução. Ela vai além, defendendo um conjunto de direitos individuais e sociais que devem interagir em busca do pleno exercício da sexualidade e reprodução humana. Essa nova concepção tem como ponto de partida uma perspectiva de igualdade e equidade nas relações pessoais e sociais e uma ampliação das obrigações do Estado na promoção, efetivação e implementação desses direitos (VENTURA, 2004: 19).

Alguns desses direitos podem ser elencados, como o direito de decidir plenamente sobre a reprodução, de escolher quando, como e quantos filhos ter sem sofrer coerção ou violência; o direito a ter controle e autonomia sobre o próprio corpo; o direito de ter acesso à informação e aos meios para o exercício pleno e seguro da reprodução e sexualidade; o direito de exercer a sexualidade sem sofrer violência ou discriminação, entre outros (VENTURA, 2004: 21).

A abordagem mais comum atualmente, a qual enfatiza o aborto somente como uma questão de saúde pública, sem conjugá-la à noção mais ampla de direitos reprodutivos

e ao direito da mulher de decidir sobre seu próprio corpo, ainda que venha sendo utilizada estrategicamente inclusive pelos movimentos de mulheres e feministas que lutam pela descriminalização do aborto, como uma forma de avançar na discussão da questão, tem como consequência uma visão limitada do problema pela sociedade em geral, além de levar a uma intervenção inadequada do poder público e, em especial, do legislativo<sup>2</sup>.

As violações dos direitos sociais e individuais das mulheres e o desrespeito à sua autonomia reprodutiva e sexual comprometem a prevenção, além de aumentar a vulnerabilidade das mulheres ao aborto inseguro. A Constituição brasileira, apesar de reconhecer a importância das questões reprodutivas para a dignidade humana, ainda não apresenta capítulo específico para os direitos reprodutivos.

É importante ainda pensar na consolidação da noção de direitos sexuais de forma autônoma, tendo em vista que, em inúmeros documentos internacionais, a sexualidade é considerada apenas como parte integrante da reprodução. O conceito de direitos reprodutivos se encontra atualmente mais legitimado, apesar das resistências, enquanto a concepção de direitos sexuais apresenta mais dificuldades de aceitação, principalmente por conta de aspectos morais divergentes no que tange ao exercício da sexualidade em nossa sociedade atual (VENTURA, 2004: 19).

Pesa também a influência das questões da formação da moralidade religiosa na sociedade brasileira, a qual se reflete na atividade dos legisladores e juristas. Já começa, no entanto, a se estabelecer um consenso sobre a importância do reconhecimento da sexualidade como um direito humano e sobre as obrigações do Estado no sentido de viabilizar o acesso à informação e aos meios de garantir o exercício da sexualidade sem restrições.

---

<sup>2</sup>Dos Santos (2012) reflete sobre como a temática do aborto foi tratada pelos movimentos feministas no contexto da França no governo de Nicolas Sarkozy. O cenário foi de negociação constante entre o reconhecimento das problemáticas do feminismo clássico e a adequação ao momento político. Na ocasião dos debates sobre a Lei Veil, aprovada em 1975, que descriminalizou o aborto naquele país, a senadora Simone Veil optou por não utilizar-se do discurso dos movimentos feministas da época, relacionados ao direito de dispor do próprio corpo, mas da argumentação que priorizava o sofrimento das mulheres obrigadas a manter uma gestação não desejada, como uma estratégia para a aprovação da lei naquele momento. Alguns grupos feministas franceses no contexto atual vêm discordando de tais discursos de vitimização, ainda que sejam concessões utilizadas estrategicamente. Tal heterogeneidade de discursos e estratégias, muitas vezes contrastantes, seria a marca de um “feminismo mosaico”, com a coabitação de campos e alianças estratégicas móveis. (DOS SANTOS, 2012).

### **1.3. O aborto inseguro, sua magnitude e as consequências da criminalização.**

O abortamento inseguro consiste em um grave desrespeito aos direitos reprodutivos das mulheres e em um grande problema de saúde pública em todo o mundo. Segundo pesquisa realizada pelo Guttmacher Institute (SEDGH, 2012), estima-se que 43,8 milhões de abortos ocorreram no mundo no ano de 2008, data da última aferição realizada pela organização. Quase metade desses abortamentos foram praticados em condições consideradas inseguras, tendo sido a esmagadora maioria destes, cerca de 98%, realizada em países pobres e com leis restritivas ao abortamento, incluindo o Brasil. Nestes países, aproximadamente 56% dos abortos foram realizados em inseguramente, enquanto nos países ricos esse número chega a apenas 6%. Em decorrência do grande número de abortos inseguros, a prática está entre as principais causas da mortalidade materna. Por volta de 13% de todos os óbitos nessas circunstâncias têm como causas complicações por abortos feitos de forma inadequada. É importante salientar que, além das 70.000 mortes anuais, milhares de mulheres sofrem consequências severas em sua saúde (WHO, 2003).

As pesquisas evidenciam que, mesmo com a legislação punitiva, o aborto provocado é prática amplamente disseminada entre as mulheres brasileiras<sup>3</sup>, consistindo em parte importante de sua vida reprodutiva. A magnitude da realização do aborto no Brasil, entretanto, pode apenas ser aferida com estimativas pouco precisas, tendo em vista a ilegalidade da prática, o que dificulta a realização de pesquisas. Os dados a que se tem acesso são, em sua maioria, resultados de levantamentos feitos em hospitais públicos, o que imprime características particulares aos resultados, por contemplar apenas mulheres que buscaram o serviço de saúde para atendimento e hospitalizações após complicações advindas do abortamento (BRASIL, MS, 2009). É um agravante ainda o fato de que as mulheres em situação de aborto incompleto e com complicações sentem-se constrangidas ou com medo de declarar que realizaram o aborto nos serviços de saúde, resultando em significativa subnotificação do fenômeno (MONTEIRO; ADESSE, 2007).

Um dos estudos mais recentes com estimativas sobre a magnitude do aborto no Brasil (MONTEIRO; ADESSE, 2007), aponta que 1.054.243 abortos foram induzidos no

---

<sup>3</sup>Para estudos sobre a magnitude do aborto no Brasil ver DINIZ&MEDEIROS, 2010; MENEZES&AQUINO, 2009; MONTEIRO & ADESSE, 2007; entre outros.

país só no ano de 2005. Utilizou-se como fonte de dados para esse cálculo as internações por abortamento registradas no Serviço de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SUS. Foi aplicado um multiplicador ao número total de internações, baseado na estimativa de que por volta de 20% das mulheres que induzem abortos são hospitalizadas (MONTEIRO; ADESSE, 2007). Mesmo que as estimativas apontem para uma diminuição nos números, estes ainda permanecem altos, sendo de um aborto induzido para cada três partos no país. As inequidades regionais e raciais também são gritantes. As regiões Norte e Nordeste, que apresentam maior índice de população negra e pobre, são aquelas que possuem as maiores taxas de abortamentos.

Outros dados significativos foram apresentados na PNA – Pesquisa Nacional do Aborto (DINIZ; MEDEIROS, 2010), uma das mais abrangentes pesquisas já feitas no país para a aferição da prática, realizada fora do ambiente hospitalar. O levantamento abrangeu mulheres com idades entre 18 e 39 anos e que residiam em áreas urbanas. Os resultados indicam que, ao final de sua vida reprodutiva, mais de uma em cada cinco mulheres já passou pela experiência de, ao menos, um abortamento, o que caracteriza a prática do aborto como um fato muito recorrente na vida reprodutiva das mulheres brasileiras. A pesquisa observou ainda que o procedimento é mais comum entre mulheres de baixa escolaridade e que é praticado, sem grandes diferenciações, por mulheres de diversas crenças religiosas. O estudo revela também que cerca de metade dos abortos clandestinos resulta em internação no país.

Portanto, os resultados das principais pesquisas sobre aborto no Brasil indicam que a situação de ilegalidade traz consequências negativas para a saúde das mulheres, pouco coibindo a prática, além de refletir as injustiças econômicas, raciais e geracionais. O risco imposto pela criminalização do aborto é majoritariamente vivido pelas mulheres negras, pobres e por aquelas que não têm acesso a recursos médicos para o aborto seguro. Estimativas oficiais do Ministério da Saúde sobre a mortalidade materna decorrente de abortamentos apontam também para a sua ampla magnitude e para a necessidade de considerar o aborto clandestino e as suas consequências como uma questão de saúde pública. A mortalidade materna por causas obstétricas diretas, em que se inclui o aborto, vem diminuindo consideravelmente<sup>4</sup>, no entanto, o aborto ainda aparece nos dados oficiais

---

<sup>4</sup>Aponta-se o aumento da utilização do medicamento misoprostol ou *Cytotec* na realização do procedimento como o principal responsável pela diminuição das mortes por complicação decorrente de abortos. Ver BRASIL, MS, 2009.

como a quarta causa de mortes maternas no Brasil entre os anos de 1990 e 2010<sup>5</sup>, representando 4,6% dos óbitos maternos no período.

As disparidades econômicas estão também evidentes nos números. As mulheres de menor renda e escolaridade são aquelas mais acometidas pelos óbitos maternos (MARTINS, 2006). As variáveis de raça e cor também devem ser levadas em consideração, tendo em vista que a maior parte das mortes nessas condições corresponde a mulheres negras e essa proporção vem aumentando ao longo dos anos. As estimativas demonstram o risco adicional a que estão submetidas as mulheres pretas, se comparadas com as brancas, em todas as causas específicas de mortalidade materna, com aproximadamente o triplo de risco relativo, inclusive nas mortes decorrentes de abortos inseguros. A participação proporcional do aborto nas mortes maternas para as mulheres brancas era de 7,4% no triênio de 2002 a 2004, para as pardas essa parcela subia para 9,8%, enquanto para as mulheres pretas chegava a 10,7% (MONTEIRO; ADESSE, 2007).

Os métodos inseguros de abortamento, além de levarem inúmeras mulheres à morte devido a complicações, podem também implicar em sequelas em sua saúde física, reprodutiva e mental. Às complicações físicas imediatas, como hemorragias, infecções, perfurações de órgãos e infertilidade, somam-se aquelas de natureza emocional, tanto pelo trauma do procedimento, quanto pelo peso de uma decisão difícil em um contexto de culpabilização e penalização do abortamento (BRASIL, MS, 2005).

Os métodos escolhidos para o procedimento também expressam as inequidades sociais, tendo em vista que apenas uma minoria das mulheres pode arcar com os custos de um aborto seguro e sem riscos. Além do abortamento realizado em clínicas ou com o uso do misoprostol, correspondentes a mais da metade das induções, outros métodos menos seguros são utilizados, sendo os mais frequentes os chás, injeções intramusculares, inserção de corpos estranhos ou substâncias químicas no colo uterino (FONSECA et al., 1998, 282).

Percebemos que o controle pela sociedade e pelo Estado sobre os corpos das mulheres se apresenta como uma forma de violência física, simbólica e institucional. Tal violência consiste em uma grave restrição à sua liberdade e autonomia reprodutiva. Neste

---

<sup>5</sup> Entre 1990 e 2010, as alterações no padrão de causas específicas de morte materna mostram uma redução de 81,9% nos riscos de mortes por abortos. O aborto passou de terceira para quarta causa de mortes maternas no período (MS, 2012).

contexto de clandestinidade, a invisibilidade das mulheres, não mais consideradas na decisão sobre seus próprios corpos, as retira qualquer possibilidade de agência e autonomia com relação às suas gestações. Tal violência, entretanto, não é vivenciada da mesma forma por todas as mulheres. Há singularidades de raça, etnia, classe, geração e outras, as quais se intersectam (CRENSHAW, 2002), resultando em opressões diversas.

O direito de escolha é apenas um aspecto a ser considerado dentre a ampla gama de questões relevantes em termos de direitos reprodutivos, sendo mais ou menos determinante de acordo com características individuais e circunstâncias de vida. A discussão dos direitos reprodutivos a partir das experiências das mulheres negras e de mulheres que apresentam outras singularidades aponta para o fato de que, muitas vezes, ao fazer suas escolhas reprodutivas, algumas mulheres esbarram em condições e restrições sociais maiores. Modificar as condições sociais da escolha reprodutiva é, portanto, um imperativo para que os direitos reprodutivos das mulheres sejam respeitados também em suas diferenças.

## **Capítulo 2.**

### **REFERENCIAIS TEÓRICOS**

Com relação ao campo de pesquisa que abrange a temática, há ainda algumas lacunas, as quais apontam para a relevância da realização de mais estudos empíricos sobre a prática do abortamento, sobretudo, em se tratando do aborto clandestino. Os levantamentos realizados mostram que os estudos com evidências são minoria para este tema, sendo que parte considerável das fontes é argumentativa e/ou apenas teórica, sem apresentação de dados provenientes do trabalho de campo.

A relevância social deste estudo torna-se evidente quando se leva em consideração a amplitude da prática do abortamento no país e suas consequências e riscos, como apresentado anteriormente. Apesar da ampla magnitude do abortamento no país, pouco se sabe sobre as experiências e percepções das mulheres que recorrem a ele, resultado da situação de clandestinidade que caracteriza o procedimento. Esta situação ajuda a perpetuar o desconhecimento sobre a prática por dificultar a realização de pesquisas com dados confiáveis, além de manter a temática ao aborto e todas as suas implicações para a saúde física e emocional das mulheres envoltas por um véu de silenciamento e invisibilidade.

Torna-se importante, desta forma, o acesso à fala direta das mulheres. É patente a necessidade de que aquelas que passaram pela experiência do aborto, muitas vezes objetos das narrativas das/os profissionais de saúde e de outros profissionais a serviço do Estado, possam falar sobre as suas experiências e percepções.

#### **2.1. Estado da arte: as pesquisas sobre o aborto no país.**

Em levantamento bibliográfico, constatou-se uma ampla gama de fontes sobre o aborto no Brasil, um forte indício da importância da temática tanto para a academia quanto para a saúde pública brasileira. Publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, MS, 2009) sistematizou os últimos 20 anos de pesquisas sobre a situação do aborto no país, com o intuito de fornecer uma síntese dos resultados dos estudos sobre o tema. O objetivo do levantamento foi mapear a literatura especializada produzida em língua portuguesa e publicada no período de 1987 a 2007.

O levantamento encontrou 2.109 fontes em língua portuguesa, dentre as quais 398 fontes, por conterem pesquisas empíricas sobre o aborto em geral, foram denominadas “estudos com evidência”. Para cada estudo baseado em evidências de pesquisas empíricas, há cinco que não as contêm. O levantamento conclui que, apesar da abundância de materiais que tratam da temática do aborto, grande parte das informações foi coletada em serviços públicos de saúde, o que imprime características particulares aos resultados, tendo em vista que contemplam apenas mulheres que buscaram o serviço público para atendimento e hospitalizações. Constata também que as pesquisas pouco falam sobre o universo simbólico das mulheres que abortam e as consequências emocionais da prática, sobre seu processo de tomada de decisão e sobre o impacto dessa experiência em sua trajetória reprodutiva (BRASIL, MS, 2009). Os tipos de publicações prioritárias no campo são os periódicos científicos, com 47% do total de fontes, os livros, com 18%, e as teses acadêmicas, com 14%.

A maior parte dos estudos empíricos foi realizada na Região Sudeste (75%), havendo uma grande concentração no estado de São Paulo, que reúne 58% do total das pesquisas. Os estudos são conduzidos também, em sua maioria, em hospitais públicos e universitários localizados em capitais, apontando para uma grande concentração nos estados da Bahia, do Ceará, de Pernambuco, do Rio de Janeiro, do Rio Grande do Sul e de São Paulo. Apenas 4% dos estudos sobre a temática do aborto são realizados no Centro-Oeste (BRASIL, MS, 2009). Há ainda uma prevalência de pesquisas com evidências empíricas em campos disciplinares com garantia de sigilo profissional, como é o caso da medicina e da enfermagem. A grande maioria dos estudos que apresentam dados empíricos é, desta forma, da área da saúde pública, abordando questões significativas para este campo específico. Estudos com evidência na área da sociologia podem ser importantes no sentido de trazer as problemáticas próprias dessa área de pesquisa para o campo dos direitos reprodutivos.

Outro levantamento que trata dos estudos sobre aborto no país, realizado por Menezes e Aquino (2009), por meio de pesquisa bibliográfica em periódicos de saúde, aponta que a maior parte dos estudos opta por dar ênfase à situação do aborto incompleto, com mulheres admitidas em hospitais públicos por complicações decorrentes de abortamentos realizados de maneira insegura e reportando, portanto, apenas uma parcela específica dos abortos realizados. As autoras constataam ainda que poucos trabalhos

discutem os fatores sociais implicados na decisão das mulheres pelo aborto, associando fatores como raça e classe (MENEZES; AQUINO, 2009).

A anteriormente citada Pesquisa Nacional de Aborto (DINIZ; MEDEIROS, 2010), tratou do fenômeno fora do ambiente hospitalar. A pesquisa combinou a técnica de urna<sup>6</sup> e questionários aplicados face a face por entrevistadoras, que indagavam sobre informações sociais e demográficas. Seus resultados mostram que 15% das mulheres entrevistadas afirmaram já ter realizado algum aborto na vida (DINIZ; MEDEIROS, 2010). O estudo conclui que a experiência do abortamento é um fenômeno comum na vida reprodutiva das mulheres brasileiras, pois ao completar quarenta anos, mais de uma em cada cinco entrevistadas já fez algum aborto. Não se observou diferenciação relevante em função de crença religiosa, sendo a prática mais comum entre as mulheres católicas, sobre representadas na população. A experiência é mais frequente entre mulheres de menor escolaridade. A pesquisa aponta ainda que, em metade dos casos, optou-se pelo uso de medicamentos no último aborto realizado, tendo sido necessária a internação pós-aborto também em metade dos procedimentos.

Já os estudos e pesquisas que privilegiam as narrativas das próprias mulheres que passaram por um processo de abortamento estão centrados nos casos de abortos clandestinos e envolvem, em sua maioria, uma amostra limitada de sujeitos. O trabalho de Costa et. al. (1995) buscou conhecer as características das mulheres que realizaram um aborto e as razões envolvidas em sua decisão. Para tanto, foram enviados questionários às alunas de graduação e funcionárias de uma universidade paulista. Foram recebidos 1.987 questionários respondidos pelas funcionárias (27% do total dos questionários enviados às funcionárias) e 937 pelas alunas (42% do total dos questionários enviados às alunas). Os resultados da pesquisa mostraram que, para as mulheres entrevistadas, a decisão de abortar deve estar acompanhada de uma justificativa muito forte, em que o caso mais “justificável” moralmente seria a interrupção de uma gestação decorrente de estupro (COSTA et. al., 1995). Além disso, quase metade das mulheres que abortaram afirmou ter se sentido mal

---

<sup>6</sup>A técnica de urna consiste em uma forma sigilosa de coleta de informações por meio de questionários anônimos preenchidos pelas próprias entrevistadas e depositados em urna. Na pesquisa em questão, as respostas específicas sobre aborto foram coletadas por meio desta técnica. O objetivo da urna é enfatizar, no momento da entrevista, o sigilo das respostas, a fim de melhorar a sua fidedignidade a questões controversas (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

emocional e/ou fisicamente (48,8%). As que afirmaram que se sentiram bem emocionalmente e fisicamente, aliviadas ou sem traumas, foram 27,9%.

Tal cenário indica, segundo os autores, que a realização do aborto é uma experiência que traz consequências físicas e emocionais desagradáveis para as mulheres e que a decisão de fazê-lo não é inconsequente. Embora a amostra estudada possa não ser representativa da população, por não ser possível controlar as respostas aos questionários, os resultados obtidos são importantes subsídios para refletir sobre a realidade do aborto provocado, fornecendo indicadores significativos, tendo em vista as respostas voluntárias e anônimas ao estudo (COSTA et. al., 1995).

Outro estudo (GALLI, 2010), analisou os relatos de mulheres sobre o abortamento e o estigma relacionado à criminalização da prática. O trabalho apresenta relatos colhidos com algumas das centenas de mulheres processadas por terem recorrido ao aborto em uma clínica particular em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, entre os anos de 2007 e 2009. A pesquisa concluiu que o silêncio e o medo da exclusão social por parte das mulheres que abortam ajudam a perpetuar a invisibilidade da prática. Alguns depoimentos apontam ainda para casos em que as mulheres teriam direito ao aborto legal, mas acabaram recorrendo à clínica privada por dificuldade de acesso e/ou inexistência de serviço de referência.

Outra pesquisa que privilegia o ponto de vista das mulheres que abortaram foi feita por Digiovanni (2008). Esta realizou entrevistas abertas partindo de uma rede de relações pessoais, com o objetivo de reconstruir as narrativas de 25 mulheres que abortaram. Os resultados revelam que o abortamento é sempre descrito como um momento conflituoso e de grande sofrimento para as mulheres entrevistadas. Mostram ainda que é em relação aos projetos de vida elaborados por essas mulheres, seus planos e perspectivas que o aborto se mostra como necessário e que a decisão pela prática se sobrepõe a “regras sociais, determinações legais e preceitos religiosos” (DIGIOVANNI, 2008, p.5).

Pode-se observar, após esta sistematização de alguns dos trabalhos já realizados sobre o tema, que as pesquisas que tratam da magnitude do aborto no país evidenciam que a prática é disseminada, sendo parte da vida reprodutiva das mulheres brasileiras. Em contraste, pouco se sabe sobre as experiências e percepções dessas mulheres. Identificaram-se, neste levantamento da bibliografia, alguns trabalhos com foco nas experiências e narrativas de mulheres que passaram pelo abortamento. A maior parte

está restrita, entretanto, a mulheres admitidas em hospitais públicos em decorrência de abortos incompletos ou de complicações decorrentes do procedimento, contemplando, desta forma, um universo restrito de mulheres. A lacuna de estudos fora dos espaços institucionais e médicos aponta para a necessidade de uma aproximação de outros espaços de vivência das mulheres, dos saberes femininos e mesmo tradicionais. O discurso das autoridades médicas e científicas passa a ser privilegiado nesse processo, tendo em vista que estes são os maiores produtores do conhecimento sobre a temática, enquanto as mulheres que abortam são conseqüentemente desautorizadas a falar sobre suas próprias experiências e percepções.

## **2.2. Marco teórico e delimitação das categorias: aborto, corpo e experiência.**

A categoria do aborto clandestino é entendida aqui como o procedimento de interrupção da gestação de maneira ilegal, conforme prevista pelo Código Penal brasileiro como um crime contra a vida. Tal categoria está relacionada à prática do aborto envolta em segredo e ocultamento, além da realização do procedimento em condições inseguras. A definição de aborto inseguro adotada aqui é aquela estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), qual seja: “O procedimento para interrupção da gravidez indesejada realizado por pessoas que não possuem as habilidades necessárias, ou ainda em um ambiente que não respeita os padrões médicos mínimos para a sua realização” (WHO, 1992). Ainda segundo a OMS, os abortos fora dos limites da lei têm maior probabilidade de serem realizados de maneira insegura tendo em vista que as interrupções são feitas, na maior parte das vezes, em condições sanitárias precárias e com carência de cuidados adequados pós-aborto, em consequência da situação de clandestinidade.

No entanto, ainda que tal definição preliminar seja necessária, busquei verificar também, na presente pesquisa, como a categoria da clandestinidade é articulada pelas próprias entrevistadas e como se relaciona com as experiências do aborto relatadas pelas mulheres durante as entrevistas, tendo em vista que é possível que a categoria acione mais elementos em suas falas do que apenas a situação de ilegalidade do procedimento.

Utilizo também a categoria “mulheres” neste trabalho enquanto proposta de análise, estando ciente, entretanto, das discussões sobre a adequação do termo, as quais surgiram nos embates da teoria feminista em especial após as críticas de Butler (2008). Os

riscos da utilização do termo estão relacionados principalmente a não existência de uma essência que una todas as mulheres em uma identidade única e aos perigos de um termo que pretende representar a todas, mas que corre o risco de promover a invisibilidade das especificidades das mulheres. Defendo a utilização da categoria aqui não como uma essência ontológica, nem mesmo no sentido de um essencialismo estratégico, mas em uma acepção mais ampla de posição política, como sugere Costa (1998). Entendo “mulheres” como uma categoria heterogênea produzida historicamente por discursos, práticas e experiências, a qual possui diferentes temporalidades e densidades. Uma categoria que existe também em relação a outras, igualmente instáveis, tendo em vista que o seu significado deve ser construído sempre em interação e intersecção com outras categorias como raça, classe, geração, etnia e sexualidade (COSTA, 1998: 133).

Também Nicholson (2000) defende a utilização teórica da categoria mulheres. Trata-se de uma concepção atenta à historicidade do termo, a qual adquire sentido por meio da elaboração de uma complexa rede de características que não podem ser pressupostas, mas apenas descobertas nesse processo, não tendo, portanto, um sentido a priori. Segundo a leitura de Piscitelli (2002), a proposição de Nicholson ofereceria a dupla vantagem de possibilitar o reconhecimento das diferenças entre as mulheres, viabilizando também a prática política, por permitir mapear semelhanças entre elas (PISCITELLI, 2002: 21).

Já as experiências são aqui entendidas como as condutas individuais e coletivas, regidas pela heterogeneidade e pela atividade dos indivíduos, os quais constroem o sentido das suas práticas no próprio seio desta heterogeneidade (DUBET, 1994). A distância crítica dos atores, assim como a sua reflexividade, participa plenamente em sua experiência. Os seus relatos, a partir da consciência que eles têm do mundo e deles próprios, são a matéria essencial de que dispõe a sociologia da experiência. Ela exige, portanto, a recusa à noção do ator como um ser ingênuo, totalmente cego. É importante salientar, no entanto, que a escolha pela utilização da categoria da experiência não se assenta em um postulado ontológico relativo a uma condição humana supostamente natural, mas em uma estratégia metodológica. Assume-se que, na medida em que o que se conhece da experiência é aquilo o que dela é dito pelos atores, este relato vai contemplar as suas categorias (DUBET, 1994: 103).

A noção de experiência, mais particularmente a noção de experiência das mulheres, é central para o feminismo. A polissemia do termo abarca seus usos mais cotidianos, os quais compreendem desde a ideia de um saber que se aprende com a prática, a bagagem acumulada pelas pessoas ao longo de suas vidas, sentimentos e emoções diárias, até o método científico de provocar um fenômeno sob certas circunstâncias para pôr à prova determinada teoria (BACH, 2010: 20). Tal multiplicidade de significados contribui para com a aceção de que as experiências são incompatíveis com o conhecimento racional, por estarem relacionadas a uma percepção imediata da realidade sensível ou ainda subjetiva, interna, à qual seria impossível ter acesso. Mohanty (2004) defende que a compreensão da experiência é que faz possível a teoria. Esta teorização estaria ligada ao compromisso político, tornando comunicáveis e intercambiáveis a experiência pessoal e os relatos dos sujeitos de pesquisa (MOHANTY, 2004: 191).

As críticas à utilização da categoria da experiência como uma fonte legítima de conhecimento baseiam-se principalmente na noção de que os relatos sobre tais experiências não passam de conhecimento irreflexivo (BACH, 2010: 22). Portanto, ao utilizar tal categoria é preciso ter em mente que a experiência não é uma verdade que precede as determinações culturais e históricas. São significativos ainda os perigos na construção de políticas baseadas nas experiências das mulheres, por estas serem facilmente tidas como fundamento de um interesse comum a todas, ocultando estruturas mais amplas de dominação e mantendo outras hierarquias de poder intactas como, por exemplo, aquelas internas aos próprios grupos de mulheres. É importante salientar, tendo em vista a problemática deste estudo, que ainda que se reconheçam como de fundamental importância os relatos das próprias mulheres que passaram pelo processo de abortamento clandestino, é essencial reconhecer também as dificuldades no processo de criação de uma posição de fala, diferenciada de uma mera representação, ou mesmo de uma apropriação desses relatos. Sem ignorar as críticas e o lugar ocupado pela própria pesquisadora, acredita-se aqui na possibilidade de fala dessas mulheres e nas suas narrativas como estratégias de avaliação e conhecimento de suas experiências.

É central também a importância de uma problematização dos corpos e da corporificação nesta pesquisa. Trabalho aqui com o corpo não como uma categoria fechada e pré-definida de análise, mas como um processo dinâmico presente nas interações e nos relatos de pesquisa. Le Breton (2010) enfatiza que o corpo não é uma espécie de natureza

incontestável objetivada pelas comunidades humanas e dada imediatamente ao observador. Não é um dado inequívoco, mas o efeito de uma elaboração. A sociologia do corpo se dedica à compreensão da corporeidade como um fenômeno social, cultural e simbólico. Sugere que as ações cotidianas envolvem sempre a mediação da corporeidade e que é no corpo que a existência toma forma, adquirindo e produzindo sentidos (LE BRETON, 2010: 7).

Uma interessante proposta para a análise do corpo é apresentada por Latour (2009), que busca fugir do dualismo e da visão objetivada e naturalizada. Ter um corpo é “aprender a ser afetado” é ser “movido, posto em movimento por outras entidades, humanas ou não-humanas” (LATOURE, 2009: 39). O corpo é entendido como aquilo que deixa uma trajetória dinâmica por meio da qual registramos e nos sensibilizamos com relação ao mundo. Neste deslocamento, o corpo deixa de ser uma substância dada previamente ou mesmo um fato bruto da natureza. Ele se apresenta como *corporalidade* (CSORDAS,1994), ou seja, enquanto experiência. O corpo aparece também como um agente da cultura. Uma cultura corporificada pela experiência, e não dada externamente à experiência do agente.

O corpo foi construído pela filosofia ocidental como uma das partes de um binário composto por mente/corpo. Tal pensamento dicotômico necessariamente hierarquiza e classifica ambos os termos de forma que um deles se torna o privilegiado, enquanto o outro se torna a sua contrapartida subordinada e negativa. O corpo passa a ser então aquilo o que não é a mente, o outro ordinário e meramente incidental (GROSZ, 2000). Decorre também desse processo uma correlação do binário com a oposição entre homem e mulher, em que o homem corresponde à mente, enquanto a mulher é corpo. Grosz (2000) aponta para o domínio da concepção dualista do corpo inclusive nos trabalhos de teóricas feministas preocupadas com as questões reprodutivas. Em alguns desses trabalhos o corpo é tratado como um objeto passivo sobre o qual ocorrem disputas. Tal noção possibilitou também a visão desses corpos como passíveis de intrusão. A sexualidade e a capacidade reprodutiva das mulheres se tornam suas características definidoras, inscritas nos corpos (GROSZ, 2000: 67). A partir dessa visão essencialista, as mulheres são resumidas ao processo reprodutivo, sendo vistas como mais “biológicas”, ou mais “corporais” do que os homens.

O disciplinamento e a normatização dos corpos femininos pelo saber médico, em especial em relação à reprodução das mulheres, ganham centralidade nesse processo. O controle sobre a capacidade reprodutiva é um dos pontos centrais sobre os quais se constroem as prerrogativas em torno das capacidades e funções sociais de homens e mulheres. A adoção por parte das mulheres de determinada prática contraceptiva introduz novos alvos de disputa, expressando como valores relacionados ao gênero estão intimamente conectados com a determinação de práticas e intervenções corporais (ROHDEN, 2003). Rohden (2003) sugere a conformação de um contexto bastante singular na primeira metade do século XX, em que é possível identificar a adoção de uma política mais nítida de gerenciamento da sexualidade e da reprodução. O controle da natalidade, neste contexto, vai se tornando um tema de interesse público ao mesmo tempo em que se desenvolve uma configuração de ideias e de práticas em torno da valorização da maternidade. O aborto criminoso, então, a partir de 1910, no contexto brasileiro, passa a ser um tema de destaque para a medicina e para a sociedade como um todo. Neste processo a mulher que pratica o aborto passa a representar o “perigo”, do ponto de vista médico, de uma disjunção entre sexo, reprodução e maternidade (ROHDEN, 2003).

Martin (2006), em sua análise sobre a reprodução, afirma também que a ciência médica está ligada a uma forma particular de controle. Sugere, entretanto, que as mulheres podem utilizar sua experiência comum no sentido de confrontar as concepções e o controle da medicina, fazendo usos políticos alternativos da produção científica a respeito de seus corpos. A partir de relatos descritos por mulheres, durante os quais estas apontam discordâncias com relação às práticas ou procedimentos médicos, Martin apresenta possibilidades de resistência por parte delas às determinações de controle social sobre seus corpos. Valoriza, portanto, as maneiras pelas quais as mulheres podem tomar o controle de suas vidas reprodutivas, afirmar seus desejos e produzir resultados eficazes.

## **Capítulo 3**

### **CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

#### **3.1. Procedimentos de pesquisa.**

O objeto desta pesquisa são as experiências de abortamento clandestino relatadas por mulheres que realizaram um ou mais abortos nessas condições. A partir desse objeto, emergiu a seguinte problemática: Como as mulheres que realizaram o procedimento do aborto clandestino (fora da lei) articulam seus relatos sobre esta experiência, suas motivações e justificativas para a prática? Busquei ainda observar como a ilegalidade atinge diferencialmente essas mulheres em suas especificidades de classe, raça, sexualidade, estado civil e geração, no que diz respeito tanto às suas motivações e justificativas quanto às condições em que o procedimento foi realizado e aos recursos disponíveis. Procurei também verificar como se deu a relação dessas mulheres com seus corpos e com sua autonomia reprodutiva após o procedimento, e ainda se houve alguma espécie de mudança em sua relação com os artifícios de controle de fertilidade ou na forma como percebem seus processos corporais.

