

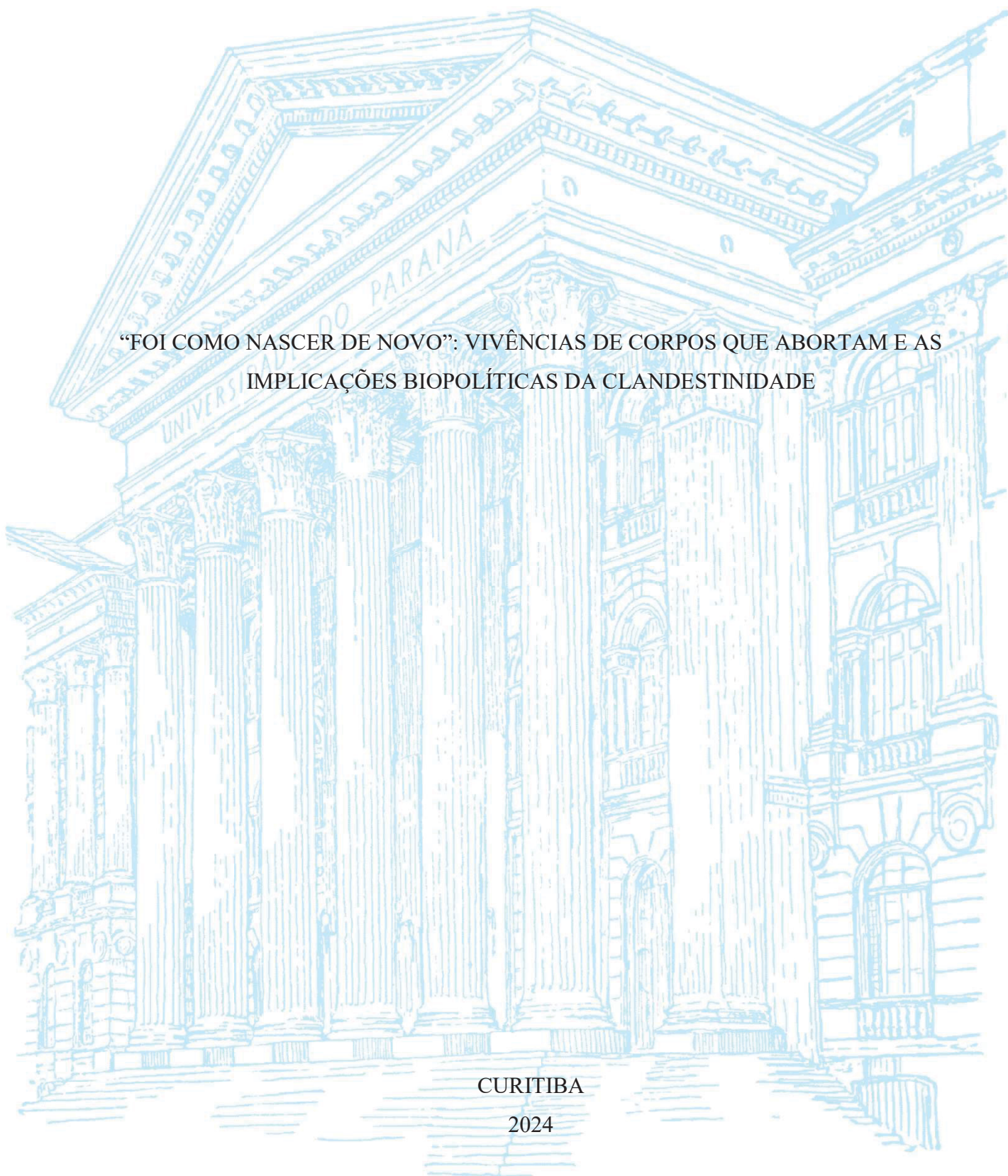
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARIANA LIRA DE FREITAS

“FOI COMO NASCER DE NOVO”: VIVÊNCIAS DE CORPOS QUE ABORTAM E AS
IMPLICAÇÕES BIOPOLÍTICAS DA CLANDESTINIDADE

CURITIBA

2024



MARIANA LIRA DE FREITAS

“FOI COMO NASCER DE NOVO”: VIVÊNCIAS DE CORPOS QUE ABORTAM E AS
IMPLICAÇÕES BIOPOLÍTICAS DA CLANDESTINIDADE

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em
Direito, Setor de Ciências Jurídicas, da Universidade
Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do
título de Mestra em Direito.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Katie Silene Cáceres Arguello

CURITIBA

2024

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS JURÍDICAS

Freitas, Mariana Lira de

"Foi como nascer de novo": vivências de corpos que abortam e as implicações biopolíticas da clandestinidade / Mariana Lira de Freitas. – Curitiba, 2024.

1 recurso on-line : PDF.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Jurídicas, Programa de Pós-graduação em Direito.

Orientadora: Katie Silene Cáceres Arguello.

1. Aborto. 2. Biopolítica. 3. Controle da natalidade.
4. Direitos reprodutivos. I. Arguello, Katie Silene Cáceres.
II. Título. III. Universidade Federal do Paraná.

Bibliotecário: Pedro Paulo Aquilante Junior – CRB-9/1626

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE MESTRADO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRA EM DIREITO

No dia vinte e sete de junho de dois mil e vinte e quatro às 14:30 horas, na sala de Defesas - 317, Prédio Histórico da UFPR - Praça Santos Andrade, 50, foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa de dissertação da mestranda **MARIANA LIRA DE FREITAS**, intitulada: **"FOI COMO NASCER DE NOVO": VIVÊNCIAS DE CORPOS QUE ABORTAM E AS IMPLICAÇÕES BIOPOLÍTICAS DA CLANDESTINIDADE**, sob orientação da Profa. Dra. KATIE SILENE CÁCERES ARGUELLO. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação DIREITO da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: KATIE SILENE CÁCERES ARGUELLO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), TAYSA SCHIOCCHET (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), JOICE GRACIELE NIELSSON (UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela APROVAÇÃO. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga de título de mestra está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, KATIE SILENE CÁCERES ARGUELLO, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

Observações: Aprovada, recebendo por unanimidade voto de distinção e louvor, bem como indicação para publicação.

CURITIBA, 27 de Junho de 2024.

Assinatura Eletrônica

08/07/2024 12:27:37.0

KATIE SILENE CÁCERES ARGUELLO

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

06/07/2024 07:59:03.0

TAYSA SCHIOCCHET

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

09/07/2024 09:32:59.0

JOICE GRACIELE NIELSSON

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL)

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação DIREITO da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **MARIANA LIRA DE FREITAS** intitulada: **"FOI COMO NASCER DE NOVO": VIVÊNCIAS DE CORPOS QUE ABORTAM E AS IMPLICAÇÕES BIOPOLÍTICAS DA CLANDESTINIDADE**, sob orientação da Profa. Dra. KATIE SILENE CÁCERES ARGUELLO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 27 de Junho de 2024.

Assinatura Eletrônica

08/07/2024 12:27:37.0

KATIE SILENE CÁCERES ARGUELLO

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

06/07/2024 07:59:03.0

TAYSA SCHIOCCHET

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

09/07/2024 09:32:59.0

JOICE GRACIELE NIELSSON

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL)

Às valentes, que com sangue pintaram o inegociável desejo de serem livres.

AGRADECIMENTOS

A chegada, em certos momentos, pareceu inalcançável, mas desde o início fui lembrada de que não caminho só.

Agradeço primeiramente à Júlia, Alice, Gabriela, Natália, Tainá, Diana, Regina, Helena, Maria, Amanda, Beatriz, Clara, Laura, Heloísa, Iracema e Emília, as vozes que compõem este trabalho. Obrigada por tornarem esta pesquisa possível, pela disponibilidade e coragem em compartilhar suas vivências. Espero que este trabalho seja um grão de areia em um caminho mais seguro para nós.

Agradecimentos especiais à minha família. Agradeço à minha mãe, Renata. Estes dois anos longos anos de crescimento e amadurecimento, para minha felicidade, me levaram cada vez mais para perto de você. Agradeço também ao meu pai, Alexandre, por me presentear diariamente com seu amor e com a sua gentileza. Obrigada por, em meio a um mundo estruturado para derrubar mulheres que gritam, sempre ter reconhecido a minha voz. Agradeço ao meu irmão, Pedro, a quem tanto admiro. Eu sou, porque somos.

Agradeço à minha avó Clara (*in memoriam*), de quem herdei as palavras. Agradeço à minha vó Eunice, que desde sempre me ensinou a usá-las.

Agradeço ao meu avô Osvaldo, por desde criança me perguntar sobre o que estou escrevendo; pelas pilhas de livros e pelas belas memórias.

Agradecimento especial à minha orientadora, Katie Silene Cáceres Arguello, por toda a gentileza que lhe é característica, e principalmente por ter aceitado a completa reestruturação que fiz na pesquisa após já estar há um ano no programa. Lembro que quando lhe falei que queria começar do zero e escrever sobre aborto, você sequer hesitou, e me disse que eu precisava escrever sobre aquilo que me toca. Obrigada por ter permitido que, assim, eu me encontrasse.

Também agradeço à professora Joice Graciele Nielsson, cuja bibliografia compõe a minha cabeceira desde que adentrei nos estudos da biopolítica e dos direitos sexuais e reprodutivos; e à professora Taysa Schiocchet, cujas aulas de metodologia, oficinas, estudos e conselhos mudaram a minha forma de enxergar a pesquisa e, principalmente, o aborto. É um prazer e uma honra tê-las em minha banca examinadora.

Agradeço aos colegas do Programa de Pós-Graduação e aos do Núcleo de Criminologia e de Política Criminal, pelas trocas engrandecedoras. Agradecimentos especiais à Patrícia, por

toda a ajuda e apoio desde o primeiro momento; e ao Lucas, com quem compartilhei os últimos momentos de desespero (sei que ainda vamos rir disso).

Agradeço às minhas queridas amigas, mas em especial à Carol, Ana Beatriz, Giulia, Julia, Laura, Bruna, Débora e Diully, pela presença constante, mesmo em dois anos de completa ausência minha, pela compreensão, pelo amor e pelo carinho. Tudo que faço aqui é por vocês, na esperança de que um dia, sejamos livres.

Agradeço ao meu namorado, André. Este trabalho tem tanto de nós, de formas que só você é capaz de entender. Muito obrigada por me segurar quando eu mais precisei, e também pelas ligações no meio da noite, pelos choros contidos, massagens no tórax e almoços. Obrigada por ter estado ao meu lado em todos os momentos, me incentivado, contendo minha ansiedade e meus medos durante a escrita deste trabalho. Você é a melhor pessoa que eu conheço, e nada disso teria sido possível sem você.

Agradeço, ao meu amigo Gabriel, com quem atravessei muitas das encruzilhadas e percalços que esta pesquisa me ofereceu. Você estava ao meu lado quando percebi que precisava colocar para fora exatamente tudo o que está aqui. Você me incentivou a seguir em frente e, principalmente, a enxergar. Sei o quanto você gosta de fechamentos de ciclos, então esta me parece uma forma bonita de fecharmos mais um.

Por fim, agradeço à Exu, que acompanha meus passos, que abre e fecha meus caminhos. Laroyê!

A noite não adormece
nos olhos das mulheres
a lua fêmea, semelhante nossa,
em vigília atenta vigia
a nossa memória.

A noite não adormece
nos olhos das mulheres,
há mais olhos que sono
onde lágrimas suspensas
virgulam o lapso
de nossas molhadas lembranças.

A noite não adormece
nos olhos das mulheres
vaginas abertas
retêm e expulsam a vida
donde Ainás, Nzingas, Ngambeles
e outras meninas luas
afastam delas e de nós
os nossos cálices de lágrimas.

A noite não adormecerá
jamais nos olhos das fêmeas
pois do nosso sangue-mulher
de nosso líquido lembradiço
em cada gota que jorra
um fio invisível e tônico
pacientemente cose a rede
de nossa milenar resistência.
(EVARISTO, 2008, p. 21)

RESUMO

No Brasil, o aborto provocado é uma prática criminalizada, porém, a proibição legal não consegue impedir sua ocorrência, e tampouco diminuir sua frequência. Como resultado, as mulheres buscam a zona de clandestinidade para interromper gestações e, assim, garantir a sua autonomia. A partir disso, a criminalização do aborto pode ser vista como um dispositivo punitivo fundamental, pois, embora a maioria das mulheres que vivenciem abortos clandestinos não sejam criminalizadas, sua restrição atua como uma estratégia biopolítica para manter corpos marginalizados nos espaços designados a eles: para algumas, o lar e a maternidade; para outras, prisões, o silêncio e a morte. Partindo dessa premissa, este estudo pauta-se na hipótese de que o silenciamento das mulheres que experimentaram o aborto clandestino e inseguro é um efeito da biopolitização dos corpos reprodutivos. Essa biopolitização funciona como uma estratégia para manter e perpetuar o biopoder, reduzindo as mulheres à mera vida orgânica e despolitizada. Diante disso, o objetivo da pesquisa foi analisar de que forma a biopolitização do corpo reprodutivo promove a desumanização de mulheres brasileiras que passaram pela experiência do aborto clandestino. A metodologia da pesquisa consistiu em três etapas: primeiro, a pesquisa bibliográfica, focada predominantemente nas teorias de autoras brasileiras e latino-americanas, além dos marcos teóricos de Michel Foucault, Giorgio Agamben e Rita Segato sobre biopolítica; em seguida, a pesquisa entrou em sua fase empírica, consubstanciada a partir da composição de um *corpus* oriundo da aplicação da técnica da “bola de neve”, seguida das entrevistas narrativas com mulheres que passaram pela experiência do aborto clandestino; e por fim, os dados foram analisados a partir da abordagem metodológica da Análise Crítica da Narrativa, uma disciplina que integra diferentes epistemologias para reconhecer as experiências únicas de cada participante e como a realidade do aborto clandestino as afeta. Foram entrevistadas dezesseis mulheres, de distintas idades, classes sociais, raças/etnias, que compartilharam vinte experiências de aborto clandestino. Os dados das entrevistas foram analisados e categorizados utilizando o software *Atlas.ti*. À luz dos conceitos teóricos discutidos e da pesquisa empírica, as vivências das participantes indicaram a existência de um estado de exceção contínuo no contexto democrático brasileiro, que relega corpos femininos à condição de *hystera sacra*, ou seja, vidas reduzidas ao seu mero valor ou desvalor reprodutivo, sendo a criminalização e estigmatização do aborto uma das formas pela qual esse mecanismo de controle social opera.

Palavras-chave: Itinerários abortivos; Aborto clandestino; Biopolítica; Controle reprodutivo.

ABSTRACT

In Brazil, provoked abortion is a criminalized practice, however, the legal prohibition cannot prevent its occurrence, nor can it reduce its frequency. As a result, the women seek a clandestinity zone to interrupt gestações and, thus, guarantee their autonomy. From this point on, the criminalization of abortion can be seen as a fundamental punitive device, since it affects most women who experience clandestine abortions are not criminalized, its restriction acts as a biopolitical strategy to maintain marginalized bodies in the spaces designated to them: to algumas, or lar e a maternity; for others, prisons, or silence and death. Starting from the premise, this study guides the hypothesis that the silencing of women who experience clandestine and unsafe abortion is the effect of biopoliticization of reproductive bodies. This biopoliticization functions as a strategy to maintain and perpetuate biopower, reducing women to mere organic and depoliticized life. First of all, the objective of the research was to analyze how the biopoliticization of the reproductive body promotes the dehumanization of Brazilian women who undergo the experience of clandestine abortion. The research methodology consisted of three stages: first, a bibliographical research, focused predominantly on the theories of Brazilian and Latin American authors, along with two theoretical frameworks by Michel Foucault, Giorgio Agamben and Rita Segato on biopolitics; Next, the research enters its empirical phase, consubstantiated by the composition of a corpus originating from the application of the “snow ball” technique, followed by narrative interviews with women who have had the experience of clandestine abortion; Finally, the data are analyzed from the methodological approach of Narrative Critical Analysis, a discipline that integrates different epistemologies to reconfirm the unique experiences of each participant and how the reality of clandestine abortion affects. We interviewed six women, of different ities, social classes, races/ethnicities, who shared their experiences of clandestine abortion. Data from interviews is analyzed and categorized using Atlas.ti software. In light of two theoretical concepts discussed and empirical research, the experiences of the participants indicate the existence of a continuous state of exception in the Brazilian democratic context, which relegates female bodies to the condition of sacred hysteria, or seja, lives reduced to their mere value or disvalue reproductive, sending the criminalization and stigmatization of abortion in two ways in which this mechanism of social control operates.

Keywords: Abortive itineraries; Clandestine abortion; Biopolitics; Reproductive control.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01: PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS PARTICIPANTES.....	64
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACN – Análise Crítica da Narrativa

ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

AMIU - Aspiração Manual Intrauterina

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DIU – Dispositivo Intrauterino

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNA – Pesquisa Nacional do Aborto

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

PRÓLOGO	15
1 INTRODUÇÃO	18
2 O PERCURSO DA PESQUISA: CAMINHOS EPISTÊMICOS E TECERES METODOLÓGICOS	32
2.1 VOZES, SILÊNCIOS E DIZERES: A RELEVÂNCIA EM DISCUTIR-SE O ABORTO A PARTIR DE UMA EPISTEMOLOGIA FEMINISTA E DECOLONIAL.....	34
2.2 OS CAMINHOS METODOLÓGICOS: ENTRELAÇAMENTOS ENTRE SABERES, NARRATIVAS E EXPERIÊNCIAS	46
2.2.1 As metodologias aplicadas: a revisão bibliográfica, a entrevista narrativa e a análise crítica da narrativa	46
2.2.2 A imersão no campo-tema e os cuidados éticos adotados na condução da pesquisa empírica	57
3 CONTRIBUIÇÕES DAS TEORIAS BIOPOLÍTICAS NA COMPREENSÃO DA REGULAMENTAÇÃO DO ABORTO	68
3.1 A BIOPOLÍTICA FOUCAULTIANA: DA DISCIPLINARIZAÇÃO DOS CORPOS FEMININOS À CONSOLIDAÇÃO DO DISPOSITIVO DA REPRODUTIVIDADE.....	68
3.2 O ESTADO DE EXCEÇÃO AGAMBENIANO E A CONSTRUÇÃO DE VIDAS NUAS	82
3.3 CORPOS MARCADOS, VIDAS TRIBUTÁVEIS: INTERLOCUÇÕES BIOPOLÍTICAS E O CONTROLE DA REPRODUTIVIDADE A PARTIR DE UM REFERENCIAL FEMINISTA E DECOLONIAL.....	88
4 ITINERÁRIOS ABORTIVOS: CORPOS, NARRATIVAS E PODERES EM CONFLITO	105
4.1 CUIDADOS CONTRACEPTIVOS E EDUCAÇÃO SEXUAL	109
4.2 DESCONFIANÇA E DESCOBERTA.....	130
4.3 PROCESSO DECISÓRIO.....	156

5 CLANDESTINIDADES EMERGENTES: CORPOS QUE ADENTRAM NA ZONA DE INDISTINÇÃO	198
5.1 INTERVALO	198
5.1.1 AQUISIÇÃO DE SABERES E CONSTRUÇÃO DE REDES DE APOIO	201
5.1.2 MÉTODOS ABORTIVOS	214
5.2 PROCEDIMENTO	249
5.3 SERVIÇOS DE SAÚDE E CUIDADOS PÓS-ABORTAMENTO.....	280
6 CONCLUSÃO.....	322
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	344

PRÓLOGO

Este é um trabalho sobre aborto.

Um trabalho que se iniciou a partir de uma vivência abortiva, e desdobrou-se em vinte, similares em alguns pontos, distintas em muitos outros. Um trabalho que existe desde a manhã de um dia de outubro, que não recordo se quente ou frio, em que *ela* fez um teste de gravidez, de forma despretensiosa, pois acreditava que seria apenas um daqueles que fazemos por “desencargo de consciência”, que sabemos que não vai dar em nada.

Na noite anterior, ela havia comentado brevemente que estava pensando em fazer um teste, porque a menstruação estava atrasada havia três dias: “três dias só, sei que não é nada, mas é melhor garantir”. No dia seguinte, ela me ligou, sua voz trêmula e entrecortada pelas lágrimas anunciou a notícia: “estou grávida”. Naquela manhã, o mundo dela parou, como me disse, “absolutamente tudo congelou”. Por alguns minutos, tudo que conseguia pensar, com o teste de gravidez em mãos, eram aquelas mesmas palavras que me disse: “estou grávida, estou grávida, estou grávida”.

Nada pude fazer para ajudar naquele momento, senão entregar-me à escuta de sua dor. Ouvi-a narrar o momento em que saiu do banheiro, as lágrimas já escorrendo, e mostrou o teste ao namorado, com quem compartilhava apenas três meses de relacionamento, murmurando: “acho que estou grávida”. Ele segurou seu rosto entre as mãos, enquanto ela sentia o desespero apunhalar seu peito, enquanto o medo crescia, quase paralisante, e disse: “se você quiser, vamos enfrentar isso juntos. Vamos fazer o que for melhor para você. Eu deixo a faculdade e arranjo um emprego”. Ouvi-a quando revelou que, naquele instante, sabia que preferiria a morte a ter aquele filho. Ela secou as lágrimas rapidamente, pois nós, mulheres, aprendemos desde cedo que é preciso recompor-se com rapidez, e começou a formular um plano: “eu sabia que a única pessoa que podia mudar aquilo era eu”. E então, anunciou ao namorado: “eu vou abortar”. Três palavras, que carregavam consigo o peso de toda uma vida.

Nós fomos juntas fazer o exame de sangue. Lembro-me de que, enquanto aguardávamos o número do bilhete ser chamado na tela do laboratório, ela acariciava de forma distraída a barriga. Em determinado momento, olhou-me nos olhos e sussurrou: “sei que é uma menina”, e me disse um nome. Depois disso, fez-me prometer que nunca mais mencionaria aquele nome, que não trataríamos como se fosse uma pessoa. Acompanhei-a durante o exame de sangue. Ela chorou, chorou muito. A enfermeira acolheu sua cabeça entre os braços e tentou confortá-la:

“calma, minha querida, vai melhorar. Às vezes, essas coisas acontecem quando menos esperamos, mas vai ficar tudo bem”. Lembro-me de que essas palavras só a fizeram chorar ainda mais, e saímos do laboratório com ela me confidenciando que não podia ter aquela filha, que não teria aquela filha, que a última coisa que queria era ter aquela criança. A decisão já estava tomada.

Recordo-me dos dias que se seguiram, das imagens que ela procurou na *internet*: “e se o que sair parecer com uma pessoa? Como eu vou poder conviver com isso”, indagava. Lembro-me dos dias de lágrimas e desespero, mas também dos dias de silêncio. Ela continuou a sair conosco, a ir a festas, aos encontros com amigos, exteriormente era como se nada estivesse acontecendo, porque ninguém poderia saber. Mas eu sabia. Sabia que, na quietude da noite, ela acariciava a barriga e implorava para que a filha lhe desculpasse. Sabia que, durante os dias, devorava relatos na *internet*, e a cada vez que lia um sobre um aborto que deu errado, sofria de ansiedade, pensando que aquela poderia acabar sendo sua história. Sabia que ela estava com medo, embora não soubesse quão profundamente, até que, em meio a esta pesquisa, ela compartilhou comigo seus temores: o medo de morrer, de ser presa, de precisar ir ao hospital ou, pior ainda, de precisar seguir com a gravidez. Foi durante essa pesquisa que descobri como ela obteve os medicamentos, como conheceu outras mulheres que, como ela, buscavam sua autonomia e liberdade, e como tomou consciência da quantidade de pessoas prontas para se aproveitar do desespero de mulheres silenciadas. Também foi durante essa pesquisa que ela me contou como se sentiu ao segurar os comprimidos em suas mãos pela primeira vez: “seis comprimidos, hexagonais, enrolados em papel higiênico”, e como se sentiu enquanto aguardava, em jejum, o momento de tomá-los.

“Eu lembro do sangue”, ela me disse. Recordava-se do alívio que sentiu quando começou a sangrar, mas também da dor. Lembrava-se das longas horas que passou sangrando como se estivesse revivendo-as, e também das tonturas, dos arrepios, da sensação iminente de morte. Lembrava-se das lágrimas nos olhos do namorado, segurando sua mão enquanto ela soluçava: “eu vou morrer, eu vou morrer”, mas também recordava o momento em que encontrou forças onde achava que não havia para continuar. Recordava-se das longas horas de desespero, nas quais nada parecia acontecer, do vai e vem pelas escadas, até que suas pernas fracas deixaram de sustentá-la, e ela precisou ser carregada. Lembrava-se da fome e da sede, da humilhação que sentiu quando precisou defecar no chuveiro, “me senti um bicho”, da necessidade do namorado para auxiliá-la a se locomover, mas também do olhar de raiva que sigilosamente lançou para ele em alguns momentos, pensando que não era justo que tivessem

feito aquilo juntos, mas que apenas ela pagasse o preço, um preço alto demais, que eventualmente fez com que o relacionamento dos dois terminasse. Em meio a tudo isso, mandou-me uma mensagem de texto: “Eu só quero que isso acabe”.

Alguns dias depois, chegou ao fim. Ela sangrou por doze horas, e depois por alguns dias. Então, foi para a casa dos pais, em outra cidade, onde permaneceu mais tempo do que o planejado, devido a um bloqueio nas estradas. Contou-me que foram dias de angústia, temendo ainda estar grávida, mas sem ter como saber: “não podia ir ao hospital na cidade dos meus pais, eles descobririam tudo, mas estava com muito medo de estar grávida, ou de alguma coisa estar apodrecendo dentro de mim”. Contou-me também que, durante todo esse tempo, olhava para a mãe e continha gritos de socorro e lágrimas: “eu só queria minha mãe, ela estava ali do meu lado, e eu não podia falar nada para ela”. Entretanto, alguns dias depois, descobriu que seu útero estava limpo, que o aborto havia sido bem-sucedido. Foi nesse momento que se sentiu liberta: “foi como nascer de novo”, ela me falou.

Entre o sangue e as lágrimas, cavando em meio ao desconhecido, buscando pelo ar, ela renasceu. Da mesma forma, renasceram todas as outras mulheres com quem conversei, encolhidas, apavoradas demais para dormir, temendo morrer ou seguir com uma vida que não lhes pertencia. Elas não nasceram de uma vez, nenhuma delas. Passo a passo, e depois centímetro por centímetro, com seus corpos cansados, as entranhas retorcidas, a boca seca e o ventre dolorido. É assim que elas retornaram ao mundo.

Este, também, é um trabalho sobre a vida.

1 INTRODUÇÃO

A legislação brasileira estabelece como condutas criminosas certos atos praticados especificamente contra corpos femininos, tais como o feminicídio, a violência física, sexual ou psicológica, agressões corporais e danos morais e materiais motivados pelo gênero (BRASIL, 2006). Em que pese as análises críticas e a implementação de políticas públicas destinadas ao combate destas modalidades de violência sejam extremamente relevantes, observa-se que o fato de estas condutas frequentemente ocorrerem de maneira privada, muitas vezes no ambiente doméstico, situa o Estado em uma posição predominantemente investigativa e punitiva em relação à violência de gênero.

Esta forma de o Estado relegar sua participação ativa na perpetração de violência de gênero e direcioná-la exclusivamente aos indivíduos fortalece a percepção comum de que a violência contra a mulher ocorre unicamente em âmbito privado e de forma isolada. Isso reforça um argumento recorrente no discurso político e na opinião pública de que as mulheres não são afetadas pelas formas de violência perpetradas diretamente pelo Estado. Conseqüentemente, a sistemática da violência de gênero é frequentemente negligenciada, assim como a noção de que essa violência é um produto da manutenção de um sistema patriarcal estatal, cuja base reside na reivindicação unilateral do corpo feminino por meio de um contrato sexual.

O contrato sexual que subjuga o corpo feminino possui diversas cláusulas. Por um lado, legislações que restringem o acesso das mulheres à propriedade, ao emprego ou à educação podem solidificar sua posição subordinada na sociedade. Por outro lado, entidades e instituições, como a mídia, religião e os núcleos familiares exercem influência na perpetuação das normas de gênero. A representação estereotipada das mulheres na mídia e as expectativas de performance impostas são apenas alguns exemplos de como esse contrato sexual promove a manutenção dos tradicionais papéis sociais femininos. A outra esfera desse controle se dá através da violência de gênero, polo em que o Estado atua enquanto um participante direto. Por essa razão, é de extrema relevância investigar e compreender os mecanismos de poder que influenciam e sustentam os papéis sociais das mulheres na sociedade, sobretudo ao considerar-se que estes mecanismos muitas vezes legitimam e silenciam certas formas de violência perpetradas pelo Estado.

Este é o motivo pelo qual me interessa em analisar como os mecanismos de poder, tanto estatais quanto não estatais, atuam de forma a manter as mulheres dentro dos papéis sociais que

lhes são atribuídos. Embora o controle dos corpos femininos se manifeste de várias maneiras, exigindo pesquisas aprofundadas e especificamente direcionadas, neste estudo optei por focar em uma dessas formas de atuação: a proibição do aborto voluntário e autoadministrado. Essa escolha decorre do reconhecimento de que a proibição do aborto constitui uma forma de violência na qual o Estado desempenha um papel ativo, embora muitas vezes não seja percebido como tal pelo senso comum, havendo uma verdadeira inversão discursiva entre quem figura enquanto autor ou vítima quando o assunto é a realização de um abortamento.

No Brasil, o aborto provocado é considerado uma prática criminosa, estipulada na seção dos crimes contra a vida do Código Penal de 1940. No entanto, é importante ressaltar que o bem jurídico protegido é a expectativa de vida do feto, o que difere da proteção concedida à vida extrauterina. O sistema penal brasileiro define a conduta de abortar em três modalidades distintas, delineadas nos artigos 124, 125 e 126 do Código Penal, que tratam, respectivamente, da ação da mulher que pratica o aborto em si mesma ou consente que seja praticado por terceiro; da ação do terceiro que pratica o aborto sem o consentimento da gestante; e da ação do terceiro que comete o aborto com o consentimento da gestante (BRASIL, 1940). Todas essas condutas são passíveis de punição, sendo que o aborto praticado pela gestante prevê pena de detenção, enquanto o praticado por terceiros pode acarretar pena de reclusão (BRASIL, 1940)

O artigo 128 da legislação mencionada contempla duas circunstâncias em que o aborto não é passível de punição: em caso de risco de morte para a gestante ou em situação de gravidez decorrente de estupro (BRASIL, 1940). No primeiro caso, há a priorização da vida da mulher sobre a expectativa de vida do feto, enquanto no segundo é assegurado o direito da mulher à liberdade de escolha de não prosseguir com uma gestação resultante de um ato violento e não consentido. Ambas as causas configuram excludentes de antijuridicidade, sendo denominadas respectivamente de aborto necessário e humanitário. Isso significa que a mulher que recorre a essas medidas não será sujeita a punição, desde que o procedimento seja realizado por um médico.

Além disso, em 2012, o Supremo Tribunal Federal analisou a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54, que resultou no afastamento da criminalização do aborto nos casos em que é diagnosticada anencefalia do feto durante a gestação. Por uma votação de oito votos a favor e dois contra, a Suprema Corte decidiu a favor da ADPF 54, declarando a inconstitucionalidade da interpretação que considerava o aborto de feto anencéfalo como crime (BRASIL, 2012). Isso concedeu às mulheres brasileiras o direito à interrupção da gravidez, a ser realizada por um profissional capacitado, em situações em que é diagnosticada

a anencefalia fetal. A relevância dessa decisão não se limitou à descriminalização, mas também ao debate sobre o que constitui vida e aos efeitos psicológicos que a manutenção de uma gravidez indesejada pode ter sobre a gestante.

Em 2016, o Supremo Tribunal Federal revisitou o tema do aborto através da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5581, instaurada pela Associação Nacional de Defensores Públicos (ANADEP). Esta ação abordou questões relacionadas às políticas públicas ligadas ao vírus zika e sua síndrome congênita, gerando um debate sobre a possível legalização da interrupção da gravidez após o diagnóstico de microcefalia em fetos afetados por essa síndrome. Sob a relatoria da ministra Carmen Lúcia Antunes Rocha, foi discutida a inconstitucionalidade da criminalização do aborto nos moldes do artigo 124 do Código Penal em casos como o mencionado acima, considerando-se uma situação de estado de necessidade, seguindo o mesmo entendimento adotado na ADPF 54. Além disso, solicitou-se a suspensão de inquéritos policiais, prisões em flagrante e processos em curso relacionados ao aborto quando fosse comprovada a infecção da gestante pelo vírus.

Em 2019, foi instituída pela Medida Provisória nº 894 a obrigatoriedade de pagamento de pensão vitalícia para pessoas nascidas com microcefalia decorrente da infecção pelo zika vírus. Em 2020, o Supremo Tribunal Federal rejeitou, por unanimidade, o julgamento de mérito de ações que buscavam a descriminalização do aborto em caso de mulheres contaminadas. Ainda, tendo em vista posterior revogação da instituição de pensão vitalícia, a ministra Carmen Lúcia Antunes Rocha entendeu pela perda do objeto da ação, tendo o voto sido acompanhado pelos demais ministros. Além disso, a Corte Suprema entendeu pela inconstitucionalidade da requisição da ANADEP de que o simples diagnóstico de infecção poderia possibilitar o aborto, sendo apontado que apenas uma porcentagem de filhos de mulheres contaminadas de fato nasce com microcefalia, razão pela qual a permissibilidade do aborto poderia gerar uma suposta seletividade eugênica.

Em 2022, foi ajuizada a ADPF nº 989, que questiona a necessidade de o Supremo Tribunal Federal (STF) implementar medidas para garantir a realização de abortos nas condições previstas pelo Código Penal, incluindo casos de gestação de fetos anencéfalos. A ação foi movida pela Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e pela Associação Rede Unida, todas integrantes da “Frente pela Vida”. Os autores da ação pontuam que a proteção oferecida às mulheres e meninas vítimas de estupro que necessitam interromper a gestação é insuficiente e constitui uma forma de segunda violência perpetrada pelo Estado, e

solicitam ao STF que declare a inconstitucionalidade de quaisquer atos do Estado que restrinjam a possibilidade de aborto nas condições previstas no Código Penal e na ADPF 54, ou que imponham barreiras e exigências não previstas em lei. Ainda, pedem que seja reconhecida a omissão do Ministério da Saúde em fornecer informações adequadas sobre os procedimentos para a realização de abortos nas hipóteses legais.

No mais, a questão do aborto foi tratada também no Habeas Corpus nº 124.306, do Rio de Janeiro, transitado em julgado em 2017. No caso em questão, a primeira turma do STF, sob a relatoria do ministro Marco Aurélio Mello, concedeu de ofício a ordem de afastamento da prisão preventiva aos pacientes do pedido, presos em flagrante ante o suposto cometimento dos crimes descritos no artigo 288 (formação de quadrilha), combinado com o 126 (provocar aborto com o consentimento da gestante), ambos do Código Penal, pela ausência dos requisitos do artigo 312 do Código de Processo Penal. A importância em mencionar-se o referido Habeas Corpus não se dá tanto pelas peculiaridades do caso em questão, mas pelo fato de ter sido discutido, sobretudo nos votos da ministra Rosa Weber e do ministro Luís Roberto Barroso, a exclusão da incidência dos artigos 124 a 126 do Código Penal nos casos de interrupção voluntária da gestação até o primeiro trimestre. Em síntese, os ministros defenderam que a criminalização do aborto nos termos supracitados viola direitos fundamentais das mulheres, como a autonomia sobre o próprio corpo, a igualdade de gênero e direitos sexuais e reprodutivos, havendo necessidade de afastamento de argumentos de ordem moral e ética na tratativa da temática, vez que a criminalização afeta todas as mulheres, embora o faça de forma desigual entre ricas e pobres, sendo muito mais violenta e prejudicial às últimas.

Também em 2017, o Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), em aliança com o Anis – Instituto de Bioética, apresentou à Suprema Corte brasileira a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 442, que pleiteia a descriminalização do aborto até a décima segunda semana de gestação. A petição inicial foi apresentada ao STF devido à sua competência para avaliar a conformidade dos artigos 124 e 126 do Código Penal, que penalizam o aborto, com os princípios da dignidade humana, cidadania, da não discriminação, da inviolabilidade da vida, da liberdade, da igualdade, da proibição de tortura ou tratamento desumano e degradante, da saúde e do planejamento familiar de mulheres, adolescentes e meninas consagrados na Constituição Federal.

Em 2018, às vésperas da eleição do ex-presidente Jair Bolsonaro, a ministra Rosa Weber, relatora da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF), convocou uma audiência pública de dois dias, na qual ouviu cinquenta e quatro representantes da

sociedade civil, incluindo cientistas, médicos, líderes religiosos e acadêmicos, para discutir a questão da descriminalização do aborto e os impactos da criminalização sobre diferentes grupos de mulheres. Por ocasião da audiência, houve a mobilização significativa de organizações não-governamentais, movimentos sociais, defensorias públicas, entidades de saúde e pesquisadores, que defenderam a conexão entre o direito ao aborto e a necessidade de garantir cidadania e autonomia às mulheres (DUARTE, 2019, p. 23). Por outro lado, grupos religiosos se posicionaram firmemente contra o direito ao aborto, defendendo a manutenção de sua criminalização e questionando a premissa de que as mulheres devem ter autonomia sobre suas próprias escolhas e direitos. Eles basearam seus argumentos em concepções sobre maternidade e família e em crenças voltadas ao início da vida humana a partir da concepção (BIROLI, 2014, p. 38).