Pretendi responder ainda algumas questões mais específicas: Quem são essas mulheres? Como são construídos os seus relatos sobre o evento do aborto e quando da descoberta da gravidez? Quais justificativas elas evocam para a realização do aborto? Quais fatores consideram significativos para a sua decisão de abortar? Em que condições, em que contexto e com a ajuda ou participação de quem realizaram esse aborto? Quais procedimentos utilizaram e por qual motivo? Qual a sua relação com os processos de controle reprodutivo? Qual a interferência (se houve) das instituições médicas, religiosas e/ou policiais em suas experiências de aborto? Onde se inserem os homens que as engravidaram e qual é a percepção dessas mulheres sobre o seu papel no momento da descoberta da gestação e do aborto? Foram considerados os custos emocionais e físicos em suas decisões? Quais consideram serem as principais consequências físicas e emocionais do procedimento em suas vidas? Quais valores morais evocam em suas decisões e experiências? A experiência por que passaram coloca em perspectiva a possibilidade de mudança e ressignificação de seus valores morais?

Com o propósito de alcançar os objetivos a que me propus neste trabalho realizei uma pesquisa qualitativa por meio de revisão da bibliografia sociológica e da teoria feminista sobre o corpo e o aborto, além de entrevistas face a face em profundidade. A abordagem de tipo qualitativo foi por mim escolhida por se adequar melhor aos objetivos propostos, tendo em vista que trabalha com o universo de “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1999, p.21).

Minha escolha foi por entrevistar apenas mulheres, deixando a elas um lugar de fala exclusivo, posição justificada pela perspectiva epistemológica que adoto neste trabalho. A noção de um saber ancorado nas perspectivas e experiências das mulheres se sustenta no pressuposto de que as desigualdades de gênero operam no sentido de produzir experiências qualitativamente diferentes para homens e mulheres. Tal vantagem não está localizada em uma essência biológica de qualquer espécie, sendo influenciada pela forma como são estruturadas diferencialmente as experiências de homens e mulheres em sociedades marcadas pelas relações hierárquicas de gênero (SARDENBERG, 2002). Portanto, parto do princípio de que os relatos a partir do ponto de vista das mulheres se constituem em um locus privilegiado de conhecimento sobre a temática. Tal assertiva não significa a exclusão dos homens ou parceiros. Eles estão presentes e têm um papel fundamental nos relatos dessas mulheres sobre as suas experiências do aborto, como será visto mais à frente. Entretanto, o recorte epistemológico pelo qual optei não inclui os relatos masculinos. Trata-se de uma escolha também política, tendo em vista que as falas das mulheres, em especial quando relacionadas a temáticas muitas vezes silenciadas, como é o caso do aborto, são transgressoras, pelo simples fato de que desafiam os acordos convencionais das narrativas dominantes, as quais, em princípio, negam a sua autoridade de fala (BACH, 2010).

Minha intenção foi reconstituir as trajetórias dessas mulheres tendo como fio condutor a vivência da sua sexualidade e suas trajetórias reprodutivas. Optei por realizar entrevistas semiabertas em profundidade com o intuito de permitir uma maior flexibilidade nas respostas e um possível ajustamento das perguntas de acordo com a necessidade e o andamento da pesquisa. Foi uma escolha ainda fazer estas entrevistas com um roteiro pré-estabelecido (Anexo 1), porém passível de intervenções e modificações. Esse tipo de

entrevista facilita a orientação da conversa sem, no entanto, restringir a intervenção da pesquisadora, se necessário, ou de acordo com o interesse da/o entrevistada/o. A ideia foi permitir que as mulheres pudessem elaborar seus relatos baseadas nas justificativas que lhes parecessem mais adequadas no sentido de descrever suas experiências. As entrevistas em profundidade permitiram também uma apreensão de detalhes e uma intensidade nas respostas que outras técnicas não possibilitariam. A escolha destes procedimentos de pesquisa esteve ancorada ainda na perspectiva epistemológica que adotei, a noção de “conhecimentos situados”, a qual valoriza o saber advindo das experiências das mulheres que compõem este grupo de estudo e que aprofundo mais à frente na análise metodológica.

Inicialmente, limitei o grupo de pesquisa à localização espacial do Distrito Federal e entorno de Brasília, decisão de recorte tomada pelas contingências e pelas possibilidades de mobilidade durante o trabalho de campo. Tal recorte mostrou-se ainda mais adequado, em princípio, tendo em vista os critérios de inclusão para as sujeitas da pesquisa, os quais se basearam em minha rede de relações pessoais. Entretanto, com o andamento do trabalho, tive a oportunidade de incluir mulheres que realizaram o procedimento em outras localidades, além de algumas mulheres que residem atualmente em outros lugares do Brasil, possibilidade que enriqueceu o universo de pesquisa. Desta forma, ainda que o recrutamento para as entrevistas tenha sido feito no Distrito Federal e entorno, foram inclusas mulheres que realizaram o abortamento em outras cidades brasileiras e até mesmo uma entrevistada que fez um aborto fora do Brasil.

Importante ressaltar que as pesquisadas estão aqui inseridas em uma categoria contingente “mulheres que abortaram”, uma vez que a experiência do aborto é o elemento comum que as insere no recorte da pesquisa (DIGIOVANNI, 2008). Levando em consideração a clandestinidade da prática, a qual envolve uma situação de ilegalidade, além de uma carga emocional e de intimidade muito grande, o critério adotado, de chegar a estas mulheres por meio de minha rede de relações pessoais, mostrou-se como a maneira mais adequada de aproximação. Busquei, assumindo também as dificuldades de recrutamento por meio deste critério, abarcar mulheres de diferentes classes sociais, identificações raciais, estados civis e faixas etárias. É importante reconhecer ainda que o segmento de mulheres jovens de classe média é majoritário dentre minhas relações

peçoais. O esforço, no entanto, foi no sentido de entrevistar mulheres que não se encaixavam neste perfil necessariamente.

Ainda que o universo de pesquisa proposto buscasse abarcar mulheres que realizaram um ou mais abortos de maneira clandestina decidi, com o andamento da dissertação, incluir uma entrevistada que realizou o procedimento em condições de legalidade, no exterior. Esta me pareceu uma boa oportunidade de estabelecer um paralelo com a situação de clandestinidade do aborto no país e enriquecer o grupo de pesquisa. Optei ainda por não estabelecer um recorte temporal específico, pois fazê-lo seria limitar a análise das especificidades, em especial as geracionais, e suas relações com as etapas de vida dessas mulheres. Da mesma forma, fiz a escolha de não estabelecer um número pré-definido de mulheres a serem entrevistadas, considerando que muitas, presumivelmente, viriam pela indicação de outras até chegar-se ao momento da recorrência das informações, por bola de neve. Tal assunção mostrou-se pertinente durante o processo de recrutamento, ao final do qual cheguei a um total de 11 entrevistas realizadas, no período de junho a dezembro de 2013, com mulheres de relativa variabilidade de faixa etária, localidade, perfil racial e econômico. O perfil geral das entrevistadas, além de algumas características individuais, são apresentadas mais à frente.

O grupo entrevistado esteve sujeito a variações também tendo em vista os critérios de inclusão relacionados à vontade de participação das entrevistadas e à sua disponibilidade. As possibilidades de pesquisa estiveram sujeitas à situação de ilegalidade da prática no Brasil. A criminalização do aborto impede que o tema seja tratado como um problema de saúde pública. O tratamento repressivo, associado ao trauma envolvido na situação do abortamento, apareceu, portanto, como um grande empecilho para a participação das mulheres na pesquisa.

É importante salientar que a realização do aborto é fonte de polêmica no país e que a sua realização requer uma justificativa moral, que confira legitimidade ao processo (CEMICAMP, 2005), além de envolver sérias questões emocionais e éticas. Por este motivo, foram tomadas todas as providências para manter as identidades das participantes em sigilo, além de outros cuidados éticos necessários à realização da pesquisa. Atenção especial foi dada também aos contatos iniciais com as participantes, os quais se deram pessoalmente ou por telefone, em ambiente seguro. As entrevistas foram realizadas em localidades escolhidas pelas próprias entrevistadas, segundo sua vontade e conforto

pessoal. A maior parte delas foi feita nas casas das entrevistadas, e algumas nas residências de parentes ou amigas. O tempo médio das entrevistas foi de uma hora e meia de duração.

O fato de o abortamento ser uma prática ilegal, a qual prevê punições pelo Código Penal, demandou um cuidado ainda maior com relação ao sigilo das informações coletadas, para que nenhuma participante corresse o risco de ser incriminada. Nenhuma informação pessoal que pudesse identificá-las foi divulgada neste trabalho. A coleta foi realizada por meio de entrevistas gravadas exclusivamente em áudio, descartadas de maneira segura logo após a transcrição, para que não restassem vestígios recuperáveis dos arquivos. As transcrições e as informações pessoais das entrevistadas foram também arquivadas separadamente, em local seguro, de acesso exclusivo e protegidas por senha. Esta pesquisa passou pelo crivo do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CEP/IH)<sup>7</sup>, tendo sido aprovada pelo colegiado daquela instituição por obedecer aos requisitos éticos necessários à realização da mesma<sup>8</sup>.

### **3.2. Desafios na construção da pesquisa: um breve relato**

Relato aqui, resumidamente, algumas das principais dificuldades e desafios que se apresentaram durante a pesquisa, por acreditar que estes são também dados metodológicos de importância para a análise sociológica que se segue. Considero que as minhas experiências enquanto pesquisadora são parte importante, tanto do processo de construção do trabalho, como também do resultado apresentado. Entretanto, é necessário salientar que é impossível colocar-me aqui em uma posição exclusiva de pesquisadora. A própria perspectiva epistemológica que adoto me impele a reconhecer o meu posicionamento enquanto mulher, feminista, que fui e serei exposta ao problema que pesquiso academicamente também em outras áreas de minha vida.

Um primeiro desafio apareceu logo no recrutamento para as entrevistas. Ao buscar essas mulheres apelei para os contatos pessoais. Minha intenção foi fugir do ambiente das instituições de saúde, com as quais já havia trabalhado anteriormente, durante a graduação. Na ocasião, entrevistei profissionais da saúde envolvidas/os com os programas de aborto previsto em lei de um hospital do Plano Piloto. Entrevistei também

---

<sup>7</sup> <http://www.cepih.org.br/>

<sup>8</sup> Projeto aprovado em parecer emitido no dia 30 de outubro de 2013.

profissionais da segurança pública sobre a questão, em delegacia especializada no atendimento a mulheres, na mesma cidade. Percebi que, para escutar os relatos das mulheres que passaram pela experiência do aborto clandestino seria importante não mais passar por tais espaços. Presumi que a identificação da pesquisa com as instituições do Estado, associadas com a criminalização, violência e punição, seria mais uma barreira do que uma ponte no meu diálogo com essas mulheres. Abordar o tema tendo como sujeitas as mulheres atendidas na instituição hospitalar tampouco era de meu interesse. Tal intermediação imprimiria à pesquisa características muito específicas de um contato perpassado pelo ambiente institucional, as quais não seriam desejadas tendo em vista o objetivo de me aproximar dessas mulheres também como mulher que sou, apesar de ocupar uma posição muito específica de poder nessa relação.

Procurei, então, acionar minha rede de contatos pessoais, primeiramente abordando mulheres das quais tinha conhecimento terem realizado um ou mais abortos e perguntando a conhecidas se poderiam indicar algumas possíveis entrevistas. Esperei também que tais mulheres ativassem seus contatos, possibilitando um maior e mais diversificado alcance. Minha intenção, desde o início, foi entrar em contato com mulheres diversas, com o intuito de apreender as nuances de classe, raça, geração, sexualidade, entre outras que porventura pudessem aparecer durante a coleta de dados.

Tive consciência, desde o início, das dificuldades de abordagem do tema, como também dos desafios no recrutamento para as entrevistas. O primeiro passo mostrou-se menos complicado. Minha rede de contatos envolve, em sua maioria, mulheres jovens, de classe média, residentes no Plano Piloto e com um discurso feminista ou, ao menos, simpático ao feminismo. Não foi difícil convencê-las da importância da pesquisa e do quão significativo seria o compartilhamento das suas experiências. Mulheres que possuem esta identificação com o feminismo, no entanto, não constituiriam um grupo representativo das experiências de outras mulheres. Neste ponto tenho também consciência de que é impossível chegar a uma amostra fiel à diversidade de experiências de todas as mulheres, uma vez que é muito difícil se ter conhecimento sobre este universo. Tal convicção foi ficando ainda mais forte na medida em que prosseguia com o projeto. Escutei histórias muito particulares. Algumas, mais sofridas, outras menos. Diversas motivações, diversas interpretações, diversas vidas. Impossível condensar e enquadrar tais experiências em

caixinhas de classe, raça ou idade. O máximo que eu poderia fazer seria tentar acessar o maior número de mulheres possível, tendo em vista as minhas limitações de acesso e tempo.

Nesta jornada deparei-me com a dificuldade já esperada por conta da ilegalidade da prática. Muitas fazem, muitas sabem, poucas estão dispostas a falar. A primeira barreira se dá logo na abordagem. Seria invasivo, para a maior parte dos meus contatos, abordar amigas, mães, irmãs ou vizinhas e questioná-las sobre um assunto tão delicado. O segredo está guardado e é grande a desconfiança alimentada pela sensação de ter feito algo de muito errado ou condenável aos olhos alheios. Tal reação não é nenhuma surpresa, tendo em vista o estigma envolvido na problemática, que marca tais mulheres como pecadoras, criminosas e assassinas. Vi-me, portanto, perante um muro de silêncio, o qual não conseguia penetrar, apesar de inúmeros esforços para estabelecer contato com mulheres que não me conheciam, não faziam parte do meu círculo de amizades ou partilhavam de minha condição social e econômica.

Neste momento, cogitei novamente acessar estas mulheres por intermédio do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), buscando algum contato. A equipe do programa de aborto legal sofreu total reestruturação após um período de grande dificuldade institucional. Fui recebida com a típica desconfiança de profissionais que estão acostumadas a uma reação pública contrária ao seu trabalho com mulheres que têm direito ao aborto previsto em lei. Após ter sido recebida de maneira hesitante e desconfiada pela equipe, recordei-me da minha necessidade de acessar essas mulheres de maneira não institucional e dissociar minha presença do ambiente hospitalar, tão hostil à situação daquelas que abortam e necessitam de cuidados.

Nesse processo de busca deparei-me também com algumas surpresas. Havia, inicialmente, um receio da minha parte em abordar e pedir ajuda a mulheres religiosas ou mulheres que considerava muito conservadoras no que se refere às questões de direitos reprodutivos, em especial aquelas das minhas relações familiares. Percebi, entretanto, que existe uma tolerância à prática, inclusive entre as mulheres que defendem uma posição publicamente condenatória ao aborto. Acredito que tal tolerância possa ser uma das consequências da “normalidade” da prática, no sentido de esta já ser parte da vida reprodutiva das mulheres como um todo, apesar da ilegalidade.

Impossível ainda não me colocar neste processo, pois além da posição muito específica de pesquisadora em que me insiro, sou também mulher e passo a ser vista, por aquelas que sabem de minha temática de pesquisa e mesmo por aquelas que participaram de minhas entrevistas, como uma referência no assunto. Uma referência não apenas acadêmica, mas também prática. Posso afirmar que senti, inúmeras vezes, a existência de uma espécie de laço de cumplicidade desenvolvido entre nós no compartilhamento dessas histórias. Esta posição me pareceu bem clara em um momento da pesquisa em que, após entrevista com uma informante que já havia realizado um aborto em sua trajetória, fui questionada sobre a possibilidade de indicar uma clínica para sua conhecida, que estava grávida e decidida a interromper.

Nesta trajetória, portanto, deparei-me, inúmeras vezes, com a impossibilidade de separar por uma linha nítida a posição de pesquisadora e o lugar que ocupo enquanto mulher e feminista. Este foi um conflito que me acompanhou em vários momentos neste trabalho. Assumo que tal questão ainda não está resolvida, entretanto, passei a questionar se este seria de fato um problema real na pesquisa, tendo em vista que a vivência epistemológica que adoto perpassa também as minhas experiências pessoais, sendo impossível e até mesmo indesejável, livrar-me da posição marcada de mulher. Neste ponto, a pesquisa sobre as epistemologias feministas contribuiu no sentido de resolver determinados conflitos e dificuldades que anteriormente me pareciam incontornáveis.

### **3.3. Discussão teórico-metodológica.**

Neste trabalho, explorei as experiências das mulheres. Foi essencial, portanto, a utilização de marcos teóricos fundamentados nessas experiências, tendo em vista que não foram elas que suscitaram os problemas que as teorias sociológicas clássicas buscaram resolver, nem mesmo serviram de base para testar sua adequação, por conta de sua tendência androcêntrica (HARDING: 1993). A crítica científica tradicional lutou para purificar-se do subjetivo, a crítica feminista reafirmou a autoridade da experiência (SHOWALTER, 1994). Defendo que as experiências das mulheres, não apenas as de gênero, mas também as raciais, étnicas, sexuais, geracionais, entre outras, são uma rica fonte para a elaboração e para a produção do conhecimento científico. A crítica feminista, nesta perspectiva, não se restringe a uma teoria especializada e localizada em seu “lugar da diferença” (BORDO, 2000:12), a um conhecimento produzido pelo “outro” e para o

“outro”<sup>9</sup>, mas em uma crítica cultural mais ampla, com impacto na construção do conhecimento sociológico. Por esse motivo procuro lidar com as contribuições das teóricas feministas e “de gênero” em um mesmo patamar hierárquico dos teóricos já consolidados e reconhecidos no campo da Sociologia.

Busco, na conceptualização do corpo, por exemplo, apontar para as contribuições de teóricas como Emily Martin e Elizabeth Grosz, em diálogo não hierárquico com Laqueur e Le Breton, por não compartilhar da noção de que os trabalhos das teóricas feministas do corpo têm implicações somente para as mulheres ou para as “peculiaridades” de seus corpos. Bordo (2000) compara as interpretações e utilizações das teorias do corpo de Andrea Dworkin e Michel Foucault, afirmando que, quando teóricas feministas, como Dworkin (1974), falam sobre a disciplina do corpo em relação aos padrões de beleza impostos às mulheres, seu trabalho é tido como relevante apenas para as mulheres em suas especificidades. Mas quando Foucault (1987) fala da disciplina corporal exigida de um soldado, isso é interpretado como um discurso neutro em relação a condição de gênero. Apesar do corpo do soldado ser tão genderizado quanto os corpos das mulheres que sofrem de distúrbios alimentares, a tendência é ver os corpos das mulheres como o signo da alteridade, enquanto o corpo masculino torna-se o próprio Corpo universal, desaparecendo em sua singularidade. Em consequência, como afirma Bordo (2000: 15), “enquanto os homens são os teóricos culturais do corpo, apenas as mulheres têm corpo”.

Utilizo neste trabalho a assertiva epistemológica dos “conhecimentos situados”, a noção de que as perspectivas dos sujeitos cognoscentes estão implicadas na construção do conhecimento (SARDENBERG, 2002: 98). Assumo que todo conhecimento se constrói a partir de um posicionamento social e histórico. Como enfatizado anteriormente, a ideia de um saber baseado nas perspectivas das mulheres parte do princípio de que as desigualdades de gênero resultam em experiências diferenciadas para ambos (SARDENBERG, 2002: 103). Assumo, ancorada nos questionamentos de Jane Flax (1990), que o conhecimento produzido levando em conta tal vantagem epistêmica não se

---

<sup>9</sup>Bordo alerta para a noção usual de que as feministas desenvolvem uma crítica especializada, a qual, ainda que não possa ser ignorada atualmente pelos cânones científicos oficiais é considerada como tendo implicações limitadas e de impacto insuficiente para constituir um conhecimento científico mais amplo e sólido. Aqueles que não ocupam a posição do universal, “essencial” ou humano, são marcados e reduzidos à sua diferença (sexual, racial, étnica, etc.) em relação à norma. As suas realizações, ainda que reconhecidas e apreciadas, o são em seu lugar específico e periférico: o lugar de sua diferença. Assim, há a História e a história das mulheres, localizada e mantida fora do que é considerado história de fato. (BORDO, 2000: 10).

trata de um conhecimento mais ou menos “verdadeiro” que qualquer outro. Trata-se de um saber sempre parcial e não necessariamente mais “objetivo” ou “real” do que outros pontos de vista igualmente parciais (FLAX, 1991 *apud* SARDENBERG, 2002).

Baseia-se também nesta perspectiva crítica a escolha por escrever o presente texto primordialmente em primeira pessoa. A crítica feminista aponta que o conhecimento científico não é uma entidade objetiva, sendo parte da construção cultural dos atores sociais. Desta forma, a sua produção não pode ser realizada como uma atividade abstrata, distanciada e isolada (BANDEIRA, 2008: 224). Portanto, se trata de uma escolha política e epistemológica, no sentido de me colocar e localizar, expondo o meu lugar de fala enquanto pesquisadora.

Reconheço também que são muitos os perigos, teóricos e políticos, de abraçar a perspectiva da vantagem epistêmica. Refiro-me aos riscos dos relativismos extremos, que Haraway (1995) problematiza e busca sanar com sua noção de “saberes localizados”. A autora utiliza-se da metáfora da visão, buscando resgatá-la em sua natureza corpórea. “Resgatar” aqui no sentido de reclamar seu significado, já tão ancorado na construção positivista de um olhar “de fora”, o qual não está posicionado em lugar algum. Segundo Haraway, esta é a objetividade científica para a ciência tradicional, um olhar que inscreve e descreve os corpos marcados e que “possibilita à categoria não marcada alegar ter o poder de ver sem ser vista, de representar, escapando à representação” (HARAWAY, 1995: 18). Assim, a autora propõe não o abandono da objetividade, mas o desafio de uma objetividade corporificada<sup>10</sup>, a qual não oferece a ilusão da transcendência, da separação absoluta entre sujeito e objeto.

Não se trata, no entanto, de tomar ingenuamente a tarefa de ver com os olhos da/o outra/o, alegando enxergar a partir de sua posição. Reconhecer o perigo de romantizar ou apropriar-se da visão das mulheres que compõem meu universo de estudo também é uma preocupação crucial. Tenho consciência de que suas perspectivas, ainda tomando de empréstimo as reflexões de Haraway, não são posições “inocentes”, ou mesmo acríticas. Assumir uma posição relativista, nesse sentido, seria uma maneira de “não estar em lugar nenhum”, ao mesmo tempo em que se alega “estar em toda parte” (HARAWAY, 1995).

---

<sup>10</sup>Haraway enquadra o conhecimento corporificado em oposição aos postulados de conhecimento não localizáveis e, segundo ela, irresponsáveis, no sentido de serem incapazes de serem chamados a prestar contas, resultado de sua pretensa distância em relação ao objeto científico (HARAWAY, 1995: 22).

Adotar uma visão parcial e objetiva implica a capacidade de juntar-se à outra, de ver junto, sem pretender ser a outra. Não há visão imediata desde os pontos de vista das sujeitas genderizadas, racializadas ou outras. A visão é sempre uma visão desde um corpo, não uma visão desde cima, de lugar nenhum, a “visão de deus” (HARAWAY, 1995). Nisto ancora-se a noção de objetividade que pretendo abraçar, não em uma fagocitose e consequente silenciamento das sujeitas de estudo, mas de conexão parcial e corporificada<sup>11</sup>.

Vandana Shiva e Maria Mies (1999) também apontam para a necessidade de uma relação diferenciada com os objetos de estudo. Similarmente a Haraway, as autoras postulam uma parcialidade consciente em contraste com a neutralidade e indiferença defendidas pelas ciências positivistas. Esta seria alcançada por meio da identificação parcial com os objetos de pesquisa e pela substituição da “visão a partir de cima” por uma “visão a partir de baixo”, o que se assemelha à proposição dos saberes localizados por postular uma quebra da autoridade epistemológica por meio da metáfora da visão. Os conhecimentos parciais ou situados estão inscritos na própria ação e nas redes de interação, sendo abertamente feitos por pessoas que tomam posição, aceitando ou rejeitando determinados mundos e pressupostos.

A perspectiva teórico-metodológica da vantagem epistêmica é colocada também de maneira enfática pelas teóricas feministas negras. bell hooks (2000)<sup>12</sup> aponta para uma visão oposicional das mulheres negras. Para a autora, ao viver à margem e ao mesmo tempo ter acesso ao centro de uma sociedade racista, as mulheres marginalizadas desenvolvem um modo particular de enxergar a realidade: um ponto de vista “de fora para dentro” assim como “de dentro para fora”. Esta visão privilegiada decorre da posição particular de mulheres que adentram um mundo apenas permitido a elas enquanto domésticas, babás, prostitutas, ou em outras posições de subordinação, mesmo quando

---

<sup>11</sup> Sobre as relações hierárquicas existentes no movimento da visão nas pesquisas científicas, Haraway afirma que: “Não é possível realocar-se em qualquer perspectiva dada sem ser responsável por esse movimento. A visão é sempre uma questão de poder ver – e talvez da violência implícita em nossas práticas de visualização” (HARAWAY, 1995: 24).

<sup>12</sup> A grafia em minúsculas é uma escolha da própria autora, como um processo de resistência às normas gramaticais de padrão branco e patriarcal, é retirar o peso da autoria e focalizar no conteúdo de sua obra. A transgressão escrita, em sua perspectiva, é uma das formas de libertação e emancipação das diversas opressões.

pertencentes a segmentos mais favorecidos economicamente, tendo sempre que, enfim, retornar à margem. Assim, estar à margem “é ser parte do todo, mas estar fora do corpo principal” (hooks, 2000: 16). Esta marginalidade se diferencia daquela imposta pelas estruturas de opressão, tendo em vista que foi escolhida e ressignificada enquanto um lugar de resistência, criatividade e poder.

Similarmente a bell hooks, Collins (2000) afirma que as mulheres negras desfrutam de um ponto de vista único, uma perspectiva diferenciada possibilitada por sua localização de *outsider-within*, uma posição marginalizada decorrente de seu conhecimento sobre os grupos dominantes. Collins define o pensamento feminista negro como um conjunto de ideias produzidas por mulheres negras, as quais elucidam um “ponto de vista”, *standpoint*, feito por e para mulheres negras. Segundo essa perspectiva, a consciência adquirida pelas mulheres afro-americanas, considerando sua posição na intersecção entre raça, classe e gênero, fornece o estímulo para a criação e divulgação de um saber subalterno (COLLINS, 2000: 8).

A discussão epistemológica colocada pelas teóricas negras traz ainda outra urgência para este estudo. Além do pressuposto da perspectiva parcial, busquei pautar minha análise pela perspectiva interseccional. Kimberlé Crenshaw (2002) introduz a metáfora da interseccionalidade para uma análise da interação entre categorias em que os diversos eixos de poder, sejam eles classe, raça, gênero, etnia, geração ou outros, são vias que estruturam a vida social. Tais eixos são distintos e mutuamente excludentes, no entanto, frequentemente se sobrepõem e se entrecruzam, criando intersecções complexas. As mulheres racializadas<sup>13</sup>, portanto, estão posicionadas em um espaço em que várias opressões se encontram e se entrelaçam. É comum que as experiências de subordinação interseccional não sejam adequadamente analisadas pelas concepções tradicionais de discriminação de gênero ou raça. A perspectiva interseccional fornece então ferramentas para “entender como as experiências únicas de mulheres étnica e racialmente identificadas

---

<sup>13</sup>Aqui, a utilização da categoria “racializadas” não implica na noção de que a branquitude é uma categoria ontológica e não marcada racialmente, tendo em vista que sua construção se faz também por oposição à negritude. Trata-se de uma escolha com o intuito de enfatizar o processo hierárquico e ideológico que marcam a construção da negritude neste contexto. Avtar Brah (2006) chama atenção para o fato de que os processos de racialização são historicamente específicos: “Diferentes grupos foram racializados de maneira diferente em circunstâncias variadas, e na base de diferentes significantes de ‘diferença’. Cada racismo tem uma história particular” (BRAH, 2006: 344).

são por vezes obscurecidas ou marginalizadas” (CRENSHAW, 2002: 174). O conceito de interseccionalidade fornece um marco interpretativo para se pensar em como esses intercruzamentos influenciam as experiências dos grupos em contextos sociais específicos. Além disso, ele situa sujeitos em uma perspectiva epistemológica, a já citada perspectiva da “forasteira de dentro” ou *outsider within*, apresentada por Collins (2000).

### **3.4. Quem são elas? Perfil e caracterização das informantes.**

As dificuldades de recrutamento de participantes para a pesquisa refletiram-se na amostra. Não foi possível, em especial no início do trabalho, um distanciamento muito grande do perfil de mulheres brancas, de classe média, residentes no Plano Piloto. No entanto, posteriormente, consegui acessar mulheres de faixas etárias mais avançadas, assim como mulheres de outras localidades, classes sociais e de perfil racial mais diverso.

A amostra compõe-se de um total de onze mulheres, com idades que vão de 25 a 59 anos de idade. Quatro das entrevistadas tinham mais de 50 anos no momento da entrevista. Cinco delas estavam na faixa dos 20 anos, enquanto as outras duas estavam na faixa dos 30 e 40 anos de idade. Quatro das mulheres que compõem o grupo não possuem filhos. Três delas possuem apenas um filho ou filha, enquanto as demais têm, atualmente, de três a cinco filhos.

Nem todas residem em Brasília. O recrutamento por rede pessoal possibilitou-me alcançar também pessoas de outras regiões, ainda que tal fato não estivesse previsto em fases anteriores da pesquisa. Foram entrevistadas sete mulheres residentes em Brasília, duas residentes no entorno do Distrito Federal, na região de Águas Lindas de Goiás, e duas que atualmente vivem no Nordeste brasileiro, mais especificamente nos Estados da Bahia e do Maranhão, nos municípios de Caraíva, e na capital São Luiz, respectivamente. Ambas, entretanto, já moraram no Distrito Federal em algum momento de sua trajetória de vida. Das residentes no Distrito Federal, quatro moram no Plano Piloto, uma no Guará, uma na área Octogonal e uma na cidade de Samambaia.

Seis das participantes declararam que são totalmente independentes financeiramente, não contando com qualquer ajuda financeira para o seu sustento. Quatro são parcialmente dependentes, seja dos pais ou do marido, e uma declarou-se dependente, tendo em vista que não possui renda própria, vivendo de pensão por invalidez proveniente

de seu pai, aos cuidados do qual dedica seu tempo quase que integralmente. As mulheres residentes no Plano Piloto de Brasília apresentam, em geral, uma renda familiar mais elevada do que aquelas que moram em outras regiões do Distrito Federal ou do Entorno. A renda pessoal das informantes, fora aquela que declarou não possuir fonte de renda individual, varia entre oitocentos e oito mil reais. Já a renda familiar chega a quinze e até a vinte mil reais, para aquelas que são parcialmente dependentes dos pais. Os rendimentos familiares recebidos variam de três a pouco mais de 27 salários mínimos atuais. Com relação à classe econômica em que se inserem, duas das entrevistadas enquadram-se na chamada classe A, uma na classe B, duas na classe D e as demais na classe C<sup>14</sup>.

Quanto ao grau de escolaridade, a maior parte das entrevistadas possui Ensino Superior Completo ou Incompleto, três delas com Pós-Graduação. Duas completaram o Ensino Médio e uma possui Curso Técnico. Uma das entrevistadas não chegou a completar o Nível Fundamental, tendo cursado até a 6ª Série. Seis entrevistadas afirmaram serem solteiras, três casadas e duas divorciadas. A ocupação das mulheres entrevistadas é bastante variada. Fazem parte da amostra três professoras, uma comerciante, uma jornalista, uma funcionária pública, uma cabelereira, uma autônoma, uma aposentada e uma pensionista. Uma das entrevistadas declarou-se desempregada e três delas afirmaram também serem estudantes, além de terem outras ocupações.

Surpreendentemente, a religião católica aparece como principal prática religiosa em apenas uma das entrevistas, apesar de cinco das participantes afirmarem serem provenientes de uma formação religiosa familiar católica. A religião evangélica possui o mesmo peso na formação familiar das entrevistadas que a católica, tendo sido citada como prática assídua também de duas das participantes. Duas entrevistadas declararam ter como religião de prática a umbanda, sendo que uma delas pratica também o espiritismo, concomitantemente. Uma entrevistada declarou-se agnóstica e cinco das onze entrevistadas afirmaram não serem praticantes assíduas de nenhuma religião em específico.

Quanto ao quesito cor / raça, tendo em vista que a escolha, na presente pesquisa, foi pela auto declaração e pela resposta aberta, sem qualquer delimitação, observa-se um equilíbrio nas respostas. Apenas duas das entrevistadas declararam-se

---

<sup>14</sup> Classificação do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – para a definição das classes econômicas, baseado no salário mínimo brasileiro no ano de 2014 (R\$ 724,00).

“brancas”. Três afirmaram-se “negras” e foi esse o mesmo número de participantes que se declararam “pardas” e “morenas”<sup>15</sup>. Quando questionadas sobre a sua orientação sexual, quase todas as entrevistadas declararam-se heterossexuais e apenas uma manifestou orientação sexual diversa, afirmando ser bissexual.