A partir da minuciosa análise de todas essas argumentações, em 28 de setembro de 2022, dia de Luta pela Descriminalização e Legalização do Aborto na América Latina e Caribe, a ministra Rosa Weber, prestes a se aposentar, proferiu seu voto favorável à descriminalização do aborto em uma sessão virtual. O seu voto destaca o direito à saúde reprodutiva como parte integral dos direitos fundamentais das mulheres, merecendo proteção constitucional, ao mesmo tempo em que enfatiza a autonomia como um componente essencial do direito à liberdade, englobando a liberdade reprodutiva. No entanto, logo em seguida, o Ministro Luís Roberto Barroso, o novo presidente do Tribunal, suspendeu o julgamento do caso e afirmou que não incluiria novamente o assunto na pauta, sem estabelecer uma data definitiva para a retomada da sessão.

Apesar dos sinais indicativos de que o Brasil deve avançar em direção à descriminalização e legalização do aborto, respaldados até mesmo pelas abordagens políticas adotadas em outros países da América Latina e pela própria Constituição brasileira, que estabelece a constitucionalidade de acordos decorrentes de tratados internacionais, como aqueles firmados na III Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo de 1994 e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizadas de 1995, em que o compromisso de revisão da legislação punitiva sobre o aborto foi firmado pelo Brasil, o panorama político nacional evidencia contínuos retrocessos e ameaças aos direitos previamente assegurados, acompanhados por uma preocupante lentidão na abordagem de questões urgentes que afetam diariamente a vida de milhares de mulheres brasileiras.

Um reflexo desse cenário pode ser observado na forma como o tema do aborto foi tratado nas últimas eleições presidenciais, em que foi utilizado como “moeda de troca” na arena

política, a fim de firmar negociações e alianças, bem como gerar silenciamentos (ALMEIDA; BANDEIRA, 2013, p. 391). Segundo Flávia Biroli (2014, p. 37), o debate político sobre o aborto surge a partir da prática do aborto voluntário e seus cruzamentos com a autonomia individual e a laicidade do Estado, encontrando desafios adicionais quando pautado em uma racionalidade neoliberal, que situa o tema no ponto de intersecção entre posições políticas e valores morais, transformando decisão sobre continuar ou não uma gravidez em um ponto de contenda política. Assim, apesar dos avanços nas discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos, na prática, não há um interesse político real por parte dos poderes brasileiros em promover um debate crítico e responsável sobre o tema, relegando-o ao domínio da moralidade e da religião, resultando na prevalência de discursos permeados pela intolerância, ódio e imposição de preceitos religiosos sobre as mulheres (BIROLI, 2014, p. 37).

Esta influência não se manifesta apenas na construção do conhecimento jurídico e político sobre o tema, mas também se materializa na configuração de estratégias legislativas voltadas à garantia da manutenção dos poderes dominantes, de modo que o Poder Legislativo se consolida como um campo de “juridificação da moralidade” (BIROLI; VAGGIONE; MACHADO, 2020). Isso é evidente no avanço de projetos de lei e iniciativas que visam impedir as mulheres brasileiras de acessarem o aborto de maneira segura, mesmo nos casos em que ele é permitido por lei. De acordo com pesquisa exploratória realizada por Mariana Goulart (2022), entre os anos de 2019 e 2020 foram apresentados a Câmara dos Deputados cinquenta e quatro projetos de lei que mencionam a palavra aborto. Dos trinta e três projetos apresentados em 2019, treze são contrários e três favoráveis ao aborto, ao passo que dos vinte e um projetos apresentados em 2020, quatro são contrários e três favoráveis. Ainda, de acordo com dados coletados pelo Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA) no relatório “Mulheres e Resistência no Congresso Nacional”, até 22 de setembro de 2021, todos os projetos de lei apresentados na Câmara dos Deputados foram contrários ao aborto.

Essas propostas visam, de diversas formas, restringir a prática do aborto, por meio da tentativa de intensificação das punições; da exigência de registro de boletim de ocorrência às vítimas de violência sexual que buscam realizar o aborto legal; da proibição de qualquer forma de teste, venda ou descarte de embriões; da criminalização de qualquer tipo de propaganda ou distribuição de informações sobre o aborto e da concessão de direitos legais ao feto como pessoa (CFEMEA, 2021). Além de introduzirem novas legislações contra a interrupção da gravidez, os legisladores apresentam uma variedade de requerimentos sobre o assunto, buscando

promover audiências, homenagens e celebrações à vida fetal, a fim de tornar a criminalização do aborto um assunto amplamente discutido e reforçado por diversas frentes discursivas.

Assim, apesar dos avanços sociais e da incidência do aborto enquanto tópico de debate na agenda pública, a tendência legislativa brasileira reflete ideologias neoliberais e neoconservadoras, que alinhadas aos processos de precarização econômica e social, buscam promover uma moralidade específica entre os corpos e exaltar o modelo de família tradicional, em que a existência feminina é voltada unicamente para a reprodução (GOULART, 2022, p. 19). Isso resulta na supressão dos direitos das mulheres e de corpos femininos em geral, especialmente daquelas que optam por interromper uma gravidez, mantendo a criminalização do aborto e a sua proibição social por meio da estigmatização.

A ilegalidade, no entanto, de acordo com Biroli (2014), não reflete a realidade social das mulheres diante do aborto. Conforme apontado por Maria Luiza Heilborn (2012), o aborto é um fenômeno comum nas vidas reprodutivas de meninas, mulheres e pessoas que gestam em todas as sociedades conhecidas, ocorrendo independentemente das regularidades e das sanções. Trata-se, portanto, de uma prática universal em sua natureza, coexistindo com distintos graus de tolerância e reprovação, que variam conforme as mudanças nas políticas estatais relativas ao controle populacional, ao gerenciamento de corpos e ao controle da sexualidade feminina (BIROLI, 2014, p. 38). No Brasil, o aborto é um fenômeno “sem lugar, sem tempo e sem memória” (PATTIS, 2000, p. 28), cuja existência é marcada pelo estigma e pelo tabu, bem como das mulheres que o praticam. No entanto, ao mesmo tempo, é um evento frequente nas vidas reprodutivas de mulheres brasileiras, havendo indicativos de existência uma cultura compartilhada do aborto, multifacetada e intergeracional (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

No mais recente mapeamento nacional do aborto, Débora Diniz, Marcelo Medeiros e Alberto Madeiro (2023), considerando apenas as zonas urbanas das cidades brasileiras, estipularam que uma a cada sete mulheres de até quarenta anos já abortaram alguma vez na vida, sendo que a maior parte destes abortos foi realizado de forma clandestina (DINIZ; MEDEIROS, MADEIRO, 2023, p. 1602). De acordo com Biroli (2014), a clandestinidade corresponde à realização do aborto em condição precárias e/ou inseguras, “tanto mais precárias quanto mais efetivas são as políticas de repressão, resultando em um número elevado de complicações e de mortes” (BIROLI, 2014, p. 38). Segundo dados atualizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2022, aproximadamente vinte e cinco milhões de abortos clandestinos ocorrem globalmente a cada ano, sendo a maioria deles em países em desenvolvimento, impactando especialmente comunidades vulneráveis (OMS, 2022). Além

disso, as estatísticas da OMS revelam que cerca de trinta e nove mil mortes são atribuídas anualmente às complicações decorrentes de procedimentos clandestinos de interrupção da gravidez, bem como milhões de mulheres são hospitalizadas todos os anos devido a complicações resultantes de práticas abortivas inseguras (OMS, 2022).

No Brasil, a prática do aborto não é dirimida pela criminalização, mas sim brutalizada (BIROLI, 2014), acarretando perigos às vidas e saúdes das mulheres. De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2023, o aborto estava entre as cinco principais causas de mortalidade materna no país. No período de 2010 a 2021, foram registrados 774 óbitos relacionados ao aborto inseguro no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), com cerca de metade ocorrendo entre 2020 e 2021, durante a pandemia de COVID-19 (BRASIL, 2023). No entanto, como o aborto inseguro é subnotificado como causa de morte materna, o próprio Ministério da Saúde reconhece a dificuldade de obter dados precisos, já que muitas mortes são registradas sob outras causas, indicando que os números provavelmente são ainda maiores. Diante da realidade dos riscos à vida e à saúde das mulheres devido ao aborto inseguro, o tema do direito ao aborto no Brasil tornou-se uma inegável questão de saúde pública.

No entanto, é crucial notar que a saúde não é o único ângulo relevante no debate sobre o tema, pois o direito ao aborto também reflete disparidades sociais, especialmente de gênero, raça e classe. Isso porque as mulheres que enfrentam os impactos mais devastadores da criminalização, lidando com risco de morte ou danos severos à saúde física e mental devido a abortos clandestinos e inseguros, são geralmente mulheres pobres, pretas ou pardas, moradoras de áreas periféricas e com baixa escolaridade (DINIZ; MEDEIROS, 2012). Na realidade da América Latina, essas mulheres são historicamente marginalizadas por diversas formas de opressão, conforme conceituado por Patrícia Hill Collins (1990) como uma matriz interligada de opressão, na qual gênero, classe e raça se entrelaçam em estruturas institucionais que moldam as vidas e vivências de mulheres desde aspectos íntimos até questões cotidianas, manifestando-se através do racismo, do legado da colonização e exploração histórica dos corpos, fazendo com que estes corpos estejam mais propensos a serem submetidos a distintas formas de violência e opressão (COLLINS, 1990).

Neste sentido, a pesquisa “Aborto e Raça no Brasil”, que analisou dados das Pesquisas Nacionais de Aborto de 2016, 2019 e 2021, revela que as mulheres negras são as mais afetadas pela negligência do Estado e pela criminalização do aborto. Os números mostram que as mulheres negras têm 46% mais chances de passar por um aborto ao longo de suas vidas em comparação com as mulheres brancas (DINIZ, et. al, 2023). Além disso, essas mulheres têm

quase o dobro de probabilidade de serem hospitalizadas ou morrerem devido a complicações relacionadas ao aborto. Os marcadores sociais que uma mulher carrega em seu corpo também influenciam diretamente sua capacidade de acessar serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, bem como aumentam a probabilidade de uma mulher se envolver em processos judiciais por aborto clandestino, principalmente porque são mais propensas a recorrer aos serviços de saúde pública após experienciarem complicações graves de abortos clandestinos e inseguros, sendo que a maior parte das denúncias por aborto são realizadas pelas próprias equipes médicas das unidades de saúde (DINIZ, et. al, 2023). Portanto, no Brasil, a criminalização do aborto vai além de ser apenas uma questão de saúde pública: é também um problema de justiça social. A prática do aborto é um reflexo das desigualdades sociais no país, onde fatores como cor/raça, pobreza e acesso à educação destacam a exposição dessas mulheres aos perigos associados ao aborto clandestino.

A criminalização do aborto, desta forma, pode ser entendida como um dispositivo punitivo em sua essência, pois embora a maior parte das mulheres que o vivenciam não sejam criminalizadas, seu impedimento atua como uma verdadeira estratégia política de manutenção dos corpos abjetos no espaço para eles destinado: para algumas mulheres, o lar e a maternidade; para as outras, as prisões e a morte. Assim, como afirma Biroli (2014), o cerne da questão não reside na prática do aborto em si, mas sim na questão de quem tem o poder de decidir sobre sua realização e em que condições essa decisão é tomada. Isso envolve a diferenciação entre contextos em que a prática é realizada de forma mais segura e aqueles onde se torna mais perigosa. Esta conjuntura, ao invés de desencorajar a prática do aborto, empurra as mulheres para a clandestinidade, obrigando-as a enfrentar os perigos da ilegalidade como única alternativa para preservar sua autonomia. É nesse contexto que podemos observar a reprodução, na atualidade, como uma questão de natureza eminentemente biopolítica, permeada por uma conexão intrínseca entre o controle da sexualidade, os discursos dominantes e a discussão em torno do direito ao aborto (BIROLI, 2014, p. 39). No contexto brasileiro, a biopolítica se manifesta de maneira proeminente por meio do controle exercido sobre os corpos das mulheres, principalmente através da violência que limita seu corpo ao papel de território reprodutivo, submetendo-as ao controle absoluto do poder soberano.

Estes corpos, moldados por mecanismos de controle social, são reinterpretados através da narrativa criminal e regulados pelos sistemas de justiça penal, de modo que passam a continuamente refletir a mensagem de que a mulher que pratica o aborto é a verdadeira criminosa, e não o Estado que a controla a fim de ressignificar o aspecto simbólico do útero,

que deixa de representar a vida para tornar-se, simbolicamente e efetivamente, uma prisão. Isso ocorre porque o impacto do biopoder sobre cada mulher varia de acordo com o quão desejável é a manutenção de sua vida para a perpetuação do modelo socioeconômico vigente. Assim, embora todas as mulheres estejam sujeitas ao controle reprodutivo, esse controle se manifesta de maneiras diferentes, mas sempre com o objetivo de perpetuar a ideia de que o útero é propriedade do Estado, usado como instrumento de discurso, controle e manutenção do poder.

Embora a criminalização seja a base desse impedimento, o silenciamento das mulheres que abortam a ultrapassa, ocorrendo de várias maneiras. Esse silêncio é uma característica que perpassa todos os corpos que enfrentam a prática do aborto: seja da mulher que o pratica na esfera da legalidade, mas que é estigmatizada; da que sobrevive e precisa calar-se sobre sua experiência, sob pena de ser criminalizada, da que é inserida no Sistema de Justiça Criminal pela prática abortiva ou da que se silencia por perder sua vida. O silêncio, portanto, funciona como um mecanismo de controle, obscurecendo experiências e ocultando vivências e vontades para manter uma realidade punitiva e discriminatória, desencorajando qualquer forma de resistência.

Portanto, o presente estudo, inserido na linha de pesquisa “Direito, Poder e Controle” e na área de concentração “Direito do Estado”, parte da hipótese de que o silenciamento das mulheres que enfrentaram o aborto clandestino e inseguro é um resultado da biopolitização dos corpos reprodutivos, que perpetua a criminalização social da prática, permitindo o surgimento de novas e diversas formas de vulnerabilidade e precariedade, e ao mesmo tempo opera como uma estratégia para manter e perpetuar o poder soberano do Estado sobre os corpos femininos. Diante disso, com a condução da pesquisa pretendo responder ao seguinte questionamento: de que forma a biopolitização do corpo reprodutivo promove a desumanização de mulheres brasileiras que passaram pela experiência do aborto clandestino?

Diante deste questionamento, o objetivo geral da presente pesquisa consistiu na investigação dos aspectos biopolíticos que influenciam o controle reprodutivo dos corpos femininos que abortaram na clandestinidade, a fim de compreender os mecanismos e forças de controle social que atuam sobre as mulheres que optam por abortar na clandestinidade e como são atravessadas pelo poder e impactadas pela ilegalidade, levando-as a uma condição de vida indigna e despolitizada. Ao mesmo tempo, os objetivos específicos desenvolveram-se nos seguintes pontos: (i) examinar os dados já constantes em pesquisas oficiais sobre a realidade do aborto clandestino no Brasil; (ii) identificar como a prática do aborto clandestino é visualizada nos principais círculos discursivos brasileiros e qual a implicação desta visão com a corrente

criminalização da conduta; (iii) analisar os conceitos de biopolítica, sexualidade e reprodutividade de acordo com as teorizações de Michel Foucault e Giorgio Agamben; (iv) interpretar os referidos conceitos à luz da biopolítica reprodutiva, bem como a partir de bases teóricas de cunho decolonial e feminista; (v) selecionar as participantes de pesquisa de acordo com a metodologia proposta e os critérios de inclusão e exclusão; (vi) realizar as entrevistas com as participantes da pesquisa, de modo a obter-se os itinerários abortivos; (vii) analisar criticamente os discursos obtidos por meio das entrevistas a fim de demonstrar possibilidade de existência de técnicas biopolíticas de desumanização de mulheres no Brasil e sua relação com a criminalização do aborto.

A pesquisa foi dividida em três metodologias distintas. Para a primeira etapa do trabalho, adotei o método da pesquisa bibliográfica, com o objetivo de investigar como as experiências de aborto de mulheres são abordadas na literatura científica. Para isso, conduzi buscas nas bases de dados Web of Science, Portal de Periódicos da Capes, Scielo, Scopus e Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES. A partir dessa revisão bibliográfica, optei por realizar uma análise transdisciplinar, utilizando o referencial teórico da biopolítica, inicialmente proposto por Michel Foucault e posteriormente desenvolvido por Giorgio Agamben, Penelope Deutscher, Silvia Federici, Rita Segato, Carolina Díaz e Joice Nielsson, com o intuito compreender as experiências relacionadas ao aborto clandestino no Brasil a partir dessa perspectiva.

O segundo estágio deste estudo foi realizado de forma empírica, adotando uma abordagem qualitativa, tendo em vista o intuito de analisar vivências de aborto clandestino a partir da realização de entrevistas com mulheres brasileiras. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal do Paraná (CEP/CHS), elaborado em estrita conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto recebeu o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 69451923.9.0000.0214, tendo o parecer favorável do CEP/CHS sido emitido em junho de 2023. A partir da aprovação do projeto, o contato com as participantes ocorreu entre os meses de julho e dezembro de 2023.

Para acessar as participantes da pesquisa, optei por empregar a técnica de amostragem em bola de neve, também conhecida como amostragem por referência encadeada, que consiste em uma seleção das participantes da pesquisa com base em critérios de inclusão específicos, seguida de um convite para que indiquem outras pessoas que possam ser adequadas para o

estudo (VINUTO, 2014). Através desta técnica, foi possível recrutar as dezesseis participantes que constituíram o *corpus* deste estudo.

À medida que os contatos foram estabelecidos com as participantes e suas participações na pesquisa foram confirmadas, a abordagem empírica prosseguiu com a adoção de um segundo método: a entrevista narrativa. O método da entrevista narrativa foi conduzido neste estudo por meio de cinco etapas distintas, conforme delineado por Bauer e Jovchelovitch (2002). Em um primeiro momento, houve o reconhecimento do campo-tema e formulação das questões que guiarão a entrevista. Após, ocorreu a realização das entrevistas, cada uma delas iniciada a partir da introdução da pergunta geradora (você pode me contar como foi sua experiência do aborto?). Em um terceiro momento, houve a coleta da narrativa central, momento em que as participantes falaram sobre suas vivências sem nenhuma interferência direta minha, de modo que puderam abordar suas experiências abortivas seguindo os caminhos e temas que lhes eram trazidos pela memória. Depois disso, abriu-se um momento de questionamentos, em que os pontos trazidos pelas participantes puderam ser abordados por mim, tendo sido realizadas indagações a fim de particularizar ou clarificar as experiências vividas. Por fim, na conclusão, foram realizadas conversas informais entre as participantes e eu, estas últimas não registradas, momento em que sentimentos latentes foram trazidos à tona.

Após a conclusão das entrevistas, as narrativas foram transcritas utilizando o processador de texto *Microsoft Word*, e o documento foi transferido para o software *Atlas.ti* para análise, categorização e subcategorização dos dados. A partir de uma análise minuciosa e detalhada dos tópicos abordados pelas participantes, foram selecionadas 992 citações, categorizadas por meio de 28 códigos. Assim, a pesquisa avançou para uma terceira etapa, que envolveu a reflexão e intersecção entre os dados empíricos coletados e aqueles obtidos de forma teórica. Para esta fase, optei por adotar a abordagem teórico-metodológica da Análise Crítica da Narrativa (ACN), fundamentada nas perspectivas de Bastos e Biar (2015). A partir desta metodologia, foi realizada a identificação e organização das estruturas narrativas, por meio de identificação de personagens, contexto temporal e espacial, além da descrição da sequência temporal das narrativas. Também foram identificados e contextualizados os qualificadores, que são marcadores discursivos que adjetivam ou caracterizam as personagens centrais, suas ações e experiências (BASTOS; BIAR, 2015). Com base nesses elementos, a presente dissertação foi estruturada de modo a promover diálogos entre as teorias discutidas, os dados empíricos obtidos, os objetivos delineados e a pergunta norteadora.

Nesse contexto, o estudo foi organizado em quatro capítulos, seguidos pela conclusão. No primeiro capítulo, foram delineadas as bases epistemológicas e os métodos que direcionaram o desenvolvimento do estudo, destacando-se os pontos de partida e os fatores subjetivos que influenciaram o processo inicial de pesquisa, e buscando-se desde o início evitar a neutralidade e a imparcialidade. Este capítulo foi subdividido em dois temas: no primeiro, busquei responder a questionamentos primordiais do estudo, a fim de situar quem escreve a pesquisa e sobre quem se escreve, reportando-me à necessidade de o estudo partir de uma epistemologia feminista e decolonial, pautada na utilização do “gênero” enquanto categoria de análise, a fim de fugir de neutralidades e evitar o estabelecimento de conceitos genéricos. Em seguida, abordei a metodologia empregada, que incluiu revisão bibliográfica, a utilização da técnica da “bola de neve” para a localização de participantes, as entrevistas narrativas e a análise das entrevistas. Também foram abordados os desafios éticos da pesquisa, os processos no campo, as preocupações expressas pelas participantes e por mim, o contexto das entrevistas e um resumo do contexto socioeconômico das participantes.

No segundo capítulo, composto por três seções, explorei a vinculação sócio-histórica entre o poder econômico capitalista e o poder soberano e biopolítico estatal sobre os corpos femininos. Inicialmente, examinei as conceituações de Michel Foucault sobre poder disciplinar e biopoder, destacando com seu marco teórico possibilita a compreensão do controle histórico da reprodução, em diálogo com as ideias de Penelope Deutscher e Silvia Federici. Em seguida, fiz uma breve exposição da teoria de Giorgio Agamben sobre biopolítica, procurando preencher lacunas na abordagem foucaultiana sobre a inclusão da vida humana nos mecanismos de poder e sobre a existência e perpetuação de um poder soberano estatal. Por último, explorei o conceito de biopolítica a partir de uma perspectiva feminista e decolonial. Para isso, recorri à teoria de Rita Segato, especialmente em suas análises sobre o patriarcado e a violência contra os corpos femininos na contemporaneidade. Em seguida, estabeleci conexões entre sua abordagem e a de Carolina Díaz, introduzindo o conceito de “vidas tributáveis”, derivado da ideia de “vidas nuas”, trazidas por Agamben. Por fim, explorei a teoria de Joice Nielsson sobre biopolítica de gênero e redução dos corpos femininos à sua esfera reprodutiva, para ilustrar a centralidade do útero e da proibição do aborto na discussão sobre o controle biopolítico exercido pelo Estado.

No terceiro capítulo, passei a tratar especificamente da pesquisa empírica, a partir de uma análise detalhada das narrativas e particularidades trazidas por cada participante. Primeiramente, introduzi o conceito de itinerários abortivos, que foi adotado ao longo da pesquisa para descrever os principais temas abordados pelas participantes ao discutir o aborto.

Em seguida, explorei as falas obtidas por meio das entrevistas, começando com a discussão detalhada sobre os métodos contraceptivos utilizados (ou não) e os cuidados durante a gestação indesejada, passando pelos momentos de desconfiança e descoberta da gravidez indesejada até chegar ao período de decisão sobre o aborto. Procurei analisar esses momentos dos itinerários à luz das dinâmicas de poder e dominação presentes nas vidas das participantes e em suas redes de apoio, bem como da relação entre as estratégias adotadas por cada mulher e os receios em relação à criminalização do aborto e à intervenção estatal sobre seus corpos, buscando entender como o controle reprodutivo exercido de forma biopolítica se manifesta nessas primeiras etapas das experiências de aborto.

O quarto capítulo, por sua vez, aborda o momento dos itinerários narrativos chamado de “intervalo”, em que trato da estrutura das redes de apoio e contatos estabelecidos pelas participantes ao longo dos processos abortivos e da escolha dos métodos abortivos. Após, trago à tona a apresentação dos relatos acerca do dia da realização do aborto, as dificuldades e sentimentos experimentados por cada participante, bem como os cuidados adotados posteriormente. Em seguida, trato das experiências vivenciadas junto a unidades de saúde, *locus* em que a desumanização dos corpos que abortaram se fez mais latente. Em cada um desses itens, exploro também as percepções, experiências e as violências decorrentes da clandestinidade, bem como a forma como cada um desses fatores se relaciona com critérios de raça e classe. Por fim, argumento sobre a forma que cada um desses momentos dos itinerários marcam a entrada e permanência das mulheres em um campo de indistinção, onde cada movimento precisa ser calculado e onde estão submissas a uma série de sofrimentos e violência, a fim de discutir como os itinerários revelam o controle reprodutivo exercido pelo Estado e seus agentes sobre diferentes mulheres brasileiras a partir do útero, consolidando uma verdadeira biopolítica de gênero.

Assim, levando em conta os fatores subjetivos que moldaram o início do processo de pesquisa, as metodologias adotadas, a relevância da temática do aborto e a necessidade de abordá-la sob uma perspectiva de poder, esta pesquisa visa integrar teorias, experiências e estudos para contribuir na promoção de direitos humanos, sexuais e reprodutivos, bem como na reivindicação de autonomia para os corpos que gestam. Busco, portanto, contribuir com o rompimento de um histórico silêncio que oculta a identidade das mulheres que recorrem ao aborto, bem como suas percepções sobre essa prática e o controle exercido sobre seus corpos e realidades.

2 O PERCURSO DA PESQUISA: CAMINHOS EPISTÊMICOS E TECERES METODOLÓGICOS

O debate acerca do aborto no contexto brasileiro é permeado por uma variedade de questões, que abarcam desde aspectos legais da prática, perpassam a questão da saúde pública e coletiva e desembocam em discussões morais, vivências culturais e realidades individuais. A discussão sobre o aborto pode partir de uma revisão das leis nacionais restritivas sobre a temática, dos protocolos técnicos e das políticas públicas de assistência ao abortamento existentes no Brasil. Ela também pode dizer respeito às consequências do aborto inseguro, da qualidade da assistência ginecológica-obstétrica prestada às mulheres e às formas a que cada uma delas tem acesso às práticas de cuidado, em uma perspectiva ético-profissional. Ainda, os debates podem envolver argumentos morais e religiosos sobre reprodução, sexualidade e sobre o valor da vida do feto e da mulher que o carrega. Em meio a tudo isso, a questão também envolve as perspectivas das mulheres que abortam, que constantemente buscam maneiras de superar os efeitos das proibições legais, enfrentando discriminações culturais e impulsionando mudanças no acesso e na qualidade da assistência, encobertas pela persistente presença do estigma, do segredo e do silêncio.

Esta polifonia discursiva delinea a complexidade inerente à abordagem acadêmica do aborto. A sua natureza multifacetada demanda uma compreensão abrangente, advinda de diversos domínios do conhecimento, incluindo o direito, mas também a política contemporânea, a antropologia, a história e a saúde coletiva (BARONE, 2018, p. 21). Assim, engajar-se neste campo implica confrontar o desafio de lidar com a amplitude e a complexidade do tema, bem como a dificuldade em definir-se limites claros para um problema que se manifesta sob diversas roupagens. Diante disso, a fim de evitar recair em armadilhas oferecidas pelo próprio campo de pesquisa, e compreendendo que uma questão dessa magnitude não pode ser abordada em todas as suas nuances em uma dissertação de mestrado, entendo ser necessário trazer à tona as escolhas, delimitações e recortes feitos em relação ao objeto de pesquisa.

Inicialmente, é importante destacar que os percursos trilhados na pesquisa não são neutros, mas sim influenciados por valores e elementos subjetivos. Becker (1977, p. 123) aborda a questão da neutralidade na pesquisa científica observando que ao investigar problemas relevantes para nossa sociedade, os pesquisadores se deparam com uma encruzilhada: enquanto alguns buscam não tomar partido, alegando que uma pesquisa verdadeira deve ser desprovida de valores, outros defendem que uma pesquisa carece de profundidade e utilidade se não adota

uma posição de valor. No entanto, segundo o autor, o primeiro posicionamento é impossível, pois a neutralidade é incongruente com o desenvolvimento de qualquer pesquisa, seja ela política ou apolítica (BECKER, 1977, p. 127). O autor argumenta que, no fazer científico, não podemos evitar tomar partido, já que “o cientista que se propõe a entender a sociedade deve entrar suficientemente na situação para ter dela uma visão global” (BECKER, 1977, p. 136). Assim, a neutralidade não é viável nem esperada no âmbito científico, pois inevitavelmente assumimos posições, influenciados por nossos compromissos pessoais e políticos. Portanto, a subjetividade, mais do que uma escolha, é uma parte intrínseca do conhecimento científico, não devendo ser evitada, e tampouco podendo sê-lo. Para Becker, “não é se devemos ou não tomar partido, já que inevitavelmente o faremos, mas sim de que lado estamos nós” (BECKER, 1977, p. 123).

Assim, as escolhas de referenciais teóricos, epistemológicos e metodológicos não podem ser consideradas de forma alguma como objetivas, neutras ou imparciais, sendo necessário que fronteiras sejam delineadas para mostrar até que ponto as descobertas de um estudo podem ser aplicadas sem ultrapassar os limites do problema de pesquisa (BECKER, 1977, p. 123). Portanto, antes de mergulhar nas discussões sobre o objeto de estudo, entendo por crucial destacar meus pontos de partida e os elementos subjetivos que moldaram o processo cognitivo inicial de minha pesquisa.

Isso envolve a seleção do objeto de estudo e seus recortes, como indicado na introdução, mas não somente isso. Tratar de caminhos e recortes também implica demonstrar a escolha e organização dos referenciais teóricos, o contexto epistemológico subjacente e as escolhas metodológicas que delineiam cada fase da pesquisa. Além de evidenciar um compromisso com a transparência metodológica, essa abordagem permite compreender o processo pelo qual os resultados foram alcançados, à luz do quadro teórico estabelecido e da identificação da lacuna que motivou o estudo. Portanto, em um primeiro momento, busco elucidar os recortes epistêmicos específicos do objeto em análise, respondendo a algumas questões que tomo como fundamentais: *quem escreve? De quem/para quem se escreve?*

Depois de estabelecer os fundamentos epistemológicos necessários, avançarei para a próxima etapa deste capítulo, onde apresentarei a base metodológica que orientou toda a pesquisa, juntamente com os métodos utilizados para coletar as narrativas. Esta seção será dividida em dois subtemas: primeiro, explicarei os aspectos metodológicos do estudo, detalhando as abordagens adotadas no curso da pesquisa, como a revisão de literatura, a técnica de “bola de neve” para localizar os participantes, as entrevistas narrativas e a Análise Crítica da

Narrativa. Em seguida, compartilharei reflexões sobre a experiência da pesquisa empírica e as percepções do campo-tema, incluindo o processo de realização da pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa, as considerações éticas e estratégias utilizadas nas entrevistas e a aplicabilidade das metodologias adotadas em cada parte do processo. Por último, farei uma breve análise do perfil socioeconômico das participantes da pesquisa.

2.1 VOZES, SILÊNCIOS E DIZERES: A RELEVÂNCIA EM DISCUTIR-SE O ABORTO A PARTIR DE UMA EPISTEMOLOGIA FEMINISTA E DECOLONIAL

Quem escreve? A fim de responder ao primeiro questionamento, me situo na presente pesquisa: eu, mulher branca, pernambucana, de classe média, que tive a oportunidade de estudar em escolas particulares, graduada em Direito e graduanda em Letras-Português, discente no programa de pós-graduação de uma universidade pública, que me possibilitou circular e habitar espaços de debates, questionamentos e críticas. Ao mesmo tempo, eu, corpo que possui um útero que sangra; corpo que cotidianamente se vê inserido na corrosiva estrutura do patriarcalismo; corpo que performa, repete e recita códigos e gestos socialmente investidos como naturais desde o nascimento. Eu, corpo instruído, reinscrito, performático; um corpo, de muitas formas, marcado, pelos afetos e desafetos, pelo amor e pela violência. Corpo que sangra, que engravida. Corpo que aborta.

Essa junção de elementos, posições e formas de *estar* e *ser* no mundo fizeram com que, mesmo não tendo iniciado minha jornada acadêmica com o foco no tema do aborto, ele tenha orbitado a minha vida por diversas razões desde que ingressei no Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Paraná. Ao longo de diversos encontros com mulheres e movimentos feministas¹, e a partir de variadas experiências, influenciadas tanto pela minha rede de contatos quanto pelas leituras, deslocamentos e dinâmicas proporcionadas pelo mestrado, a minha percepção do mundo foi gradualmente se transformando, e a questão do aborto foi se revelando para mim, primeiro em sussurros, depois por meio de gritos impossíveis de serem ignorados. Uma questão que, ao se mostrar, suscitou sofrimentos, mas também questionamentos e a necessidade de adentrar em processos pessoais e acadêmicos de desconstrução.

¹ Utilizo aqui o termo “feminismos” no plural com a intenção de abarcar suas diversas correntes, interpretações e lutas, que abrangem corpos de diferentes classes, etnias, raças, idades e gerações.

É nesse caminho, em muitos pontos árduo e imbrincado, em outros satisfatório e engrandecedor, que tento responder a alguns dos questionamentos que me fiz quando a questão do aborto primeiro se apresentou para mim: *por que fazem isso conosco?* No percurso para responder este questionamento, diversas outras questões, teorias e noções se revelaram como um leque, amplificadas a partir do momento em que pude compartilhar minhas angústias e pensamentos com outras mulheres. Assim, é diante da pessoalidade deste trabalho, de sua quebra com uma pretensa neutralidade ou imparcialidade, que escrevo em primeira pessoa, trazendo percepções também individuais, mas marcadas pelo tom do coletivo.

A pesquisa em primeira pessoa, como apontado por minha colega Patrícia Silveira da Silva (2022) em sua importante dissertação de mestrado, é essencial para situar-me não apenas como autora, mas também como sujeito da pesquisa. Isso implica reconhecer que meu trabalho não está separado de minha subjetividade como pesquisadora e como pessoa (SILVA, 2022, p. 24), e tampouco de minhas razões, verdades e do questionamento para o qual ainda não tenho resposta, mas sobre o qual já me equilibro sobre as duas pernas, conseguindo olhar mais longe do que no primeiro dia, certamente menos que amanhã. É a partir de todos estes elementos que me situo: como pesquisadora, como sujeita de pesquisa, como mulher.

A partir disso, lanço a segunda questão que me propus a responder no presente capítulo: *de quem se escreve?* A presente pesquisa, moldada sobre bases teóricas e empíricas, trata de dois grupos distintos: das sujeitas que compõem o estudo na qualidade de participantes, e daquelas que não integram o estudo, mas de quem se fala. Embora em muitos momentos eu me refira a estes dois grupos como “pessoas”, ou como “pessoas que abortam”, majoritariamente utilizei o termo “mulheres” para abordá-los, um recorte que certamente não se dá sem algumas explicações. Ao empregar o termo “mulheres”, não ignoro que os corpos que menstruam, engravidam e abortam são diversos, heterogêneos e plurais, e tampouco que essas questões e vivências não são exclusivas das mulheres, mas também afetam homens transexuais, pessoas não binárias e outros corpos que não se identificam com nenhuma destas categorias, mas que também passam por gestações não planejadas e procuram por procedimentos de aborto.

No termo de consentimento aplicado às participantes não fiz menção específica de que o grupo-alvo do estudo eram mulheres. Em vez disso, indiquei apenas que buscava entrevistar “pessoas que tenham vivenciado uma gestação indesejada e recorrido ao procedimento do aborto”. No entanto, não houve a participação de homens trans ou pessoas não binárias no estudo: todas as sujeitas que decidiram participar se identificaram como mulheres cisgêneros. Portanto, embora muitas das questões levantadas neste estudo possam ser relevantes para

homens trans e pessoas não binárias que passam pela experiência de uma gravidez, as peculiaridades vivenciadas por estes corpos específicos não foram abordadas no decorrer desta pesquisa. Todavia, reconheço que estas questões são de extrema importância e merecem análises minuciosas e aprofundadas, ancoradas em referenciais teóricos, metodológicos e epistemológicos específicos que, dado o limite de tempo, ultrapassam o escopo desta pesquisa.

Portanto, a escolha em utilizar o termo “mulheres” foi feita porque, com base no conjunto de dados ao qual tive acesso, a questão do aborto e suas implicações foram abordadas predominantemente a partir de uma “voz feminina”, dos seus silêncios e dizeres. Essa voz revelou não apenas os aspectos físicos e emocionais da interrupção da gestação, mas também questões relacionadas aos ideais de maternidade e ao custo social, moral e psicológico da quebra desses ideais; às dificuldades de acesso à contracepção e aos cuidados sexuais e reprodutivos pré e pós-abortamento; ao controle social exercido sobre os corpos, tanto pelo Estado quanto pelas figuras masculinas, e diversas outras questões que ressaltam a raiz de opressão de gênero, do patriarcado e da misoginia. Como destacado por Foster (2023), essas questões são tão prevaletentes no debate sobre o aborto porque a grande maioria das pessoas que necessitam de abortos são, necessariamente, mulheres. Portanto, ao utilizar-me deste termo não busco excluir determinados corpos, mas sim demonstrar que nas narrativas, falas e experiências compartilhadas pelas sujeitas da presente pesquisa, suas demandas, angústias, sofrimentos e constrangimentos derivam do fato de serem lidas socialmente enquanto mulheres.

Ainda, ao adotar o termo “mulheres”, busco tratá-lo de forma ampla, evitando a rigidez e a imutabilidade associadas aos feminismos eurocêntricos e embranquecidos, vinculados a políticas de identidade que buscam representar uma categoria que presumidamente englobaria todas as mulheres como uma entidade homogênea. Para isso, antes de entender quem são as mulheres que, na presente pesquisa, passaram pela experiência do aborto, é necessário delinear o que significa “ser mulher” sob uma perspectiva de gênero, e como corpos tão diversos podem ser englobados dentro da mesma categoria sem que isso seja feito de maneira excludente ou simplista.

A filósofa francesa Simone de Beauvoir, em sua célebre afirmação “não se nasce mulher, torna-se mulher” (BEAUVOIR, 1980, p. 09), apresenta os primeiros esboços sobre o que significa “ser mulher” sob uma perspectiva de gênero. Apesar de a autora não ter abordado explicitamente o conceito de gênero como uma categoria analítica, ela introduziu o elemento crucial que viria a moldar esse conceito, ao pioneiramente dissociar a construção do feminino de sua base estritamente biológica. Para a autora, o que define a situação da mulher no mundo,

mais do que um órgão sexual específico, é a sua representação enquanto identidade determinada em oposição à figura do homem. Assim, ao discutir o feminino, a filósofa o faz considerando o esvaziamento de valores e a negação do direito de poder que resultam da definição de um corpo específico como “mulher” (BEAUVOIR, 1980, p. 23).