Quanto ao histórico do aborto, duas das entrevistadas afirmam ter passado pela experiência de um aborto espontâneo em sua vida, para além do aborto provocado, foco desta pesquisa. Sete das mulheres entrevistadas afirmaram terem provocado apenas um aborto em suas trajetórias reprodutivas até o momento da entrevista, enquanto três delas admitiram que o fizeram por duas vezes. Uma das entrevistadas afirmou ter provocado o abortamento por três vezes. Portanto, em um grupo de 11 mulheres, observou-se 16 eventos de abortos. Dentre as entrevistadas, uma passou pela experiência de um aborto fora do Brasil, na Espanha, país em que a prática é legalizada e normatizada, enquanto as demais o fizeram no Brasil e, portanto, clandestinamente.

Observa-se que 12 dos 16 eventos de aborto ocorreram quando as informantes estavam na faixa dos 20 aos 30 anos de idade, enquanto dois deles aconteceram aos 18 anos ou menos e um foi realizado quando a entrevistada já estava em idade mais avançada, aos 40 anos. Outro ponto que aproxima as trajetórias do aborto dessas mulheres é que grande parte deles foi realizada em contextos em que a entrevistada não se encontrava em um relacionamento estável. Apenas em cinco dos 16 casos de aborto as entrevistadas estavam em uma relação de namoro. Nenhuma delas estava casada no momento do abortamento e onze foram gestações provenientes de relacionamentos eventuais. Em metade dos 16 casos de aborto aqui descritos, as entrevistadas já tinham filhos quando resolveram recorrer ao aborto para interromper uma ou mais gestações. Seguem-se breves perfis individuais das informantes, com o objetivo de fornecer uma rápida apresentação:

**Alice**<sup>16</sup> tem 26 anos, é solteira, branca, heterossexual e mora no Plano Piloto com os pais e duas irmãs. Nasceu em Brasília. Trabalha como jornalista e atualmente cursa a sua segunda graduação. Possui formação familiar católica, porém não pratica a religião assiduamente. Teve sua primeira relação sexual aos 16 anos, com um namorado. Não tem filhos. Afirma que sempre utilizou camisinha em suas relações

---

<sup>15</sup> O IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – utiliza as classificações branca, preta, amarela, parda ou indígena. Pretos e pardos, somados, constituem a população negra, segundo a classificação do Instituto.

<sup>16</sup> Os nomes das entrevistadas foram modificados, com o intuito de preservar suas identidades.

sexuais por não se adaptar a anticoncepcionais hormonais, no entanto, após a experiência do aborto, passou a tomar anticoncepcional injetável. Ficou grávida aos 21 anos, de um namorado, quando decidiu provocar o abortamento.

**Patrícia** tem 27 anos, é solteira, parda e heterossexual. Nasceu em Brasília. Trabalha como professora e atualmente está fazendo uma pós-graduação. Mora no Plano Piloto com o filho de sete anos. Possui formação familiar evangélica, porém, hoje em dia se identifica com a umbanda, apesar de não frequentar assiduamente. Sua primeira relação sexual aconteceu aos 16 anos, com um namorado. Engravidou aos 20 anos de um relacionamento estável e, apesar de não planejado, escolheu ter o filho. Afirma utilizar atualmente a camisinha masculina e o anticoncepcional oral. Engravidou novamente aos 26 anos, de um relacionamento eventual, ocasião em que resolveu abortar.

**Barbara** tem 25 anos, é casada e vive com o marido no Guará. Nasceu em Brasília. É parda e heterossexual. Completou o Ensino Médio e trabalha como bibliotecária. Afirma ter recebido formação religiosa católica, apesar de não praticante. Não é assídua de nenhuma religião atualmente. Teve sua primeira experiência sexual com um namorado, aos 18 anos. Não tem filhos e afirma que não pretende ser mãe. Atualmente a camisinha é seu único meio de evitar a gravidez, no entanto, já utilizou também o anticoncepcional oral. Fez um aborto aos 21 anos, quando engravidou do atual marido, ainda namorado na época do aborto.

**Gloria** tem 54 anos, é divorciada e vive sozinha na Octogonal, área próxima ao Plano Piloto de Brasília. Nasceu em Campina Grande, Paraíba. Declara-se branca e de orientação heterossexual. Trabalha como professora universitária e tem doutorado em sua área. Não pratica nenhuma religião atualmente, apesar de ter recebido formação religiosa católica. Sua primeira relação sexual foi ocasional, tendo acontecido aos 19 anos. Protegia-se da gravidez utilizando a tabelinha e o método natural, por nunca ter se adaptado ao anticoncepcional. Há alguns anos se submeteu a uma histerectomia. Tem dois filhos e fez dois abortos, o primeiro deles aos 21 anos, antes de engravidar dos seus filhos, e o segundo aos 45 anos, já divorciada, quando engravidou em decorrência de uma relação amorosa violenta.

**Conceição** tem 59 anos e vive no Plano Piloto de Brasília com um de seus filhos. Declara-se preta, de orientação heterossexual. Nasceu em Juiz de Fora, Minas

Gerais. Está aposentada e cursando pós-graduação. Recebeu educação cristã, sendo católica praticante, apesar de ter se aproximado da prática do candomblé nos últimos anos. Teve sua primeira relação sexual já na faculdade, com um homem mais velho. Afirma sempre ter utilizado a pílula como contraceptivo em sua vivência sexual. Tem dois filhos biológicos e um filho adotivo. Foi submetida a uma histerectomia que, segundo seu relato, teria se mostrado desnecessária posteriormente. Fez três abortos durante a sua vida reprodutiva. Teve seu primeiro filho aos 22 anos de um relacionamento ocasional. O segundo filho veio aos 35 anos, de um ex-namorado. Os abortos foram feitos aos 25, 27 e 29 anos, de gestações frutos de relacionamentos pouco duradouros.

**Ângela** tem 27 anos, é solteira e vive com os pais no Plano Piloto de Brasília. Trabalha como autônoma, na área de audiovisual, e possui Ensino Superior incompleto. Quando questionada sobre sua cor/raça declara-se “morena”. Sua orientação sexual é bissexual, sendo a única na amostra de orientação não heterossexual. Afirma ser agnóstica, de formação religiosa familiar católica. Sua primeira relação sexual aconteceu aos 13 anos, com um amigo. Utiliza a camisinha e o DIU de cobre como método contraceptivo, por ter problemas de saúde que a impedem de utilizar anticoncepcionais hormonais. Não tem filhos. Engravidou duas vezes, a primeira delas quando tinha 21 anos e morava na Itália. Apesar de se tratar de uma gravidez não planejada, resolveu levá-la adiante, tendo sofrido um aborto espontâneo. Sua segunda gestação aconteceu aos 23 anos, com um namorado fixo. Resolveu não ter o filho por influência de seu parceiro. Abortou em condições legais, na Espanha, país em que morava na época.

**Judite** tem 42 anos e nasceu em Pindaré Mirim, no interior do Maranhão. Atualmente vive em São Luiz. É solteira e mora sozinha. Possui pós-graduação e trabalha como funcionária pública, além de dar aulas. Declara-se negra e heterossexual. Possui formação religiosa protestante, entretanto, não pratica nenhuma religião atualmente. Teve sua primeira relação sexual aos 20 anos com um namorado. Utilizava o anticoncepcional oral para se proteger da gravidez, mas atualmente considera a camisinha o método mais seguro. Teve uma gravidez não planejada aos 26 anos, ocasião em que não estava utilizando nenhum método contraceptivo, tendo confiado no

coito interrompido. Engravidou de uma relação eventual, optando por não informar o parceiro sobre a gestação e interrompê-la. Não tem filhos e nem pretende tê-los.

**Carolina** tem 52 anos, é solteira e atualmente vive no município baiano de Caraívas. Mora sozinha e tem uma filha. Nasceu no Rio de Janeiro e morou em Brasília durante boa parte de sua vida. Declara-se de cor “morena” e heterossexual. Pratica a umbanda e o espiritismo, sendo esta última a religião de sua formação familiar. Possui Ensino Superior incompleto e hoje não trabalha, vivendo com renda proveniente de pensão militar. Teve sua primeira experiência sexual aos 19 anos, de uma relação eventual com um companheiro de trabalho. Utilizava a tabelinha como método contraceptivo principal e, eventualmente, o anticoncepcional oral. Engravidou por quatro vezes, tendo sido todas elas gestações não planejadas. Sua primeira gravidez resultou em um aborto espontâneo, e da segunda nasceu sua única filha. Nesta época tinha acabado de terminar um relacionamento estável e estava com 25 anos. Suas duas outras gestações, aos 29 e 30 anos, respectivamente, foram intencionalmente interrompidas, segundo ela, por falta de capacidade emocional de criar mais um filho sozinha.

**Jurema** tem 53 anos, está divorciada e vive em Samambaia, Região Administrativa de Brasília, com dois filhos e o ex-marido. Nasceu em Goiânia. Declara-se de cor negra e heterossexual. Possui formação de Nível Técnico e, atualmente, encontra-se desempregada. Dedicar-se por completo ao cuidado de seu pai, inválido, vivendo com a sua pensão e com a ajuda financeira de familiares. Possui formação religiosa evangélica, não se considerando, entretanto, praticante de nenhuma religião atualmente. Sua primeira relação sexual foi com um namorado aos 18 anos. Deste mesmo relacionamento resultou a sua primeira gestação e o seu único aborto, feito aos 21 anos. Posteriormente, a partir dos 26 anos, teve três filhos de um mesmo casamento, em que sofria violência. Sofreu uma histerectomia após ter tido o seu terceiro filho.

**Luce** tem 39 anos, é casada e mora em Águas Lindas de Goiás com seu marido e sua filha. Nasceu no estado do Tocantins. Declara-se parda e heterossexual. Possui Ensino Médio completo e trabalha como comerciante. Não recebeu nenhuma educação religiosa, mas hoje é evangélica assídua e considera que a religião é muito importante em sua vida. Iniciou a sua vida sexual aos 18 anos, com um amigo. Não tinha

conhecimento sobre os métodos contraceptivos disponíveis e apenas após passar pela experiência de duas gestações indesejadas começou a utilizar o anticoncepcional oral. Tem uma única filha, fruto de seu casamento atual, e optou, juntamente com seu parceiro, pela vasectomia. Fez dois abortos em sua trajetória reprodutiva, o primeiro aos 18 anos, fruto de um relacionamento eventual, e o segundo aos 20 anos, quando engravidou de um namorado.

**Luiza** tem 27 anos, é casada e vive em Águas Lindas de Goiás. Mora com o marido e cinco filhos. Declara ser de cor “morena” e heterossexual. Estudou até a sexta série do Ensino Fundamental. Possui formação religiosa evangélica e afirma que, apesar de sua família não ser assídua, hoje se considera evangélica praticante. Tem cinco filhos, tendo engravidado de sua primeira filha aos 14 anos de idade, de uma relação sexual esporádica. Aos 16 anos engravidou novamente e decidiu fazer um aborto. Teve os outros quatro filhos já casada, em um relacionamento estável. Afirma que não tinha conhecimento dos métodos contraceptivos durante suas primeiras duas gestações e que posteriormente, depois de sua experiência de aborto, passou a utilizar o anticoncepcional oral de maneira irregular. Após uma experiência ruim com a pílula passou a utilizar a pílula do dia seguinte como método contraceptivo. Posteriormente ao seu quinto parto optou pela esterilização feminina.

## Capítulo 4.

### **EXPERIÊNCIAS VIVIDAS, EXPERIÊNCIAS COMPARTILHADAS**

Lorraine Code (1995) enfatiza o compromisso das investigações feministas no sentido de levar a sério as experiências das mulheres. Em sua percepção, recontá-las e reinterpretá-las são passos vitais para a formação da subjetividade, sendo importante que as mulheres reflitam sobre suas próprias experiências. Uma forma de recuperar a sua voz seria por meio dos relatos, os quais teriam sido, em sua concepção, excluídos da epistemologia anglo-saxônica, a qual teria optado por ter um caráter não narrativo. Resgatar e contar tais relatos, portanto, seria posicionar a epistemologia nas vidas e projetos de pessoas que ocupam e sabem que ocupam uma posição específica de gênero e que vivem uma situação particular (CODE, 1995).

Inspirada por essa assertiva apresento neste capítulo alguns relatos de mulheres que passaram pela experiência do aborto. Optei por incluir trechos maiores de uma entrevista em especial e contar com mais detalhes a história de Luíza, 27 anos, moradora de Águas Lindas de Goiás. Esta escolha se deve ao fato de considerar importante que ao menos uma das trajetórias seja considerada com maior riqueza de detalhes. Para tanto editei a entrevista, selecionando trechos que avaliei significativos para a análise e modificando por vezes a sua ordem. A intenção é elaborar uma narrativa que apresente continuidade e profundidade. Durante a análise, mantive ainda as falas das entrevistadas e suas expressões nativas, com o intuito de relatar com mais detalhes cada etapa de suas experiências do aborto. Espero com isso fornecer relatos mais fiéis das experiências compartilhadas e confiadas a mim.

Para fins de análise do material coletado, elaborei três grandes categorias, as quais contemplam três momentos das experiências relatadas pelas entrevistadas. São eles: a experiência (pré)vivida, a experiência vivida e a experiência (re)vivida. Tais momentos estão referenciados à experiência do abortamento, ponto central deste trabalho. Eles confundem-se inúmeras vezes e não correspondem a uma perfeita linearidade temporal, sendo impossível demarcá-los exatamente nas histórias de vida. Apresento-os, desta forma, enquanto um artefato metodológico facilitador das análises.

Dentro de cada uma destas grandes categorias formulei ainda unidades ou núcleos de sentido relacionados. Depois de gravadas e transcritas, as entrevistas passaram por um processo de leitura exaustiva, a partir do qual foram traçados pré-indicadores, selecionados por maior frequência, repetição ou reiteração, e ainda pela importância enfatizada nas falas das entrevistadas<sup>17</sup> (AGUIAR; OZELLA, 2006). Tais pré-indicadores foram posteriormente filtrados segundo a sua importância para o objetivo do estudo, resultando em indicadores mais sintéticos. A partir da sua aglutinação foram formulados os núcleos de sentido em que se baseia a análise do material de pesquisa. Realizei, então, a seleção dos trechos que ilustram cada um desses núcleos. Deste processo resultaram as seguintes grandes categorias e núcleos de sentido:

***Categoria I: Experiência (pré)vivida.***

Nesta pesquisa busco não retratar o abortamento enquanto um fato isolado, relacionando-o a experiências prévias das vidas reprodutivas das mulheres entrevistadas. Ainda que alguns desses eventos, como a experiência da maternidade ou mesmo a vivência da violência, não tenham ocorrido para todas as mulheres necessariamente em um momento anterior àquele do aborto, fiz o recorte metodológico de agregá-los a esta categoria, tanto pela sua maior recorrência nas falas das mulheres como sendo eventos anteriores à experiência do aborto, como também pelo objetivo prático de facilitar a análise. Desta categoria fazem parte os seguintes núcleos de sentido: Educação sexual, diálogo familiar e iniciação sexual; Conhecimento, responsabilização e uso de métodos contraceptivos; Planos de vida e planejamento familiar; Corporalidade: cuidados; Experiência da gestação e parto; Experiência da maternidade; História e/ou experiência de violência.

***Categoria II: Experiência vivida.***

A esta categoria foram apensados eventos que considero serem núcleos de sentido mais próximos narrativamente ao momento do aborto. São eles: Descoberta e

---

<sup>17</sup> Tais procedimentos baseiam-se na abordagem da Psicologia sócio histórica para análise de material qualitativo. O intuito é apreender os sentidos que constituem o conteúdo do discurso das entrevistadas através dos núcleos de significação. Estes expressam os pontos centrais que possam trazer implicações para as sujeitas, as envolver emocionalmente e revelar as suas determinações constitutivas. Ver AGUIAR e OZELLA (2006).

revelação da gestação; Tomada de decisão, dúvida e influência externa no processo; Envolvimento e influência do parceiro; Influência da religião e religiosidade; Motivos e justificativas para o aborto; Método utilizado para o aborto; Clandestinidade: questão legal, insegurança e segredo; Clandestinidade X Legalidade; Complicações pós-aborto, atendimento e violência institucional; Apoio, confiança e redes de solidariedade.

### ***Categoria III: Experiência (re)vivida.***

Nesta incluo eventos posteriores ao momento do aborto que estão relacionados à sua vivência. Alguns deles são sincrônicos à ocasião da entrevista. Elegi os seguintes núcleos de sentido a partir das falas das mulheres entrevistadas: Sensações e emoções após o aborto; Pós-aborto, mudanças na contracepção e na forma de se relacionar; Sobre a experiência revivida e o hoje; Reflexão e mudanças na percepção sobre o aborto: a consciência a partir da experiência. Para além das três grandes categorias e dos núcleos de sentido apresentados, busco trabalhar com os marcadores de gênero, raça, classe e geração, os quais devem perpassar toda a análise das entrevistas, almejando a perspectiva interseccional explicitada anteriormente, no capítulo dedicado à metodologia.

#### **4.1. A Experiência (pré)vivida.**

##### **Ato I.**

**Luiza:** “Eu fui trabalhar muito nova, com oito anos de idade, e no que eu fui trabalhar nessa casa, a mulher me humilhava muito. Ela falava que eu estava ali como empregada, que eu não estava ali como colônia de férias. Porque ela fez um acordo com o meu pai, que o meu pai dava eu pra ela, e em troca disso ela me dava estudo. Só que não foi bem assim que funcionou. Eu trabalhava, só que chegava a hora de eu ir pra escola, ela: “Não, deixa pra você ir amanhã”. Aí às vezes ela falava que se meu pai fosse lá era pra falar que eu estava indo bem na escola porque senão o meu pai me levava, e se meu pai me levasse, eu contasse alguma coisa pra ele, ela ia me bater depois. Então assim, por medo e às vezes por preocupação, porque na casa dela poderia ser melhor do que se eu estivesse na casa do meu pai, eu aceitava a mentira.

Quando eu engravidei da minha primeira filha eu tinha 14 anos. Eu tinha um namoro, aquele namoro sem compromisso, né. Eu não sabia nem por onde passava. Eu conversava com a minha amiga, perguntava as coisas pra ela, mas ela era crua também, assim como eu, não sabia, entendeu? Antigamente os pais não tinham essa conversa aberta com os filhos como tem hoje. O meu pai é daquele tempo que se eu sentasse onde o amigo dele sentasse eu engravidaria. Então eu pensava assim: “Ah, eu não posso sentar, mas talvez se eu tiver uma relação com ele eu não vou engravidar”. Eu nem imaginava.

Eu comecei [a ter relações] eu tinha 13 anos de idade. Foi um rapaz que eu conheci. Namorei com ele e tudo. A gente sempre fez várias tentativas e não tinha coragem. Aí um dia a gente resolveu tentar. E aí eu consegui, entendeu? Mas não foi esse rapaz o pai da minha filha. Foi com um outro. Depois dessa decepção, porque eu me entreguei pra ele, eu confiei nele, né, que ele era mais velho do que eu. Ele falava pra mim que me amava e depois simplesmente me trocou por uma colega minha. Aí eu, pra me vingar, fui no outro rapaz e engravidei da minha filha.

Quando eu descobri que eu estava grávida eu fui embora pra Goiânia tentando fugir dos meus pais pra esconder a gravidez. Eu morava em Anápolis. Mas logo cresceu e eu tive que voltar. Eles vieram descobrir eu estava com seis meses já de gestação. Quando eu voltei foi assim complicado porque a princípio ele [meu pai] aceitou, mas ajuda ele não me ajudava né. Ele aceitou me dando abrigo, não pra me ajudar financeiramente. Eu criei ela sozinha.

A primeira vez [que fui à ginecologista] foi quando eu estava grávida da minha filha. Foi um baque pra mim né. Eu fui achando que eu estava com gases, mas aí a mulher que me deu emprego lá em Goiânia falou: “Ó, isso não é gases não, isso é menino”. Aí ela marcou com o ginecologista. Aí de início ela já sabia o que eu tinha, que eu estava gestante, aí eu não queria acreditar. Ela falou que ia fazer alguns exames, mas que não era pra eu me preocupar, porque ia dar tudo certo. Aí ela falou: “Olha, você está gestante”. Aí eu: “O que é gestante?” E ela: “Não, você está grávida, e já tem tantos meses, e você vai ter que fazer o pré-natal, que você já começou em cima, já está com seis meses. O bebê já está quase nascendo”. Até então eu fiquei boiando em tudo o que ela falava.

Eu tenho cinco hoje. Eu não imaginava ter essa quantidade de filhos. Meus planos era só um, mas foi acontecendo, né. Depois que eu formasse e tivesse a minha vida estabilizada aí eu queria ter filhos. Casada, formada. Assim, os gêmeos foi planejado, só

que não gêmeos. Achei que vinha um filho e tudo tal. Mas os outros não. Foi descuido, relaxo, porque eu nunca fui boa pra tomar o anticoncepcional. Eu me apoiava muito na pílula do dia seguinte. Eu estava fazendo dela já o meu anticoncepcional.

Eu achava que [a responsabilidade] era dele, que ele que tinha que ter preocupação, que o parceiro é que tinha que se virar, só que hoje eu penso assim: Tem que ser eu, porque quando vem a acontecer, é comigo que fica a criança. Então tem que ser minha a responsabilidade. Já usei pílula, camisinha, assim na intenção de evitar, só que pra mim, assim, me incomodava o preservativo, entendeu? E a pílula eu esquecia. Por isso que eu me apeguei à do dia seguinte. Porque eu tomava hoje e amanhã esquecia. Às vezes eu tomava dois, três, porque passava três dias sem tomar, achando que ia funcionar. Eu tomei o “Ciclo 21” por um bom tempo, aí depois que eu fiquei sabendo que essa do dia seguinte era melhor do que o “Ciclo 21”, aí eu pensei assim: “Mas eu estou tomando um remédio 30 dias, eu vou tomar uma sempre quando eu menstruar. Aconteceu lá e eu vou tomar”. Aí deixei pra lá.”

#### **4.1.1. Educação sexual, diálogo familiar e iniciação sexual.**

Quando questionadas sobre os primeiros contatos com a questão da sexualidade e sobre o diálogo familiar no que se refere ao sexo, as entrevistadas, sem exceções, descreveram o ambiente da família como uma esfera de ausência de diálogo e abertura. Em suas falas, apontam para a existência de uma barreira imposta pelos pais, associada a uma visão conservadora das relações afetivas e sexuais. Da mesma forma, irmãs e irmãos estariam identificados a um núcleo em que a sexualidade é tida como um “tabu”. Já o diálogo com as amigas e amigos sobre a questão, ainda que frequente, não seria muito esclarecedor, tendo em vista a inexperiência e a falta de conhecimento dos mesmos. Foram citadas como fontes de aprendizado sobre a questão da sexualidade o ambiente escolar e a mídia, em especial a televisão:

**Bárbara:** É, na minha casa era um pouco tabu assim. Eu não tinha muito diálogo, o diálogo era o básico necessário. Minha mãe, inclusive, sempre falou assim: “Ah, se você não quer engravidar, não faça”. Então, pra ela assim, eu deveria me manter virgem até o casamento, nesse sentido.

**Alice:** É, na minha casa era tabu. Eu não me lembro de conversar muito sobre isso com as minhas irmãs. Mas tinha uma outra amiga que a gente comentava alguma coisa. Sabe que eu nem sei como foi que eu aprendi essas coisas, eu não

me lembro. Muita coisa eu aprendi na escola, assim, com educação sexual, biologia mesmo, aula de biologia.

O evento da iniciação sexual foi relatado como o momento de se livrar de um peso, de uma pressão social vivenciada, em especial, dentro do círculo de amizades. Duas das informantes iniciaram sua vida sexual mais precocemente, aos 13 e aos 14 anos. As demais relataram terem tido sua primeira relação aos 16, 18, 19 e 20 anos. Poucas iniciaram a sua vida sexual com um namorado ou em uma relação mais estável, tendo a maior parte vivenciado-a como sendo uma relação ocasional, com o intuito principal de “tirar o peso da virgindade”, sem vínculo especial com o parceiro sexual:

**Patrícia:** Eu lembro, quando eu era nova, que tinha uma pressão assim entre as amigas, pra ter iniciação sexual, pra transar pela primeira vez. Várias amigas minhas já tinham transado e aí, enfim, ficava uma pressão assim, pra que rolasse né. [...] E aí aconteceu um dia, mas foi assim, sem nenhuma pretensão. Eu acho que aquela história que, no fundo, você quer tirar um pouco esse peso da virgindade sabe?

**Carolina:** A primeira eu tinha 19 anos e aí só resolvi fazer porque todas as amigas do meu grupo já tinham relação sexual, não eram mais virgens, e eu era a única virgem do pedaço. Aí um dia eu enchi o saco e resolvi que eu ia sair desse esquema também. Mas aí nem foi uma experiência bacana, foi totalmente impessoal.

A maior parte das entrevistadas relatou ter utilizado algum método contraceptivo durante a primeira relação, principalmente a camisinha ou o anticoncepcional oral. Duas, entretanto, afirmaram nunca terem tido qualquer contato com métodos contraceptivos anteriormente ao primeiro ato sexual, descrevendo experiências marcadas pelo desconhecimento. É interessante aqui observar a atribuição exclusiva dada às mães pela transmissão de informações relacionadas à educação sexual e aos cuidados contraceptivos. Ambas as entrevistadas que relataram não ter utilizado proteção durante as primeiras relações associaram tal fato à ausência da figura materna, a qual responsabilizam, em suas falas, pela falta de orientação em assuntos da sexualidade:

**Luce:** Bom, a minha primeira relação sexual eu tinha 18 anos já [...] Eu era totalmente inexperiente. Não tinha orientação nenhuma, sexual. Não tinha mãe, na verdade, comigo. E mesmo que tivesse, a minha mãe não é aquela pessoa que dá orientação pros filhos. Então foi assim meio que no escuro. Atirar no escuro. E não foi uma das melhores, porque não foi com a pessoa que eu queria, entendeu?

#### **4.1.2. Conhecimento, responsabilização e uso de métodos contraceptivos.**

O Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (RASEAM, 2013) mostra que, dentre as mulheres brasileiras nas faixas etárias de 15 a 49 anos, apenas 18,4% declararam não utilizar nenhum método contraceptivo. O anticoncepcional oral e a esterilização feminina são os métodos mais empregados, com participação de 27,4% e 25,9%, respectivamente. Há ainda especificidades relacionadas às faixas etárias das mulheres na utilização de meios contraceptivos. Quanto mais jovens, menor a proporção do uso de algum método anticoncepcional. Este uso aumenta na medida em que se eleva a idade: a partir de 25 anos até 44 anos, a proporção de utilização de algum método chega a mais de 70%<sup>18</sup>. A taxa de utilização do preservativo masculino é muito baixa, sendo de apenas 13% entre os homens brasileiros.

Das mulheres entrevistadas no presente estudo, todas afirmam que utilizam ou já utilizaram algum método contraceptivo. Observei, entretanto, que a sua trajetória reprodutiva é marcada pela descontinuidade e pela falta de adaptação aos métodos disponíveis. Praticamente todas as entrevistadas relatam alguma dificuldade no uso da pílula, descrita como “falta de adaptação”. As queixas mais frequentes estão relacionadas aos efeitos colaterais hormonais, em especial mudanças constantes de humor, irritabilidade, ganho de peso, dor de cabeça, entre outros. Foi citada também com certa frequência a falta de regularidade em seu uso, tanto por conta de esquecimentos quanto pela crença de que o uso da pílula não se justifica quando as relações sexuais acontecem de maneira esporádica. As entrevistadas que afirmam que utilizam ou que já utilizaram a pílula como contraceptivo, normalmente conjugam o seu uso com a utilização da camisinha masculina ou outros métodos, justamente por sua dificuldade de utilização regular.

Outro método bastante citado pelas entrevistadas foi a chamada “tabelinha” ou método natural. Neste ponto é possível observar uma nítida linha geracional. A tabelinha foi citada como principal contraceptivo por três entrevistadas, justamente aquelas que de

---

<sup>18</sup> Fonte: Ministério da Saúde, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher -PNDS 2006. Brasília-DF, 2009. Em: Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (RASEAM, 2013).

idade mais avançada, as quais não mais estão em período reprodutivo. A falha na tabelinha foi responsável também pelas gravidezes indesejadas citadas por tais mulheres. Outras situações relatadas estão relacionadas à falta de regularidade no uso do anticoncepcional oral e ao coito interrompido. Já algumas mulheres declaram não terem utilizado nenhum método contraceptivo quando da relação sexual que resultou em suas gestações indesejadas, alegando falta de conhecimento à época, “descuido”, utilização da pílula do dia seguinte como contraceptivo e recusa do parceiro à utilização da camisinha:

**Alice:** Na maioria das vezes eu tive namorados que tinham resistência a usar preservativo e eu tinha resistência em usar anticoncepcional porque me deixava muito desequilibrada, emocionalmente. Eu tentei algumas vezes [...]. Mas eu sempre preferi usar só a camisinha. E aí como é uma coisa que perde a sensibilidade pro cara, muitos caras não gostam. Aí eu já corri alguns riscos.

**Carolina:** A pílula eu utilizei muito pouco, durante toda a minha vida porque eu nunca tive assim, relacionamentos muito longos. E aí eu achava que era injustificável eu ficar usando anticoncepcional, me entupindo de hormônios. Então o método que eu sempre pratiquei mesmo foi a tabelinha.

**Judite:** É, eu fui fazer aquele método... Como é que chamava antigamente? Aquela tal de tabelinha. E quando eu engravidei na verdade foi uma transa daquelas brincadeiras que diz, “vou transar, mas não vou gozar”. E aí acabou que eu estava no período fértil e deu no que deu.

A bibliografia da área aponta também que existe uma correlação positiva entre a renda e o uso de meios contraceptivos. Mulheres de renda mais elevada teriam uma participação maior na utilização de tais métodos. Os dados mostram fortes desigualdades nesse aspecto. Enquanto 15% das mulheres mais ricas (Classes A e B) não fazem uso de nenhum método anticoncepcional, para as mais pobres (Classe E), essa porcentagem chega a 26,3%. Há ainda condições diferenciadas relacionadas à renda no que se refere ao método utilizado. A esterilização feminina, método cirúrgico invasivo e praticamente irreversível, apresenta uma taxa de participação de 32,3% nas mulheres mais pobres do país, enquanto para as mais ricas chega a aproximadamente 20%. As dificuldades de acesso a outras formas de contraceptivos, portanto, é maior para as mulheres mais pobres, as quais recorrem com mais frequência a métodos irreversíveis. Já a esterilização masculina, método mais simples e que apresenta menores complicações, é adotada por

apenas 3,3% dos homens em geral e chega a ínfimos 1% para os homens da Classe E, embora nas classes alta e média alta esta taxa chegue a 13,3% (RASEAM, 2013) <sup>19</sup>.

Na presente pesquisa pude observar que Luiza e Luce, as duas mulheres inscritas na classe D, ou seja, na faixa de dois a quatro salários mínimos, foram justamente aquelas que relataram falta de informação com relação aos métodos contraceptivos no momento da gestação que resultou em aborto. Tal desconhecimento completo não foi relatado pelas demais entrevistadas, as quais citaram principalmente recusa do parceiro ou “descuido”. Também as duas entrevistadas de menor rendimento optaram por métodos irreversíveis de contracepção. Luce e seu companheiro optaram pela vasectomia, enquanto Luiza optou pela laqueadura logo após o parto de seu quinto filho. Em seu diálogo com o médico que indicou o método irreversível observa-se a obstinação deste no sentido de esterilizar a paciente, com o argumento, baseado em sua autoridade médica, de que esta, aos 27 anos de idade, poderia ter problemas clínicos em gestações futuras:

**Luiza:** Aí o médico do bebê, do último bebê agora, ele falou: “Mãe, a gente vai decidir fazer uma laqueadura porque de agora pra frente ou é você ou é a criança. Porque o seu útero não comporta mais uma criança. É bater e escorregar, devido à quantidade de cesarianas” [...] E aí ele pegou e falou que preferia operar do que deixar eu ficar tendo e ter problema futuramente. Por mais que do bebê eu passasse três anos sem engravidar, mas eu ia uma hora engravidar e o meu útero não ia suportar a criança. Então ele decidiu operar.

Observa-se também que a sua cirurgia foi motivada pela recusa do marido a se submeter a uma vasectomia, pela vigência do imaginário masculino de que tal intervenção seria prejudicial à sua virilidade:

**Luiza:** Eu estava correndo atrás pro meu esposo, pra fazer vasectomia. Aí como ele é nordestino bem assim sabe, sistemático: “Não, não vou operar, porque se não eu vou broxar”. Aí eu falei: “Não, então eu vou correr atrás pra mim”.

Bajos et al. (2002), em trabalho sobre gestações não-planejadas realizado no contexto francês, apontam para a vigência de uma “norma contraceptiva” existente no panorama das sociedades ocidentais atuais. Tal norma, configurada após o surgimento da contracepção médica e da medicalização da sexualidade e da reprodução, seria

---

<sup>19</sup> Fonte:Ministério da Saúde, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher -PNDS 2006. Brasília-DF, 2009.

caracterizada por um conjunto de prescrições as quais sugerem um determinado comportamento reprodutivo às mulheres. Entretanto, as mulheres enfrentam constrangimentos para o cumprimento dessas normas, provenientes, dentre outros fatores, da hierarquia de gênero vigente em contextos sociais específicos (BRANDÃO; HEILBORN, 2009 *apud* BAJOS et al, 2002). Ainda que o exercício da sexualidade e as decisões reprodutivas possam ser compartilhadas entre os parceiros, a responsabilidade pela contracepção nas relações heterossexuais parece ser ainda um encargo relegado quase que exclusivamente às mulheres.

Inúmeras vezes a negociação com o parceiro é um processo desgastante, que envolve resistência e a já citada oposição à utilização de métodos masculinos como a camisinha e a vasectomia. As mulheres entrevistadas relatam que, apesar de a responsabilidade pela contracepção ser idealmente compartilhada, acaba competindo a elas os cuidados no momento da relação. A ocorrência da gestação no corpo feminino, a responsabilização das mulheres pelos cuidados com os filhos e a noção da maternidade como um valor inerentemente feminino parecem eximir os parceiros sexuais dos encargos com a contracepção, tornando-se um empecilho para que as mulheres sigam seus planos e normas contraceptivas:

**Judite:** Eu compartilho com ele, mas sei que a responsabilidade é minha, porque depois nas consequências, eles acabam tirando o corpo fora. Por exemplo, meu parceiro, atualmente, sempre quem compra as camisinhas sou eu. Então acaba que, se não for assim, a iniciativa dificilmente vai partir dele.

**Luce:** Olha, na verdade não estou sendo nem machista não, porque só cai sobre nós. Então a reponsabilidade maior somos nós. É nós que vamos guardar, é nós que vamos cuidar, é nós que vamos zelar, entendeu? É nós que vamos carregar pelo resto da vida. Pai tem muito, mãe não, mãe só é uma. Então eu creio que a responsabilidade maior somos nós, não deles. Temos que nos prevenir, nos precaver.

Algumas entrevistadas relatam ainda que somente começaram a tomar mais cuidado com relação à contracepção após a experiência do aborto. Luce, que passou por dois abortamentos em sua trajetória reprodutiva, afirma que apenas após a sua segunda gravidez indesejada passou a utilizar algum método contraceptivo, optando por engravidar apenas após os 30 anos de idade. Infere-se, portanto, que as experiências do aborto influenciaram em sua visão da procriação e em suas escolhas contraceptivas:

**Luce:** Usei bem depois. Depois que aconteceu aí eu comecei a me prevenir. Porque aí sim, eu comecei a ver que as coisas poderiam acontecer comigo. Aí eu comecei a tomar pílula, aí pronto, depois que eu comecei a tomar pílula eu nunca mais parei.

#### **4.1.3. Planos de vida e planejamento familiar.**

O planejamento familiar, para as entrevistadas, parece estar fortemente relacionado aos seus planos de vida em determinadas fases de suas trajetórias. O evento do aborto identifica-se, muitas vezes, com a frustração de determinados planos e projeções, sejam elas econômicas, afetivas, emocionais, profissionais ou outras. A maternidade ainda aparece como um sonho nas falas de boa parte das mulheres entrevistadas, em especial relacionada a eventos passados e principalmente para aquelas que já passaram pela experiência de serem mães. Entretanto, nas falas de outras mulheres, principalmente aquelas mais jovens e sem filhos, a maternidade não mais aparece como um sonho ou mesmo como um plano concreto em suas existências. Tal noção não está necessariamente relacionada a um conflito maternidade *versus* profissão, sendo descrita apenas como algo que não é vislumbrado ou almejado. Observa-se uma diferença geracional neste ponto. As entrevistadas mais velhas, com apenas uma exceção, afirmam sempre terem tido vontade de terem filhos. Entretanto tal maternidade, ainda que desejada, está condicionada por diversos fatores relacionados aos planos de vida dessas mulheres, em especial à presença de um companheiro, à estabilidade financeira e ao apoio familiar:

**Conceição:** Quando eu era menina né, quando eu era jovem, eu sonhava né... Vou falar assim. Eu não planejei, mas eu sonhava. Eu sou de uma família que tem doze, nós somos doze irmãos né. Com pai e mãe dentro de casa. Então eu imaginava que eu teria alguma meia dúzia, ou por aí assim.

**Luce:** A primeira coisa que eu queria era casar. Aí depois ter um filho, porque essa história de ter filho sem um marido, sem um “ajudador”, eu nunca quis pra minha vida, entendeu? [...] Eu queria sempre estar com um companheiro do meu lado pra dar a força. Negócio de produção independente é difícil. Então eu esperei até os 35 anos, pra poder ter filho.

**Alice:** Pois é, agora nesse momento eu não pretendo ter filhos, mas futuramente, se eu... Eu não acho que é fácil criar filho sozinha. Quando eu era adolescente eu achava que eu ia fazer isso, que eu nunca ia me casar, que ia ter criação independente, mas eu acho que é muito difícil criar um filho sozinha, eu não tenho coragem de fazer isso.

Portanto, os planos de vida dessas mulheres estão também constantemente expostos a mudanças e reviravoltas relacionadas tanto às suas experiências presentes quanto às suas projeções futuras. O momento do aborto também aparece em algumas falas como fator decisivo de uma mudança na percepção sobre a maternidade e nos planos de vida. Ângela, que passou por um processo de aborto espontâneo traumático, além de um aborto provocado, afirma que a experiência foi a principal responsável por sua relativização da noção da maternidade como uma necessidade pessoal:

**Ângela:** Na verdade eu sempre quis ter filho. Até... O meu primeiro aborto, que foi espontâneo, eu realmente tinha aceitado ter o filho, então eu estava aceitando... A segunda não, a segunda eu causei porque eu já não queria mais. E hoje em dia eu fico... Eu não acho que eu nunca vou achar o momento que eu queira, de verdade. Então eu não sei assim, nesse momento eu digo que eu acho que eu não vou ter filhos, mas pode ser que sim né. Ainda sou nova e tal. Mas não é... Eu não tenho mais esse... Antes eu sentia uma necessidade feminina, maternal, hoje em dia não, isso já passou assim. Eu não acho que toda mulher tenha que ser mãe.

DiGiovanni (2008) chama a atenção para o fato de que é em relação ao projeto de vida elaborado que se define uma gestação como desejável ou indesejável. Ainda que a realização da maternidade não seja posta em questão para algumas mulheres, estas conscientemente estabelecem regras e formulam projetos específicos. Tais projetos, entretanto, não são estáticos, sendo constantemente reafirmados ou reatualizados (DIGIOVANNI, 2008: 5). Portanto, a própria experiência vivida do aborto pode também colocar em perspectiva as atitudes dessas mulheres perante a maternidade e, em consequência, influenciar seu planejamento reprodutivo.

#### **4.1.4. Corporalidade: cuidados ginecológicos.**

Vieira (2002) chama a atenção para a medicalização dos corpos das mulheres, articulada à nova visão da prática médica que surge a partir do século XIX, a qual passa a se encarregar da reprodução, focando especialmente nas mulheres e no controle populacional. Nesse processo, o corpo feminino é transformado em um objeto do saber médico no que se refere à sexualidade e à reprodução. A medicalização do corpo das mulheres, neste contexto, constitui um dispositivo social que envolve os cuidados

individuais do corpo feminino, normatizando, administrando e regulando os aspectos da vida relacionados aos processos reprodutivos (VIEIRA, 2002: 23).

Desta forma, se torna parte da norma reprodutiva em nossa sociedade que as mulheres se submetam a exames ginecológicos periodicamente, sujeitando suas genitálias e órgãos reprodutivos à inspeção médica. Normalmente, as consultas têm início na adolescência transcorrendo até a velhice, com exames preventivos e clínicos.

Pude observar que tais visitas fazem parte da vida reprodutiva de todas as mulheres entrevistadas. Algumas delas, entretanto, declararam terem iniciado sua rotina clínica tardiamente e apenas quando descobriram estarem grávidas. Este foi o caso de Luiza, cuja história foi contada no início deste capítulo, e de Glória. Ambas relatam visitas ginecológicas marcadas pelo desconhecimento e falta de acesso a tais serviços, com o descobrimento da gestação em estágio já avançado:

**Glória:** No caso eu já estava grávida né. E eu fui pra exames de rotina. Então você vê aí que a coisa era bastante precária em termos de saúde, de mentalidade... Então eu fui ter acesso a uma ginecologista quando eu já estava com dois ou três meses de gravidez.

São inúmeros os relatos de sensações negativas durante consultas ginecológicas. Foram elencados alguns constrangimentos e inclusive episódios violentos. Martin (2006) chama a atenção para o incômodo envolvido já na postura exigida para o exame – deitada de costas, com as pernas e pés separados, envoltos por um lençol e a/o médica/o na extremidade da mesa. Tal posição separa eficazmente a mulher das partes de seu corpo que estão sendo examinadas pela/o médica/o, resultando em sentimentos de alienação e de fragmentação de seus corpos (MARTIN, 2006: 128). A retirada das roupas e o ritual envolvido nas consultas, aliados à percepção de frieza e autoridade médica, podem também contribuir para tais sensações, assim como o desconhecimento da rotina de exames e a própria separação das mulheres do conhecimento de seus corpos e da reprodução, relegados atualmente, em nossas sociedades, de forma completa à autoridade médica:

**Alice:** Foi horrível. Eu fui numa mulher... Minha mãe me levou. Eu não lembro que idade que eu tinha, mas eu ainda não tinha iniciado minha vida sexual. E a mulher me beliscou, foi horrível. Tipo, ela pegou os lábios assim, e tipo ela torceu. E assim, como era a minha primeira vez eu não sabia, eu não sabia como é que era, então eu pensei: “Eu tenho que aguentar a dor, né”. Não reclamei. Então eu fiquei sofrendo lá na mesa dela.

Uma entrevistada relata situações de violência relacionadas ao racismo, perpetradas por médicas/os em diferentes situações. Tais relatos vão desde constrangimentos em consultas ginecológicas até procedimentos invasivos e desnecessários perpetrados por médicos, os quais são considerados, em seu depoimento, como sendo consequência de um ideário racista:

**Conceição:** Olha, eu fui constrangida duas vezes de uma forma assim, até que eu posso te dizer que foi assim traumatizante né. Uma primeira vez foi com um médico e aí ele fez comentários muito constrangedores [...] Foi uma situação muito ruim. E uma outra vez, eu já adulta, aí essa foi bastante humilhante. Eu fui a uma médica lá em São Paulo. E aí eu fui preparada e quando ela chegou, ela pegou, olhou e mandou eu me vestir. E aí eu entendi que ela ficou com nojo de mim. E aquilo pra mim foi muito ruim, né. [...]

E teve uma terceira vez que foi mais recente, em 2005, aí foi uma situação de agressão. Em 2005 um médico me convenceu, minha ginecologista também, que eu devia tirar meu útero porque eles disseram que útero só serve pra ter câncer, que eu ia ter câncer, e esse foi o papo dos dois né, tanto da minha ginecologista, com quem eu me tratava fazia muitos anos, quanto esse médico. E aí depois da cirurgia eu descobri que ele não só tirou meu útero como tirou meus ovários sem a minha autorização. [...] E aí eu acho que tem uma parte dessa questão do racismo. Do dano mesmo que eles fizeram comigo.

Crenshaw (2002) cita a esterilização em massa de mulheres marginalizadas em todo o mundo, em especial de mulheres afro-americanas e porto-riquenhas nos Estados Unidos, sem o seu consentimento ou mesmo conhecimento, principalmente durante a década de 1950, como um exemplo de sub-inclusão, ou seja, uma situação em que a diferença torna invisível um conjunto de problemas, por não ser significativa para as experiências do grupo hegemônico:

Embora as mulheres porto-riquenhas e afro-americanas fossem, de forma desproporcional, as vítimas mais prováveis dessa negação dos direitos reprodutivos por causa da sua raça e classe, o ataque a esse direito humano fundamental raramente tem sido reconhecido como um dos exemplos mais flagrantes de discriminação racial já perpetrados contra povos racializados nos Estados Unidos. Em geral, a esterilização forçada de mulheres em todo o mundo não tem sido tratada como uma questão racial. (CRENSHAW 2002: 175).

O relato de Conceição é ilustrativo de como os marcadores etário, de gênero e de raça se articulam na perpetração da violência. Conceição é uma mulher auto identificada como preta, beirando os 60 anos, que sofreu uma histerectomia considerada desnecessária na faixa dos 50 anos de idade. O racismo e o sexismo perpetuam uma determinada

representação das mulheres negras, vigente no imaginário social devido a sua posição específica de subordinação histórica. Os marcadores de raça e gênero, associados à vulnerabilidade econômica e outras, resultam em um controle sobre os corpos dessas mulheres qualitativamente diferente daquele vivenciado pelas mulheres brancas. Também pela especificidade da experiência da escravidão, as mulheres negras tiveram mais intenso o controle físico imposto sobre seus corpos e, desprovidas de sua condição de “sujeito”, foram marcadas tanto racial quanto sexualmente (CARBY, 1987).

#### **4.1.5. Corporalidade: experiência da gestação e parto.**

Young (2005) sugere que as mesmas forças que reforçam a noção da maternidade como um destino para todas as mulheres também agem no sentido de retirar das mulheres que escolhem ser mães toda a subjetividade de suas experiências. Isso porque, do ponto de vista dominante, a gravidez não passa de uma condição desviante, um inconveniente temporário necessário para a produção de bebês. A autora aponta uma nova perspectiva, de encarar a gestação não como um meio ou processo, mas como uma forma de estar no mundo, uma experiência própria e exclusiva das mulheres. A experiência da gravidez revela uma subjetividade corporificada que está dividida, descentrada, uma sensação descrita como ser e ao mesmo tempo não ser, um corpo que pertence e ao mesmo tempo não pertence à mulher grávida.

A esta visão alia-se a medicina obstetrícia moderna, a qual, ainda segundo Young (2005) frequentemente aliena as mulheres de suas experiências da gestação e parto. Tal ocorre porque a sua condição tende a ser definida como um desarranjo, em que a técnica médica objetifica tais processos de maneira que desvaloriza a agência das mulheres e limita seu controle sobre as suas próprias experiências. A autora define este processo de alienação, portanto, em relação às experiências das mulheres:

Alienation here means the objectification or appropriation by one subject of another subject's body, action, or product of action, such that she or he does not recognize that objectification as having its origins in her or his experience. (YOUNG, 2005: 55)<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> “Alienação aqui significa a objetificação ou apropriação por um sujeito do corpo, ação, ou produto da ação de um outro sujeito, de modo que ele ou ela não reconhece aquela objetificação como tendo origens em sua experiência” (YOUNG, 2005: 55). Tradução livre.

Tal processo foi descrito pelas mulheres entrevistadas como sentimentos de abandono e falta de autoestima com relação aos processos corporais que envolvem a gravidez, em especial o ganho de peso. Foram relatados ainda conflitos com os companheiros, provenientes dessas sensações, além de mal estar físico e psicológico. Uma das entrevistadas descreveu a noção de uma “subjetividade estranha” e de um “alheamento” proveniente de sua gravidez não planejada:

**Glória:** Da primeira vez, do meu primeiro filho, [me senti] um pouco alienada. Eu sentia uma subjetividade estranha. Eu me sentia diferenciada do que eu era. Era um estranhamento estar grávida. Nem eu pensava como ia ser, quando nascesse né. Nem tive aquele amor... De alisar barriga. E no segundo foi a mesma coisa, eu estava numa época em que eu estava num sucesso profissional muito grande, aí veio a gravidez. Eu fiquei muito irritada e o enjoo foi muito grande, ajudava ao mal estar. E... Também não foi uma gravidez desejada.

**Carolina:** Emocionalmente foi muito difícil. Eu fiquei muito triste durante a minha gravidez, me senti muito abandonada. E com medo, achava que não ia dar conta. E tinha toda aquela situação humilhante né, de ter que voltar pra casa dos meus pais. E eu só voltei porque tinha engravidado, porque senão não tinha voltado.

**Patrícia:** E aí a gravidez, foi uma gravidez meio... Eu comia muito, eu não cuidei do meu corpo, eu engordei muito, eu engordei 21 quilos. [...] O corpo transforma, e aí acho que a autoestima ia ficando mais baixa. Eu me irritava e comecei a brigar muito com o pai dele [...] E aí isso me abalava muito.

Entretanto, ainda que a nossa sociedade desvalorize as experiências das mulheres grávidas, estas podem também vivenciar sensações de auto respeito e força durante as gestações (YOUNG, 2005). Patrícia descreve tal sentimento como um positivo empoderamento:

**Patrícia:** Com relação ao que eu sentia, teve um momento em que eu me sentia muito... Muito bem mesmo sabe? De estar grávida, me sentia meio poderosa.

Já o encontro das mulheres grávidas com as instituições médicas se mostra, muitas vezes, frustrante e alienante. O controle sobre a gestação e o parto promovido por essas instituições desvaloriza a relação privilegiada que as mulheres têm com o seu corpo e com o feto. Young identifica ao menos duas formas de alienação que a intervenção médica, nos moldes em que é praticada hoje, pode acarretar nas mulheres. Primeiramente, uma passividade perante os processos, em especial do parto; e em segundo lugar, uma objetificação da gestação e do procedimento, que nega e desvaloriza as suas experiências

enquanto seres corporificados (YOUNG, 2005). As entrevistadas frequentemente descreveram o parto como um momento de solidão e passividade:

**Carolina:** Foi muito sofrido também porque eu não tinha ninguém comigo. Eu fiquei sozinha mesmo. Não tinha marido, namorado... Foi uma experiência muito solitária. E aí depois do parto também, porque naquela época eles pegavam o bebê da gente. A gente nem tocava, nem via. Eu só soube que era menina porque eu ficava olhando pelo... Tinha uma luminária em cima da cama, aí eu ficava olhando, dava pra ver o reflexo pela luminária. Aí que eu vi que era uma menina. Aí depois ainda me levaram pra um corredor, aí eu fiquei ali uma eternidade, sozinha e sem o meu bebê.

**Patrícia:** E aí o momento da cesariana foi muito estranho assim, foi meio... Acho que é muito descuidado, sabe? [...] E o hospital é ruim assim, o hospital é frio, eu senti frio. A sala de parto é gelada. É muito impessoal. A experiência do hospital é ruim. Aí eu lembro que eu saí de lá, da sala de parto, e aí não tinha lugar na maternidade e me levaram pra um quarto também todo escuro, frio. Eu fiquei muito incomodada.

A cesariana apareceu também nas entrevistas como uma escolha preferencial para boa parte das mulheres, as quais alegaram principalmente medo da dor ou mesmo um “apego” pelo processo, o qual se mostrou adequado no primeiro parto. As entrevistadas demonstram ainda confiança na autoridade médica, optando pelo método cirúrgico mais invasivo sem muito questionamento, se sugerido pelo obstetra. Algumas informantes relataram ausência de planificação. Uma delas, evangélica, afirmou crer na incerteza do processo do parto, aceitando “o que Deus colocasse na minha vida”:

**Luce:** Assim, na verdade eu não tinha nenhum plano né. O que Deus colocasse na minha vida eu ia aceitar. Porque até então a gente não sabe, né. Até a hora de você ganhar, você não sabe qual é o tipo de parto que você vai ter. Às vezes está planejado pra ser normal e é cesáreo. Ou está planejado pra ser cesáreo e é normal. Então eu estava na dispensação do Senhor, né. E esperei.

**Jullyane:** E se você pudesse você teria feito parto normal ou não?

**Jurema:** Não. Acho que eu não dou conta daquilo não. Não, acho que não, se eu pudesse optar eu não teria normal não.

**Luiza:** Eu sempre tive medo do normal. Sempre, sempre. Porque assim, eu acredito naquilo que você apegar a primeira vez. Se a primeira vez foi cesariana eu só ia confiar na cesariana. Se fosse normal eu ia confiar no normal. Foi cesariana, agora eu quero cesariana. Estava decidida mesmo.

#### **4.1.6. Experiência da maternidade.**

As informantes que já passaram pela experiência de serem mães, com exceção de uma, relatam que as suas gestações não foram planejadas, ainda que “aceitas”. Os seus

relatos mostram que, no processo de “aceitação” da gestação, há vários aspectos a serem considerados, em especial relacionados ao momento e aos planos de vida, ao apoio do parceiro, pais e demais familiares, e ainda ao status de suas relações com os parceiros. Portanto, diversas variáveis devem ser levadas em consideração quando analisamos o que separa uma gestação que é levada a termo ou “aceita”, daquela que resulta no processo de aborto. Patrícia, que deu à luz ao seu primeiro filho aos 20 anos e recorreu ao aborto aos 27, compara os dois momentos de sua vida em que vivenciou a experiência de uma gestação não planejada:

**Patrícia:** Então, assim que eu descobri que estava grávida, eu acho que a primeira reação é sempre assim, não querer ter, sabe? Caramba eu engravidei, tinha 20 anos, acabei de entrar na faculdade... Tinha 19. Aí eu lembro que eu falei com a minha mãe, e a minha mãe já tinha passado por dois abortos, e eu sei. E eu acho que pra ela essa experiência foi muito traumática. E aí ela falou assim: “Ah eu acho que você faz o que você quiser, eu tô aqui pra te apoiar, mas eu acho que você devia ter o bebê e eu prometo que vou te ajudar” [...] Aí eu falei com o pai dele, o pai dele estava viajando, e eu falei por telefone. Aí ele ficou muito feliz. Eu acho que esse foi o diferencial entre essa primeira gravidez e a segunda. A gente estava muito junto e era muito companheiro. Eu via que ele gostava de mim de verdade.

A experiência da maternidade é descrita pelas entrevistadas como um momento de realização. Todas afirmam que gostam de serem mães, ainda que tenham passado por momentos de rejeição durante a gestação. Algumas veem a maternidade como uma “missão”, idealizando-a como a realização de um sonho, ainda que citem frequentemente as dificuldades de conciliação com suas vidas e projetos pessoais, em especial aquelas que tiveram filhas/os ainda muito jovens:

**Glória:** Na gravidez sempre existiu uma certa irritação, né... Eu estava num período muito produtivo e tudo e isso aí interrompeu um pouco. Mas o neném nasce, e quando o neném nasce acaba tudo. Você vê o neném e acaba qualquer sentimento de rejeição [...] Aí eu queria ter oito, sete filhos, sabe? Um desejo de ter muito mais filhos. E aí quando foi com um ano e oito meses eu caí na real (risos). Fiquei sem trabalhar...

**Carolina:** Foi um sonho realizado né, que eu sempre gostei, sempre senti assim, como uma missão. Um ser que Deus permitiu que... Confiou em mim, colocou sob a minha proteção [...] Como eu fui mãe bem jovem ainda né, e eu tinha o mundo inteiro pra eu conquistar, pra eu conhecer. Eu nunca também abri mão completamente das coisas que eu queria fazer, por conta totalmente dela. Eu tentei, assim, conciliar bem as coisas.

Interessante notar a relação das entrevistadas de idade mais avançada com a maternidade. Estas mulheres já estão tendo que lidar com a independência dos filhos

adultos e relatam sentimentos de abandono e uma necessidade de desligamento ou de ressignificação dos laços afetivos. Essas informantes específicas citaram com mais frequência situações de conflito com os filhos e filhas do que aquelas que ainda têm filhos pequenos, demonstrando uma idealização menos intensa da maternidade:

**Conceição:** Olha, eu gosto de ser mãe. Foi bom quando eles precisavam muito de mim né. Agora que tão adultos, que eles, como eu que aos vinte e dois resolvi ter um filho, eles passaram a tomar as decisões por conta própria. Claro, algumas das decisões deles me magoaram, me contrariaram bastante. Mas... Eu gostei, eu gosto de ser mãe e, não acabou a tarefa, mas é porque eu faço um exercício pra, nesses tempos agora, me desligar dessa coisa né, de ficar mais independente dos meus filhos e tudo mais.

#### **4.1.7. História e/ou experiência de violência.**

Segato (2003), em busca da formulação de um modelo capaz de dar conta da etiologia da violência, sempre em associação com as relações de gênero, trabalha com a ideia de que é na tensão e na mútua alimentação entre dois eixos que a origem e a reprodução da violência pode ser investigada. O primeiro deles, horizontal, se caracteriza por relações de aliança e competição, sendo organizado pela concepção de um contrato entre iguais. Esse eixo associa o perpetrador a seus pares. Já o outro eixo, vertical, associa as posições assimétricas de poder à sujeição, ou seja, do perpetrador à pessoa que sofre a violência. Este eixo ordena as relações entre categorias que exibem marcas de status diferenciados e hierárquicos. A manutenção do eixo horizontal depende ainda, para sua sustentação, da relação vertical com a posição subordinada (SEGATO, 2003).

Ao analisar a estrutura de gênero e o mandato de violação, Segato (2003) afirma que o ato é, antes de tudo, um “enunciado”. Portanto, as análises que relacionam a violação a patologias individuais ou à ação automática da dominação masculina deixam de lado a característica da violação de ser um mandato, uma cobrança rigorosa, forçada e naturalizada de um tributo sexual, na reprodução da economia simbólica de poder cuja marca é o gênero, atuando no sentido da restauração desse poder. Foram vários os relatos de violência sexual sofridos pelas informantes, em especial decorrentes de relações familiares e afetivas:

**Luce:** Durante a minha infância, eu fui criada com padrasto. Aí, eu não entendia muito bem o que acontecia, mas depois que aconteceu, depois que eu saí de lá, eu comecei a entender que o que ele fazia comigo era abuso, entendeu? Abuso

sexual. [...] Aí depois desse último ataque, que ele me atacou, querendo me violentar de qualquer jeito, ter relação comigo, eu contei pra minha mãe. Aí ela pegou e me tirou de lá. Aí depois de muita violência dentro da minha casa... A minha mãe apanhou depois que eu saí de casa... Aí eu nunca mais voltei. [...] Na verdade eu tinha o quê... 13 anos.

**Alice:** E os estupros né. Eu não sei quantas vezes aconteceu. Ele fazia muito quando eu desmaiava assim, de bêbada. E ele falava pra mim que ele fazia isso e eu não acreditava. Aí um dia ele filmou e me mostrou. Eu acho que nunca senti tanto nojo de mim mesma. [...] Só muito tempo depois, anos depois, é que eu fui parar pra pensar que aquilo era um estupro. Eu nunca tinha parado pra pensar nisso, eu sempre... Até todas as situações que aconteceram durante o relacionamento, eu me responsabilizava. Eu queria me responsabilizar porque sei lá, pensar que eu era a vítima dele não me deixava feliz não...

Segundo Bandeira e Almeida (no prelo), a violência contra as mulheres emerge da questão da alteridade, enquanto fundamento distinto de outras violências. Esse tipo de violência, portanto, não se refere a atitudes e pensamentos de aniquilação de um outro considerado igual, tendo antes, por motivação, a desigualdade baseada em relações e constrangimentos que começam no universo familiar, em que o gênero se constitui no protótipo das relações hierárquicas. As autoras enfatizam ainda que, em determinadas situações, quem subjuga e quem é subjogado/a pode receber marcas de raça, idade, classe, dentre outras, modificando sua posição em relação àquela do núcleo familiar (BANDEIRA; ALMEIDA, no prelo).

As violências impetradas contra as mulheres pretas e pardas decorrem da posição subalterna específica que ocupam na sociedade brasileira. Enquanto as mulheres brancas vivenciam esse tipo de violência com base na sua condição de gênero e, em algumas situações, de classe, as mulheres pretas e pardas têm suas experiências pautadas também pela sua condição de raça, na medida em que as agressões adquirem sentido quando relacionadas a um longo processo de opressão que teve início com a escravidão e à sua objetificação constante (ALMEIDA; PEREIRA, 2012). As mulheres entrevistadas que se identificaram como negras relataram, sem exceções, experiências de violência diretamente relacionadas à sua pertença racial. Outras características que aproximam os seus relatos de violência também puderam ser identificadas, como a perpetração por parte de familiares que não os seus companheiros, em especial irmãos e filhos, a sua associação com o uso de drogas e a presença de insultos e discriminação racial:

**Conceição:** Eu já recebi ameaças. Eu me lembro até uma vez assim, foi no trabalho, eu recebi um insulto racial né, no trabalho [...]. Uma outra vez, embora

eu tenha dito assim que eles me respeitaram quando eu decidi ficar grávida, mas um dos meus irmãos pirou e aí ameaçou me matar. Mas ele era alcóolatra, aí tinha tomado a cachaça dele [...] Uma outra vez foi... Já essa foi bastante recente né. É que o meu filho, quando estava usando droga, aí a gente tinha muita discussão [...] Então, aí esse meu filho sim, chegou a puxar faca, me ameaçar mesmo, foi uma situação muito difícil porque ele também estava em presença dos dois filhos dele.

**Judite:** Eu já tive violência familiar com um irmão meu, quando eu era jovem, fazia ensino médio, e esse meu irmão usava drogas. Então eu não achava legal a forma como ele lidava com a minha mãe e uma vez ele me bateu na rua. E violência doméstica, o meu pai era muito violento nas palavras, então tinha violência psicológica. Ele dizia muitas coisas negativas sobre a gente.

**Jullyane:** E no caso, você considera que você sofre algum tipo de violência hoje em dia?

**Judite:** Não, só violência simbólica, que ela é tida principalmente com olhares discriminatórios. Pela questão, que eu acredito que é de classe e de raça, né. Porque eu lido num ambiente de poder [...] E outras em prédios, em locais públicos. Por exemplo: “Ah, o seu elevador é aquele outro”. Aí fala pra ir pro elevador de serviço.

**Jurema:** Com esse relacionamento, com o pai dos meninos, sim. Com esse problema dele da bebida. Já denunciei várias vezes. Hoje ele mora aqui, desse lado [...] Ele almoça aqui, lava a roupa dele aqui, passa a roupa dele aqui, mas tem 12 anos que nós não temos nada. Coisa psicológica, como pra bater mesmo, pra judiar, ele agride com palavras, enfim...

## 4.2. A Experiência vivida.

### Ato II.

**Luíza:** “Aí quando ela estava mais ou menos com uns quatro meses eu conheci uma pessoa. A gente ficou se relacionando e tudo, nada sério. Aí foi aonde eu engravidei. Eu ia fazer 16 pra 17 anos. Ele não aceitou a gestação. Falava que não era dele. Eu falei pra ele que eu estava decidida a tirar, devido ao meu emprego, e ele falou que não, que era pra mim pensar. Mas não me deu apoio. Ele tinha outra família e falou que se eu quisesse ficar com a criança, eu tinha que aceitar a situação que ele tinha pra me dar, que era ficar comigo e com a outra esposa dele. Aí eu não quis, porque eu queria ele comigo. Eu perdia o meu emprego, aí perdia ele, porque eu não ia ter ele comigo pra me apoiar. Fiz por medo de ser rejeitada mais uma vez pela minha família. Achei que eles iam virar as coisas de vez pra mim dessa vez.

Quando eu descobri que eu estava grávida eu pensei: “Eu fracassei, mais uma vez. E se eu falar isso pra minha família, eles vão me colocar pra rua”. Porque a conversa

só era essa, que se eu engravidasse de novo eu não tinha mais apoio. Então assim, pra mim foi o fim, né. Como se um pedaço do mundo tivesse desabado em cima de mim. Porque depois que eu tive a minha filha, depois que, como dizem, o leite derramou, aí tentaram juntar e me explicar o que era. Mas depois já estava pronta a minha filha, já estava só esperando. Mas mesmo assim, eu tive aconselhamento: “Não, não faz mais isso, tenta se prevenir, tenta”. Então eu fui assim, cobrada depois. Sempre, sempre, eles batiam na mesma tecla: “Cuidado, pra você não engravidar de novo, porque se você engravidar, vai pro olho da rua”. Eu já estava trabalhando ali e voltando só final de semana por conta dessa outra bebê. Então assim, eu me vi num beco sem saída. A minha patroa falava que eu estava gestante. Eu negava, mas eu sabia que eu estava. Eu dizia pra ela que eu tinha perdido.

Eu fiquei sabendo que o amigo dele conhecia um cara que vendia. Aí quando eu decidi, ele preferiu pular fora, porque ele não queria se envolver, mas me dava o dinheiro. Então ele entrou em contato com o amigo dele e eu peguei o remédio. Pra tomar a decisão eu pensei mais uns dois dias. Pra ele eu dizia assim: “Já tomei, já desceu”. Mas até então eu estava pensando se era realmente aquilo que eu queria naquele momento.

Quando eu resolvi tomar esse remédio, eu tomei na casa dela [da patroa]. Eu fui pro quarto e pensei muito, mas mesmo assim eu tomei essa decisão. No que eu tomei, eu deitei e aí comecei a sentir umas dores puxando das minhas costas, e voltava pra barriga, porque eu estava com três meses, quase na fase de começar a mexer. Aí começou a juntar dum lado, aí aquelas cólicas. A náusea vinha também, a dor. Aí quando foi uma hora da manhã eu levantei, aí eu senti como se fosse só um estralo, né, na minha vagina. Fui fazer xixi, aquela cólica, aí desceu o sangue. Quando foi 1h25, por aí, que eu lembro que eu olhei no relógio. Porque pra mim, até então, ia sair só o sangue, ele ia se derreter em sangue, né. Só que não. Como ele já estava formadinho, desceu mesmo o feto. Aí desceu nas minhas pernas aquela coisa pesada. Aí eu peguei, eu olhei, eu ainda lavei ainda pra ver, fiquei sabe, assim...