A obra da historiadora norte-americana Joan Scott (1990) oferece uma interpretação das percepções trazidas por Beauvoir a partir da adoção do gênero enquanto categoria de análise. Scott (1990, p. 05) defende que o conceito de gênero foi integrado pelas ciências como uma contrapartida ao determinismo biológico nas interações entre os sexos, enfatizando sua essência primordialmente social. Ao adotar o gênero como uma categoria de análise politizada, ou seja, não apenas substituindo “mulher” por “gênero”, mas considerando a existência tanto de homens quanto de mulheres na composição do conceito, bem como suas interconexões, hierarquias e relações de poder, a autora possibilitou “uma revisão crítica das premissas e dos critérios do trabalho científico existente” (SCOTT, 1990, p. 06), incluindo os corpos femininos em uma análise sobre o significado e a natureza de sua opressão.

Assim, para a autora, o gênero é “um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos [...] um primeiro modo de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1990, p. 14). Essa constatação traz duas premissas: a primeira é que no núcleo da concepção de gênero está o saber que significa as diferenças corporais, de modo que ele não reflete distinções intrínsecas entre homens e mulheres, mas estabelece significados e organiza a diferença sexual. De acordo com a autora, “esses significados variam de acordo com as culturas, os grupos sociais e no tempo, já que nada no corpo, incluídos aí os órgãos reprodutivos femininos ou masculinos, determina univocamente como a divisão social será definida” (SCOTT, 1990, p. 13). A segunda premissa é que o gênero é a primeira maneira de dar significado às relações de poder, também podendo ser compreendido como o meio através do qual o poder é articulado e distribuído.

A interpretação do gênero como um elemento essencial das relações sociais, baseadas nas distinções entre os sexos, implica que as representações culturais associadas ao masculino e ao feminino são necessariamente moldadas por conceitos normativos que atribuem significado a essas representações em diferentes contextos sociais e históricos, manifestados por meio da religião, ciência, educação e direito, que naturalizam a forma de uma oposição binária, aparentemente fixa e permanente, entre homem e mulher, masculino e feminino (SCOTT, 1990, p. 20). Por esse motivo, Scott (1990, 86-88) entende ser crucial reconhecer que a aparente naturalidade dessa representação binária é, na realidade, condicionada por debates e

repressões que levam a essa percepção e perpetuam o dilema da diferença ao normalizar as desigualdades binárias como supostamente naturais.

Além disso, ao considerar o gênero como a primeira forma de significar e tornar compreensíveis as relações de poder, a autora argumenta que essas noções se influenciam mutuamente, de modo que o gênero pode ser entendido como um campo primário através do qual o poder é articulado e exercido como uma forma de dominação política (SCOTT, 1990, p. 87). Nessa perspectiva, o gênero é visto como um elemento central na ramificação do poder e, conseqüentemente, na distribuição da desigualdade, de modo que a estrutura hierárquica da sociedade depende da compreensão e da reprodução das relações de poder consideradas naturais entre mulheres e homens (SCOTT, 1990, 86-88).

A partir da estrutura conceitual estabelecida por Simone de Beauvoir (1980) e Joan Scott (1990) em relação ao que significa “ser mulher”, a filósofa norte-americana Judith Butler (2003) buscou criticar a tendência do movimento feminista de concentrar-se exclusivamente na construção de um sujeito feminino a partir da categoria “mulher”. De acordo com a autora, a rigidez desta categoria como forma de qualificar corpos que se situam de formas similares no mundo desconsidera os processos através dos quais as identidades e os sujeitos são formados, bem como a formação de mecanismos que influenciam a produção e a reprodução destas identidades (BUTLER, 2003, p. 20). Assim, a autora propôs uma nova interpretação do conceito “gênero”, questionando a associação convencional entre sexo/gênero e natureza/cultura e destituindo a naturalidade não apenas dos elementos individuais da tríade sexo/gênero/sexualidade, mas também de sua própria estruturação.

Para Butler (2003), o fato de o próprio conceito de gênero estar calcado na diferença sexual explica a razão pela qual a construção das identidades dos sujeitos se dá necessariamente a partir do estabelecimento de pares em oposição (sexo/gênero, natureza/cultura, por exemplo), compondo uma estrutura binária situada enquanto essencialmente naturalística. A autora argumenta que essa polarização, embora carregue em sua superfície a divisão dos sujeitos em homens e mulheres e dos comportamentos em masculinos e femininos, traz consigo implicações muito mais profundas, pois ao mesmo tempo em que reafirma a distinção entre os corpos, também os enxagua de uma artificial natureza gendrada pré-discursiva, tornando sexo, gênero e sexualidade categorias de baixa reflexividade discursiva e ignorando as possibilidades de compreensão que suas dimensões não apenas permitem, mas requerem (MARTINS, 2021, p. 113).

Assim, a incorporação dos signos homem/mulher de forma binomial dentro do sistema sexo-gênero não somente distingue corpos, mas também é responsável por fazer com que distintas e diversas práticas e comportamentos sejam vistas como condições inerentes a estes corpos, diferenciados não apenas por aparelhos genitais, mas também pela apresentação de comportamentos coerentes a um ou outro sexo e aos seus respectivos moldes de expressão da sexualidade. Este estabelecimento de ideias muito bem definidas sobre o que constitui a igualdade e a diferença conseqüentemente promoveu a criação de figuras arquetípicas de um e outro gênero, situadas em condições diametralmente opostas de significado, de modo que a própria identidade sexual é uma construção moldada por forças políticas que buscam manter a polarização sexual na organização dos corpos. Assim, a internalização desta ficção de dualidade não é aleatória, na medida em que a limitação do espaço de originalidade na atuação dos corpos os mantêm em seu devido lugar dentro das hierarquias do poder.

Por essa razão, para a autora, o gênero é também o “meio discursivo/cultural pelo qual ‘a natureza sexuada’ ou ‘um sexo natural’ é produzido e estabelecido como ‘pré-discursivo’, uma superfície politicamente neutra sobre a qual age a cultura” (BUTLER, 2003, p. 25). Isso implica que, segundo a teoria de Butler, a identidade de gênero pode ser entendida como um mecanismo que nega as semelhanças naturais, assim como a divisão binária da humanidade pode ser interpretada como a negação das identidades sexuais que não se encaixam em categorias fixas. Portanto, trata-se de uma forma de poder baseada em um padrão normativo heterossexual, que promove certas configurações de corpos e vidas ao mesmo tempo que exclui outras.

A partir disso, Butler elaborou o conceito de performatividade, compreendendo que o próprio gênero é um ato performativo: “o gênero é a estilização repetida do corpo, um conjunto de atos repetidos no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida, a qual se cristaliza no tempo para produzir a aparência de uma substância, de uma classe natural de ser” (BUTLER, 2003, p. 59). Elsa Dorlin (2021), ao analisar o conceito de performatividade proposto por Butler, entende que o corpo “não é uma materialidade pura, pré-cultural, pré-discursiva, ‘virgem’ de todo poder” (DORLIN, 2021, p. 112), de modo que não é possível concluir que os corpos necessariamente correspondem a um sexo e, conseqüentemente, a um gênero, “como se houvesse uma determinação materializada do sexo em relação ao gênero atravessada pelo corpo” (MARTINS, 2021, p. 139). Para Dorlin (2021), o corpo é anterior ao seu significado sexuado, de modo que o gênero é responsável por “construir o caráter fundamentalmente não construído do sexo” (DORLIN, 2021, p. 113) e, conseqüentemente, a performatividade diz

respeito à modulação da atuação deste corpo no mundo, de modo a mantê-lo limitado pelos marcadores sexuais (DORLIN, 2021, p. 114).

Portanto, a inserção do conceito da performatividade na distinção entre sexo e gênero e a contribuição destas noções na formação identitária implica perceber que os corpos são artificialmente gendrados, o que, conforme Fernanda Martins (2021, p. 140), parece “apontar para a conclusão de que gênero não é algo que somos, é algo que fazemos, um ato, ou mais precisamente, uma sequência de atos, um verbo em vez de um substantivo, um ‘fazer’ em vez de um ‘ser’”. O gênero, portanto, representa a cristalização de uma estrutura através da afirmação do que se acredita ser. Essa cristalização, no entanto, de acordo com Butler (2003), não é absoluta. Retomando a afirmação de Beauvoir, a autora aponta que “tornar-se mulher” significa, necessariamente, que mulher é um termo aberto a ressignificações e a intervenções, não dizendo respeito a uma unidade, mas a um contingente heterogêneo, entrópico e instável (BUTLER, 2003, p. 35).

Assim, as mulheres que compõem o presente estudo, tanto na posição de *quem fala* quanto *sobre quem se fala*, não são abordadas a partir de uma definição absolutamente determinada. Não se busca, como aponta Butler (2003, p. 21-22), desfazer-se da categoria, mas sim de “tentar aliviá-la de seu peso fundamentalista, a fim de apresentá-la como um lugar de disputa política permanente”. Portanto, ao abordar as “mulheres”, busco distanciar-me do viés normativo e excludente que desconsidera a diversidade de experiências, dimensões e diferenças presentes nos corpos femininos, a fim de transformar o conceito em um espaço de significados em constante redefinição, possibilitando a compreensão das múltiplas maneiras de referir-se a esses corpos que menstruam, engravidam, abortam e compartilham suas vivências. A “voz das mulheres” que busco apresentar neste estudo, portanto, não remete a uma essência ou autenticidade feminina comum, mas sim às particularidades que individualizam cada uma das sujeitas.

É por essa razão que, mais do que situar o conceito “mulheres” a partir da noção de gênero, a presente pesquisa, ao promover um recorte de *quem fala* e *sobre quem se fala*, situa-se dentro de uma epistemologia que se preocupa em investigar vivências e realidades de forma situada. O conceito de epistemologia, conforme abordado por Tabuchi e Rossi (2023, p. 02), refere-se a um domínio do conhecimento preocupado em examinar de que forma as relações de poder influenciam as crenças das pessoas e investigar de que maneira determinadas técnicas ou disposições são tomadas como verdade. Além disso, a noção de epistemologia procura determinar quais questões merecem investigação, além de quais referenciais interpretativos são

pertinentes para analisar descobertas e quem tem autoridade para falar e, portanto, gerar conhecimento (TABUCHI; ROSSI, 2023, p. 02).

Ao longo da história, foram promovidas diversas tentativas de estabelecer-se técnicas e discursos científicos dotados de universalidade, aplicáveis em qualquer circunstância e contexto. No decorrer dos últimos séculos, uma perspectiva epistemológica de orientação positivista, composta por correntes variadas que compartilham uma matriz comum, tem prevalecido nos estudos científicos, postulando a racionalidade, objetividade e neutralidade como os pilares para o desenvolvimento e validação do conhecimento (GORTON, 2016, p. 31). Contudo, esta epistemologia positivista e secular gradualmente revelou suas falhas e lacunas, sobretudo ao considerar-se a produção do conhecimento nas ciências humanas e sociais, especialmente no que diz respeito à distância entre o pesquisador e o objeto de estudo e à noção de neutralidade inerente ao conhecimento científico válido (GORTON, 2016, p. 31).

Essas limitações se tornaram objeto de análise de diversos movimentos e grupos que passaram a questionar a suposta neutralidade e alcance universal do modelo epistemológico positivista, entre os quais o movimento feminista (WILLIAMS, 1993, p. 63). As críticas feministas, em suas múltiplas correntes e vertentes, apontam que a suposta neutralidade da epistemologia positivista serve, na verdade, para ocultar a hierarquia de poder pela qual os produtores de conhecimento impõem suas próprias visões e interpretações sobre os objetos estudados. Portanto, em vez de ser neutra, objetiva e universal, a abordagem racionalista e suas categorias analíticas refletem as características dos sujeitos tomados como produtores do saber, situados a partir de um referencial masculino, branco, heterossexual, burguês e eurocêntrico, de modo que as questões e explicações científicas refletiam (e, em certa medida, ainda refletem) apenas as perspectivas cognitivas, éticas e políticas de um grupo social bastante específico (WILLIAMS, 1993, p. 64).

A partir dessa conscientização, os feminismos passaram a se opor à perpetuação da legitimação de “homem” enquanto categoria neutra, dissimulada sob a aparência de universalidade, passando a elaborar epistemologias e métodos alternativos de produção de conhecimento que levassem em conta as experiências das mulheres (WILLIAMS, 1993, p. 68). O presente estudo não se propõe a explorar todas as nuances do pensamento epistemológico feminista, ramificado em diversas vertentes e pensamentos, que abarcam desde esforços para expor o viés androcêntrico subjacente à formulação de leis gerais nas ciências naturais e humanas; perpassam a proposta de uma desconstrução radical de categorias analíticas, verdades consideradas absolutas e narrativas sobre história e relações de poder, e englobam também

abordagens que não visam necessariamente dismantlar esses conceitos, mas sim reconstruí-los de modo a criar formas de superação e resistência (WILLIAMS, 1993, p. 68). No entanto, mesmo sem adentrar nas especificidades destas correntes, destaco que a crítica feminista à ciência apresenta uma abordagem que, ao colocar as experiências das mulheres como objeto central de análise; incluir a investigação de fenômenos e questões fundamentais para diversas vivências femininas e revelar as condições sociais que influenciam os corpos femininos em distintas esferas, promove uma verdadeira revolução epistêmica, a partir da qual as respostas não são mais buscadas por meio do estabelecimento de verdades puras, absolutas e inquestionáveis, mas sim através da compreensão de fenômenos e transformações, em que o próprio ato de pesquisar é tomado a partir de um elemento subjetivo, evidenciando que o sujeito que busca o conhecimento não é uma entidade invisível, mas sim um indivíduo real, histórico, moldado por marcadores sociais e motivado por desejos e interesses específicos (HARDING, 1996, p. 16).

Portanto, este estudo não busca esgotar o tema do aborto nem estabelecer uma verdade universalmente válida sobre essa experiência. Em vez disso, parte de um reconhecimento do conhecimento situado, entendendo que os diversos participantes envolvidos, direta ou indiretamente, não são neutros ou impessoais, mas sim influenciados pelas contingências e contextos sociais que moldam suas experiências individuais e coletivas. Ao considerar o gênero como uma categoria analítica das interações sociais e da construção do conhecimento a partir das experiências tanto dos sujeitos que se expressam quanto dos sujeitos sobre quem se fala, o estudo se orienta pela autocritica dos feminismos, afastando-se de abordagens que buscam criar categorias fixas, como a da “mulher universal”, que se baseia unicamente em sua vulnerabilidade e subalternidade.

A partir disso, entendo que as formulações teóricas e epistemológicas apresentadas até então, embora essenciais para compreender a construção do sujeito feminino em um sentido amplo, não são suficientes para abordar as sujeitas desta pesquisa. De acordo com Tabuchi e Rossi (2023), um risco significativo ao adotar a epistemologia feminista hegemônica é recair naquilo que ela mesma critica: a sobrevalorização de uma noção de “sujeito feminino universal”, derivada da premissa geral de que todas as mulheres são oprimidas pela estrutura patriarcal, o que implicaria em uma condição comum para o gênero feminino, universalizado através de sua vulnerabilidade, sem levar em conta as experiências diferenciadas moldadas por fatores como raça, sexualidade, classe, religião, localização geográfica, entre outros (TABUCHI, ROSSI, 2023, p. 07). Portanto, uma abordagem que se limita apenas à

epistemologia feminista e aos conceitos de gênero ao tratar das “mulheres” de forma ampla não é suficiente. Isso se deve ao fato de que somos mulheres latino-americanas, inseridas no contexto contemporâneo do Brasil, marcadas por experiências diversas em termos de raça, geração e classe, que carregam as marcas profundas da colonização, vivências estas que não foram adequadamente consideradas pelas correntes e pensamentos até então apresentados. A partir disso, o direcionamento de olhares aos feminismos negros e decoloniais parece ser uma solução para evitar recair na hegemonia, na medida em que oferecem críticas ao conceito de “mulher” proposto pelas teorias feministas dominantes.

A filósofa dominicana Yuderkys Espinosa-Miñoso (2014) aponta que a epistemologia feminista hegemônica é fundamentada em uma lógica que sobreleva a mulher branca, burguesa e heterossexual à condição de norma. Essas mulheres que, segundo Tabuchi e Rossi (2023, p. 10), “gozam do privilégio epistêmico configurado pelas suas origens de classe e raça”, embora tenham se dedicado a identificar a legitimação da figura do homem enquanto categoria universal e a exclusão das vivências femininas nos processos de construção do conhecimento tido como válido, desconsideram a influência histórica do racismo e da colonialidade como elementos fundamentais da opressão vivenciada por outras mulheres (TABUCHI, ROSSI, 2023, p. 10). Por sua vez, os discursos decoloniais, majoritariamente elaborados por autores masculinos a partir da questão da raça, frequentemente desconsideram a questão do gênero, apontado como dado natural, de baixa reflexividade, inferior quando comparado à relevância do critério de raça (ESPINOSA-MIÑOSO, 2014, p. 9).

A partir da interseção entre essas duas constatações, Espinosa-Miñoso (2014) argumenta que tanto o universalismo da teoria feminista não é adequado para interpretar e analisar a realidade das mulheres racializadas em territórios colonizados, quanto os estudos decoloniais negligenciam a experiência das mulheres subalternizadas, colonizadas e marginalizadas. Assim, ambas estas epistemologias falham em articular um projeto de descolonização do sujeito feminino, situando estes corpos em uma dupla ausência, ocupando um espaço não reconhecido, onde suas lutas são ignoradas e suas demandas não são atendidas. Portanto, Espinosa-Miñoso (2014) defende a necessidade de construir uma epistemologia feminista decolonial, que se oponha tanto à corrente hegemônica do feminismo quanto aos discursos decoloniais restritivos (ESPINOSA-MIÑOSO, 2014, p. 7).

Portanto, este estudo, dedicado à compreensão das experiências das mulheres que ocupam esse não-lugar, compromete-se a romper com a epistemologia feminista hegemônica, que não considera o gênero a partir de uma perspectiva influenciada especificamente pelas

relações de poder decorrentes das distinções de classe, raça/etnia, geração e território, e que deixa de reconhecer a colonialidade como um elemento essencial para entender a complexidade dessas experiências. Para tanto, aproprio-me do pensamento de Espinosa-Miñoso (2014) acerca da necessidade em falar-se a partir de uma epistemologia feminista, decolonial e transformadora, e também da antropóloga dominicana Ochy Curiel (2020), que argumenta que a consolidação desta epistemologia requer uma análise da interseccionalidade que reconheça a interdependência entre cada forma de opressão, a fim de possibilitar a produção de conhecimento não com base na hierarquização de sofrimentos, mas sim através de uma compreensão abrangente das diversas experiências vividas por mulheres (CURIEL, 2020, p. 131). Neste sentido, trago a definição de interseccionalidade cunhada por Kimberlé Crenshaw (1989):

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (CRENSHAW, 1989, p. 177).