Eu tive medo de morrer. Porque a dor te diz assim, que você está morrendo. É uma febre, é um frio, é um calor, é uma dor, que você sente como se tivesse te cortando por dentro. E aí junta a dor emocional porque você fala: “Pra quê, por quê?”. Até então você acha que você está decidida a tomar uma decisão, você só sabe que você está errada quando você toma. Aquela decisão que você sabe assim que não tem mais volta. Aí você

sabe que você errou. E foi o que aconteceu comigo. Eu me arrependi depois, de ter tomado, de ter ingerido, quando eu estava sentindo as dores. Eu falei: “O que é que eu fiz?”.

No que ele desceu veio muito sangue. Então eu entrei debaixo do chuveiro, mas não controlava. Parecia um vazio. E nisso já estava dando o horário, eu tinha que acordar cinco e meia. Eu acordei muito fraca, muito fraca mesmo. Era um sábado e eu tinha que retornar [pra casa], mas eu aleguei pra ela [minha patroa] que eu não ia, porque eu não estava me sentindo bem. Aí ela me chamou no domingo pra conversar. Ela bateu no meu quarto, era umas sete e meia. Só que eu estava sangrando ainda né, não estava conseguindo me controlar, pelo fato que eu tinha visto aquele feto, tive que pôr no vaso e dar descarga. Então assim, eu estava sofrendo muito com aquela situação. Aí ela me chamou e pediu que eu não mentisse pra ela. Aí foi quando eu não aguentei, porque eu já estava abalada mesmo, precisando de uma pessoa pra desabafar. Eu comecei a chorar e ela falou: “Luíza, o que é que você fez?” Aí eu peguei e falei pra ela: “Eu não tive escolha”. Então ela falou assim: “Teve. Eu não acredito que você fez isso dentro da minha casa.” Aí eu comecei a chorar e ela falou: “Eu não quero que você chore. Eu quero que você fale pra mim o que é que você fez. Tem jeito? Tem como a gente salvar ainda essa criança?” Eu falei: “Não”. Aí ela falou pra mim assim: “Então você vai sair da minha casa agora”.

Ela foi bem dura comigo, sabe? Ela falou: “Até ontem eu confiava em você com a minha filha, hoje eu não confio mais. Assim como você fez com o que era seu, você pode fazer com o que é meu também”. Então ela foi lá, conversou com o marido dela, eles pegaram a minha carteira, bateram as minhas contas no mesmo dia e me mandaram embora. Aí, e a cara? Pra chegar em casa e dizer: “Pai, voltei. Pai, não estou mais trabalhando”. Aí vai outra mentira pro meu pai: falei que ela viajou às pressas, tinha me dispensado e que eu não ia mais trabalhar.

Eu estava sangrando muito. E assim, quem me via mesmo sabia que eu não estava bem, eu estava muito pálida, perdendo muito sangue. Mas ela não me deu escolha, ela não quis entender o porquê, as minhas razões. Ela disse que eu tinha que ter sido amiga dela e eu não fui, como ela foi minha. E eu fiquei com medo porque essa minha patroa, ela era investigadora da polícia. Quando ela me mandou embora ela falou assim: “Hoje você está com seu dia de sorte, porque senão eu te levava pra polícia. Você não sabe, mas eu sou investigadora da polícia”. Porque eu estava há pouco tempo na casa dela. Eu tive medo, pra ir embora, eu estava sempre olhando pra trás, aquele receio de que alguém poderia vir atrás

de mim, me prender. Ela disse que sabia a minha casa, que sabia a casa do meu pai. Então assim, que eu fosse embora da casa dela, esquecesse que um dia eu passei por lá. Eu senti que parte de mim morria ali naquela hora.”

#### **4.2.1. Descoberta e revelação da gestação.**

Quando da descoberta da gestação que resultou em aborto, as mulheres entrevistadas descreveram, em sua maioria, emoções negativas. Uma parte delas, porém, em especial aquelas que cogitaram levar a gestação a termo durante o processo de descoberta, relatou que a gravidez suscitou sentimentos positivos em seu início. Entretanto, desespero, solidão e dúvida foram algumas das sensações mais descritas nas falas:

**Alice:** Eu fiquei desesperada pensando em como eu ia levar isso pra minha casa, pra minha família, porque eu tinha 21 anos, ainda estava fazendo faculdade. Não era empregada. E eu tinha vários problemas dentro de casa por causa desse meu relacionamento com esse cara.

**Luce:** [Me senti] a pior das criaturas do mundo. Porque até então, quando você pensa que acontece com os outros, tudo bem. E quando acontece com você? E você não tem pai, você não tem mãe. Você não tem ninguém. [...] E a solução, cadê? Como eu vou criar? Onde? Com quem? Essa é a primeira pergunta que você faz pra você mesma, quando você descobre que você está grávida e o pai sabe que existe, mas não existe. É a pergunta que você faz, o que é que eu vou fazer agora da minha vida? Acabou. A primeira coisa que você pensa, acabou, não dá mais. Não tem outra alternativa. A única é essa.

A revelação da gravidez também aparece como um momento de extrema dificuldade. As entrevistadas, em geral, esconderam a gestação de suas famílias, revelando-a apenas a amigas/os próximas/os e/ou aos parceiros. Tal revelação, entretanto, não aconteceu em todos os casos, havendo mulheres que optaram por não compartilhar suas gestações com os parceiros sexuais. Os motivos vão desde a inexistência de um vínculo afetivo até experiências anteriores de rejeição e incredulidade. Luce, que passou por dois processos de aborto, após reação negativa do parceiro sexual quando da revelação da sua primeira gestação, preferiu não contar que estava grávida para o namorado de quem engravidou na ocasião do seu segundo aborto:

**Jullyane:** E a pessoa que te engravidou, você falou pra ele?

**Luce:** Falei. Ele mandou procurar o pai. Ele disse que não era dele, que não queria saber de filho não, que pra ele não dava.

**Jullyane:** E da segunda vez, você não chegou a conversar com o seu namorado?

**Luce:** Não, não perguntei. Dessa vez eu não perguntei.

**Jullyane:** Por que você não falou com ele?

**Luce:** Eu estava com medo dele dizer não, a mesma coisa que o outro disse.

**Judite:** Eu não tinha um envolvimento pessoal, afetivo, com o meu parceiro, por isso que eu nem quis discutir com ele, nem quis compartilhar minha gravidez, nem a decisão, ele soube depois. Ele soube quando eu estava no hospital, que acabou vazando.

**Jullyane:** E qual foi a reação dele?

**Judite:** Nem sei (risos). Ele só perguntou: “Por que tu não me falaste?”. E aí eu disse: “Porque isso não ia mudar nada na sua vida. Na minha sim. Na minha ia mudar muito”.

No caso de Luce, a evasão do parceiro sexual, que se recusou a assumir a responsabilidade pela gravidez, manifestada no questionamento da própria paternidade, influenciou a omissão da gestação seguinte. Neste ponto, a escolha de passar pelo processo sozinha está mais relacionada ao que se espera que seja a reação do parceiro e à expectativa de falta de apoio da parte dele. Pude observar nos depoimentos que o descrédito na palavra das mulheres quando da revelação da gestação é uma constante. O questionamento da paternidade funciona, muitas vezes, como um subterfúgio para a deserção dos parceiros no momento em que tomam conhecimento da gravidez. Thurler (2009) aponta que a mentira presumida da palavra da mulher permeia a legislação brasileira sobre filiação, estando também fortemente incrustada em nosso imaginário social. Tal incredulidade coloca ainda em cheque a idoneidade moral das mulheres, tendo em vista que elas é que precisam provar a veracidade de seu depoimento (Thurler, 2009).

Já no relato de Judite, a falta de envolvimento afetivo justificaria o afastamento do parceiro da decisão reprodutiva. A entrevistada ilustra a noção de que as mulheres possuem plena autonomia nos assuntos reprodutivos. Tal ideia parece estar relacionada à responsabilização exclusiva das mulheres pelo cuidado com os filhos, externada na noção de que “isso não ia mudar nada” na vida do parceiro, tendo em vista que ela assumiria a maternidade fora de um relacionamento afetivo. Portanto, nesses dois casos, a omissão da gestação pode ser interpretada tanto como uma questão de autonomia quanto de medo do abandono perante uma decisão de consequências drásticas nas vidas dessas mulheres.

#### **4.2.2. Tomada de decisão, dúvida e influência externa no processo.**

Em aproximadamente metade dos abortos, as entrevistadas manifestaram plena certeza da decisão tomada, afirmando não terem dúvidas sobre a vontade de interromper a gestação. Entretanto, em alguns depoimentos, as entrevistadas manifestaram dúvida quanto

a realizar ou não o aborto. Na maioria dos casos, a decisão envolve um intenso conflito, motivado pelo medo do procedimento, pela projeção de uma maternidade idealizada, pela possibilidade de aceitação do parceiro ou mesmo pelas sensações físicas de mudanças no corpo ocasionadas pela gravidez. Foi frequente nas entrevistas o argumento da falta de possibilidade de levar a gestação a termo naquele contexto e a sensação de estar “sem escolha”:

**Patrícia:** O meu peito já tinha ficado muito inchado, e aí a barriga também, eu achava que eu estava já sem cintura, que já estava ficando quadradinha. Em alguns momentos, eu juro que eu curtia, sabe? Tipo a coisa do corpo mudando, enfim, a coisa do bebê crescendo. Ser mãe de novo [...] Aí eu lembro que eu algumas vezes fiquei na frente do espelho, meio curtindo a onda, sabe? Sentia desejo... E em outros momentos me dava um desespero muito forte de que aquilo não podia... Não podia acontecer assim.

**Jurema:** Olha, não sei se eu estava bem decidida. Eu sei que eu me lembro que eu nunca me questioneei, assim. Eu achava que não tinha outro caminho. Então mesmo que eu tivesse dúvidas, que eu ficasse balançada sobre ir ou não, eu não tive escolha.

Foi manifestada também por algumas entrevistadas a vontade de levar a gestação adiante apesar dos impedimentos de ordem prática ou material que se apresentaram. Nesses casos, as informantes afirmaram buscar realizar o procedimento o mais rápido possível para evitar maiores conflitos que as levassem à dúvida ou a uma mudança de opinião tendo em vista o contexto desfavorável em que se encontravam, em especial a falta de apoio de parceiros ou familiares, a qual influenciou diretamente na decisão de recorrer ao aborto. Duas entrevistadas relataram que tinham vontade de seguir com a gestação, recorrendo ao aborto por pressão externa:

**Alice:** Bom, eu não queria fazer, eu fiz por pressão né, e por medo, por desespero. Tanto que eu fiz assim, eu fiz o negócio muito rápido, eu fiz sem pensar também. Eu acho que não fui ao médico, não fiz o exame de sangue. Eu fiz só o teste de farmácia. Então eu não pensei muito, se era aquilo mesmo que eu queria. Quer dizer, eu sabia que não era o que eu queria, mas eu pensei: se é pra fazer que eu faça logo.

**Luce:** Dessa vez eu queria o filho né. Só que eu morava com o meu irmão. E ele disse pra mim o seguinte: “Não tem como não, eu não vou criar filho seu não, não vou criar filho seu”. Eu ainda estudava então eu não tinha muita expectativa, do mesmo jeito. Eu só estudava, não trabalhava. E foi difícil porque eu queria aquela criança de qualquer jeito, só que eu não tinha o apoio de ninguém.

### **4.2.3. Envolvimento e influência do parceiro.**

Dentre os fatores sociais que podem influenciar as decisões reprodutivas das mulheres estão o envolvimento e a participação dos parceiros nos eventos da gestação indesejada e do aborto. Inúmeras relações de poder e conflito se articulam e incutem na decisão ou não pela interrupção da gravidez. Alguns estudos indicam a importância que assume o papel da rejeição ou aceitação da gestação pelos homens e das expectativas das mulheres em relação ao envolvimento destes no processo de decisão (PINTO, 1998). A materialidade da gravidez no corpo feminino e a unilateral responsabilização das mulheres pelos cuidados com os filhos em nossa sociedade possibilita um cenário de evasão e exclusão dos homens do processo reprodutivo, tanto por opção dos próprios como por escolha de suas parceiras. Em pesquisas realizadas com homens sobre as questões reprodutivas observa-se que faz parte de seu discurso a noção de que compete às mulheres, pelos fatores já assinalados, decidirem sobre a continuidade ou não das gestações (PINTO, 1998; RAMIREZ, 2000).

Pude observar, na presente pesquisa, diversos depoimentos sobre a evasão dos homens no processo do aborto. Alguns se abstêm da decisão, colocando-a totalmente nas mãos das mulheres, fato que vai de encontro com os resultados apresentados por Pinto (1998). Tal abstenção, em diversos relatos, implica em uma responsabilização unilateral das mulheres pelas consequências de sua decisão, tanto se esta envolve levar a gestação adiante quanto se implica interromper a gestação.

Na maior parte dos depoimentos as informantes citam a falta de apoio dos parceiros como importante fator em sua decisão. A sua recusa no sentido de assumir a responsabilidade, nesses casos, já aparece por si só como um obstáculo insuperável. Entretanto, em alguns momentos, o parceiro age ativamente no sentido de influenciar na decisão e promover o aborto. O relato de Alice ilustra a situação. Quando da revelação da gravidez ao parceiro, este jogou a responsabilidade da escolha em suas mãos, demonstrando apoio e compreensão, independentemente de qual fosse a sua decisão. Entretanto, quando Alice externou seu interesse de levar a gestação adiante, seu parceiro iniciou um processo de pressão para que ela realizasse o aborto, afirmando que, se resolvesse ter a criança, teria que arcar com as consequências sozinha:

**Alice:** Quando eu fiz o teste ele estava junto. E a reação dele foi: vou te apoiar em qualquer decisão que você tomar. A reação dele foi essa né, muito bonito da parte dele, mas o que ele fez depois não foi isso [...] Eu ia arrumar um emprego, sei lá, ia me virar, ia dar um jeito. Só que ele... Começou a me pressionar pra fazer, pra abortar, e... Falou que se eu não fizesse ele ia desaparecer. E como a situação na minha casa estava muito ruim e meu pai me ameaçava quase que diariamente de me expulsar de casa por causa desse relacionamento. [...]. Porque a minha intenção era ter a criança. Se não fosse toda essa pressão do cara. Se não fosse... Se eu tivesse alguma esperança de ter apoio na minha casa eu não teria feito.

**Carolina:** E aí eu engravidei novamente, aí ele não ficou a fim, foi bem categórico. Pra mim acabou tudo ali né. Da relação, não fiquei mais a fim. Vi uma covardia muito grande nele. Aí vieram à tona emoções das outras experiências, das duas gravidezes anteriores. E aí aquele medo insuportável de novo, de: “Ai, filho sozinha de novo eu não vou ter não. Não quero isso nunca mais na minha vida”. Aí eu peguei e concordei com ele né, não tinha outra opção. Totalmente contra a minha vontade, mas eu fui...

**Ângela:** Eu fiquei muito confusa, assim. E eu fui falar com ele: “Cara, então, vamos conversar, fiz o exame”. E, ele foi... Ele ficou desesperado. Ele falou: “Cara, eu não posso com isso. Assim, eu não posso conceber ter um filho na minha vida agora. Por favor, tira”. E eu: “Cara, tá, vamos nessa, né”.

As situações descritas acima, que envolvem a recusa da gestação pelos parceiros, podem ser lidas pelo prisma da falta de autonomia feminina no sentido de decidir, considerando a pressão exercida pelos parceiros para que estas abortassem, como visto em pesquisas que tratam da influência dos homens no processo de decisão pelo aborto (PINTO, 1998; CHUMPITAZ, 2003). Entretanto, observa-se que as decisões dessas mulheres foram tomadas racionalmente, levando em consideração o contexto de falta de apoio do parceiro e demais familiares, além de suas perspectivas e planos de vida. As três entrevistadas optaram pelo aborto, ainda que estivessem dispostas a continuar com as gestações, por não aceitarem um cenário em que deveriam arcar com as responsabilidades de terem filhos sem pais. Portanto, se trata de um processo mais complexo, em que as mulheres tomam suas decisões pensando as possibilidades, as expectativas com relação ao relacionamento e os seus planos e perspectivas futuras.

Em dois dos depoimentos fica explícita a autonomia da mulher no sentido de não levar a gestação a termo. No primeiro caso, apesar do discurso do namorado de que a escolha naquele caso competia a ela, o parceiro demonstrou interesse em levar a gestação adiante, possibilidade que não foi sequer cogitada pela entrevistada. No segundo, o homem

foi afastado do processo de decisão ainda que quisesse ter o filho e assumir um relacionamento amoroso:

**Jullyane:** E no caso, seu parceiro, seu namorado na época, teve alguma influência dele?

**Bárbara:** Não, não teve nenhuma influência porque ele deixou meio que em aberto: “Olha se você quiser ter, a gente vai ter, e se você quiser abortar...” Aí eu falei: “Não, não tem essa de se você quiser ter, não existe essa possibilidade”. E aí ele: “Então tudo bem”.

**Glória:** Foi horrível assim porque o cara tinha se apaixonado um pouco por mim, ou muito, não sei. E eu não sentia absolutamente nada por ele, sentia até uma certa... Depois que fiquei grávida sentia até uma repulsa. E ele queria ter a criança, e eu não queria ter né. [...] Eu me senti muito constrangida. Como se tivessem cortado o fio da minha vida, entendeu? Assim, grávida de uma pessoa que eu não gosto, que eu não quero. [...] Eu queria me livrar daquilo. Eu, como falei, parece que tomou meu corpo todo, que eu tinha nojo.

Pinto (1998), em pesquisa qualitativa realizada com homens na cidade de São Paulo, mostra que alguns deles optam por se excluir de todo o processo de decisão com relação à gestação de suas parceiras condenando, entretanto, a realização do aborto realizado por elas, por considerar que as mulheres têm a obrigação de assumir a gravidez, ainda que sem a sua presença. A responsabilização das mulheres pela contracepção e pelas consequências da gestação, assim como a condenação do ato do aborto quando realizado por elas foram inclusive verbalizadas pelos homens nos grupos focais (PINTO, 1998).

Essa dimensão masculina é paradoxal: os parceiros querem se eximir da responsabilidade, ao mesmo tempo em que não assumem a participação na realização do aborto. A falta de envolvimento no processo da gestação ocorre, presumivelmente, porque, para os homens, o “problema” a ser resolvido é exclusivo das mulheres, tendo em vista que a gestação acontece em seu corpo (PINTO, 1998: 109). Pinto (1998) observa que as falas dos homens carregam um forte julgamento moral relacionado às mulheres que optam pelo aborto, sendo frequente a noção de que uma presumida emancipação social e sexual, alcançada pelas mulheres, deve ser seguida de sua responsabilização pelas “consequências de seus atos”, o que mostra uma visão de punição relacionada às mulheres e implica em um afastamento do ato do aborto, visto como realizado exclusivamente por elas. No relato de Luiza, apresentado acima, além da já citada falta de credulidade em seu depoimento por parte do parceiro, pude observar justamente a condenação do processo do aborto e a concomitante recusa em assumir as responsabilidades da paternidade:

**Luiza:** Ele não aceitou a gestação. Falava que não era dele. Eu falei pra ele que eu estava decidida a tirar, devido ao meu emprego, e ele falou que não, que era pra mim pensar. Mas não me deu apoio.

A paternidade negada é um problema que evidencia o impacto da criminalização do aborto. O direito de decidir sobre ter ou não filhos é negado também a estes homens, que adotam o subterfúgio da desconfiança e da evasão. Entretanto, como analisado por Thurler (2009), a ordem sexual patriarcal no Brasil possibilita que os pais de fato possam escapar da paternidade indesejada, enquanto as mães estão presas à maternidade quase como um destino natural. Filhos indesejados podem fazer parte das experiências de vida de homens e de mulheres, no entanto, a estrutura do controle da reprodução no Brasil possibilita que o caminho da deserção masculina seja facilitado (THURLER, 2009). A maternidade está, segundo o modelo naturalizado da dominação patriarcal, inscrita nos corpos das mulheres, enquanto os homens têm, quando se deparam com uma gestação indesejada, uma escolha: a de serem ou não pais. Podem ainda escolher o nível de envolvimento com a paternidade, opção negada às mães. Enquanto a evasão da maternidade é considerada uma atrocidade que beira a monstruosidade, uma afronta ao pretenso “instinto materno” presente em todas as mulheres, inexiste o “instinto paterno”. À escolha pela paternidade segue-se uma maternidade quase compulsória:

No Brasil a maternidade é quase compulsória para quem engravida e seu ônus é considerado como um desejo natural sacralizado. Trata-se de um desejo que é concebido como intenso o suficiente para o sacrifício de muitos outros e que já traz em seu bojo um comportamento e uma imagem – aqueles da maternidade – que tornam impossível a deserção (BENSUSAN, 2012).

Outra esfera de participação dos homens no processo do aborto se dá pelo financiamento do remédio ou da clínica abortiva. Algumas pesquisas mostram que tal atribuição é frequente na divisão das decisões sobre o aborto (DINIZ; MADEIRO, 2012). Neste aspecto, pude observar que os parceiros entram como financiadores em especial nos casos em que estão em condições financeiras mais favoráveis do que as mulheres no momento do procedimento e ainda nas situações em que se opõem veementemente à continuidade da gestação. O papel de financiador foi também exigido pelas mulheres em alguns casos, como uma forma de implicar o parceiro no processo do aborto:

**Patrícia:** Eu não ia ter esse dinheiro. Aí eu até comentei com ele, falei assim: “Cara, um dos motivos de eu estar te procurando é exatamente porque eu preciso que você dê conta disso, assim, dessa questão da grana, porque não é barato, sabe?”.

**Alice:** O meu namorado foi quem comprou o remédio, o Cytotec. E antes mesmo de eu tomar essa decisão, antes mesmo de eu falar que queria né, abortar, ele já tinha comprado. E ele me acompanhou, fiz na casa dele.

Dois entrevistadas relatam suas tentativas de intensificar a participação dos parceiros no momento do procedimento. A primeira pede que o companheiro esteja presente durante a ingestão do comprimido e na ida ao hospital para a curetagem. Esta entrevistada analisou, baseada na experiência de amiga que já havia passado pelo aborto clandestino, que a presença de um homem resultaria em tratamento diferenciado na instituição de saúde. Já a segunda entrevistada exige a presença do namorado na clínica, apesar de seu protesto. Ambas afirmam, entretanto, que, ainda que os parceiros estivessem presentes fisicamente no momento do procedimento, não tiveram uma experiência compartilhada do aborto. Seus relatos sugerem a noção de uma experiência vivida e corporificada impossível de ser compartilhada em sua totalidade, em especial no que se refere aos processos fisiológicos da dor, do sangue e da violência do procedimento em seus corpos e subjetividades:

**Patrícia:** E aí guardei e falei com ele: “Olha, vou deixar pra tomar quando você tiver aqui, que é pra gente tomar junto...” E aí tinha uma amiga minha, que quando ela passou por isso ela falou assim: “Faz junto com o cara”. Que ela falou que sentiu um tratamento muito diferente dos médicos no dia seguinte, pra fazer a curetagem, só por ela ter chegado junto com o cara e não com uma amiga ou com uma mãe, sabe? E aí na hora eu saquei que tem uma coerência isso assim, né, do ponto de vista da nossa sociedade [...] E aí eu falei isso pra ele: “Não, eu quero tipo, que você me acompanhe nesse esquema” [...]

É engraçado assim porque, quando eu sentia que vinha uma contração muito forte e... Enfim, alguma coisa muito forte no corpo, aí eu ia pro banheiro. E aí eu lembro que... Muito sangue e eu vomitava. Até fiquei com medo de vomitar e o remédio, enfim, perder o efeito. E aí pra mim, eu lembro que no momento, ele não viu nenhuma gota de sangue. Foi tipo, o cara não sabe de nada, ele não tem noção de nada assim, do que acontece. Que aí eu pegava, ia ali pro banheiro e voltava... Mesmo estando ali ele não fazia a menor ideia.

**Ângela:** E aí ele não queria ir e eu falei: “Cara, você vai, você tem que ir”. Forcei ele a ir, falei: “Cara, não, você tem que entender o que é isso também né, vamos lá, eu não vou te deixar em casa, sozinho, sentado, enquanto eu estou passando por isso. Você vai me acompanhar nesse processo”. Daí ele foi comigo, super nervoso, eu já estava mais calma assim, durante isso.

#### **4.2.4. Influência da religião e religiosidade.**

Em levantamento do Ministério da Saúde observou-se que os estudos analíticos com amostras selecionadas de mulheres que interromperam a gestação apontam que entre 44,9% e 91,6% do total das que têm experiência de aborto induzido declaram-se católicas. Entre 4,5% e 19,2% declaram-se espíritas, e entre 2,6% e 12,2% declaram-se protestantes (BRASIL, MS, 2009).

A Pesquisa Nacional de Aborto – PNA (DINIZ; MEDEIROS, 2010) mostra que a incidência de aborto entre as mulheres de diferentes crenças religiosas é praticamente igual, tendo em vista a sua representatividade na população. Refletindo a composição religiosa das mulheres urbanas brasileiras, pouco menos de dois terços das mulheres que participaram da pesquisa, tendo feito um ou mais abortos, são católicas, um quarto delas são protestantes ou evangélicas, e menos de um vigésimo praticam outras religiões. Cerca de um décimo não respondeu ou não possui religião. Portanto, a pesquisa mostra que a religião não é um fator importante para a diferenciação das mulheres no que diz respeito à prática do aborto (DINIZ; MEDEIROS: 2010).

No presente trabalho, não pude observar tal proporcionalidade, tendo em vista que não se trata de uma amostra representativa da população em termos de religiosidade. Apenas uma entrevistada declarou-se católica, enquanto cinco declararam não praticarem nenhuma religião. Entretanto, ainda que se trate de um grupo pouco religioso, as entrevistadas relatam a existência de influência da religião e da religiosidade em suas experiências.

Em geral, nas entrevistas, mesmo para aquelas mulheres que se declararam religiosas, a crença religiosa não apareceu como um impeditivo para a prática do aborto. Duarte (2006) aponta que a pertença ou adesão a uma determinada religião não significa uma obediência total à doutrina ou ditames religiosos. Segundo o autor, em especial no nível privado ou íntimo, “no contexto da sociedade moderna, as comunidades religiosas não dispõem de meios coercitivos explícitos de exigência de um comportamento prescrito” (DUARTE, 2005: 141). Pude constatar nas entrevistas que, ainda para aquelas mulheres que se declararam religiosas, a decisão pelo aborto não foi influenciada diretamente pelos ditames religiosos, aparecendo apenas posteriormente ao feito, como um sentimento de culpa e frustração.

A influência religiosa apareceu em seus relatos mais como uma tentativa de restrição à sua liberdade na decisão pelo aborto da parte de terceiros. Elas descrevem que o julgamento moral relacionado à condenação do aborto pela ética religiosa, em especial cristã, se manifestou principalmente no afastamento de amigas e familiares, sendo decisivo mais em seu segredo e solidão do que em sua decisão de fazer ou não o aborto:

**Alice:** A minha outra amiga, ela falou pra eu não fazer isso, mas ela falou porque ela é religiosa né, ela é espírita. Então ela foi pela crença dela né. Mas ela não me julgou assim, ela só falou que eu não devia fazer.

**Patrícia:** E essa minha amiga ela é muito espírita. E aí ela ficava: “Não, pensa, você pode ter”. Enfim, tentava apoiar pra o lado de ter o bebê [...] E eu lembro que a coisa religiosa também pra mim foi forte [...] Porque é nessas horas que você escuta um monte de coisa, dessa minha amiga por exemplo. Eu sinto que assim, que deram uma afastada porque não concordavam.

**Jullyane:** E você acha que essa formação religiosa da sua família, católica, teve algum peso na sua decisão?

**Bárbara:** Não, teve um peso pra eu não contar né. Pra eu não contar da minha decisão e nem que eu estava grávida. Não tinha condições de falar pra ninguém, porque seria um absurdo né, pra eles, entendeu? Primeiro uma gravidez porque já... Fazer sexo antes do casamento é um absurdo e ainda mais abortar, pior ainda.

Uma das entrevistadas exemplifica a relativização dos valores religiosos que ocorre no momento do aborto. Ainda que tenha consciência de que o abortamento é moralmente condenável e passível de inúmeras sanções pela sua ética religiosa, afirma que os preceitos da Igreja Católica não se aplicam em sua vida cotidiana. Relativiza também a sua relação com o candomblé enquanto religião de escolha, aos preceitos da qual não se sente obrigada moralmente no que se refere à questão do aborto. A sua experiência vivida de mãe solteira fornece mais subsídios para sua decisão do que os preceitos tanto da sua formação cristã-católica, quanto da sua religião de escolha, o candomblé:

**Conceição:** No caso eu tinha experiência de ser mãe solteira. Então aí você começa a entender que aqueles dogmas lá da Igreja lá, da religião, não é muito aplicável na sua vida cotidiana né, na sua realidade. Então nada disso, sem arrependimentos, sem nenhum sentimento... Não acho que eu fui contra a lei, que eu pequei, que eu cometi nada disso. E também assim, até pelo lado do candomblé, o candomblé é contra o aborto também. Mas aí como eu tô num nível muito meu né, assim, é uma religião que eu escolhi... E também eu nem estou lá dentro, não sou uma pessoa que tem obrigações, etc... Eu sou tipo uma simpatizante quase.

A questão religiosa aparece com mais força nos depoimentos, entretanto, no que se refere à sensação de culpa e no sofrimento vivenciado após o evento do aborto, tendo influenciado inclusive o pertencimento religioso de algumas das entrevistadas anos após o ocorrido. Tal questão será aprofundada mais à frente, quando tratarei das experiências pós-abortamento.

#### **4.2.5. Motivos e justificativas para o aborto.**

Menezes e Aquino (2009), afirmam que os motivos relatados para o aborto variam de acordo com a idade, o contexto social e a situação conjugal. As pesquisas sobre o tema no Brasil encontram como principais justificativas para a interrupção da gestação a necessidade de adiar a maternidade para a continuação de estudo ou trabalho, para as mulheres mais jovens; a falta de recursos financeiros, para aquelas de camadas populares; e a natureza e o grau de legitimidade da relação com o parceiro (MENEZES; AQUINO, 2009: 198).

As justificativas apontadas por tais estudos foram também as mais citadas pelas informantes quando questionadas sobre os principais motivos que as levaram a optar pelo abortamento. As entrevistadas que fizeram o procedimento quando jovens alegaram em especial falta de estabilidade financeira, falta de apoio, tanto material quanto emocional, por parte da família e do parceiro, medo de perder o emprego, como relatado anteriormente na história de Luíza, além da interrupção de planos pessoais, incompatíveis com a maternidade no contexto em que engravidaram. A “falta de apoio” aparece em inúmeras entrevistas como um ponto crucial na decisão pelo aborto. A expressão se insere em suas falas tanto relacionada à questão material como psicológica ou emocional, sempre relacionada à sensação de solidão:

**Luce:** Financeiro, foi mais financeiro. Eu não tinha nada. Não tinha casa, não tinha família. Não tinha o pai do filho. Não tinha irmão, não tinha ninguém. Na verdade eu me senti sozinha. Sozinha e sem nada.

**Bárbara:** Eu acho que eu não tinha condições psicológicas nem econômicas, então foi o principal... Não tinha condições e aí, quando eu fiquei sabendo não me veio outra possibilidade. Não conseguia pensar em outra possibilidade.

O status da relação com o parceiro também foi uma importante justificativa apresentada, tanto pelas mulheres que realizaram o aborto já em idade mais avançada quanto para as mais jovens. Nenhum dos abortos aqui retratados foi realizado em relações de matrimônio formal e poucos em relações de namoro estável. A esmagadora maioria se trata de gravidezes resultantes de relacionamentos casuais ou em que o parceiro tinha outro relacionamento na ocasião. A maior parte entrevistadas que já tinham filhos anteriormente à experiência do aborto estavam em uma situação de criá-los sem um parceiro estável, inserindo-se na categoria “mãe solteira”:

**Judite:** Porque isso não estava nos meus planos, eu vi que era... Foi uma coisa assim de um vacilo. Eu não tinha um envolvimento pessoal, afetivo, com o meu parceiro, por isso que eu nem quis discutir com ele, nem quis compartilhar minha gravidez, nem a decisão, ele soube depois.

**Patrícia:** Primeiro porque eu já me considero, tipo, mãe solteira, assim. Então assim, isso é foda, sabe? É difícil ser mãe solteira. [...] Essa coisa de ter um filho fora de uma relação estável também pesou assim. [...]

**Ângela:** Foi ele. Foi a incapacidade dele de poder... Foi a minha falta de vontade de ter esse vínculo mesmo. E ao mesmo tempo eu não me concebia fugindo e tendo um filho de uma pessoa sem... Sabe, sem ter uma relação com ela.

**Conceição:** De novo a menina né, a menina moça aqui da minha cabeça, pegou e se entusiasmou também com outro namorado, que também era um homem casado e tal [...] Aí a gente percebe que é tudo mentira, depois de um tempo a ficha cai [...] Aí rapidinho assim ele pegou e começou a fugir de mim, me largar sozinha. Aí eu falei assim, eu não sou otária nem nada. Aí corri atrás, fui atrás de um médico.

Os relatos das entrevistadas mostram que as relações de violência estão também imbricadas no drama no aborto clandestino. Bandeira e Almeida (no prelo) enfatizam que a violência de gênero originada na intimidade amorosa revela a existência do controle social sobre os corpos, a sexualidade e as mentes das mulheres, evidenciando a inserção diferenciada de homens e de mulheres na estrutura familiar e societal, assim como a manutenção das estruturas de poder e dominação (BANDEIRA; ALMEIDA, no prelo). Pude observar nas entrevistas algumas nuances específicas em que esta violência se manifesta. Em dois dos casos relatados a violência perpetrada pelo parceiro foi a principal responsável pela decisão das mulheres de recorrer ao aborto. Entretanto, ainda que estivessem em uma situação óbvia de vulnerabilidade, tendo em vista os relacionamentos violentos em que estavam inseridas no momento da interrupção da gestação, não é possível reduzir a sua decisão pelo aborto apenas a

um contexto de falta de autonomia, em que seriam vítimas passivas de uma situação. Nesses casos, as mulheres pesam em suas decisões principalmente as consequências de ter um filho com um homem violento, um vínculo que se recusam a assumir. Em ambos os casos, as entrevistadas recorreram ao aborto à revelia dos parceiros e em segredo. No primeiro exemplo, Glória induziu o aborto e planejou previamente uma situação com o intuito de persuadir seu parceiro da época, toda a sua família e a equipe médica de que tinha sofrido um aborto espontâneo:

**Glória:** Nesse segundo aborto é... Resolvi abortar por conta de violência, né.

**Jullyane:** Violência familiar?

**Glória:** É, do meu namorado [...] Ele usou a gravidez para... Eu ser propriedade dele, entendeu? Então foi uma perseguição. Todos os meus passos eram vigiados. Eu era perseguida direto por ele. E aí eu comecei a ver assim... “Se eu tiver um filho com esse homem, vou ficar amarrada o resto da minha vida com esse homem e brigando e minha vida vai ser horrível porque ele é uma pessoa quase psicopata”. Então eu resolvi fazer sem ele saber, sem avisar a ele. [...] Eu tinha aceitado ter o filho, mas quando eu vi as condições, em que eu estava me tornando um objeto pro meu namorado, então eu racionalizei e vi que a melhor coisa seria a interrupção mesmo [...] E eu não ia tornar a minha família inteira infeliz né, tendo essa criança e ela mesma muito infeliz, porque estaria no meio de um tiroteio o tempo inteiro né. Aí eu resolvi não ter. Mas foi difícil, eu tive que fazer um esquema, né. Tive que armar um esquema pra que ele não soubesse que era um aborto provocado.

**Conceição:** Mas aí também eu fui ver a qualidade daquele que seria o pai desse filho, de quem eu estava grávida. Então, ele era um negão bem africano. Bem machista, assim, de ser dono da prole dele. Aquele não seria o primeiro filho dele fora do casamento [...] E eu sabia que ele... Ele batia nas mulheres, nas outras mulheres. Então eu entendi que aquilo pra mim ia ser um transtorno muito grande [...] Mesmo na fase de namoro, sem ter filho, ele já tinha essa mania de ficar tomando conta, onde é que eu ia, onde é que eu deixava de ir. E não era uma relação confortável pra mim, esse tipo de coisa. Então aí eu fiz.

Pedrosa e Garcia (2000) afirmam que está presente na decisão pelo aborto um dilema entre a moralidade prescrita socialmente e as condições materiais em que se encontram as mulheres no momento da gravidez. Pude observar também nos relatos que a decisão pelo aborto invocou para algumas das mulheres entrevistadas um dilema entre a convicção de que se tratava de uma conduta moralmente condenável e a certeza de que as circunstâncias de vida em que se encontravam no momento em que engravidaram não lhes permitiria levar a gestação adiante. A base em que se apoiaram para tomar as suas decisões e solucionar este conflito foi a da falta de condições materiais ideais e/ou a incapacidade de enfrentar as consequências psicossociais da maternidade em um contexto de abandono. Entretanto, tal dilema moral não foi uma regra nas entrevistas, tendo sido secundarizado

nos relatos de algumas mulheres sobre a decisão pelo aborto, pautada pela racionalidade e pelo pragmatismo:

**Jullyane:** E alguma coisa, em algum momento, te deixou em dúvida sobre fazer ou não o aborto?

**Judite:** Não.

**Jullyane:** Você estava segura disso desde o início?

**Judite:** Eu sabia que eu não queria aquela gravidez, que eu não desejava aquela gravidez, então por isso que eu nem me imaginava nela... Logo que eu soube do resultado eu quis tomar logo providência que era pra eu não ter que pensar na situação. Me imaginar grávida, ou ter algum apego, ou alguém vir e fazer algum apelo moral. Não queria pensar nisso.

#### 4.2.6. Método utilizado para o aborto.

Os métodos citados pelas entrevistadas para a interrupção da gestação foram: a indução com o remédio misoprostol<sup>21</sup>, conhecido popularmente pela marca Cytotec, as clínicas clandestinas de aborto e o método da sonda, aplicada por curiosas. O uso do misoprostol foi o método mais utilizado pelas entrevistadas. Das onze mulheres, sete afirmaram terem optado por este método. Três entrevistadas recorreram a clínicas, somando um total de cinco abortos realizados nessas condições, tendo em vista que uma das entrevistadas recorreu a clínicas em seus três abortos provocados. O método da sonda foi utilizado por entrevistadas em um total de quatro abortos.

Inúmeras pesquisas sobre a utilização do misoprostol como método abortivo apontam que as práticas adotadas pelas mulheres para a indução vêm se modificando nas últimas duas décadas. Neste período, sondas, substâncias cáusticas e objetos perfurantes vêm sendo substituídos pelo medicamento (DINIZ; MADEIRO, 2012). O uso do misoprostol tem levado a uma maior frequência de abortos completos e menores índices de hemorragias e infecções, embora ainda presente grande incidência de internações por abortamentos incompletos (DINIZ; MADEIRO, 2012: 1796).

Pude observar uma especificidade relacionada à questão geracional na escolha do método. Em geral, as entrevistadas que recorreram à sonda ou às clínicas para a realização do procedimento são aquelas de idade mais avançada. Com exceção da entrevistada que realizou o procedimento em condições legais, as outras cinco que

---

<sup>21</sup> O princípio ativo misoprostol foi inserido no mercado farmacêutico como um medicamento para o tratamento da úlcera gástrica. Desde 1998, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) restringiu a sua comercialização a hospitais credenciados por conta de sua utilização como meio abortivo. O nome comercial “Cytotec”, entretanto, foi o que mais adquiriu popularização a partir da venda ilegal do medicamento.

recorreram a clínicas clandestinas ou ao método da sonda já não se encontram mais em idade reprodutiva. As condições econômicas em que se encontravam no momento do procedimento e a indisponibilidade de remédios na ocasião também foram cruciais para os métodos disponíveis. As entrevistadas que recorreram às clínicas foram, em geral, aquelas que apresentavam melhores condições econômicas no momento do aborto, seguidas pelas mulheres que recorreram ao misoprostol e, por último, as que utilizaram a sonda<sup>22</sup>. Importante salientar que o remédio foi também a escolha de entrevistadas de baixa renda quando financiadas ou ajudadas pelos parceiros em sua compra. Portanto, em geral, observa-se a tendência de substituição dos demais métodos de interrupção pela utilização do misoprostol ou Cytotec, identificado pela maior parte das entrevistadas como um método mais conhecido, mais seguro ou mais acessível atualmente para a interrupção.

As experiências de outras mulheres e a indicação de terceiros foram também citados como importantes aspectos na decisão pelo misoprostol. Outras questões relatadas foram a segurança do método, a sua efetividade na interrupção e o preço, mais acessível em geral do que as clínicas clandestinas. As informações sobre a segurança e a efetividade dos métodos disponíveis são também constantemente contraditórias. Naquele momento, tendo em vista o desconhecimento com relação aos métodos, as entrevistadas acreditaram em especial nas opiniões de pessoas conhecidas e consideradas confiáveis, em especial mulheres que já passaram pela experiência do aborto:

**Patrícia:** E aí assim, várias experiências de amigas que eu conheço falam que com o remédio é mais tranquilo do que com clínica. Porque o remédio você meio que faz na sua casa, a coisa dá certo, ela realmente acontece e depois você às vezes vai pro hospital só pra fazer uma curetagem.

**Bárbara:** O médico tinha indicado a clínica né [...] E ele falou pra não usar o Cytotec. Ele foi muito bacana, mas ele ficou assim: “É meio complicado, é meio perigoso e tal”. Mas eu não tinha, não tinha dinheiro pra isso né, teria que pagar a passagem, eu não iria sozinha, então o meu companheiro iria junto, e aí seriam duas passagens, teria que pagar a clínica, que não é barato. Então por isso eu optei pelo remédio.

As experiências de aborto relatadas por essas mulheres são também marcadas pela desinformação com relação ao modo de uso, efeitos colaterais e efetividade do

---

<sup>22</sup> As entrevistadas, em geral, não souberam informar com precisão o valor pago pelos meios utilizados no abortamento. Uma informante citou ter pago 600 reais pelo misoprostol. Em pesquisa na internet constata-se que o valor varia muito segundo a fonte e quantidade a ser adquirida, reflexo da clandestinidade da prática e do fomento do tráfico de medicamentos.

método, principalmente para aquelas que optam pelo uso do misoprostol. As entrevistadas descreveram a falta de informação aliada ao medo dos efeitos nocivos do remédio no organismo como pontos importantes do trauma de suas experiências:

**Alice:** Bom, pelas informações que eu tinha pegado assim na internet, com essa menina que eu conversei, e as coisas que eu tinha lido... Eu via muitas orientações falando que a gente só tinha que tomar o remédio né. E tinha três comprimidos, mas só que a menina me falou que ela introduziu eles na vagina. E aí eu na dúvida, eu não sabia como é que eu tinha que fazer direito, se eu tinha que introduzir tudo, se eu tinha que tomar... Aí eu lembro que tomei um e introduzi dois. Eu não lembro quanto tempo levou tudo, eu não lembro muita coisa porque... Eu passei muito mal mesmo. Eu lembro de, em algum momento, eu acho que eu estava delirando de dor porque [...] Eu sabia como é que funcionava, mas eu não sabia como é que ia ser. Eu não sabia que eu ia sentir tanta dor, eu não sabia que... Eu sabia que eu podia morrer, que eu podia ter uma hemorragia, alguma coisa assim.

**Bárbara:** Eu não sabia nada, praticamente... Essa minha amiga que é médica deu uma dica, aí outra pessoa que me vendeu também deu a dica, mas eu não sabia nada, não sabia como usar, não sabia como inseria. [...] A gente ouve falar de pessoas que têm hemorragia, que quase morrem, que tem que sair correndo pro hospital. Tem algumas colegas que já fizeram que elas falaram: “Ah tive que sair correndo pro hospital, fiquei uma semana com hemorragia”. Então assim, eu achei que ia ser uma coisa absurda né. Que eu ia morrer, quase morrer, quando tivesse morrendo, quando eu tivesse quase na morte eu ia pro hospital. E aí me socorreriam.

Entretanto, percebe-se que as opiniões sobre a segurança do método variam muito segundo as circunstâncias e as consequências das experiências de cada uma das entrevistadas. Enquanto Patrícia afirma ter sido o Cytotec o método mais seguro de que podia dispor, Judite, por ter sofrido efeitos sérios em sua saúde após o procedimento, tendo em vista a desinformação sobre o método, considera que o misoprostol não se trata de uma opção segura para a interrupção da gestação:

**Jullyane:** Então você considera que não foi um método seguro pra você o Cytotec?

**Judite:** Não, nunca. Jamais. Eu coloquei a minha vida em risco. Foi uma coisa muito ruim. E também o fato de eu achar que eu era informada e eu não era. Descobri que eu era ignorante, coloquei a minha vida totalmente em risco. Porque eu estava com infecção e não fiz os procedimentos corretos.

**Patrícia:** O fato de ter sido na minha casa me deu uma segurança assim [...] Porque eu não teria interferência de ninguém, e eu tinha uma rede que estava meio que ligada no que estava acontecendo. Eu tinha um carro na garagem, que qualquer coisa podia me levar pro hospital. Eu já tinha um hospital que poderia ir. Então nesse sentido eu sinto que foi de forma segura, mas a questão do método mesmo, que é o remédio, eu não sabia se ia dar certo ou não. E eu tinha medo. Tinha medo de sentir muita dor, tinha medo de hemorragia, da hemorragia

não passar nunca. Mas enfim, eu acho que foi a opção que eu tinha, e acho que foi uma das mais seguras que eu consigo avaliar, talvez.

Um dos maiores medos relatados pelas entrevistadas que ingeriram o misoprostol foi a sua falta de efetividade em consequência da situação de clandestinidade, em que são grandes as chances de adquirir um medicamento falsificado no mercado clandestino. Duas das informantes passaram pela experiência de extremo risco de ingerir um medicamento falsificado, do qual não tinham qualquer informação sobre a procedência, o que as colocou em uma situação de perigo e de um estresse emocional ainda maior:

**Patrícia:** E aí eu cheguei em casa, tomei o negócio, aí fui dormir. E aí nada aconteceu, então era falso o remédio [...] O negócio virou tipo uma... Sei lá, o organismo não absorveu, assim. Virou tipo uma farinha. Aí eu senti que não tinha dado nada, que na hora eu falei assim: “Cara, esse negócio é falso”. E aí esse medo de, então o que eu tomei?

**Bárbara:** A gente comprou com um cara que ele trabalhava com distribuição de remédio... E assim, foi terrível porque a gente foi num lugar escuro, um lugar afastado pra comprar. Compramos, foi caro, custou 600 reais. Eu peguei dinheiro de poupança na época. E simplesmente não resolveu. O cara me vendeu um negócio de farinha.

Os depoimentos das entrevistadas que utilizaram a sonda como método expõem a precariedade da situação do aborto clandestino, principalmente para aquelas mulheres de baixa renda. Elas descrevem localidades inseguras e condições de higiene precárias em um contexto em que não tinham conhecimento adequado ou condições econômicas para recorrer a métodos mais seguros de interrupção da gestação:

**Glória:** O primeiro foi com parteira, foi na periferia da cidade. Uma periferia assim que você tinha que descer um morro íngreme né, pra ter acesso à casa. Eu estava muito tensa e ela tentava botar a sonda né. E ela não conseguia porque eu contraía a vagina. [...] Completamente inseguro, as condições de higiene, de tudo. Não vi a mulher passar álcool na sonda, não vi nenhum procedimento de limpeza, nada [...] Olha, era correr o risco né. Não tinha o Cytotec ainda, da primeira vez ninguém falava do Cytotec. E a parteira era a escolha pra quem engravidava e não queria. Era a escolha que tinha né.

**Jurema:** Não foi bem escolha. Foi o mais barato, em termos financeiros [...] Passa uma sonda e perfura o útero. E provoca o sangramento. Tem muitas mulheres que até perdem o útero [...] Tinha clínica, tinha isso e tinha aquilo, mas era caríssimo. Como eu estava sozinha, não tinha tanto dinheiro.

**Luce:** Eu não tinha muita intimidade com esse tema, entendeu? Não sabia. E o primeiro que apareceu foi esse. Então eu peguei e aceitei. Até porque eu não conhecia outro. Assim, me ofereceram esse né, que era seguro pra tirar. Não

tinha como falhar, entendeu? Hoje eu vejo como um método muito cruel. Esse é um método muito cruel, o aborto pela sonda.

**Jullyane:** Por quê?

**Luce:** Porque ele simplesmente ataca o óvulo. Tá lá a bolinha né. Eu creio que ele ataca até furar. Vai subindo e mata. Acredito que a criança, sei lá, é espetada. Porque na verdade é uma agulha.

#### **4.2.7. Clandestinidade: questão legal, insegurança e segredo.**

A categoria da clandestinidade evoca para as entrevistadas diversas sensações relacionadas ao medo, à insegurança e ao segredo. Pude observar em suas falas que a ilegalidade do aborto em si, ou seja, a lei proibitiva, não foi um fator levado em consideração em suas decisões. Ainda que algumas delas tenham afirmado terem sentido medo de serem criminalizadas, em especial no momento de conseguir o método e no momento posterior ao aborto, quando muitas tiveram de procurar serviços médicos, a convicção de que a interrupção da gestação seria a melhor ou a única opção naquele momento foi mais forte. A ilegalidade dificulta, mas não impede o acesso ao Cytotec ou às clínicas clandestinas, sendo frequente a menção a redes em que o acesso ao método seria facilitado. A clandestinidade do ato aparece, entretanto, como uma grande fonte de insegurança, colocando em risco a integridade física das mulheres inclusive antes do procedimento de aborto, quando têm de recorrer ao tráfico e enfrentar inúmeras situações de risco, incluindo a possibilidade de estar adquirindo um medicamento falso:

**Bárbara:** Assim, por ser uma coisa ilegal, é tudo muito escondido. Você tem os contatos e você consegue até fácil, entre aspas. Mas é difícil porque, como é ilegal, aí tem que ter o esquema, tem que ser no canto, tem que ser não sei aonde... Mas o ruim é que é tudo muito escondido, você não consegue, e aí as pessoas que te vendem podem te vender a coisa errada, não tem como se resguardar [...] Eu senti medo na hora de comprar... Cheguei lá no metrô tinha polícia lá na frente, então não sei, eles podiam ver... Foi muito tenso.

**Judite:** Depois eu descobri que tinha uma rede, que vendia nas farmácias, mas de forma clandestina. E ele era caro, mas a gente não tinha que questionar o preço. Depois eu soube que tinham mercados mais populares. Então nesse sentido foi fácil porque circulavam informações entre pessoas. Um amigo que descobriu onde que tinha. Sempre tinha alguém assim que “Fulano sabe onde tem porque a namorada já fez”. Tinha uma rede de informação.

Outras sérias implicações da clandestinidade do aborto são as sequelas físicas e emocionais, um risco que muitas mulheres correm por desconhecimento das consequências

ou por terem medo de recorrer ao atendimento pós-abortamento nos serviços de saúde. O direito à privacidade e à confidencialidade das informações prestadas deve ser garantido nos casos de atendimento às complicações do aborto (VENTURA, 2004: 103). São recorrentes os casos de denúncias encaminhadas ao aparato policial contra mulheres em processo de aborto ou pós-abortamento, por parte da equipe médica. Essa prática, além de violar normas éticas e legais, faz com que as mulheres não busquem os serviços por receio de serem denunciadas, estando expostas a consequências graves em sua saúde.

Caso emblemático ocorreu no Mato Grosso do Sul, em 2007, quando, após veiculação midiática sobre a realização de abortos na Clínica de Planejamento Familiar na cidade de Campo Grande, o Ministério Público Estadual denunciou a médica proprietária da clínica e seis funcionárias pela prática do crime de aborto e formação de quadrilha. Durante o processo foram apreendidos 9.862 prontuários médicos, os quais serviram de prova para o crime de prática de aborto de quase duas mil mulheres. Várias delas tiveram de se submeter a prestar serviços comunitários em creches e outros serviços similares, em uma clara punição pela recusa à maternidade (GALLI, 2010).

Muitas mulheres enfrentam problemas em sua saúde reprodutiva, correndo até risco de morte quando não buscam cuidados médicos, com receio de serem incriminadas. Foram recorrentes nas entrevistas relatos de mulheres que apresentaram complicações por abortos incompletos e não buscaram os serviços de saúde:

**Alice:** Eu fui muito irresponsável porque eu não procurei médico depois né, porque eu tinha medo de ser denunciada, sei lá, alguma coisa assim. Então eu esperei mais de um mês pra ir. Tanto é que... Foi uma semana, ou duas semanas depois, eu não me lembro muito bem. Uma tia minha estava em Brasília e eu saí com ela e minha mãe. E em casa eu comecei a passar muito mal. Eu estava sentindo muita dor, uma cólica que era daquelas de bambear as pernas assim. E aí quando a gente chegou no Pontão eu fui ao banheiro, porque eu senti que eu estava perdendo muito sangue, que estava acontecendo alguma coisa estranha comigo. E aí lá, aí saiu tudo sabe, saiu uma massa assim, mais ou menos desse tamanho assim, pareceu um coágulo, era um negócio meio estranho. Eu acho que devia ser, é... Sei lá, placenta com líquido. Aí eu fiquei desesperada assim. Nossa, eu fiquei com tanto medo esse dia, e muito triste também né, porque... Aquilo me doeu muito sabe (voz embargada). Ver aquilo saindo de mim me doeu muito porque era... Não era um negócio que eu queria ter feito de verdade (chorando).

Para aquelas que buscam atendimento médico logo após o procedimento a situação não é muito melhor. A consciência de necessitar de cuidados médicos anda sempre de mãos dadas com o medo da criminalização. Para minimizar os riscos de terem

de lidar com o julgamento médico e com a justiça, as mulheres desenvolvem estratégias que envolvem histórias fantasiosas com o intuito de persuadir a equipe médica de que o aborto foi espontâneo. Entretanto, muitas das entrevistadas afirmam terem consciência de que a equipe médica sabe que se trata de uma interrupção provocada. A mentira aparece como necessária tanto para a paciente quanto para o médico, ainda que ambos tenham consciência de se tratar de um teatro. Uma das entrevistadas, após falar abertamente que tinha provocado o aborto, recebe a orientação da própria médica de que seria necessário mentir nesse caso:

**Bárbara:** Aí eu cheguei na médica e falei: “Olha, eu fiz um aborto e quero fazer a curetagem”. Ela foi muito boazinha e falou: “Olha, aqui a gente não está fazendo a curetagem, só no HMIB [...] Eu não vou falar nada, porque eu não tenho o direito de intervir na sua vida, mas evita falar isso pro próximo médico, porque tem médico que pode te... ” Então eu tive sorte porque eu encontrei alguns médicos sérios assim, que não interferiram [...]Aí eu fui no médico e fingi: “Não, eu tô só fazendo um *checkup* né, sei lá, uma rotina pra ver como é que está o bebê”. E aí ele fez o exame e falou: “Olha, o seu bebê está morto”. Aí eu fiz um drama, ah que horror e tal, e fui embora feliz. Infelizmente fui feliz, mas fui.

**Patrícia:** Aí, enfim, fui na clínica particular, fiz o tal do ultrassom... E aí o medo, o tempo inteiro pra abrir a perna um medo de tipo, sair um vestígio de remédio. E aí o médico enfim, falar alguma coisa, comentar, desconfiar... Aí o médico: “Ah, calma aí, eu vou ali”. Aí eu pensei: “Pronto, foi chamar a polícia”. E aí ele voltava e tipo, não falava nada. Então, o tempo inteiro muita tensão, assim [...] E aí eu criei uma historinha: “Tava no trabalho e comecei a sentir muita dor, aí fui pra casa e aí de repente comecei a ter um sangramento muito forte e agora tô aqui”. E aí: “Ah, você já tinha começado o pré-natal?” E aí eu, não, porque eu tinha descoberto há três dias que eu tava grávida. Então assim, historinha que tem que inventar, né. E eu acho que, sinceramente, eles fingiam que acreditavam, e eu fingia que acreditava que eles acreditavam. Porque eu acho que... No fundo é meio que evidente que ali na frente tem uma mulher que tentou um aborto, sabe?

Os procedimentos realizados em clínicas clandestinas evidenciam as especificidades de classe e também raciais no momento do aborto. Os relatos vão desde hospitais e clínicas bem equipados, higiênicos e que oferecem cuidados especiais pós-aborto, passando por clínicas precárias e chegando até as aplicações de sondas nas casas das chamadas “curiosas”, sem qualquer processo de higiene. Nesses casos, as mulheres têm consciência de que estão colocando sua saúde e suas vidas em risco, recorrendo ainda assim ao procedimento por se verem sem opções e por não terem condições financeiras de recorrer a um local com estrutura adequada. Uma das entrevistadas passou por ambas as

experiências, tanto de um aborto em condições mais seguras, em uma clínica no Rio de Janeiro, quanto de um aborto feito em um local extremamente precário. No último caso, teve ainda de lidar mais proximamente com a situação da clandestinidade e com o desgaste emocional, já que a clínica foi descoberta pela polícia apenas alguns dias depois:

**Carolina:** Lá no Rio a clínica era toda chique, era uma fachada né, assim, de uma clínica de atendimento à mulher... E muitas meninas. Mulheres de todas as idades, acompanhadas ou não. Mas de um nível social melhor né, a gente percebe pelas roupas, pela pele, pelo cabelo. E depois teve todo um procedimento médico, eu fiquei internada, em observação. Eu só saí de lá depois que fizeram exames de sangue, pressão, não sei mais o quê. No Rio. Mas aqui não, aqui era um açougue, assim. O lugar era horrível, sujo né. Foram duas experiências completamente diferentes [...] Aí dois dias depois saiu no jornal que essa clínica no Guará tinha sido... A polícia tinha descoberto, tinha invadido. E que tinha uma mulher lá na hora fazendo aborto quando a polícia entrou. Cara, aquilo eu pirei. Falei assim, meu deus do céu! E que não sei quantas tinham morrido, na mão desse médico, e não sei quantas tinham sido esterilizadas. Aí foi uma loucura. Saiu no jornal, na página policial do Correio Braziliense. [...] E eu fiquei assim, muito pensando naquela mulher que estava lá, deitada e fazendo isso e, nossa, tudo o que ela já estava passando ali né, ainda teve mais essa da polícia chegar na hora. Imagina como ela foi tratada por esses policiais. Deve ter sido muito horrível. Então eu entrei num sofrimento tão grande por ela...

Outra entrevistada cita algumas especificidades da clínica em que realizou dois abortos, em Salvador, quando pôde observar uma nítida linha racial, em que as mulheres que buscavam o aborto eram todas negras, enquanto a equipe médica era branca. A sua consciência racial, enquanto mulher negra, permite que a entrevistada faça esse recorte. Em sua posição particular de *outsider-within* (COLLINS, 2000; hooks, 2000), em que tem acesso ao centro, por possuir uma situação financeira confortável e circular em espaços de poder, ela ainda se posiciona, em diversos momentos, à margem, pela experiência de viver em uma sociedade racista. A entrevistada aponta os motivos pelos quais acredita que a clínica, localizada no centro de Salvador, nunca tenha sido fechada ou “descoberta”:

**Conceição:** Era um consultório médico lá em Salvador. A cidade inteira, pelo menos o mulherio, sabia, que lá naquele lugar, naquele edifício, naquele endereço, funcionava uma clínica de aborto, que era comandada por um médico. Bem no centro da cidade de Salvador mesmo, num lugar de fácil acesso [...] Tinham umas mulheres, mulheres pobres né, que ajuntaram dinheiro pra poder pagar [...] E também nunca imaginei, por exemplo, que ali teria uma batida policial e etc. Porque a maioria das mulheres que recorriam lá eram mulheres negras, né. Por exemplo, das duas vezes que eu estive lá, na verdade quatro vezes... Eu jamais cruzei com uma mulher branca lá na sala de espera. Eram só mulheres negras. Então aí como o pessoal tem uma negligência, assim: “Ah, a mulher negra foi lá e fez isso”. Tipo assim: “Ah, um negrinho a menos no mundo”. E se ela bater as botas também lá dentro, problema dela, ninguém mandou ela fazer isso. O médico era um homem branco, a enfermeira, as

mulheres lá dentro, as profissionais, eram brancas também. Mas a clientela era só de mulheres negras. Então, é... Nunca aconteceu. Ele nunca foi denunciado, nunca teve nenhum escândalo com ele.

#### 4.2.8. Clandestinidade X Legalidade

Ângela se submeteu a um aborto feito em condições legais, em Barcelona, na Espanha. O seu relato sobre o procedimento, realizado com segurança e com o respaldo da lei, evidencia ainda mais a precariedade e os riscos a que as mulheres brasileiras, sobretudo, se expõem quando precisam recorrer ao aborto em situação de clandestinidade:

**Ângela:** Eles te encaminham pra um centro de saúde familiar, que ali eles avaliam suas condições financeiras e o valor que você vai pagar por esse procedimento... É muito bem pensado assim. As mulheres que têm mais condições pagam mais e as que têm menos pagam menos. Enfim, eles avaliaram minhas condições e aí eu tive que pagar um valor baixo porque eu não tinha uma renda muito alta. E já fui marcar o procedimento.

Daí fui num centro, uma clínica, que parece uma clínica de depilação assim, é tudo rosinha e bonitinho e feminino e limpo e branquinho e cheio de florzinha e vasinhos de flor assim [...] É todo um processo que é interessante, é muito industrial mesmo. Você chega e eles te sentam e em dois minutos você entra no psicólogo e ele te faz uma série de perguntas... Mas ao mesmo tempo ele falava muito rapidamente porque ele tem, sei lá, dois minutos pra ficar com cada pessoa.

E aí você entra nessa segunda sala. Então essa outra mulher faz as perguntas de caráter mais social mesmo. Qual a sua condição financeira, qual o seu trabalho... E como é tudo de cortina, você vai escutando também as outras mulheres contando. Aí eu escutei a mulher do lado falando: “Meu marido está desempregado, eu estou desempregada, a gente já tem dois filhos e eu não posso ter esse filho agora”. Aí a outra falando: “É meu quarto aborto, não estou nem aí, não quero, nunca quis”. Mas nenhuma das mulheres estava chorando. E eu achei isso muito curioso assim, porque eu sou muito de chorar né.

Aí a sala era uma sala gigante, só com essa cadeira [...] E o médico era tipo um alemão. Todo grosseiro, todo bronco assim, parecia um açougueiro, de verdade, um açougueiro alemão [...] Aí eu sentei lá e nessa hora já comecei a me desesperar. Eu comecei a chorar muito. Ele: “Ah, Mariana, brasileira. Futebol. Você gosta de futebol?” Eu: “Não, não gosto de futebol”. Ele: “Ah eu gosto de futebol, Mariana. Respira fundo”. Aí já meteu o negócio. Você escuta uns barulhos esquisitos, uma pressão no colo do útero. Não durou um minuto assim, foi muito rápido.

Eu levantei e veio a enfermeira me ajudar. Aí ela: “Como é que você está?”. E eu, tipo, chorando. Não conseguia nem responder, nem olhar pra nada. Então ela me levou de novo lá pro meu cubículo. Ela me olhou e disse: “Agora vai ser duro, tá? Aguenta aí e fica bem”. E me largou lá. No que ela falou “agora vai ser duro” eu dei assim, olhei pro teto, lembrei da minha avó e comecei a chorar muito. Aí depois de um tempo ela fala: “Você pode ir embora”. Então eu levantei, fui embora e a minha recuperação foi super tranquila.

A forma industrial também de ser, eu acho que alivia pras mulheres, né. Eu vi ali que eu estava sofrendo muito mais do que todas as outras mulheres que estavam envolvidas naquilo, porque eu venho... Eu sou brasileira né, e assim, a minha experiência anterior com o aborto tinha sido de uma forma clandestina, pesada e que foi muito dura na minha amiga e tal. Aquilo pra mim foi muito traumático em muitos níveis. Eu acho que aquelas outras mulheres que estavam ali, que vêm de uma sociedade em que aquilo é normal né, é normalizado... O questionamento delas, o que aquilo acarretava emocionalmente nelas era muito diferente. Eu acho que elas estavam levando aquilo muito mais tranquilamente do que eu.

A percepção de Ângela após refletir sobre a situação foi de que se trata de um processo já normalizado naquela sociedade, um procedimento que descreve como “industrial”. Normalizado no sentido de que não envolve tantos traumas, juízos morais e sofrimentos quanto a experiência do aborto clandestino no Brasil, com a qual também já teve contato por meio da experiência de uma amiga próxima que utilizou o Cytotec. A entrevistada descreve como traumática a experiência de sua amiga justamente por conta da precariedade proveniente da situação de ilegalidade. Portanto, ainda que tenha feito o procedimento em condições legais, a dor que a situação do aborto evoca em sua fala não tem correspondência com a naturalidade com que as outras mulheres que faziam o procedimento tratavam a situação. O seu sofrimento parecia, a ela, muito maior. Ângela afirma que, pelo fato de provir de uma sociedade em que o aborto é ilegal ela se sentiu também, naquele momento, clandestina.

#### **4.2.9. Apoio, confiança e redes de solidariedade.**

As mulheres relataram, na maior parte das entrevistas, que não houve qualquer apoio ou solidariedade por parte de suas famílias no contexto do abortamento, isso para aquelas que resolveram compartilhar sobre a gestação e/ou sobre o aborto com seus familiares. Entretanto, a decisão de se abrir para um ou mais membros do núcleo familiar aparece como uma exceção em suas falas. Nos depoimentos, algumas entrevistadas relatam que buscaram solidariedade em suas irmãs ou irmãos, tendo sido pouco compreendidas. Amigas e amigos foram aquelas pessoas a quem as entrevistadas recorreram quando buscaram apoio no momento do aborto. Uma das entrevistadas cita a falta de solidariedade de sua irmã, que havia passado pela mesma situação anteriormente:

**Glória:** Conteí pro meu namorado, conteí pra umas amigas, que me ajudaram, alguns amigos homens também me ajudaram e conteí pra uma irmã e foi péssimo, a reação dela [...] Essa minha irmã, ela tinha feito um aborto e eu que tinha conseguido todas as coisas pra ela fazer o aborto. E ela fez o aborto e um

ano depois eu engravidei, e ela botou pra ferver em cima de mim, entendeu? Foi violento, assim.

**Alice:** Eu falei com poucas pessoas. Assim, que eu me lembre, eu não falei pra ninguém da minha casa. No dia em que eu tentei falar com a minha irmã ela me xingou e eu não terminei de falar nada. E... Falei pra outras duas amigas minhas, e só.