Portanto, empreender uma investigação fundamentada na interseccionalidade implica, em primeiro lugar, reconhecer que as sujeitas que compõem o estudo não são portadoras de identidades fixas e não se situam de forma estática sob uma ou outra forma de opressão; ao contrário, são sujeitas históricas e sociais em constante processo de interpretação e significação, moldadas por diversas experiências, influências e estruturas de subordinação (CURIEL, 2020). Especificamente, ao tratar do tema do aborto sob uma perspectiva interseccional, é crucial compreender que as experiências reprodutivas das mulheres que falam não podem ser interpretadas de forma dissociada de suas realidades, sendo essencial adotar sua perspectiva, emanada de um lugar de fala que lhes confere autoridade sobre essa experiência.

Portanto, de acordo com Curiel (2020, p. 121-122), embora as análises provenientes de países desenvolvidos sejam relevantes, dado que o feminismo pode e deve transcender fronteiras, o reconhecimento teórico e o espaço de fala das feministas latino-americanas é fundamental para que o conhecimento acerca destes corpos e dos locais que ocupam seja validado. Essa abordagem está alinhada com a argumentação de Spivak (2010) de que a subalternização das mulheres deve ser analisada a partir de suas próprias vozes, que sempre estiveram presentes, embora nem sempre tenham sido legitimadas pela ciência.

É por isso que, ao esboçar este estudo, não o faço com a intenção de representar alguém ou de falar em nome das mulheres (SPIVAK, 2010). Pelo contrário, integro o debate teórico e epistemológico sobre interseccionalidade, reconhecendo os marcadores sociais que carrego comigo para destacar minha posição e perspectiva, evitando assim a neutralidade, mas ao mesmo tempo reconheço que somente as mulheres que passaram pelo aborto, marcadas pela colonialidade persistente de uma América Latina com veias ainda abertas, podem verdadeiramente falar sobre suas próprias experiências, sobre suas vivências únicas dentro de uma periferia global (SPIVAK, 2010). Isso se deve ao fato de que a experiência do aborto, assim como muitas outras que marcam os corpos femininos, é algo vivido de forma particular, de modo que somente as mulheres possuem local de fala para definir com precisão o que sentiram e o que viveram.

Portanto, meu objetivo é situar essas mulheres e evidenciar como seus discursos são moldados e apresentados ao longo da história, sem reduzi-las a sujeitos representados a partir do reconhecimento de sua vulnerabilidade, evitando assim cair em uma perspectiva essencialista ou salvacionista. Reconheço também as limitações que podem surgir em minha interpretação a partir da adoção desta abordagem, uma vez que minha escrita não fala pelas mulheres, mas apenas as analisa e interpreta dentro do quadro teórico estabelecido neste trabalho, que nem sempre pode ser o mais preciso para observar determinadas questões, de modo que o presente estudo representa apenas um passo em uma jornada mais ampla, que ainda precisamos percorrer, para compreender como determinadas experiências se manifestam nas vidas de distintas mulheres.

A partir disso, pretendo trazer à luz a vivência do aborto clandestino, que parece afetar mulheres de maneiras distintas, e refletir sobre ela a partir de uma perspectiva genuinamente feminista e decolonial. Isso implica considerar a matriz das opressões que marcam diferentes corpos e examinar aspectos da persistência do controle sobre os corpos por meio de suas vivências sexuais e reprodutivas, onde a proibição do aborto surge como uma forma cruel de manter esses corpos dentro dos limites das vivências e performances atribuídas a eles. Busco, portanto, novas abordagens interpretativas para compreender os significados do aborto e suas interações com as estruturas de poder na sociedade brasileira contemporânea e, com base nestas abordagens, valorizando a complexidade dos sujeitos envolvidos, afasto esta pesquisa de um pretense compromisso com a construção de um conhecimento unidirecional, optando por uma abordagem que reconheça a multiplicidade de facetas das sujeitas *que falam*, das sujeitas *de*

quem se fala, tomando-as não apenas como sujeitas de pesquisa, mas como mulheres, em todos os seus possíveis significados e dimensões.

2.2 OS CAMINHOS METODOLÓGICOS: ENTRELAÇAMENTOS ENTRE SABERES, NARRATIVAS E EXPERIÊNCIAS

2.2.1 As metodologias aplicadas: a revisão bibliográfica, a entrevista narrativa e a análise crítica da narrativa

A presente investigação busca, a partir dos itinerários abortivos de mulheres brasileiras, analisar as redes de discursos que se reproduzem, se entrelaçam e se rompem ao se falar sobre a experiência do aborto clandestino, bem como as formas que esses discursos influenciam e são influenciados pelas relações de poder. Assim, considerando que a pesquisa parte de experiências diversas, advindas de múltiplas vozes, a sua tessitura desde um primeiro momento se deu sobre um campo variável, em que as naturezas dos assuntos se modificaram, problemas e dilemas surgiram e enfoques e abordagens precisaram ser continuamente construídos e desconstruídos. Os procedimentos metodológicos empregados na realização da pesquisa, portanto, passaram por modificações e remodelagens ao longo dos anos em que reuni e analisei dados para este trabalho, sendo necessário trazer à tona as bases sobre as quais eles se solidificaram.

Esta pesquisa percorre um caminho fragmentado, dividido em diferentes momentos, que demandam abordagens metodológicas diversas. Para a realização da primeira etapa do presente trabalho, adotei o método da pesquisa bibliográfica, a fim de identificar de que forma as vivências abortivas de mulheres são abordadas pela literatura científica. Para tanto, realizei pesquisas por meio das bases de dados Web of Science, o Portal de Periódicos da Capes, o Scielo e o Scopus, através da inserção dos seguintes termos de busca: “aborto”; “aborto clandestino”; “aborto no Brasil”; “direitos sexuais e reprodutivos”; “saúde pública”; “misoprostol”; “aborto autoprovocado”; “gravidez indesejada”; “aborto induzido”; “direito ao aborto”; “justiça reprodutiva”; “descriminalização do aborto”; “criminalização do aborto”; “aborto medicamentoso”; “aborto inseguro”; “mortalidade materna”; “maternidade”; “interrupção voluntária da gravidez”, entre outros, conectados através de operadores *booleanos*.

A seleção dos artigos para análise foi orientada pelo escopo da pesquisa, que visa examinar as experiências das mulheres diante do aborto clandestino. Além disso, foram consideradas leituras de revisões sistemáticas, cartilhas e legislações, a fim de ampliar a

compreensão do panorama do aborto no Brasil e no mundo. As autoras brasileiras e latino-americanas foram priorizadas como fontes para entender a conjuntura política e social relacionada ao tema do aborto clandestino, voluntário e autoadministrado. Nesse sentido, foram analisados trabalhos de diversas autoras, incluindo Débora Diniz, Elaine Brandão, Emanuelle Góes, Flávia Biroli, July Chaneton, Jurema Werneck, Margareth Arilha, Maria Luiza Heilborn, Nayla Vaccarezza, entre outras.

Com base nesta sólida fundamentação teórica, cheguei às seguintes conclusões: i) embora o tema do aborto tenha sido objeto de inúmeras pesquisas em diversas áreas, ao analisar vários trabalhos e identificar seus pontos-chave, os estudos que se concentram na experiência da mulher que aborta clandestinamente ainda são pontuais; ii) os estudos que exploravam diretamente essa questão e empregavam análises de experiências coletadas empiricamente se utilizavam frequentemente do termo “itinerários abortivos”. Diante disso, recorri novamente aos termos empregados, incluindo “itinerários abortivos”, nas mesmas bases de dados, alcançando finalmente pesquisas mais alinhadas com a abordagem que eu pretendia adotar, ou seja, aquela centradas na proximidade com as mulheres que optam pelo aborto e suas vivências.

Além disso, realizei uma breve pesquisa no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, associando termos como “aborto”; “aborto clandestino”; “aborto inseguro”, o que resultou em dezenas de resultados, a maior parte deles voltados à compreensão do fenômeno do aborto em um viés epidemiológico e voltado de forma específica à saúde. A partir da utilização da palavra-chave “itinerários abortivos”, localizei seis registros, sendo que cinco eram trabalhos de mestrado e um de doutorado. Estes estudos abrangem as áreas da psicologia, antropologia social, enfermagem, estudos interdisciplinares e a saúde coletiva. Além de notar a falta de estudos jurídicos que explorem o fenômeno do aborto de forma qualitativa, também percebi que, embora muitas pesquisas abordem as vivências das mulheres que lidam com o aborto clandestino, a influência do controle social e das dinâmicas de poder em seus corpos e realidades não é frequentemente examinada, o que motivou o meu interesse.

A partir desse momento, a revisão bibliográfica se desdobrou em uma segunda linha de investigação: além de continuar explorando os itinerários abortivos - especialmente considerando que muitos estudos empíricos abordam temas específicos que se enquadram nessa ideia, mas não utilizam o termo entre suas palavras-chave, o que requereu uma busca longa e manual -, comecei a construir um referencial teórico sobre as hierarquias de poder ligadas ao gênero e ao controle social exercido sobre corpos femininos que abortam. Após conversas com a minha orientadora, optamos pelo enquadramento de minha investigação no conceito de poder

estabelecido por Michel Foucault, de modo que retornei às bases de dados e reiniciei a coleta bibliográfica, desta vez utilizando termos como “poder”, “corpo”, “biopolítica”, “sexualidade”, “dispositivo da sexualidade”, “reprodutividade”, como categorias-chave, bem como realizei a leitura das principais obras foucaultianas acerca da biopolítica.

A partir daí meu campo de visão rapidamente se expandiu, levando-me a incorporar à análise as teorizações desenvolvidas por Giorgio Agamben, Penelope Deutscher e Silvia Federici sobre biopolítica e controle estatal dos corpos. Neste ponto, compreendo os conflitos que podem surgir ao incorporar esses(as) autores(as) europeus e norte-americanos em um estudo que pretende ser fundamentado em perspectivas latino-americanas e decoloniais. Entretanto, a justificativa para utilizar esses estudos decorre da notável influência que esses debates estiveram e continuam e continuam a ter na produção científica feminista do Brasil e da América Latina. Assim, embora os estudos internacionais tenham fornecido crucial suporte teórico, também me apoiei nas concepções de autoras brasileiras e latino-americanas sobre biopolítica e controle social, destacando-se Rita Segato, Carolina Díaz e Joice Nielsson, cujos textos foram encontrados por meio da busca pelas palavras-chave “biopolítica de gênero”, “biopatriarcado”, “corpo reprodutivo”, “clandestinidade”, “dispositivo da reprodutividade” e “patriarcado”.

A partir da revisão bibliográfica, optei por realizar uma análise transdisciplinar, utilizando o referencial teórico da biopolítica, a fim de compreender as experiências relacionadas ao aborto clandestino no Brasil. Os frutos da aplicação deste método estão espalhados em toda a pesquisa. Embora algumas noções sejam apresentadas em um capítulo teórico, onde procuro estabelecer o referencial biopolítico utilizado para compreender o fenômeno do aborto, toda a tessitura do presente estudo se deu a partir dos dados colhidos através da revisão da bibliografia. As definições, conceitos e ideias resgatados foram utilizados não apenas para enriquecer o estudo, mas também para estabelecer conexões e inferências entre os dados obtidos na pesquisa empírica e aqueles já existentes na literatura sobre o aborto, possibilitando a análise das experiências abortivas das participantes a partir de um referencial teórico amplo.

Embora a revisão da literatura seja fundamental para a apreciação de qualquer tema, sendo exigido um ponto de vista teórico para a construção de um modelo explicativo, o conhecimento e experiências pessoais são fundamentais para possibilitar diferentes formas de encarar determinadas realidades e discursos. Assim, embora a pesquisa bibliográfica tenha sua inegável importância no saber acadêmico, a análise de questões sociais precisa também ser

desenvolvida através da aproximação dos sujeitos, realidades e vivências de que se fala. Isso se deve ao fato de que uma das responsabilidades de um pesquisador é encontrar os dados mais próximos da realidade que se deseja observar. Por isso, a análise direta de discursos é considerada a maneira mais honesta de atribuir valor crítico a um estudo narrativo (BECKER, 1977).

De acordo com Bocchi (2009), o enfrentamento de questões sociais por meio da pesquisa científica coloca o pesquisador diante duas indagações: quem pode oferecer as melhores informações referentes às questões levantadas e em quais contextos essas informações podem ser colhidas. No caso em questão, a resposta para essas indagações não é simples, já que, embora o aborto seja um fenômeno típico da vida reprodutiva de todas as mulheres (DINIZ; MEDEIROS, 2012; HEILBORN, et. al, 2012), o estigma que recai sobre a prática faz com que as sujeitas que o pratiquem se silenciem, seja pela morte, pela criminalização ou pelo medo. Por conta disso, e também tendo em vista o aborto ser um fenômeno plural, vivido de formas distintas pelas diversas categorias de sujeitas, o segundo momento da presente pesquisa foi realizado de forma empírica, utilizando-se da metodologia qualitativa.

Segundo Minayo (2012, p. 621), o verbo “compreender” exemplifica a principal ação em uma pesquisa qualitativa, uma vez que essa abordagem envolve a busca por entender-se a singularidade de indivíduos e experiências, bem como o contexto do grupo e da comunidade ao qual pertence, a partir do estabelecimento de um contato direto. Esse contato permite explorar as inter-relações sociais e as diferenças entre os ambientes sociais e naturais, contextualizando ações, objetivos e fenômenos. A pesquisa qualitativa, portanto, lida com um conjunto de significados e dados que não podem ser quantificados, revelando múltiplas interpretações de um mesmo fato e destacando contextos que esclarecem tanto a individualidade quanto traços sociais e culturais. Assim, é possível definir que “a pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo” (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 17).

O presente estudo se encaixa nessa perspectiva. Como mencionado anteriormente, não tenho a intenção de encontrar uma verdade absoluta sobre o aborto, nem de produzir um trabalho acadêmico pautado em uma perspectiva neutra. Em vez disso, busco situar o tema proposto a partir da composição de uma rede formada por diversos discursos emanados por mulheres. Portanto, além de adotar uma abordagem qualitativa, esta pesquisa é conduzida a partir de uma perspectiva essencialmente feminista, que se dedica a problematizar o que é normalizado e considerado natural em relação às mulheres e seus contextos reprodutivos em

diversos contextos históricos e culturais, bem como a investigar as nuances da questão do aborto a partir de um compromisso firme com a autonomia feminina.

A pesquisa qualitativa sobre o aborto esbarra em algumas questões. No Brasil, essa questão está envolta em uma atmosfera obscura, onde o acesso a informações precisas é dificultado devido à sua criminalização e à presença de diversos discursos moralistas e conservadores. Essa situação leva até mesmo mulheres que passaram por abortos espontâneos a preferirem o silêncio, considerando-o uma medida de segurança para evitar a sociedade repressiva e os sistemas punitivos. Como resultado, na literatura brasileira, existe uma lacuna significativa no entendimento do aborto clandestino. Maria José Osis e Anibal Faúndes (1996) destacaram, já na década de 1990, a dificuldade de se obter informações sobre o aborto clandestino por meio de pesquisas qualitativas. Segundo as autoras, a falta de dados abrangentes e confiáveis sobre o tema é atribuída não apenas às restrições legais ao aborto provocado no Brasil, também envolvendo aspectos psicológicos, morais, religiosos e culturais relacionados não apenas à decisão de realizar um aborto, mas também à escolha de falar ou não sobre ele (OSIS, FAÚNDES, 1996, p. 445).

Segundo Adesse e colaboradores (2016), embora o estigma associado ao aborto seja amplamente reconhecido, tem sido pouco teorizado e investigado. As autoras sustentam que “nos processos estigmatizantes, os indivíduos são marcados por desgraça, vergonha e até mesmo repugnância, e o estigma estraga ou mancha suas identidades sociais, com o conseqüente efeito de excluí-los e desacreditá-los” (ADESSE et. al, 2016, p. 3825). O estigma relacionado ao aborto é gerado, replicado e manifestado em vários níveis: tanto no âmbito individual e nas relações interpessoais e comunitárias quanto nas políticas governamentais e no sistema jurídico, nas macroestruturas econômicas e nos discursos culturais (ADESSE et al., 2016, p. 3825). Para os fins da presente pesquisa, interessa falar no “autoestigma”, tendo as autoras percebido que, muitas vezes, as mulheres que abortam internalizam os preconceitos sociais, percebendo-se como detentoras de características e atributos de uma “identidade deteriorada”, o que promove o silenciamento sobre a prática mesmo em ambientes considerados seguros (ADESSE et al., 2016, p. 3825).

No artigo “Aborto: um segredo revelado?”, Rossier (2007) conduz uma análise sociológica sobre o sigilo, argumentando que este funciona como um véu que encobre atos socialmente incorporados como proibidos. No contexto do aborto, o sigilo não apenas encobre uma transgressão, mas também serve como uma estratégia para que as mulheres possam lidar com os processos estigmatização. Assim, percebe-se que o estigma atua não somente ao

influenciar a percepção dos indivíduos, mas do próprio indivíduo que comete um ato proibido. As reações negativas identificadas, percebidas ou presumidas nos outros podem influenciar as decisões sobre revelar ou ocultar a situação estigmatizada, justificando o silenciamento social em torno da prática do aborto (ADESSE et al., 2016).

A incorporação dessas noções ajuda a elucidar por que o acesso à informação sobre o aborto clandestino no Brasil é tão limitado. Apesar de o aborto ser um fenômeno cada vez mais estudado, a obtenção de dados sobre vivências clandestinas ainda é altamente complexa, dada a dificuldade de acesso às mulheres que se encontram nessa situação. Esse cenário resulta em duas consequências imediatas: ou as pesquisas sobre aborto no Brasil são conduzidas sem uma base empírica, ou são restritas a um grupo muito específico de mulheres.

Nesse sentido, a pesquisadora Debora Diniz, em um levantamento publicado em 2009, que sistematizou vinte anos de estudos sobre aborto no Brasil, destacou que o campo de pesquisa do aborto é dominado por estudos carentes de fundamentação empírica (DINIZ et al., 2009, p. 940). De acordo com a autora, as pesquisas realizadas majoritariamente não contavam com dados primários ou secundários e, quando o faziam, estes dados eram coletados quase que integralmente em ambiente hospitalar, a partir de entrevistas realizadas “à beira do leito” (DINIZ et al., 2009, p. 941). Diante disso, Diniz (2009) concluiu que a pesquisa sobre aborto carecia da exploração de novas abordagens, técnicas e métodos, permitissem a compreensão do fenômeno envolvendo outros fatores, como a influência do ambiente doméstico, os conhecimentos tradicionais femininos e a participação masculina nos itinerários abortivos (DINIZ et al., 2009, p. 941).