**Conceição:** Eu fui sozinha né. Pelo contrário, não recebi apoio, recebi foi muita crítica. No caso só a minha irmã, que estava junto de mim, mas ela não me acompanhou, ela não fez nada por mim. Não me consolou, pelo contrário, só fez me criticar, foi quem acabou sabendo disso.

Outras pessoas também foram citadas como sendo referências de ajuda para a obtenção do método para o abortamento. Uma das entrevistadas relata que recebeu a ajuda direta de uma trabalhadora doméstica que prestava serviços em sua casa. Foram citadas ainda pessoas conhecidas ou mesmo pessoas encontradas na internet, as quais faziam parte de alguma rede de apoio feminista ou orientavam mulheres online sobre o uso do Cytotec:

**Glória:** A minha empregada foi muito solidária comigo, muito mesmo né. Foi a minha companheirona ela. Ela foi buscar esse Cytotec, voltou com a receita, como era que eu devia tomar e tal.

**Patrícia:** Eu comecei a ligar pras pessoas que eu conhecia e que são feministas e que tem experiência, já sabiam de aborto. Aí essas coisas dos contatos né, foi muito, muito difícil assim, achar alguém.

Foi citado principalmente o apoio de amigas na situação do aborto, às quais as entrevistadas recorriam, ainda que tivessem a presença física dos parceiros no momento da ingestão do Cytotec. As amigas são, em geral, as cúmplices desse processo, fornecendo apoio e orientação, tendo em vista que muitas delas também já passaram por abortos clandestinos:

**Patrícia:** Aí chegou um momento em que começou a bater muita, muita cólica... Assim, tinha uma amiga minha que estava sabendo da situação, ela estava meio que assim: “Olha, qualquer coisa eu tô aqui”, e ficava ligando. Isso foi bom de ter. Ela já passou por um aborto também.

**Glória:** E eu tinha uma amiga que ela era muito amiga, que ela mais ou menos que segurou a barra, porque quando eu tomei o Cytotec eu liguei pra ela, eu disse: “Eu tô com medo, porque eu tomei e não sinto nada”. Ela disse: “Calma, não é assim”. Aí de meia em meia hora eu ligava pra ela.

### **4.3. A Experiência (re)vivida.**

#### **Ato III.**

**Luíza:** “Quando eu cheguei na casa do meu pai, foi num domingo, e só na quarta-feira eu decidi ir no médico. Assim já fraca, debilitada. Aí eu não estava mais conseguindo comer, tudo o que eu comia eu vomitava. Aí eu fui numa clínica aqui em Águas Lindas. Meu pai me levou numa clínica porque eu falei: “Pai, eu estou sangrando muito, estou com muita cólica”. Aí a gente foi na clínica e aí lá a enfermeira falou: “Vou te fazer uma pergunta: você fez algum aborto, recentemente?” Eu falei assim: “Não”. Ela falou: “Parece que você teve um aborto, sim. Porque esse sangue é de aborto, não é sangue normal”.

Por mais que você fale assim, que você está ali pra fazer uma curetagem: “Ah, foi espontâneo”. Ninguém acredita, né. Assim, no fundo no fundo, quem tem experiência no caso sabe que foi provocado. Então eles [a equipe médica] não me trataram com bons olhos não. Eles viram que realmente eu tinha vacilado. Eu não sei se era porque a minha consciência já estava me acusando. Então todos que olhavam pra mim, por mais piedoso que seja, achava... Já estava sabendo do caso.

Aí meu pai, como eu tinha passado esses dias com ele, ele sabia que eu não tinha feito nada lá na casa dele. Então pra ele estava tudo certo. Mas na sexta-feira eu não consegui esconder, eu tive que contar. Ele sabia que alguma coisa estava acontecendo. Intuição de pai também. Aí eu falei pra ele: “Ó, tomei um remédio”. Aí ele falou: “Eu não acredito que você fez isso”. Eu falei: “Fiz, pai. Eu fiz”. E também eu já estava cansada de mentir, pelo fato de que eu já vinha sustentando a mentira lá, entendeu? Aí pra ele foi decepcionante porque aí ele conversou comigo e ele queria saber quem era o pai, o que aconteceu com o pai, onde ele estava que ele permitiu que eu fizesse uma coisa dessas. Aí eu tive que desabafar com o meu pai, toda a verdade.

Fui muito imprudente assim, sabe. Muito desatenta, né. Não fiz num lugar seguro, não tive o apoio necessário né. Não considero assim segura, a decisão que eu fiz. Até depois que eu fiz esse aborto eu passei a conscientizar mais a vida. Comecei a conscientizar o que eu estava fazendo. O que eu estava né, assim, fazendo da minha vida. O que eu estava perdendo, entendeu? Perdi, perdi muito assim. Foi muito difícil pra mim depois, recuperar a credibilidade do meu pai. Dessa mulher nunca mais eu tive contato com ela. Então assim, foi uma pessoa que, pra ela, eu decepcionei muito ela, entendeu? Decepcionei a mim também.

Assim, é muito difícil eu falar. Pelo fato de que me dói, quando eu falo eu fico triste, entendeu? Porque foi uma atitude que eu tomei assim, achando que estava pensando e não estava. Então me entristece pelo fato de que eu sei que eu tirei uma vida. As vezes que eu estou na internet, que eu vejo fato de pessoas que abortam, eu me entristeço por saber que, querendo ou não, eu fui também assim, já fiz isso, né. É muito assim, desgastante, muito ruim.

Eu estaria com essa criança, entendeu? Lutaria, enfrentaria. Por mais que as portas se fechassem, eu ia por outro lado, mas eu faria diferente, eu não tomaria a decisão que eu tomei. Inclusive uma colega minha, ela estava decidida a fazer um dia desses, tomar essa mesma decisão. Eu falei pra ela que não, porque a vida... Ia culpar ela pro resto da vida. A consciência dela, sabe, ia trazer à tona isso pra ela a todo instante. Quando ela tivesse a casa dela, quando ela tivesse os filhos dela, que ela falasse: “Poxa, eu tenho cinco, mas eu poderia ter seis. Poxa, eu tenho dois, mas eu poderia ter três”. Sempre vai ficar faltando um, né. Ainda mais quando você sabe assim: “Já estive no meu ventre. E eu tirei, com as minhas próprias mãos”. Sempre vai ficar isso na mente.”

#### **4.3.1. Complicações pós-aborto, atendimento e violência institucional.**

A curetagem pós-aborto tem sido um dos procedimentos obstétricos mais realizados em hospitais públicos ao longo da última década (MENEZES; AQUINO, 2009). Estudos que enfocam as complicações após o procedimento vêm constatando a menor ocorrência de infecções e hemorragias com o uso do misoprostol, se comparados com as pesquisas realizadas no início dos anos 1980, em que outros métodos ainda mais agressivos para interrupção da gravidez eram utilizados (MENEZES; AQUINO, 2009). Observei nas entrevistas, entretanto, alguns casos de desconhecimento dos procedimentos de saúde a serem tomados após complicações pelo uso do medicamento. Judite adquiriu uma grave infecção por ter convivido com uma hemorragia durante semanas antes de procurar cuidados médicos após um aborto incompleto:

**Judite:** Agora, eu não tinha ideia de que isso funcionava... Não peguei informação suficiente. Que funcionava como se você tivesse feito um parto, que teria que ir no hospital, fazer a curetagem. Então eu achei que era algo que expulsava e pronto. Então passou uns dias, eu acabei indo pra um show, e pulei muito nesse show. Quando eu cheguei em casa me senti mal, senti muita cólica.

[...] Então eu liguei pra esses amigos, que estavam no dia que confirmou a gravidez. Eles foram me apanhar em casa, daí eu comecei uma peregrinação pra ir em hospitais.

A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, MS, 2005) aponta que o acolhimento e a orientação são elementos importantes para uma atenção de qualidade e humanizada às mulheres em situação de abortamento. Segundo a norma, expedida pelo Ministério da Saúde, a capacidade de escuta, sem pré-julgamentos e imposição de valores morais são alguns dos pontos básicos do acolhimento. Entretanto, ao buscar os serviços de saúde com complicações pós-aborto, as mulheres com frequência vivenciam situações de violência institucional. Tal violência é também uma das consequências da forma como é conduzida a discussão pública sobre a questão do aborto em nosso país, assim como da legislação restritiva, que acarreta em marginalização das mulheres que recorrem à prática. Além disso, elementos preconceituosos, advindos de nossa cultura patriarcal, podem vir a orientar as práticas das e dos agentes públicas/os (BANDEIRA; ALMEIDA, 2008).

A violência institucional pode ser expressa tanto de maneira verbal como física, incluindo negligência na assistência, discriminação, humilhação, abuso de poder, omissão de informações, demora na resposta a demandas, tratamento clínico inadequado, com intervenções desnecessárias ou não utilização de medicação, entre outras. Inúmeros relatos de situações de violência nos serviços médicos foram elencados, em especial de descaso no momento do atendimento e pressão da parte de profissionais para que as mulheres admitissem terem induzido o aborto:

**Jurema:** Porque aí você tem dores horríveis, começa a perder sangue... Aí eu fui pro Hospital da Ceilândia. E aí assim, os médicos vêm e te deixam ali. Você fica ali até... Eu pensei que eu fosse morrer.

**Jullyane:** E como é que foi lá, como as pessoas te receberam no hospital?

**Jurema:** Indiferentes. E aí ela veio e falou comigo, perguntou o que eu tinha feito. Eu falei que nada. Aí ela falou: “Que você fez, fez. Quem fez?”. Assim, fica com esse tipo de conversa, sabe? [...] Logo me levaram pro centro cirúrgico, fizeram a curetagem. Aí ela disse: “Dessa você escapou”. Como quem diz né: “Não inventa isso de novo”.

As pesquisas sobre complicações do aborto e assistência hospitalar observam que o espaço para atendimento é mínimo nas maternidades, havendo pouca privacidade. Além disso, a espera para a realização da curetagem é longa e não são fornecidas

explicações sobre os procedimentos e os cuidados necessários, inclusive indicações sobre contracepção posterior. Da mesma forma, as unidades de saúde são tidas como espaços destinados exclusivamente a parturientes (MENEZES; AQUINO, 2009). As entrevistadas narram diversos casos de desrespeito institucionalizado. Muitas delas afirmaram terem sentido que estavam sendo punidas tanto verbalmente quanto fisicamente pelos profissionais de saúde por terem induzido o aborto:

**Judite:** Aí eu fui pra uma maternidade e lá eles falaram que a prioridade era pras mulheres que estavam parindo, que não tinha nenhuma vaga. Não tinha esse tipo de atendimento, era pra quem chegava lá pra parir [...] Então eu fui atendida nesse hospital público estadual e tinha um médico, um senhor, com um aluno, um estagiário ou residente, não me lembro. Eu sei que ele descrevia pro aluno, ele falou que eu estava infeccionada, que ele não sabia por que eu não tinha dado febre, mas ele comentava com o aluno: “Ela está podre”.

**Patricia:** Teve um momento, principalmente o momento da curetagem, que eu senti que rolou um castigo assim, sabe? Rolou uma penalização. Apesar de ser tudo no corpo, nada verbal [...] Nossa, o momento de curetagem foi muito ruim. Foi tipo mais forte que todas as outras dores que eu já senti. E aí eu achei meio violento assim. Os médicos me deram um remédio, pra eu ficar meio dopada, e aí você fica meio que viajando, sabe? Eu não sei se aquilo intensificou ou não as sensações que eu tinha no corpo. E aí me falaram que tem uma diferença entre o remédio que dão no hospital particular e no hospital público.

**Bárbara:** Eu fiz o exame de transvaginal uns dias depois. E aí assim, é tudo muito constrangedor porque você não quer ter o filho e aí você chega lá pra fazer o exame e a mulher: “Você tem pré-natal? Como você não tem o pré-natal? Já tem tantas semanas e você não foi no médico, não fez o pré-natal?” [...] Aí no sábado eu cheguei lá e já encontrei um outro médico, que foi super grosso. Perguntou: “Ah, qual o seu tipo sanguíneo?” E eu falei: “Não sei”. E aí ele: “Você não fez o pré-natal?” De novo a história do pré-natal, né. Aí eu: “Não, não fiz o pré-natal”. Aí ele: “Ah, que absurdo! Como é que você não sabe o seu tipo sanguíneo? Como é que uma mãe não faz o pré-natal? Tá vendo, é por isso que tem muito gasto na saúde, por causa dessas coisas desnecessárias...” Me tratou muito mal.

Foram relatados ainda casos de falta de sensibilidade dos profissionais médicos com relação à situação de abortamento pela qual essas mulheres estavam passando, de extrema delicadeza emocional. A visão dos restos do procedimento parece ainda atormentar essas mulheres, como uma lembrança ainda mais dolorosa de todo o processo<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> É interessante neste ponto a dificuldade das mulheres para nomear o produto do aborto. Aparecem expressões como “coágulo”, “bebê”, “feto”, “placenta”, “sangue”, “coisa”. Tal dificuldade de nomeação ou referência pode ser resultado também de como é tratada a temática em nossa sociedade, com a discussão pública que constrói a formação do embrião e o “início da vida” como um problema religioso, científico e político, aliada às tecnologias de imagem que contribuem para a visão do feto como pessoa. Trata-se ainda da primeira vez que muitas das mulheres que optam pelo abortamento têm uma visualização do embrião, como uma prova da materialização da gestação. Sobre a construção imagética do feto ver Petchesky (1987).

A imagem do produto do abortamento sendo jogado na lixeira ou limpado com um papel acompanha as suas lembranças como um momento de dor e violência:

**Patrícia:** O médico enfiou a mão e doeu muito, e aí ele ficou pressionando, tipo como se fosse um exame ginecológico mesmo. E aí ele: “Nossa, o seu colo do útero é muito profundo”... Tipo enfiando assim a mão. E quando ele tirou a mão caiu tipo muita coisa assim. Eu tenho a impressão de que foi nesse momento que, de fato, o negócio caiu. Que eu lembro quando caiu, caiu um coágulo de sangue, um negócio desse tamanho. E aí não sei, acho que o coágulo e talvez a coisa do bebê, um feto. Não bebê, um fetozinho estava lá dentro. E aí eu até perguntei: “Ah, o que é isso?” Aí ele: “Não, não é nada não”. E aí na hora ele pegou um papel e limpou assim rapidinho. E aí isso pra mim foi muito chocante.

**Carolina:** O Cytotec me deu uma hemorragia muito grande, mas eu não abortava né, não saía de jeito nenhum. E aí a hemorragia começou a ficar com um mau cheiro. E aí a gente foi pra essa clínica [...] Eu lembro que na hora eu ainda olhei assim, quando ele pegou as coisas, tirou lá de dentro né, fez uma limpeza lá dentro. Aí veio com tudo assim na mão e pegou e jogou assim na lata do lixo, que estava assim do lado. Aí eu fiquei olhando aquilo sabe, aquilo ali foi... Uma facada no meu coração.

#### **4.3.2. Sensações e emoções após o aborto.**

Em pesquisa realizada com alunas e funcionárias de uma universidade paulista, Costa et. al. (1995) constataram que quase metade das mulheres que assumiram terem feito um ou mais abortos afirmaram que se sentiram mal física e/ou emocionalmente após o processo. As que referiram terem se sentido bem física e/ou emocionalmente foram 27,9%. Do total de mulheres, 14,7% deram respostas que expressam tanto sentimentos positivos quanto negativos em relação a ter abortado e 6,1% fizeram dissociação entre as sensações físicas e as emocionais (COSTA et al, 1995). A pesquisa conclui que o aborto é uma experiência em geral traumática para as mulheres, trazendo consequências físicas e emocionais negativas relacionadas principalmente à pressão social contrária à sua realização.

No presente trabalho, quando questionadas sobre as emoções que se manifestaram após o momento do aborto, as entrevistadas relatam sensações diversas e, muitas vezes, contraditórias. Foi possível perceber que a experiência do abortamento é muito singular e que as emoções que acarreta em cada uma das mulheres têm relação com as suas próprias histórias, experiências de vida e, principalmente, com o contexto em que foi realizado o procedimento. As suas percepções modificam-se segundo as condições materiais e emocionais em que fizeram o aborto, as etapas de vida em que se encontravam,

o apoio de terceiros ou a falta desse apoio no momento do procedimento, entre outras questões. É importante considerar ainda que as sensações relatadas têm ligação com a percepção e avaliação feita hoje pelas entrevistadas sobre a experiência passada. Os sentimentos mais citados no momento pós-abortamento foram de alívio, tristeza, culpa e vazio. Inúmeras vezes emoções contraditórias aparecem em um mesmo depoimento:

**Bárbara:** Pra mim foi alívio, muito alívio. Fiquei muito aliviada.

**Ângela:** Eu senti muito alívio, mas ao mesmo tempo senti muita culpa. Eu acho que eu senti uma... Foi um alívio, mas me senti meio vazia também, assim. Não sei...

**Jurema:** Não é bem arrependimento não. É uma coisa que você não sabe explicar. Aquele vazio, aquela solidão, sabe? Aquela... É um misto assim de sentimentos, de raiva, de mágoa...

O relato de Glória, que fez dois abortos em momentos bem distintos da sua trajetória reprodutiva, mostra que a experiência do abortamento é singular, invocando sentimentos diversos segundo o contexto em que é realizada. A entrevistada fez seu primeiro aborto ainda jovem, aos 21 anos, anteriormente à experiência da maternidade. Glória afirma que sofreu muito com a sua decisão, em especial, segundo ela, em decorrência de sua formação cristã e crença católica, ainda muito presente durante a sua juventude:

**Jullyane:** Isso pesou em algum momento, essa questão da religião?

**Glória:** Pesou, pesou bastante. Talvez por isso, depois do aborto, eu tenha sentido uma neurose muito grande, né. Passava por escolas e me sentia mal, de ouvir gritos de criança e tal. Então deixou assim, danos... Eu levei uns seis meses pra voltar a acompanhar aula normal.

Já em seu segundo aborto, feito aos 45 anos, ocasião em que já era mãe de dois filhos, a sensação foi de alívio. Glória atribui essa tranquilidade à consciência de estar se livrando de uma gestação proveniente de uma relação violenta e ainda à própria maturidade de vida:

**Glória:** Na primeira vez [senti] um alheamento né. Um sentimento de alienação que aos poucos foi se aprofundando e se tornando uma depressão. E da segunda não, da segunda eu senti alívio... Eu estava muito emocionada. O médico falou comigo e eu chorei bastante quando ele disse que eu não poderia mais ter filhos. Eu chorei bastante, mas... Eu estava muito aliviada dele dizer isso na frente do cara, sabe? Muito aliviada. [...] Foi bem mais sossegado quando eu tinha 45. A maturidade ajuda. E assim, o diagnóstico saiu como um diagnóstico médico mesmo, né. De um aborto natural. As coisas que eu planejei deram certo. E depois eu me senti aliviada, não nervosa, com culpa, nada.

### 4.3.3. Pós-aborto, mudanças na contracepção e na forma de se relacionar.

As entrevistadas relataram, em geral, alguma mudança na maneira como passaram a utilizar os métodos contraceptivos após a experiência da interrupção da gestação. Entretanto, algumas delas afirmam que só começaram a se proteger de maneira mais efetiva após o segundo ou, em um dos casos relatados, o terceiro aborto. Foi possível perceber também que determinados hábitos contraceptivos não foram modificados mesmo depois do trauma. Algumas entrevistadas passaram a tomar contraceptivo oral logo após o procedimento, mas posteriormente, tendo em vista os efeitos colaterais, voltaram a usar somente a camisinha, um método, como enfatizado anteriormente, que carece de regularidade e segurança tendo em vista as dificuldades de negociação com os parceiros sexuais. Entretanto, em geral, algumas mudanças no comportamento sexual foram relatadas, como uma maior exigência na utilização do preservativo pelo parceiro:

**Conceição:** Me amadureceu, né. Então, por exemplo, depois disso, toda vez que eu transava eu tinha consciência que não podia estar brincando. Não podia correr mais esse risco. Não me coloquei mais em risco.

**Judite:** Mudou que eu passei a me cuidar mais e não aceitar proposta de parceiros. Depois disso eu ainda transei uma vez sem camisinha e fiquei me sentindo culpada. Mas isso fez com que eu adquirisse uma consciência e um domínio maior sobre o meu corpo.

**Bárbara:** Mudou porque eu fico mais neurótica hoje, porque eu não quero mais passar por isso, que é muito tenso. Então... Aí eu fiquei um pouco neurótica, fiquei tomando pílula né. Mesmo assim ficava com medo.

Relatos de algumas disfunções sexuais e traumas foram também recorrentes. Foi citado por uma entrevistada o medo de ser tocada e de sentir dor durante a primeira relação sexual após o aborto. Entretanto, determinadas mulheres, de faixa etária já mais avançada, observam uma mudança inclusive na maneira com que passaram a se relacionar com parceiros durante a sua trajetória de vida, associando o processo do aborto a um trauma emocional e afetivo de consequências ainda mais sérias em longo prazo. Observa-se que as memórias do aborto realizado atualizam também as lembranças dos relacionamentos que resultaram nas gestações interrompidas, com mágoas e traumas que se estendem a toda a área afetiva:

**Patrícia:** Eu nem encosto no negócio sem camisinha mais [...] Foi muito difícil assim, a primeira vez de transar de novo. E o medo, muito medo de sentir dor, sabe? E eu fiquei muito travada assim.

**Carolina:** O que eu percebi, a lembrança que eu tenho dessa época é que eu mudei muito com relação aos homens, né. A ter relacionamentos. Eu fiquei muito tempo sozinha, e eu percebo que, ao longo da minha vida, eu fiquei longos períodos mesmo, sozinha. Nem queria saber... Assim, deu uma travada.

**Jurema:** Eu tenho um problema muito sério com relacionamento, com... Eu acho que desde então eu venho tendo, há muito tempo, uma dificuldade de me relacionar, de ter sonhos. Eu acho que eu até tentei, mas eu não... Não consigo. Hoje eu estou há 12 anos sem sexo.

#### 4.3.4. Sobre a experiência revivida e o hoje.

Com relação às memórias do aborto e o que elas evocam hoje em dia nas vidas dessas mulheres, novamente foi possível observar uma grande gama de situações e formas de encarar o processo. As particularidades das experiências apontam para as inúmeras possibilidades de vivências diferenciadas no momento do aborto, as quais vão ter forte influência no momento de narrar e reviver a experiência. Nos casos em que o aborto foi realizado em condições materiais e emocionais mais estáveis, as entrevistadas parecem lidar com mais tranquilidade sobre o assunto. Já nas situações que envolvem condições mais precárias, complicações pós-aborto e, principalmente, naqueles casos em que as mulheres gostariam de ter mantido a gestação, sofrendo influências externas, seja de outras pessoas, seja de uma conjuntura em que se viram sem opções, as memórias do aborto tornam-se um trauma irremediável. Para algumas mulheres reviver essa experiência é muito doloroso, já outras afirmam que essas lembranças não fazem mais parte de suas vidas e rotinas. A maior parte das entrevistadas, entretanto, tem consciência de que a realidade de outras mulheres que passam pelo procedimento de aborto poderia ser menos traumática:

**Bárbara:** Não, eu penso um pouco assim né, mas assim eu penso mais que foi muito difícil pra mim. Então penso muito em outras pessoas que passam por isso, né. Fico pensando, por que outras pessoas precisam passar por isso? Poderia ser bem mais fácil, bem mais tranquilo [...] Mas a minha coisa pessoal mesmo passou, eu não penso muito, sabe?

**Patrícia:** Todo dia eu chorava assim, por um bom tempo, em relação à experiência toda. Me vinha muito a memória da dor que eu senti, me vinha memórias de fatos assim, lembranças de fatos. É... Uma tristeza, arrependimento bateu uma vez, de eu sonhar... Sonhava com menino, sonhava com bebê. Várias coisas assim [...] Então, eu penso bastante, mas cada vez menos.

**Glória:** Olha, pra mim passou, eu não revivo mais, né. Não revivo mais essa situação difícil.

**Ângela:** Não, eu me sinto bem, assim. Eu acho que foi a melhor coisa a ter sido feita mesmo, não me arrependo da minha decisão.

Nos relatos, as mulheres também associam a questão da culpa ao arrependimento. Algumas dizem não pensar mais na situação e não apresentam qualquer sentimento de culpa, tendo em vista o contexto de dificuldade em que se encontravam quando engravidaram. Esses depoimentos mostram uma memória mais pragmática e uma visão prática da situação:

**Jullyane:** E hoje em dia você ainda pensa nessa experiência do aborto?

**Conceição:** Não, isso não faz mais parte do meu cotidiano [...] Não me arrependo porque aí também tá ligado com isso né, um filho tem pai e mãe. E aí como os pais, esses caras... Eu conheço a vida deles, não me interessa. E também, pela experiência que eu tive com os meus filhos, com os filhos que eu pari, eu já sei que não é uma maravilha. Não existe essa de padecer no paraíso.

Já outras mulheres afirmam que se sentem arrependidas, seja por acreditarem que fizeram algo moralmente condenável, por suporem que tiraram uma vida ou ainda por acharem que suas vidas hoje seriam melhores se tivessem levado a gestação adiante. Os relatos de crença em uma vida melhor aparecem sempre ligados à noção de um filho que não veio. A sensação de que está faltando um membro na família. Essa imagem aparece em especial para as mulheres que já tiveram filhos e encerraram suas vidas reprodutivas, por opção ou por estarem em idade mais avançada. Alguns depoimentos mostram a confusão e dúvida que evocam as memórias do processo do aborto para essas mulheres. Ainda que tenham consciência dos motivos que as levaram a interromper a gestação e das possíveis consequências que levar a gravidez adiante poderia acarretar em suas trajetórias, elas demonstram um profundo sofrimento, uma culpa e uma noção de que poderiam ter feito algo diferente. Desaconselham também que outras mulheres recorram ao aborto, ainda que tenha sido a sua escolha em um determinado momento de suas vidas:

**Alice:** Eu sempre fico tentando pesar, mas será que eu ia querer ter alguma ligação com esse cara? Não, de forma alguma. Eu realmente queria ele fora da minha vida. [...] Mas assim, eu acho que eu fiz uma escolha ruim. Hoje eu estou fazendo terapia.

**Jurema:** Foi inesquecivelmente triste. Fora o lance da consciência né, que não tem jeito [...] Hoje em dia eu olho assim né, eles já estariam grandes, já estariam

aí criados [...] Mas não me arrependo de ter feito. Não me arrependo porque eu teria complicado muito a minha vida e teria sido mais difícil do que foi. Mas também não sei né, a gente não sabe das coisas. Talvez eu devesse ter sido mais corajosa né, mas na época eu não era. Se fosse hoje, com certeza, eu não teria feito e nas condições de hoje eu não aconselho as mulheres a fazerem.

**Luce:** Foi a pior coisa que eu já fiz na minha vida... Porque ficou sequela. Tipo assim, você pensa no seu filho (chorando).

**Jullyane:** Mais emocional mesmo né, do que física.

**Luce:** Mais emocional... Foi normal, como se eu estivesse menstruada normalmente, entendeu? Só que com a diferença que tinha uma vida aqui dentro. Foi difícil pra mim depois. Nossa... (emocionada). É uma coisa assim, que eu não aconselho pra nenhum ser humano fazer. Porque é fácil você tirar a vida de alguém quando ela é indefesa, né. Já pensou se fosse eu? Que tivesse no lugar dele? [...] Pra mim é uma coisa assim, que você leva pra sempre. Por mais que você tenha filhos, por mais que você tenha uma outra vida, por mais que passe o tempo você nunca se esquece. Porque você vai levar pra sempre essa experiência negativa na sua vida. Eu creio que é uma experiência negativa porque você tirou duas vidas ali. Eu, no meu caso, tirei duas vidas. Poderia estar grande hoje aí.

Em pesquisa que avaliou o significado do abortamento para mulheres que realizaram o procedimento (PEDROSA; GARCIA, 2000) constatou-se que, na apreciação da própria conduta, as mulheres empregaram expressões que exprimiam tanto seus valores morais acerca do abortamento induzido: “uma coisa errada; não é certo; criminosa; a gente mata; é uma vida que estava aqui; é pecado; é um crime; não pode fazer; não deve fazer”, quanto também à natureza compartilhada do significado atribuído a essa conduta: “sei desde pequenininha; meus pais sempre me falaram; eu cresci assim” (PEDROSA; GARCIA, 2000).

Pude observar também algumas dessas relações nas entrevistas realizadas. Neste ponto, o julgamento que fazem da experiência vivida do aborto e o que esse evento acarreta de culpa e sofrimento também está sendo fortemente influenciado pelos valores morais culturalmente instituídos e presentes nas intersubjetividades de mulheres que compartilham valores de uma sociedade que condena e criminaliza uma conduta que é recorrente em suas vidas reprodutivas, sendo fonte de culpa, insegurança e arrependimento, um sofrimento psíquico e emocional que muitas delas vão carregar durante toda a sua vida.

#### **4.3.5. Reflexão e mudanças na percepção sobre o aborto: a consciência a partir da experiência.**

A própria experiência por que passaram parece permitir algumas mudanças na percepção sobre a temática do abortamento para essas mulheres. As entrevistadas revelam

que, após pensarem sobre as suas experiências pessoais, passaram a refletir mais a fundo sobre a questão, seja politicamente, eticamente ou ainda em suas relações interpessoais. Algumas das informantes, em especial aquelas que já tinham ou passaram a ter algum contato com o feminismo, afirmam que sentir na pele a situação do aborto foi importante no sentido de adquirirem uma consciência política mais consistente e fornecer sentido à experiência negativa pela qual passaram. BACH (2010) considera que a autoconsciência feminista tem relação com a experiência “presente”, uma consciência ativa e plena. A experiência no feminismo teria por fim chegar a uma autoconsciência que leve à ação política. Tal ponto de vista foi observado em especial nas falas de Judite e Ângela:

**Ângela:** Mudou no sentido de eu querer, e achar muito importante falar sobre isso, sempre, assim. Militar talvez de alguma forma sobre isso [...] Não sei, me dá muita raiva o fato de não ser legalizado. Isso me afeta de uma forma muito mais visceral assim, sabe?

**Judite:** Porque eu ouvia a discussão sobre o aborto, tinha uma professora que era feminista, e ainda é, mas eu ficava assim... Eu não entendia muito bem esse discurso, “meu corpo me pertence”, autonomia do corpo. Eu não entendia. Só depois que eu vivenciei isso, e depois que eu passei a me inserir no movimento de mulheres, no movimento feminista, foi que eu passei a adquirir uma consciência a partir daquela experiência, negativa, né.

Entretanto, o que a experiência do aborto trouxe para essas mulheres em termos de consciência também é muito diversificado. Algumas delas passaram a se apegar de maneira mais forte à religião após o abortamento, tendo hoje uma visão sobre a questão que se fundamenta principalmente na moral religiosa. Luce e Luíza passaram a apresentar uma opinião fortemente contrária à prática do aborto, pautada nos princípios da sua religião protestante. Ambas alegam que, anteriormente ao abortamento, não pensavam moral ou eticamente sobre a questão, adquirindo opinião contrária ao aborto após seu contato com a igreja evangélica. As duas afirmam em seus relatos que acreditam terem “matado uma vida”. A culpa e o arrependimento passaram a assombrá-las desde então:

**Luce:** Aí depois de muito tempo eu comecei a ir pra igreja... Aí eu vi o tanto que era grave.

**Jullyane:** Então foi mais depois desse seu contato com a religião que você começou a repensar isso?

**Luce:** É. Exatamente. Só depois que... Eu queria tanto o segundo e não pude ter. A partir daí eu comecei a pensar no que eu fiz. Depois que eu comecei a ir pra igreja aí eu vi que a coisa era bem mais complicada. Aí eu me arrependi demais, nossa...

O que pude perceber que ficou dessa experiência para a maior parte das entrevistadas, entretanto, foi uma sensação de solidariedade para com as outras mulheres que passaram e passam pela situação do aborto clandestino:

**Alice:** Eu acho que depois dessa experiência eu comecei a pensar mais sobre isso né, sobre as mulheres que passam por essa experiência. E eu sou totalmente a favor, eu sou totalmente a favor da escolha.

**Patrícia:** Eu tive um ponto de vista assim, né de como a coisa acontece. E é isso, é você sentir que você é mais um dado, que você é mais uma estatística [...] E muita solidariedade também com as mulheres que passam por isso.

**Glória:** Eu penso na posição de mulheres, principalmente mulheres de classes inferiores né, que têm que fazer com os métodos mais absurdos, como enfiar objetos dentro da vagina né, às vezes sem nenhum tratamento ao objeto e... São mulheres muito pobres que fazem sozinhas né. Então, eu penso desse lado hoje assim, que horror pra elas.

As entrevistadas, portanto, parecem saber que a prática é amplamente disseminada em nosso país. Pude notar que a sua experiência pessoal, tão encarnada e visceral, parece aproximá-las de outras muitas mulheres, ainda que diferentes e singulares. Elas aparentam ter consciência, entretanto, de que a experiência do abortamento pela qual passaram é apenas uma dentre tantas outras, uma vivência específica que poderia ter acontecido também de muitas outras maneiras, um “ponto de vista” do aborto clandestino, ilegal e inseguro, ao qual tiveram de se submeter e ao qual, infelizmente, muitas ainda terão de recorrer.

## **Capítulo 5.**

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As 11 mulheres que se dispuseram a narrar as suas experiências de descoberta das relações sexuais e afetivas, as descreveram como momentos de dúvida e desinformação. A esfera familiar aparece como um espaço de ausência de diálogo e abertura, enquanto o evento da iniciação sexual foi descrito por muitas como o momento de se livrar da pressão social da virgindade, imposta no círculo de amigas. A trajetória reprodutiva das mulheres entrevistadas é marcada pela descontinuidade e pela falta de adaptação aos métodos contraceptivos disponíveis. As condições sociais e econômicas em que vivem também têm influência em um contexto de desinformação e falta de acesso aos métodos, histórico importante no que se refere às gestações indesejadas. Observa-se que as mulheres de menor poder aquisitivo alegaram falta de informação e de acesso a métodos efetivos de controle da gravidez, além da necessidade de recorrer a métodos irreversíveis de contracepção. As mulheres enfrentam ainda inúmeros constrangimentos para o cumprimento das normas reprodutivas, provenientes, em grande medida, dos desníveis de poder e dos padrões de gênero vigentes. Ainda que as decisões reprodutivas possam ser compartilhadas entre os parceiros, a responsabilidade pela contracepção nas relações heterossexuais parece ser ainda um encargo quase que exclusivo das mulheres.

O evento do aborto tem relação, em especial, com a frustração de determinados planos e projeções, sejam elas econômicas, afetivas, emocionais, profissionais ou outras. Ainda que a realização da maternidade não seja posta em questão para muitas das mulheres, estas conscientemente estabelecem regras e formulam projetos específicos. Tais projetos são ainda constantemente reafirmados ou reatualizados conforme os seus momentos de vida. Diversas variáveis devem ser levadas em consideração quando analisamos o que separa uma gestação levada a termo daquela que é interrompida. Os relatos mostram que, no processo de “aceitação” da gestação, há vários aspectos a serem considerados, em especial relacionados aos planos de vida, ao apoio do parceiro, pais, demais familiares e ainda ao status de seus relacionamentos afetivos. Observa-se que a inserção em relacionamentos instáveis também teve um peso significativo na tomada de decisão destas mulheres.

Quando da descoberta da gestação que resultou em aborto, as mulheres entrevistadas descreveram, em sua maioria, emoções negativas, como desespero, medo e solidão. A gestação, em geral, foi escondida das/os familiares, tendo sido revelada a amigas/os mais próximas/os e/ou aos parceiros. Algumas optaram ainda por não compartilhar suas gestações com os homens que as engravidaram, principalmente pela inexistência de um vínculo afetivo ou pelo medo da rejeição. Inúmeras relações de poder e conflito se articulam na decisão pelo abortamento, as quais envolvem em especial a influência de parceiros e familiares. Pude perceber que a tomada de decisão, na maior parte dos casos, envolve um grande conflito, motivado pelo medo das consequências do procedimento em sua saúde, pela projeção de uma maternidade idealizada ou mesmo pela possibilidade de aceitação da gestação pelo parceiro.

A materialidade da gestação nos corpos das mulheres e a responsabilização quase que exclusiva pelos cuidados com os filhos possibilita um cenário de exclusão dos homens do processo reprodutivo. A recusa da gestação pelos parceiros, tanto pela evasão, como pela pressão que alguns exercem para que as mulheres abortem, podem ser indícios da falta de autonomia feminina nas decisões reprodutivas. Entretanto, observa-se que, nas decisões dessas mulheres, foram pesados fatores como o contexto de falta de apoio do parceiro e demais familiares, além de suas perspectivas e planos de vida. Portanto, se trata de um processo complexo, em que as mulheres consideram seu contexto material e emocional, as suas expectativas com relação ao relacionamento e os seus planos e perspectivas futuros.

Pude observar ainda algumas tentativas de intensificar a participação dos parceiros no momento do aborto, com o intuito de compartilhar as responsabilidades reprodutivas. Entretanto, ainda que estes estivessem presentes no momento do aborto e da curetagem, os relatos das mulheres sugerem uma experiência vivida e corporificada impossível de ser inteiramente compartilhada, tanto no que se refere aos processos fisiológicos da dor e do sangue quanto da violência do procedimento em seus corpos e subjetividades.

Sobre as justificativas para o aborto, as entrevistadas alegaram, em especial, falta de apoio, tanto material quanto emocional, por parte da família e do parceiro, falta de condições financeiras, medo de perder o emprego, interrupção de planos pessoais, incompatíveis com a maternidade no contexto em que engravidaram e relações instáveis,

sem perspectiva de futuro com o parceiro. Outro motivo fornecido pelas entrevistadas para a decisão pelo aborto foi a violência perpetrada pelos companheiros. Entendo que a decisão de interromper a gestação, tomada neste contexto, decorre da rejeição em assumir esse vínculo. Antes de afirmarem-se vítimas passivas de uma situação de violência, assumo, pelos relatos que a mim foram confiados, que tais mulheres incorrem em um ato de resistência e recusa em assumir um filho proveniente de um relacionamento violento.

Mesmo para as entrevistadas que se declararam religiosas, as suas crenças não apareceram como um impeditivo moral para a prática do aborto. Entretanto, a decisão pela interrupção da gestação suscita um dilema entre a convicção de que o abortamento se trata de uma conduta moralmente condenável e a certeza de que as circunstâncias de vida em que se encontravam no momento em que engravidaram não lhes permitiria levar a gestação adiante. As entrevistadas, a fim de solucionar tal conflito e realizar a interrupção, apoiam suas decisões e justificativas em especial na falta de condições materiais ideais e/ou na incapacidade de enfrentar as consequências psicossociais da maternidade em um contexto de abandono.

Pude observar nos depoimentos que a legislação proibitiva também não foi um fator impeditivo para que essas mulheres realizassem o procedimento, uma vez que há meios e locais possíveis de se realizar o aborto clandestino que contam com a indiferença do controle estatal. Ainda que citassem o medo de serem incriminadas em algum momento, a determinação de interromper a gestação em um contexto em que se viram sem saída foi maior do que o receio de terem de lidar com o aparato policial e judicial. A ilegalidade dificulta, mas não impede o acesso ao Cytotec ou às clínicas clandestinas. A clandestinidade do ato não aparece, portanto, como um impeditivo para a prática do aborto, consistindo em uma grande fonte de insegurança e em um fator de risco para a integridade física dessas mulheres.

O método mais utilizado pelas entrevistadas para a interrupção foi a indução com o remédio misoprostol, conhecido popularmente por Cytotec. As clínicas clandestinas e o método da sonda também são opções bastante utilizadas, em especial por aquelas mulheres de idade mais avançada. Pude observar a tendência de substituição dos demais artifícios pela ingestão do Misoprostol, citado pelas entrevistadas como um método mais conhecido, mais seguro ou ainda mais acessível para a interrupção. As condições econômicas em que as informantes se encontravam no momento do procedimento também

foram cruciais para a escolha do meio. Aquelas que apresentavam melhores condições no momento do aborto optaram, em sua maioria, pelas clínicas clandestinas e, em alguns casos, pelo remédio. Também os procedimentos realizados em clínicas evidenciam as disparidades de classe e de raça no momento do aborto. Os relatos vão desde hospitais e clínicas bem equipados, higiênicos e seguros, até as clínicas precárias e as aplicações de sondas sem qualquer estrutura ou cuidado. Os depoimentos das entrevistadas que utilizaram a sonda mostram como a precariedade da situação do aborto clandestino atinge em especial as mulheres de baixa renda. Estas descrevem localidades inseguras e condições de higiene precárias em um contexto de desinformação e de condição econômica desfavorável.

A violência institucional quando da procura por cuidados médicos pós-abortamento também faz parte das histórias dessas mulheres. Inúmeros relatos de situações de violência foram elencados, em especial de descaso no momento do atendimento e pressão da parte de profissionais para que as mulheres admitissem terem induzido o aborto. Objetificação e alienação dos processos limitam o controle dessas mulheres sobre os seus corpos e suas experiências.

As particularidades dos casos apontam para inúmeras possibilidades de vivências diferenciadas do aborto, as quais vão ter forte influência no momento de narrar a experiência vivida. Foi possível concluir pelos relatos das entrevistadas que a experiência do abortamento é muito singular e que as emoções que suscita têm relação com o contexto em que foi realizado o procedimento e com o momento de vida de cada uma. As percepções das entrevistadas sobre a experiência por que passaram modificam-se segundo as condições materiais e emocionais em que fizeram o aborto, as etapas de vida em que se encontravam e o apoio de terceiros ou a falta desse apoio no momento do procedimento.

Nos casos em que o aborto foi realizado em condições materiais e emocionais mais estáveis, as entrevistadas demonstram menor trauma e maior tranquilidade emocional e psíquica. Já para aquelas que realizaram o aborto em condições mais precárias, sofrendo de complicações em sua saúde e, principalmente, naqueles casos em que as mulheres abortaram por influência externa ou em que a conjuntura não possibilitou levar a gestação adiante, ainda que tivessem o desejo de manter-se grávidas, as memórias da experiência tornaram-se um trauma irremediável.

A própria experiência do aborto parece permitir ainda algumas mudanças na percepção sobre a temática. As entrevistadas revelam que, após o evento, passaram a refletir mais a fundo sobre a questão, seja politicamente, eticamente ou ainda em suas relações interpessoais. Algumas delas se apegaram de maneira mais forte à religião, analisando a situação principalmente com base na moral religiosa. O julgamento que fazem da experiência vivida é também influenciado pelos valores morais instituídos culturalmente, estando fortemente incrustados nas intersubjetividades dessas mulheres, tendo em vista que continuam compartilhando os valores de uma sociedade que condena uma conduta a qual é recorrente em suas vidas reprodutivas, transformando-as em criminosas aos olhos do Estado e de toda a moralidade vigente. Tal situação parece ser a principal fonte de sofrimento, culpa, insegurança e arrependimento para essas mulheres.

Nas falas das entrevistadas, pude observar, entretanto, toda a solidariedade e empatia para com as demais mulheres que passaram e passam todos os dias pelo aborto clandestino. A experiência do aborto as solidariza e aproxima ao mesmo tempo em que as afasta em suas especificidades de raça, geração e classe. As afasta no momento em que a clandestinidade do procedimento empurra determinadas mulheres, já em situação de vulnerabilidade, para uma marginalidade ainda maior. Pude notar que as mulheres negras, que residem nas periferias e/ou com situação socioeconômica de vulnerabilidade apresentam um histórico de iniciação sexual e reprodutiva marcado por desconhecimento e falta de acesso a métodos contraceptivos, o que as torna mais vulneráveis às gestações indesejadas e ao aborto. Essas mulheres também estão mais expostas aos riscos do procedimento realizado em condições precárias e, portanto, às complicações físicas e psicológicas advindas do abortamento inseguro. Para elas, o trauma do aborto parece adquirir proporções maiores, levando a feridas emocionais e físicas, no corpo e na carne.

Ao mesmo tempo, a experiência as aproxima, por ser compartilhada por todas, ainda que vivenciada de maneiras muito específicas por cada uma delas. O abortamento é também um evento próprio da condição ontológica das mulheres, de uma experiência incorporada exclusiva. Young (2005) sugere uma reflexão mais detida sobre as qualidades existenciais da corporalidade feminina e a sua condição própria de corpos capazes de gerar outros corpos. Ainda que a experiência da gestação e a experiência do abortamento não sejam compartilhadas por todas as mulheres, tendo em vista que nem todas ficarão grávidas em suas vidas, e uma parte ainda menor desejará recorrer ao aborto nessa

situação, é importante pensá-los como eventos que ocorrem exclusivamente em seus corpos e no que isso significa política e socialmente. A possibilidade de gerar outro ser não se trata de uma condição biológica isolada de fatores sociais e históricos. Ela resulta em uma forma específica de estar no mundo, a qual envolve disputas de poder e tentativas de cerceamento das liberdades reprodutivas das mulheres. Como pude observar neste trabalho, se as condições para a realização do aborto são melhores, a experiência envolve menores sequelas e traumas. O abortamento clandestino constitui, como argumentado anteriormente, em uma situação de violência imposta às mulheres, com consequências drásticas à sua saúde física e emocional, além de um ataque aos seus corpos, à sua liberdade e à sua autonomia reprodutiva.

A esses ataques, entretanto, segue-se a resistência daquelas que não desejam se submeter à maternidade compulsoriamente. Foi recorrente nos relatos a menção a uma solidariedade das mulheres que já passaram pela dor de um aborto para com outras que estiveram na mesma situação. São amigas, filhas, mães, vizinhas, colegas, conhecidas ou desconhecidas que compartilham uma experiência, ainda que em segredo. Podemos pensar, portanto, na recusa à maternidade compulsória como uma transgressão a regras e leis patriarcais.

A experiência do aborto clandestino é caracterizada como um momento marcante, de dor e sofrimento físico e emocional, no entanto, a sua realização desafia a própria condição de clandestinidade que envolve a prática. Ao mesmo tempo em que se trata de uma experiência sofrida de alienação e ingerência estatal sobre os corpos, a clandestinidade supõe sigilo e desobediência, resistência. Uma zona secreta que ativa redes de solidariedade, a utilização de saberes (tradicionais ou não) conhecidos pelas mulheres e abre espaço para uma experiência subjetiva de tomada de controle sobre seus corpos e reprodução. O aborto clandestino constrói-se e localiza-se nos interlugares da ambivalência, uma vez que, ao mesmo tempo, ocupa um lugar à margem, institucional e legal, além de um espaço da autonomia e da resistência feminina.

As maneiras pelas quais as mulheres conceitualizam os seus corpos, a sua sexualidade e a sua reprodução estão também intrincadamente ligadas aos seus ambientes

culturais<sup>24</sup>. Elaine Showalter apresenta o modelo de Ardener (1975), um modelo de cultura das mulheres que sugere que estas constituem um grupo silenciado, cujas divisas sobrepõem-se aos grupos masculinos, não sendo, no entanto, totalmente contidas por eles. Esta parte da cultura das mulheres que se encontra fora do círculo dominante, constitui a “zona” ou “território selvagem”.

Concluo que a experiência do aborto clandestino pode ser descrita pela metáfora da “zona selvagem” da cultura das mulheres, tanto espacial quanto experiencialmente. Espacialmente, essa noção supõe uma área física específica de mulheres, um lugar que corresponde aos limites de vivência. Já experiencialmente, supõe uma zona da experiência das mulheres que é estranha aos homens. Entendo a experiência do abortamento em sua situação de clandestinidade como umas das expressões deste território selvagem. Showalter aponta essas ambiguidades presentes na experiência das mulheres e previstas pelo modelo, em que as experiências das mulheres podem ser uma fonte positiva de força e solidariedade, bem como fonte de impotência. Entretanto, o principal ponto é que ele pode gerar as suas próprias experiências e símbolos, que não são apenas definidas em referência às experiências masculinas (SHOWALTER, 1994: 53).

Há inúmeras maneiras pelas quais as mulheres podem retomar o controle de suas vidas reprodutivas e reafirmar seus desejos e vontades. Tanto nas omissões, nos segredos, na clandestinidade, quanto na produção de outro relato, de outra história, estão os caminhos da resistência e desobediência. A transformação do silêncio em linguagem em ação (LORDE, 1984), foi isso o que busquei alcançar com este trabalho, inspirada por outras que lutam e resistem. Acredito que as mulheres, que têm as suas experiências corporais cerceadas constantemente por parte dos poderes instituídos, podem também trazer subsídios, por meio de suas experiências, para lutar contra essas determinações e para confrontar a história contada pelas autoridades médicas e estatais com a produção de outra história e de outro conhecimento, baseado em seus próprios relatos e em suas próprias experiências de vivência.

---

<sup>24</sup>A noção de cultura da mulher, como proposto por Showalter (1994: 44), incorpora ideias a respeito do corpo, da linguagem e das experiências das mulheres, mas as considera em relação aos contextos sociais em que elas ocorrem. Ela supõe uma experiência coletiva das mulheres dentro do todo cultural, uma experiência que as liga no tempo e no espaço. Ela redefine as atividades e objetivos das mulheres de um ponto de vista centrado nas próprias mulheres, pressupondo uma comunalidade própria.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Wanda Maria Junqueira; OZELLA, Sergio. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. In: **Psicol. cienc. prof.** Brasília: UnB, vol.26, n.2, p.222-245, jun.2006.

ALMEIDA, Tânia Mara Campos de; PEREIRA, Bruna Cristina Jaquetto. Violência doméstica e familiar contra mulheres pretas e pardas no Brasil: reflexões pela ótica dos estudos feministas latino-americanos. **Crítica e Sociedade: revista de cultura política.** vol.2, n.2,dez.2012.

BACH, Ana María. **Las voces de la experiencia: El viraje de la filosofía feminista.** Buenos Aires: Biblios, 2010.

BAJOS, Nathalie; FERRAND, Michèle; HASSOUN, Danielle . Au risque de l'échec: la contraception au quotidien. In: Bajos N, Ferrand M et l'équipe GINÉ. **De la contraception à l'avortement.** Sociologie des grossesses non prévues. Paris: Editions INSERM; 2002. p.33-78.

BANDEIRA, Lourdes Maria. A contribuição da crítica feminista à ciência. **Rev. Estudos Feministas**, Florianópolis, vol.16, n.1, p.207-230, jan-abr.2008.

BANDEIRA, Lourdes; ALMEIDA, Tânia Mara Campos de. Desafios das políticas e ações em saúde diante da violência contra as mulheres. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 183-212, jan-jun. 2008.

BANDEIRA, Lourdes Maria; ALMEIDA, Tânia Mara Campos. **O corpo feminino e sua instrumentalização político-religiosa:** a campanha presidencial brasileira de 2010 e a campanha francesa de 2012. (prelo).

BANDEIRA, Lourdes Maria; ALMEIDA, Tânia Mara Campos. **Violência de gênero: um campo teórico e de investigação** (no prelo).

BENSUSAN, Hilan. Quem pode fugir dos filhos indesejados? **Rev. Estudos Feministas.** Florianópolis, vol.20, n.1, p. 322-324, jan-abr.2012.

BORDO, Susan. A feminista como o Outro. **Rev. Estudos Feministas.** Florianópolis, vol. 8, n. 1, p.10-29, 2000.

BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 26, jan-jun. 2006, p.11-54.

BRANDÃO, Elaine Reis; HEILBORN, Maria Luiza. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.22, vol.7. p. 1421-1430, jul, 2006.

BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. 9ª. ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Magnitude do Aborto no Brasil**. Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais. Abortamento Previsto em lei em situações de violência sexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005 (a).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 (b).

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. 1ª Impressão. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, Novembro, 2013.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade**. 2 ed, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

CARBY, Hazel. **Reconstructing Womanhood: The Emergence of the Afro-American Woman Novelist**. New York: University Press, 1987.

CFEMEA. **Proposições relacionadas ao tema do aborto que tramitam no Congresso Nacional**. Brasília: Cfemea, 2013. Não publicado.

CHUMPITAZ, Violeta Angélica Cuenca. **Percepções Femininas sobre a Participação do Parceiro nas Decisões Reprodutivas e no Aborto Induzido**. 2003. 140f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003.

CODE, Lorraine. **Rhetorical Spaces. Essays on Gendered Locations.** New York: Routledge. 1995.

COLLINS, Patricia Hill. **Fighting Words: Black Women and the Search for Justice.** Minneapolis: Univ. of Minnesota, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução N° 1.989/2012.** Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1989\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1989_2012.pdf). Acesso em 19 de dezembro de 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução N°258/1997.** Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_11.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_11.htm). Acesso em 19 de dezembro de 2013.

COSTA, Claudia de Lima. O tráfico do gênero. **Cadernos Pagu.** Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero, UNICAMP, vol.11, 1998, p. 127-140.

COSTA, Rosely; HARDY, Ellen; OSIS, Maria José; FAÚNDES, Aníbal. A Decisão de Abortar: Processo e Sentimentos Envolvidos. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, vol.11, n.1, jan-mar, 1995. p. 97-105.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. In: **Revista Estudos Feministas** v. 10, n. 01. Florianópolis: UFSC, 2002, p. 171-188.

CSORDAS, Thomas. Introduction: The Body as Representation and Being-in-the World. In: CSORDAS, Thomas J. **The Existential Ground of Culture and Self.** Cambridge: Cambridge University Press, 1994. p.1-24.

DIGIOVANNI, Rosângela. **Entre mulheres: considerações sobre aborto, religião e projetos de vida.** Apresentação em Fazendo Gênero 8: Corpo, Violência e Poder. Florianópolis. 25-28 ago. de 2008.

DINIZ, Debora; MADEIRO, Alberto. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.17, no.7, p.1795-1804. jul.2012.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, vol. 15, supl.1, p. 959-966. jun. 2010.

DOS SANTOS, Beatriz Carneiro. Aborto, direitos reprodutivos e feminismo na França de Nicolas Sarkozy. **Rev. Bras. de Ciência Política.** Brasília, n.7. p. 133-143. jan-abr. 2012.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Ethos privado e modernidade: o desafio das religiões entre indivíduo, família e congregação. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias, HEILBORN, Maria Luiza, LINS DE BARROS, Myriam, PEIXOTO, Clarice (Orgs.). **Família e religião**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2006. p.113-150.

DUBET, François. **Sociologia da Experiência**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

DWORKIN, Andrea. **Woman-Hating**. New York: Dutton, 1974.

FAUNDES, Jose Manuel Moran; DEFAGO, Maria Angelica Penas. Defensores de la vida? De cual "vida"? Um analisis genealogico de la nocion de "vida" sostenida por la jerarquia catolica contra el aborto. **Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana**. n.15, pp.10-36. dec. 2013.

FLAX, Jane. Pós-modernismo e as relações de gênero na teoria feminista. In: BUARQUE DE HOLLANDA, Heloísa (Org.). **Pós-modernismo e política**. Rio de Janeiro: Rocco, 1991. p. 217-250.

FONSECA, Walter. et al. Características sócio demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.14, n.2 p. 279-286, abr-jun. 1998.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis, Vozes, 1987.

GALLI, Beatriz; et. al. **Autonomia reprodutiva em questão: relatos de mulheres sobre aborto e estigma em Mato Grosso do Sul**. Rio de Janeiro: Ipas Brasil, 2010.

GARFINKEL, Harold. **Estudios em etnometodologia**. Anthropos, Madrid, 2006.

GROSZ, Elizabeth. Corpos reconfigurados. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 14, p. 45-86. 2000.

HARAWAY, Donna, Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, n.5, p.07-42, 1995.

HARDING, Sandra. A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista. **Revista Estudos Feministas**, n. 1, p. 7-31, 1993.

hooks, bell. **Feminist Theory: from margin to center**. Cambridge: South End Press Classics, 2000.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

LATOUR, Bruno. Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. In NUNES, João e ROQUE, Ricardo (orgs.) **Objectos Impuros: Experiências em Estudos sobre a Ciência**. Porto: Edições Afrontamento, 2008. p. 39-61.

LATOUR, Bruno. **Reagregando o social: uma introdução à teoria do Ator-Rede**. Salvador: EDUFBA, 2012.

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. 4.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

LORDE, Audre. The Transformation of Silence into Language and Action. In: **Sister Outsider: Essays and Speeches by Audre Lorde**. Berkeley: Crossing Press, 1984.

LUNA, Naara. A personalização do embrião humano: da transcendência na biologia. **Mana**, vol.13, n.2, p.411-440, out.2007.

MARTIN, Emily. **A mulher no corpo: Uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.22, n.1, p. 2473-2479, nov. 2006.

MENEZES, Greice; AQUINO, Estela. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.25, supl.2, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim 1/2012 - Mortalidade materna no Brasil**. Brasília, MS, 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br> . Acesso em 20 de março de 2013.

MOHANTY, Chandra Talpade. **Feminism without Borders: Decolonizing theory, practicing solidarity**. Durham, Duke University Press. 2004.

MONTEIRO, Mário; ADESSE Leila. **Relatório de Pesquisa Magnitude do Aborto no Brasil: Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais**. Ipas Brasil, IMS-UERJ, 2007.

NICHOLSON, Linda. Interpretando o gênero. **Rev. Estud. Fem**, Florianópolis, vol. 8, n.2. p. 9-43. 2000.

PEDROSA, Ivanilda Lacerda; GARCIA, Telma Ribeiro. “Não vou esquecer nunca!”: a experiência feminina com o abortamento induzido. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 8, n. 6, p. 50-58, dez. 2000.

PETCHESKY, Rosalind Pollack. Fetal Images: The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction. **Feminist Studies**. vol. 13, n. 2, p. 263-292, 1987.

PINTO, Elisabeth Aparecida. Aborto numa perspectiva étnica e de gênero: o olhar masculino. In: ARILHA, Margareth; UNBEHAUM, Sandra; MEDRADO, Benedito (org.) **Homens e Masculinidades: Outras Palavras**. São Paulo: ECOS/Ed. 34, 1998. p.121-128.

PISCITELLI, Adriana. Recriando a (categoria) mulher? In: ALGRANTI, Leila (Org.). **A prática feminista e o conceito de gênero**. Campinas: IFCH-Unicamp, 2002.

PROJETO DE LEI 3/2013. **Câmara dos Deputados**. Disponível em: [http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p\\_cod\\_mate=111416](http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=111416). Acesso em 13 de dezembro de 2013.

PROJETO DE LEI 4403/2004. **Câmara dos Deputados**. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=269436>. Acesso em 13 de dezembro de 2013.

PROJETO DE LEI 478/2007. **Câmara dos Deputados**. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=345103>. Acesso em 13 de dezembro de 2013.

PROJETO DE LEI 50/2011. **Senado Federal**. Disponível em: [http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p\\_cod\\_mate=99165](http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=99165). Acesso em 13 de dezembro de 2013.

RAMIREZ, Martha Celia. A propriedade do corpo. O lugar da diferença nos discursos de homens e mulheres acerca do aborto voluntário. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 15, p. 297-335, 2000.

ROHDEN, Fabíola. **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.

SARDENBERG, Cecília Maria Bacellar. Da crítica feminista da ciência a uma ciência feminista. In: SARDENBERG, Cecília Maria Bacellar. **Feminismo, ciência e tecnologia**. Salvador: Redor. Coleção Bahiana, 2002.

SEDGH, Gilda. et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. **The Lancet**, vol. 379, p.625 – 632. fev, 2012.

SEGATO, Rita Laura. Los Principios de la Violencia, *in* SEGATO, Rita Laura. **Las Estructuras Elementares de la Violencia**. Ensayos sobre género, entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Buenos Aires: Prometeo 3010 y Universidad Nacional de Quilmes, 2003.

SHIVA, Vandana; MIES, Maria. **Ecofeminismo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

SHOWALTER, Elaine. A crítica feminista no território selvagem. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de (org.) **Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro, Rocco, 1994. p. 23-57.

THURLER, Ana Liési. **Em nome da mãe: o não reconhecimento paterno no Brasil**. Florianópolis: Mulheres, 2009.

UNITED NATIONS. **Report of the Fourth World Conference on Women**, Beijing, 4-15 Sept. 1995. New York: United Nations. 1996.

UNITED NATIONS. **Report of the International Conference on Population and Development**. Cairo, 5-13 Sept. 1994, New York: United Nations, 1995.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. Brasília, UNFPA, 2004.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

WILLIAMS, Raymond. **Palabras clave**. Un vocabulario de la cultura y la sociedad. Buenos Aires: Nueva Visión, 2003.

WILSHIRE, Donna. Os usos do mito, da imagem e do corpo da mulher na re-imaginação do conhecimento. In: JAGGAR, Alison; BORDO, Susan (Orgs.). **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. p. 101-125.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Safe abortion: technical and policy guidance for health systems**. Geneva: World Health Organization, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The prevention and management of unsafe abortion:** Report of a technical working group. Geneva: World Health Organization, 1992.

YOUNG, Iris Marion. **On female body experience:** Throwing like a girl and other essays. New York: Oxford University Press, 2005.

**ANEXO:**  
**Roteiro para entrevistas.**

**Identificação:**

- Idade: \_\_\_\_\_
- Cor ou raça: \_\_\_\_\_
- Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_
- Situação conjugal: \_\_\_\_\_
- Com quem mora? \_\_\_\_\_
- Onde mora? \_\_\_\_\_
- Onde nasceu? \_\_\_\_\_
- Trabalha fora de casa ou estuda? Qual é a sua ocupação? \_\_\_\_\_
- Tem casa própria? \_\_\_\_\_
- Vive às próprias custas, sem depender da renda de outra pessoa? \_\_\_\_\_
- Se não: parcialmente dependente ( ) totalmente dependente ( )
- Quem ajuda você financeiramente? \_\_\_\_\_
- Qual é a sua renda pessoal? \_\_\_\_\_
- Qual é a sua renda familiar? \_\_\_\_\_
- Tem irmãos ou irmãs? \_\_\_\_\_
- Foi criada com os pais ou outros? Quem? \_\_\_\_\_
- Pratica alguma religião? Qual? \_\_\_\_\_
- Tem alguma formação religiosa familiar? \_\_\_\_\_
- Se considera praticante assídua dessa religião? \_\_\_\_\_
- Acha que a religião tem muita ou pouca influência em sua vida? \_\_\_\_\_
- Orientação sexual: \_\_\_\_\_

**Saúde reprodutiva e planejamento familiar:**

1. Você tem filhos? Quantos?

*Em caso de resposta afirmativa:*

2. Você sempre quis ter filhos? Como imaginava tê-los? Teria filhos somente em uma situação de casamento ou não? Por quê?
3. Qual era a sua situação civil-afetiva quando engravidou? Quantos anos tinha?

4. Considera que seu(s) filho(s) foram planejados? Como foi essa decisão de ter filho(s), a tomou sozinha ou compartilhada com o pai?
5. Se tem mais de um filho: são todos do mesmo pai?
6. Pretende ter mais filhos? Quais são seus planos?
7. Como foi seu período de gravidez? Como se sentia física e emocionalmente?
8. Como foram seus partos? Normais ou cesáreos? Como foi essa experiência?
9. Você gosta de ser mãe? Como define sua experiência com a maternidade?

*Em caso de resposta negativa:*

10. Você pretende ter filhos? Quais são seus planos?
11. Sempre teve esses planos ou mudou de ideia? Como imaginava sua vida?
12. Você teria filhos somente em uma situação de casamento ou não? Por quê?

#### **Sexualidade e métodos contraceptivos:**

13. Você pode falar um pouco sobre a história da sua iniciação sexual? Quando e com quem começou a ter relações? Quais foram seus primeiros cuidados para não engravidar?
14. Você conversava com sua mãe, irmã, ou amiga sobre sexo? Sobre o que falavam? Ou era “proibido” falar sobre o assunto em sua casa?
15. Você realiza exames ginecológicos? Com que frequência?
16. Lembra-se da sua primeira visita ao ginecologista? Pode falar um pouco sobre isso?
17. Como você se preparou para controlar a gravidez?
18. Fale um pouco sobre a sua utilização de métodos anticoncepcionais. Utiliza algum neste momento? O que faz para evitar a gravidez?

19. Sempre utilizou esse método ou usava outro(s) antes? Como você se informou sobre esse método? Com quem?
20. Você acha que a responsabilidade pelo uso do contraceptivo é sua ou do parceiro? Fale um pouco sobre isso.

**Violência:**

21. Sofreu algum tipo de violência familiar, física ou sexual, durante a infância e/ou juventude?
22. Sofre algum tipo de violência hoje em dia?

**Aborto:**

23. Você já teve algum aborto espontâneo? Como aconteceu e como se sentiu?
24. Você teve apenas uma gravidez não planejada ou mais de uma? Fez mais de um aborto?
25. Quando você suspeitou da(s) sua(s) gravidez(es) não planejada(s), qual foi a sua reação, o que sentiu?
26. Como foi? Quantos anos tinha? Quanto tempo de gestação?
27. Usava algum método contraceptivo quando engravidou?
28. Contou para alguém sobre a gravidez? Para quem? Qual foi a reação dessa pessoa?
29. Como tomou a decisão de fazer o aborto? Por que resolveu fazer? O que você acha que mais te influenciou ou determinou a sua decisão?
30. Tomou essa decisão sozinha? Contou para mais alguém que ia fazer o aborto? Alguém te ajudou?
31. Teve alguma interferência da família na sua decisão? Dos pais, por exemplo? Teve interferência de outra pessoa?
32. Em algum momento teve dúvidas sobre fazer ou não o aborto? Algo te deixou indecisa? O quê?

33. Sua crença religiosa teve algum peso na hora da sua decisão?
34. Fale um pouco sobre o método que você utilizou. Por que o escolheu? O que sabia sobre ele? Considera que foi difícil ou fácil ter acesso a esse método?
35. Fale um pouco sobre a sua experiência no momento do aborto. Como foi? O que sentiu?
36. Você considera que fez o aborto em condições seguras? Em um local seguro?
37. O que sentiu logo depois do procedimento? Como descreve essa sensação?
38. Precisou de cuidados médicos? Como foi?
39. Você continuou utilizando o mesmo método contraceptivo após o aborto? O que mudou depois de ter abortado?
40. Em algum momento você teve medo de alguma represália legal ou judicial? De ser presa ou processada?
41. Você ainda pensa nessa experiência hoje? O que te vem à cabeça? Você se arrepende de algo, ou faria algo diferente?
42. Considera que algo mudou em sua vida ou em sua maneira de ver a questão do aborto após a sua experiência pessoal ou não?