No mesmo ano, Greice Menezes e Estela Aquino (2009) publicaram uma análise abrangente das pesquisas sobre aborto provocado no campo da saúde coletiva, com o intuito de destacar os progressos e as lacunas da produção científica nacional. Assim como Diniz (2009), as autoras observaram que a maioria das pesquisas estava centrada no grupo de mulheres que buscavam serviços de saúde após a prática de abortos autoadministrados. Ainda, foi constatada a escassez de estudos que abordassem outras variáveis das práticas abortivas, como a relação entre juventude e aborto; o envolvimento de homens nos itinerários abortivos; a conexão entre aborto e contracepção; os efeitos da prática abortiva na saúde mental de mulheres e meninas e a vinculação entre aborto e educação sexual (MENEZES, AQUINO, 2009, p. 199). As pesquisadoras finalizaram sua investigação destacando que o tema do aborto é complexo e desafiador. Embora os estudos dentro do âmbito da saúde pública tenham contribuído significativamente para compreender o perfil das mulheres que recorrem ao aborto e as

motivações por trás dessa decisão, ainda há uma carência de pesquisas empíricas multicêntricas. Tais estudos são necessários para apresentar perspectivas renovadas, explorar novos caminhos e proporcionar uma compreensão mais abrangente das várias questões relacionadas ao aborto, especialmente em seu aspecto clandestino (MENEZES, AQUINO, 2009, p. 201)

Assim, reconhecendo os desafios inerentes à pesquisa sobre o aborto clandestino em países como o Brasil, foram tomadas várias precauções na condução do momento empírico do presente estudo. Inicialmente, para conseguir acesso às sujeitas de pesquisa, optei por utilizar a técnica de amostragem em *snowball*, também conhecida como bola de neve, uma técnica de amostragem frequentemente empregada em pesquisas qualitativas desenvolvidas nos últimos anos. Essa técnica consiste em uma amostragem não probabilística baseada em referências encadeadas, especialmente útil em estudos qualitativos que abordam temas sensíveis e grupos socialmente estigmatizados ou reclusos (VINUTO, 2014).

A realização de uma amostragem em bola de neve implica que o pesquisador tenha conhecimento prévio de pelo menos um informante, geralmente designado como um *gate keeper*, que pode inclusive ser um dos participantes (DINIZ, 2008). Esse indivíduo identifica ou indica outras pessoas com o perfil desejado para a pesquisa, permitindo que o pesquisador tenha acesso e convide participantes por meio de conexões em grupos sociais específicos, facilitados por meio da existência da figura de um intermediário (VINUTO, 2014, p. 211). A partir disso, as pessoas inicialmente indicadas são solicitadas a recomendar outras, e assim consecutivamente, ampliando assim a amostra, que cresce até formar uma amostragem não probabilística (VINUTO, 2014, p. 203).

A abordagem da bola de neve se destaca por seu caráter contínuo, que permite o estabelecimento de contatos a partir de uma rede de contatos já conhecida pelo pesquisador, que por sua vez indicam outros potenciais participantes, atuando de forma encadeada (VINUTO, 2014, p. 205). Essa abordagem é benéfica para estudos que abordam temas moralmente sensíveis, já que a mediação por meio de um indivíduo com quem o participante tem alguma relação ajuda a assegurar o sigilo e o respeito à privacidade, ao mesmo tempo em que estabelece um primeiro elo de confiança entre participante e pesquisador (DINIZ, 2008). Neste estudo, optou-se por essa estratégia de acesso devido à sensibilidade do tema do aborto, que demanda não apenas a privacidade das participantes, mas também seu sigilo e proteção, especialmente considerando que tal prática é criminalizada e estigmatizada.

A partir da técnica bola de neve, foi possível alcançar as dezesseis participantes que vieram a compor o *corpus* do presente estudo. A medida que os contatos eram estabelecidos

com as mulheres e havia a aceitação para participar da pesquisa, a pesquisa empírica seguiu a partir da adoção de um segundo método: a entrevista narrativa. As entrevistas desempenham um papel crucial nas pesquisas qualitativas, representando uma das abordagens mais eficazes para os pesquisadores explorarem não apenas os eventos e os contextos socioculturais, mas também os sentimentos e percepções dos participantes (BAUER; JOVCHELOVITCH, 2002). Em particular, as entrevistas narrativas se destacam como ferramentas não estruturadas, voltadas ao aprofundamento de aspectos e temáticas específicas, permitindo a emergência de histórias de vida tanto do entrevistado quanto das interligadas ao seu contexto situacional.

Segundo Muylaert e colaboradores (2014, p. 193), a entrevista narrativa parte do princípio de que as interpretações ou representações do mundo não são passíveis de comprovação e não devem ser julgadas como verdadeiras ou falsas, pois refletem a verdade de um ponto de vista específico em um determinado tempo, espaço e contexto sócio-histórico. Assim, em uma pesquisa científica empírica, ao buscar acesso às experiências dos outros por meio de narrativas, o objetivo não é a construção da verdade, mas sim reconstruir a memória, destacando “o que a pessoa registrou de sua história, o que experienciou, o que é real para ela e não os fatos em si” (MUYLAERT, 2014, p. 193). Os autores indicam que através do acesso às histórias de vida, da percepção dos indivíduos sobre si mesmos e de suas vivências, é possível alcançar contextos sócio-históricos e, conseqüentemente, construir o conhecimento coletivo. Dessa forma, o propósito das entrevistas narrativas não se limita a reconstruir histórias de vida, mas sim a compreender os contextos nos quais essas biografias foram moldadas e os fatores que influenciam mudanças e motivam as ações dos entrevistados (MUYLAERT, 2014, p. 193).

Conforme descrito por Bauer e Jovchelovitch (2002), o método da entrevista narrativa envolve cinco etapas distintas: i) a preparação, na qual o pesquisador explora o campo e elabora as questões; ii) a iniciação, durante a qual o pesquisador introduz um tópico relevante ao participante através de uma questão gerativa; iii) a narração central, momento em que o participante elabora sua narrativa, sem interrupções do pesquisador, até a conclusão; iv) os questionamentos, momento em que o pesquisador aborda pontos não aprofundados após condução da narrativa; v) a fala conclusiva, na qual, após a gravação, participante e pesquisador têm uma conversa informal, não gravada, possibilitando a inclusão de questões mais objetivas.

Esta abordagem do sujeito de pesquisa difere significativamente da entrevista conduzida por meio de roteiros semiestruturados com perguntas pré-definidas, visando delimitar um objeto específico a ser investigado. O método da entrevista narrativa, além de atribuir uma maior liberdade àquele que fala, também posiciona o pesquisador enquanto participante, rompendo

com a ideia de que o sujeito da pesquisa é apenas “objeto de estudo” e o pesquisador, meramente um observador neutro. Nesse método, o pesquisador se integra ao processo investigativo, pois “ao ouvir em profundidade o que emerge dos participantes implicados em suas próprias histórias, admite que seja atravessado pela singularidade da trama de significações que é criada por cada sujeito” (MUYLAERT, 2014, p. 195). Assim, as entrevistas narrativas apresentam uma característica colaborativa fundamental, uma vez que as histórias surgem da interação, troca e diálogo entre entrevistador e participantes (MUYLAERT, 2014, p. 194).

Essa abordagem me pareceu especialmente relevante para os objetivos desta pesquisa, especialmente considerando o contexto de clandestinidade jurídica e social que permeia o debate sobre o aborto no Brasil. Ao decidir sobre o método a ser adotado para as entrevistas, era crucial escolher uma abordagem que não apenas respondesse às perguntas centrais da pesquisa, mas também levasse em conta a subjetividade das mulheres que vivenciaram o aborto clandestino, tanto em suas palavras quanto em seus silêncios. Por isso, optei pelo método da entrevista narrativa, pois ele permite que cada participante explore suas memórias de forma individual e reconstrua sua história sem interferências excessivas, abordando a experiência conforme se sente confortável e destacando os temas que considera relevantes.

Neste percurso, foi fascinante observar que, por meio da condução de entrevistas não estruturadas, mas de profundidade, em que as narrativas das próprias mulheres sobre suas experiências foram respeitadas, as participantes naturalmente abordaram os mesmos tópicos e eixos temáticos, discorrendo em maior ou menor grau sobre cada um deles. Isso evidencia como a experiência do aborto impactou e moldou suas memórias, crenças e trajetórias de vida, e quais são os vértices relativos à essa experiência que precisam ser analisados de forma social. Além disso, a adoção do método da entrevista narrativa foi interessante à condução do presente estudo pois, desde o início, ficou claro para mim que para estabelecer diálogos autênticos e produtivos com as mulheres que passaram pela experiência do aborto, era crucial a construção de laços de confiança entrevistadora-entrevistada e o fortalecimento das relações com as interlocutoras. Ao me posicionar como parte integrante da pesquisa, reconhecendo como sou influenciada e transformada pelo que ouço, pude me libertar do papel de controlar ou direcionar os discursos das participantes às minhas verdades e crenças individuais, desvinculando-os de qualquer expectativa de conformidade com o material que eu esperava obter (MUYLAERT, 2014, p. 194).

Após a realização das entrevistas, a pesquisa avançou para uma terceira etapa, que consistiu na reflexão e intercruzamento entre os dados coletados empiricamente e aqueles

obtidos teoricamente. Para essa etapa, escolhi adotar a abordagem teórico-metodológica da Análise Crítica da Narrativa (ACN), baseada na perspectiva de Bastos e Biar (2015). A ACN é uma metodologia de pesquisa derivada da linguística aplicada contemporânea e da perspectiva epistemológica construcionista, voltada à identificação e análise das estruturas formais das narrativas por meio da observação e categorização contextual. Essa abordagem busca elucidar os significados subjacentes às narrativas, revelando as dinâmicas de poder, resistência e significação nelas presentes (BASTOS; BIAR, 2015).

De acordo com Bastos e Biar (2015), a ACN pode ser conduzida por meio de diferentes abordagens teóricas e conceituais. O aspecto crucial desta abordagem é que, ao estabelecer um conjunto de códigos organizados em categorias desenvolvidas, o pesquisador seja capaz de gerenciar e organizar as informações obtidas através das entrevistas realizadas. Isso implica na identificação e organização de estruturas narrativas, a descrição da ação complicadora (que diz respeito à sequência temporal das orações narrativas) e o apontamento e contextualização de qualificadores e marcadores discursivos que adjetivam ou qualificam o personagem central, suas condutas e experiências (BASTOS; BIAR, 2015). Portanto, não há um roteiro definido para analisar textos utilizando essa abordagem, embora alguns dos seus elementos possam ser sistematizados.

A narrativa é uma ação inserida em uma situação social, e o tratamento inicial das narrativas depende, essencialmente, da postura adotada pelo pesquisador diante dos personagens, eventos e contextos envolvidos no momento de coleta, transcrição e categorização dos dados (BASTOS; BIAR, 2015). A ACN, portanto, requer um comprometimento por parte do pesquisador com a extração de significados reais dos dados obtidos, fugindo de interpretações impostas, pautadas em teorias preexistentes. Dessa forma, na ACN, a categorização dos dados requer uma exploração tanto do que é dito quanto do que não é dito, assim como uma observação atenta das características paralinguísticas dos entrevistados, como o tom de voz, as pausas, as mudanças de entonação e até mesmo o silêncio (MUYLAERT, 2014, p. 196). No processo de análise das narrativas, busca-se não apenas o conteúdo explícito, mas também a forma como esse conteúdo é comunicado. Portanto, as questões de interesse do pesquisador na entrevista narrativa não devem ser impostas aos dados, mas sim exploradas a partir da imersão no tema do estudo: “essas questões devem ser transformadas em imanentes, sendo essa tarefa crucial no processo de investigação, que deve ao mesmo tempo ancorar questões exmanentes na narração, sempre utilizando a linguagem do informante” (MUYLAERT, 2014, p. 195).

Assim, conforme destacado por Bastos e Biar (2015), embora o conhecimento seja gerado no campo pelo pesquisador, é crucial que ele reconheça a si mesmo como um ator social, cujas percepções são moldadas por sua própria experiência e contexto. Logo, uma abordagem crítica da narrativa inevitavelmente adota uma perspectiva construcionista, assumindo explicitamente um compromisso ético com interpretações que não são tomadas corretas ou imutáveis, mas sim válidas (BASTOS; BIAR, 2015). Isso contrasta radicalmente com a postura descompromissada das epistemologias positivistas, na medida em que a interpretação narrativa se compromete com a desconstrução de práticas sociais injustas, partindo de uma visão aplicada e comprometida com a ciência (BASTOS; BIAR, 2015).

A análise narrativa das entrevistas realizadas no presente estudo surgiu para mim como uma abordagem interessante, na medida em que permite interpretações diversas dos dados compartilhados, uma vez que seu significado não está estritamente contido nas palavras. O fato de todas as mulheres entrevistadas terem vivenciado a experiência comum do aborto não implica que o sentido dessa experiência seja único e imutável, e a análise narrativa possibilita a compreensão da multiplicidade de discursos e o estabelecimento de pontos de partida e compreensão a partir das próprias falas das mulheres, indo além do simples enunciado para alcançar o que é verdadeiramente expressável.

É a partir disso que na presente análise dos relatos das mulheres, coube a mim, enquanto pesquisadora, identificar os temas recorrentes e distintos e relacioná-los à realidade psicológica e social de cada entrevistada, a fim de produzir interpretações válidas a partir de referências teóricas específicas, que não se impõem sobre os enunciados, mas são extraídos deles. Reconhecendo que as entrevistas abordam apenas uma pequena parte das experiências vivenciadas pelas mulheres, e não se destinam a classificar o todo ou dar voz de forma representativa, mas sim a incorporar conceitos e apresentar vivências, acredito que estabelecer uma conexão entre a coleta de dados bibliográficos e a construção e interpretação das narrativas é a melhor maneira de posicionar as sujeitas de pesquisa como produtoras e produzidas de/por discursos diversos.

Além disso, analisar esses dados de forma crítica e fundamentada em uma perspectiva feminista mostrou-se fundamental para abordar questões que permeiam o tema do aborto, como os papéis sociais atribuídos a cada gênero, a divisão sexual e racial do trabalho e da economia e, principalmente, a influência da hierarquização do poder nos corpos, de modo que as mulheres que participam desta pesquisa não são concebidas como sujeitas passivas, mas sim sujeitas

atuantes, donas de duas próprias histórias e memórias e questionadoras do poder que emana sobre e a partir de seus corpos.

2.2.2 A imersão no campo-tema e os cuidados éticos adotados na condução da pesquisa empírica

Esta pesquisa, conduzida no campo, ocorreu “onde o problema ou situação acontece, não permitindo qualquer manipulação ou controle dos fatos” (SOUZA, et. al, 2013, p. 17), permitindo um contato direto com a realidade a ser estudada. No entanto, é importante ressaltar que o “campo” não é um local específico de ação, nem um suposto “habitat natural” dos sujeitos sobre os quais se fala, mas sim a situação atual de um tema, a intercessão de sua materialidade e sociabilidade (SPINK, 2003, p. 22). No contexto da pesquisa, o campo não é encontrado, mas sim iniciado pelo engajamento com a temática, e sua trajetória é flexível, podendo tomar diferentes direções ao longo do processo, de modo que todos estamos inseridos de forma contínua em múltiplos campos (SPINK, 2003, p. 23). Este processo, contínuo e multifacetado, requer reflexões constantes, na medida em que a interação de pessoas e eventos constroem o campo e são construídos por ele, de modo que “nós contamos histórias e nós nos tornamos as histórias que nós contamos” (SPINK, 2003, p. 22). Portanto, o campo é melhor compreendido como um campo-tema, uma rede de significados interligados, formando um espaço criado ou incorporado pelo pesquisador à medida que ele busca se integrar em suas complexidades de ação (SPINK, 2003, p. 28).

Neste estudo, seguindo os referenciais teóricos discutidos na seção anterior, o acesso ao campo-tema possibilitou a realização de entrevistas de dezesseis mulheres, que compartilharam comigo vinte relatos de experiências de aborto. A primeira participante que atuou como *gate keeper*, a quem chamarei aqui de Emília, é alguém com quem mantenho uma relação próxima de amizade. A utilização da técnica da bola de neve para acessar outras participantes ocorreu de maneira não intencional em um primeiro momento. Isso porque, antes mesmo de considerar a realização desta pesquisa, já havia estabelecido contato com outras duas mulheres que haviam passado pela experiência do aborto, Laura e Helena, que conheci por meio de Emília. Nos conhecemos pessoalmente em um encontro casual entre amigas, durante o qual soube de suas vivências. Esse contato com as três mulheres foi um dos fatores que despertou meu interesse em estudar o tema do aborto. A partir delas, também consegui entrar em contato com Julia, Alice e Clara. Assim, antes mesmo do início formal da pesquisa empírica, já tinha conhecido

seis mulheres que, ao longo de suas vidas, tiveram alguma experiência relacionada à interrupção de gestações e concordaram em compartilhar suas histórias quando surgisse a oportunidade.

Após obter a aprovação da minha orientadora para prosseguir com o tema, surgiram as primeiras preocupações. O fato de o aborto ser uma prática criminalizada e profundamente estigmatizada no país fez com que eu temesse colocar em risco ou expor desnecessariamente as participantes. Portanto, com o objetivo de garantir a segurança delas e a minha própria, adotei uma série de medidas ao longo do estudo para assegurar seu sigilo e anonimato. A primeira medida foi submeter o trabalho de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa das Ciências Humanas e Sociais da UFPR (CEP/CHS). O projeto de pesquisa foi elaborado em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelecem as normas aplicáveis a pesquisas cujos procedimentos metodológicos envolvam a obtenção direta de dados com participantes ou informações identificáveis que possam representar riscos. Após a avaliação, que durou cerca de quatro meses, meu projeto recebeu o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 69451923.9.0000.0214. O parecer de aprovação do CEP/CHS foi emitido em 12 de junho de 2023, permitindo assim o início da coleta de dados no início do mês de julho do mesmo ano.

No entanto, as considerações éticas desta pesquisa ultrapassaram os limites da ética prescritiva. Segundo Spink (2000), em estudos no cotidiano, a ética é concebida como uma perspectiva e uma postura que orientam não somente a entrada do pesquisador em um determinado campo-tema, mas também a sua movimentação dentro dele. Assim, pesquisar no cotidiano, assim como viver, implica assumir constantemente posicionamentos ético-políticos, que não se restringem apenas a aspectos formais e burocráticos (SPINK, 2000). Diante da enorme responsabilidade assumida ao conduzir uma pesquisa envolvendo indivíduos e suas histórias em um contexto tão sensível como o do aborto criminalizado, foi essencial a adoção de uma verdadeira postura ética não somente na condução das entrevistas, mas em todos os momentos de realização da pesquisa. Portanto, sinto a necessidade de destacar alguns cuidados que foram tomados ao longo do processo, incluindo aqueles delineados no projeto de pesquisa, na seção dedicada às garantias éticas para os participantes, bem como outros identificados durante a condução do estudo qualitativo.

O primeiro aspecto de cuidado assumido na pesquisa diz respeito à localização das participantes. Antes de iniciar a busca, estabeleci os critérios de inclusão, que foram: a) ser pessoa que vivenciou a experiência do aborto; ii) ser brasileira; iii) ser maior de idade; iv) concordar em participar da pesquisa. Por outro lado, os critérios de exclusão disseram respeito:

i) às pessoas que não aceitaram participar da pesquisa em qualquer momento durante sua condução; iii) aquelas que não puderam ser contatadas para a coleta de dados após três tentativas; iv) aquelas que realizaram o aborto legal. No que diz respeito ao critério de idade, decidi não abordar experiências de aborto vivenciadas por crianças e adolescentes nesta pesquisa. Tais situações geralmente estão inseridas em circunstâncias específicas, exigindo uma análise individualizada e detalhada que ultrapassa o escopo do presente estudo.

O contato inicial com as seis primeiras participantes ocorreu de maneira informal: começamos a conversar movidas pela minha curiosidade, sem a perspectiva de uma pesquisa em mente. Após a aprovação do projeto, passei a adotar a técnica da bola de neve, que teve êxito, embora com alguns contratemplos. Na primeira entrevista, realizada com Emília, a técnica da bola de neve funcionou conforme esperado: ela me indicou duas amigas, cada uma das quais apontou uma outra pessoa conhecida. No entanto, me deparei com um impasse quando as duas mulheres indicadas se recusaram a participar da pesquisa, uma delas disse que não se sentia confortável para falar sobre o assunto, e a outra temia ter os seus dados expostos. A partir de um novo contato com Emília, me foi sugerido o contato de uma outra pessoa, que embora não tivesse vivenciado a experiência do aborto, poderia me indicar outras potenciais participantes. Ao entrar em contato com essa pessoa, que fazia parte de um grupo feminista pró-aborto, consegui retomar a técnica da bola de neve e, assim, acessar outras mulheres que não estavam inicialmente no meu círculo de contatos. A partir desse momento, todos os contatos foram estabelecidos de forma encadeada, entre mulheres que haviam abortado.

Para contatar as mulheres que eu ainda não conhecia, o procedimento adotado foi o seguinte: a *gate keeper* entrava em contato com a potencial participante, explicava os detalhes da pesquisa e perguntava se ela estava interessada em conversar comigo. Somente após esse primeiro contato, do qual eu não fazia parte, eu recebia o contato da pessoa, e então me comunicava com ela por meio da rede social de sua preferência ou por ligação telefônica, explicando os objetivos da pesquisa e perguntando se ela desejava participar e/ou se poderia indicar outra pessoa. Esta abordagem transcorreu sem maiores intercorrências, tendo sido considerada adequada e apropriada aos limites éticos estabelecidos na pesquisa, na medida em que garantia que as mulheres que não quisessem participar não fossem expostas a nenhum constrangimento, uma vez que eu não recebia nenhum dos seus dados (nome, e-mail, número de telefone), sem sua prévia autorização. O contato com as primeiras nove participantes foi estabelecido entre julho e setembro de 2023, época em que também foram realizadas as entrevistas. No entanto, entre setembro e outubro do mesmo ano, a técnica da bola de neve

possibilitou o contato com outras participantes, de modo que realizei as necessárias modificações no cronograma (devidamente notificadas ao CEP/CHS por meio de emenda), tendo realizado as entrevistas até dezembro de 2023. No total, consegui contatar vinte e uma mulheres, das quais dezesseis aceitaram participar do estudo. Quatro mulheres não quiseram participar, por motivos pessoais, e apenas uma sujeita não se encaixava nos critérios de inclusão, pois possuía 17 anos de idade à época em que mantivemos contato.

Um segundo cuidado ético que adotei na pesquisa diz respeito ao local e à forma como as entrevistas foram conduzidas. Considerando que o tema das entrevistas é legalmente restrito e socialmente estigmatizado, surgiram preocupações adicionais em relação ao local das entrevistas. As primeiras três participantes entrevistadas (Emília, Laura e Helena) residem no mesmo Estado que eu. Ao contatá-las, questionei se tinham alguma preferência quanto ao local para a realização das entrevistas, a fim de garantir ao máximo sua privacidade, segurança e conforto. Emília optou por realizar a entrevista em sua própria residência; Laura veio até minha casa, onde conversamos em uma sala de reuniões isolada; e Helena optou por um café, em um ambiente reservado. As entrevistas foram agendadas e ajustadas de acordo com a disponibilidade de horário das participantes.

As entrevistas com essas três mulheres foram as únicas realizadas pessoalmente. Isso se deve ao fato de que, posteriormente, por meio da técnica da bola de neve, a pesquisa expandiu-se para incluir participantes de outras localidades, fora do Estado do Paraná. Como resultado, as entrevistas subsequentes foram conduzidas de forma virtual, conforme previsto no projeto de pesquisa. Inicialmente, planejei realizar essas conversas por meio da plataforma *Google Meet*, que permite o diálogo por meio de áudio e vídeo, bem como a gravação das reuniões. No entanto, algumas participantes relataram dificuldades em acessar o sistema; não desejavam aparecer por vídeo ou tinham receio de serem ouvidas por alguém presente em suas residências. Embora reconheça que a ausência do vídeo possa afetar a abordagem metodológica da entrevista narrativa, acatei os limites impostos pelas participantes, compreendendo a sua necessidade de se resguardar e a relevância de suas narrativas. Assim, três entrevistas foram conduzidas pelo *Google Meet*; quatro por meio de videochamadas pelo *WhatsApp*, que embora permita o contato audiovisual, não possibilita a gravação das conversas; duas por ligação telefônica e uma por meio de áudios, pelo aplicativo *WhatsApp*.

Neste ponto, importante ressaltar que o áudio da maior parte das entrevistas foi gravado, permitindo a obtenção de dados mais precisos e detalhados, que puderam ser revisitados. No entanto, algumas participantes expressaram desconforto com a gravação de suas vozes, e uma

recusou-se veementemente a ter seu registro gravado. Nessas ocasiões, reiterei todos os procedimentos adotados para assegurar a confidencialidade e a proteção dos dados coletados, a fim de tranquilizá-las. As duas mulheres que inicialmente expressaram desconforto passaram a autorizar a gravação, e uma participante manteve sua recusa, de modo que a coleta dos dados por ela apresentados se deram somente através de anotações.

Ainda, uma atenção especial foi direcionada aos aspectos éticos e à garantia da confidencialidade das informações fornecidas pelas entrevistadas. Adotei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como meio de assegurar os direitos das participantes, que detalhava os riscos e benefícios da pesquisa, garantindo o anonimato, a confidencialidade dos dados coletados, o direito de participação e de desistência sem prejuízos. A decisão de utilizar o TCLE, no entanto, não foi isenta de questionamentos, pois eu temia que a exposição dos nomes das mulheres através de suas assinaturas pudesse trazer consequências negativas para elas no futuro, sobretudo judiciais. Diante disso, foi cogitado o requerimento de dispensa do TCLE e a utilização do consentimento oral como uma estratégia para a investigação do aborto em contextos de ilegalidade. No entanto, acreditando que a formalização do termo era uma forma eficiente de garantir o cuidado com o material obtido em campo e conseqüentemente, a proteção das mulheres e a segurança acerca da pesquisa em que estavam optando por participar, decidi utilizar o TCLE em minha pesquisa.

Antes do início da pesquisa, cada potencial participante recebeu uma cópia do TCLE, tendo sido incentivada a leitura. Concomitantemente à entrega do termo, realizei o esclarecimento metodológico da pesquisa, dos seus riscos, benefícios e finalidade. Neste momento, foi elucidado às participantes o direito a se recusarem a participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso incorra em qualquer penalidade ou represália. Ainda expliquei as garantias éticas específicas desta pesquisa, bem como comprometi-me a mantê-las continuamente informadas sobre o desenvolvimento do estudo, de modo que o consentimento fosse construído ao longo do processo, não se limitando apenas à coleta das entrevistas. A intenção era que as participantes se sentissem engajadas na construção do projeto, com a garantia de que teriam acesso à versão final da pesquisa em primeira mão, antes da sua publicação e defesa, e que a divulgação só ocorreria mediante o consentimento de cada uma delas, o que foi obtido. Ainda, expliquei às participantes a garantia de sigilo de dados confidenciais; o anonimato das declarações e a utilização dos dados exclusivamente nesta pesquisa, sem a sua apresentação ou divulgação a qualquer terceiro.

Todas aceitaram assinar o referido termo e, após a assinatura do instrumento, uma cópia foi entregue a participante e outra foi mantida em minha posse. Nos casos das participantes que participaram de forma virtual, o termo foi enviado por e-mail ou *WhatsApp*, tendo a participante assinado e encaminhado uma foto ou digitalização do documento. Das dezesseis participantes, somente uma apresentou receio após a leitura do termo, afirmando temer que os dados fossem extraviados e que, assim, ela fosse criminalizada. Neste caso, frisei que a sua identificação seria resguardada e que as informações obtidas seriam mantidas sob a minha posse exclusiva, de forma confidencial e sigilosa por um período de cinco anos (conforme Resolução CNS 001/2013), e após este período seriam destruídas. Após sanadas as dúvidas, a participante tranquilizou-se e concordou em assinar o TCLE.

Além disso, foram adotadas medidas para garantir o sigilo e a proteção das participantes durante e após as entrevistas. No início de cada entrevista, perguntei às participantes qual nome fictício gostariam que fosse utilizado para identificá-las. Neste momento, algumas autorizaram o uso dos seus próprios nomes, mas optei pela utilização de pseudônimos. Neste sentido, reporto-me à compreensão de Claudia Fonseca (2010) de que o anonimato na pesquisa científica vai além da redação final, englobando todas as ferramentas auxiliares e o processo de pesquisa, sendo uma maneira de lidar com possíveis complicações que podem surgir após a publicação dos resultados. Assim, reconhecendo que a presente pesquisa trata de um tema delicado e, sobretudo, de uma prática criminalizada, acreditei que nenhuma precaução relativa ao anonimato seria excessiva. Assim, à parte dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que incluem apenas a assinatura das participantes, sem qualquer número de documento ou outro dado de identificação, evitei usar seus nomes verdadeiros em qualquer outro dado da pesquisa, bem como omiti referências às cidades em que residem, ao local de realização das entrevistas e aos nomes das pessoas envolvidas nos processos do aborto.

As entrevistas seguiram a abordagem metodológica da narrativa, conforme elucidado no tópico anterior. O roteiro utilizado nas entrevistas foi composto por uma seção voltada ao delineamento do perfil socioeconômico das participantes, englobando seus dados pessoais, situação de moradia, escolaridade, situação econômica e familiar e situação de saúde; e uma seção destinada à compreensão da experiência da interrupção da gestação. Nesta, a conversa foi conduzida por uma pergunta-chave (você pode me contar como foi sua experiência do aborto?), e foram elaboradas vinte e duas perguntas suplementares, utilizadas de acordo com a necessidade e somente no terceiro momento de pesquisa. As conversas duraram entre 40 minutos e 2h10min, sendo que realizei mais de uma entrevista com Emília, Laura, Helena e

Maria, o que será explanado no decorrer da pesquisa. Nos casos das participantes que vivenciaram a experiência do aborto mais de uma vez, solicitei que iniciassem os relatos da forma que preferissem, e me utilizei de questionamentos ao final, a fim de individualizar as experiências e facilitar sua posterior classificação.

As falas não foram fáceis. O projeto de pesquisa antecipou alguns riscos que poderiam advir da realização das entrevistas, como constrangimento, desconforto ou estresse durante a participação na entrevista, bem como a fadiga ao responder às perguntas. Destaquei que, caso qualquer dano fosse percebido ou relatado, seriam discutidas com as próprias participantes as medidas a serem adotadas, que poderiam envolver desde o acolhimento, até mesmo o desligamento da participante ou a interrupção da pesquisa, com notificação ao Sistema CEP/CONEP. Nenhum desses riscos se materializou durante esta pesquisa, mas isso não significa que todas as entrevistas transcorreram de forma tranquila. As proibições no campo jurídico, moral e religioso levaram algumas participantes a expressarem relatos marcados pelo sofrimento, manifestado por meio de sinais, expressões faciais e choro. Nessas situações, fizemos pausas, mudamos de assunto ou, quando solicitado pelas participantes, continuamos, apesar das lágrimas. Assim, algumas entrevistas se transformaram em longas conversas, estreitando o vínculo entre participante e entrevistadora para além dos limites da pesquisa.

Além das narrativas, durante a fase de questionamento, exploramos detalhadamente os processos de decisão e execução do aborto, bem como emergiram avaliações mais específicas dos sentimentos e experiências. Em alguns casos, após desligar o gravador, as mulheres avaliaram a experiência de serem ouvidas, sendo que, para algumas, era a primeira vez que falavam sobre o aborto com outra pessoa. As participantes também fizeram perguntas, compartilharam histórias não diretamente relacionadas à prática abortiva ou pediram para ouvir minhas próprias experiências. As entrevistas, portanto, foram um verdadeiro momento de diálogo, em que nos tornamos mais do que pesquisadora e entrevistada, mas sim mulheres, aliadas de gênero, marcadas de formas distintas pelos contextos em que estamos inseridas, mas interessadas em compreendermos mais umas às outras e, assim, entendermos melhor quem somos. Por isso, foi necessário um cuidado ainda maior na transcrição das falas e na redação do texto final, reconhecendo como as interações e os vínculos estabelecidos moldaram minha interpretação dos relatos narrados pelas mulheres com quem falei.

Após a conclusão das entrevistas, os resultados foram transcritos através do processador de texto *Microsoft Word*, já sendo utilizados os pseudônimos e ocultadas as informações particulares das mulheres, a fim de garantir a confidencialidade de seus dados sensíveis em

qualquer material analisado. Em seguida, o documento foi transferido para o software *Atlas.ti* para análise, categorização e subcategorização dos dados. A partir da análise densa e demorada dos tópicos trazidos pelas participantes, selecionei 992 citações, categorizadas por meio de 28 códigos. Embora a análise minuciosa das narrativas e dessas codificações seja discutida ao longo do trabalho, é importante apresentar já em um primeiro momento informações básicas de cada participante, tanto em relação ao seu perfil socioeconômico quanto em relação às suas experiências abortivas:

Tabela 01: Perfil socioeconômico das participantes

Nome fictício	Idade à época do aborto	Cor/raça	Estado civil	Renda familiar (em salários)	Estado	Filhos	Religião	Abortos
Julia	26	Branca	Casada	de 2 a 3	RJ	1	Católica	1
Alice	18/25	Branca	Namorando	de 6 a 10	MG	X	S/ religião	2
Gabriela	35	Branca	Solteira	de 6 a 10	RS	X	S/ religião	1
Natália	33	Parda	Casada	de 2 a 3	PE	X	Católica	1
Tainá	25	Preta	Casada	até 2	SP	2	Evangélica	1
Diana	29	Branca	Casada	de 3 a 6	MG	2	Católica	1
Regina	40	Preta	Namorando	de 10 a 15	SP	1	S/ religião	1
Helena	23	Branca	Solteira	de 2 a 3	PR	1	Evangélica	1
Maria	32	Parda	Separada	até 2	SP	2	Umbandista	1
Amanda	34	Branca	Casada	de 3 a 6	SP	1	Católica	2
Beatriz	26	Preta	Divorciada	até 2	TO	2	Candomblé	1
Clara	26	Branca	Namorando	de 6 a 10	RS	X	Católica	1
Laura	16/31	Branca	Casada	de 3 a 6	PR	3	Evangélica	3
Heloísa	19	Preta	Namorando	de 2 a 3	RJ	X	S/ religião	1
Iracema	20	Branca	Solteira	de 3 a 6	PB	X	Católica	1
Emília	23	Branca	Namorando	de 10 a 15	PR	X	Umbandista	1

Fonte: a autora (2024)

O principal objetivo da apresentação dos dados em tabela foi traçar o perfil socioeconômico das participantes, juntamente a outros elementos que serão frequentemente mencionados ao longo do estudo. Decidi não incluir informações sobre a cidade de origem das participantes, como já mencionado, visando proteger sua privacidade e segurança. Da mesma forma, optei por não incluir informações sobre a idade gestacional das participantes no momento do aborto ou o número de comprimidos de misoprostol utilizados, com a mesma preocupação em mente. Além disso, as idades listadas na tabela correspondem à idade das participantes na época do aborto, assim como o número de filhos. No caso de participantes que

realizaram mais de um aborto, as idades durante as gestações indesejadas foram separadas por meio de uma barra, sendo o primeiro número referente à idade que possuía no primeiro aborto, e assim por diante. Em alguns casos, mesmo que as participantes tenham passado por mais de um aborto, não foram fornecidas idades separadas, o que indica que possuíam a mesma idade no momento do procedimento subsequente que na época do primeiro procedimento mencionado.

Os dados apresentados permitem a extração de algumas conclusões importante. A faixa etária das dezesseis participantes entrevistadas variou de 16 a 40 anos, sendo que três casos de abortamento ocorreram quando as participantes tinham até 19 anos, e os outros dezessete ocorreram entre mulheres de 20 a 40 anos. A faixa etária predominante foi dos 25 aos 35 anos, de modo que a presente pesquisa versa, principalmente, sobre as experiências abortivas de mulheres adultas, o que reflete questões, desafios e experiências que não são exclusivas dessa faixa etária, mas são significativamente representativas dentro dela. É importante apontar novamente que essas idades se referem ao período em que as participantes realizaram o aborto, de modo que embora tenha sido narrada uma experiência vivenciada quando a participante ainda era menor de idade, não houve desrespeito aos critérios de inclusão e exclusão, pois a entrevista foi concedida quando a participante já contava com 31 anos de idade.

Ainda, nesta pesquisa foram utilizados dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para analisar a seletividade racial e a classe social das participantes. O apontamento de raça/cor das participantes se deu por meio de autodeclaração. Das dezesseis participantes, dez se identificaram como brancas e seis como negras, sendo que quatro se autodeclararam pretas, e duas declararam serem pardas. Nenhuma participante se autodeclarou como indígena ou amarela. A predominância de participantes que se identificaram como brancas contrasta com os resultados de pesquisas quantitativas sobre aborto clandestino no país (DINIZ, et. al, 2023). No entanto, dado o número limitado de participantes, é importante salientar que a composição do grupo de estudo não contradiz essas pesquisas mais abrangentes.

Embora não seja possível determinar exatamente por que a maioria das mulheres que concordaram em participar da pesquisa são brancas, algumas conclusões podem ser inferidas: em primeiro lugar, as mulheres negras frequentemente enfrentam itinerários mais complexos, marcados por experiências de violência, o que pode ter contribuído para sua relutância em compartilhar suas histórias. É relevante observar que, durante a aplicação da técnica de bola de neve, vinte e uma mulheres foram contatadas, e quatro das participantes que recusaram participar da pesquisa eram negras, evidenciando mais uma vez os impactos da criminalização

e do estigma do aborto no Brasil, que afetam de maneira mais severa as mulheres racializadas. Portanto, não é surpreendente que o contato com essas mulheres tenha sido dificultado. Além disso, devido à delicadeza do tema e à natureza da técnica utilizada, houve certa dificuldade em alcançar um grande número de pessoas e, ainda mais, em prever a composição do estudo. Assim, dado que as participantes foram recrutadas através de uma rede de encadeamento, derivada dos contatos de outras mulheres, é possível que esse fator tenha influenciado as características do grupo de estudo.

Quanto à renda, o IBGE costuma categorizar a população de acordo com o rendimento domiciliar total ou o rendimento domiciliar per *capita*, não utilizando os termos classe “média”, “baixa” ou “alta”, e tampouco “classes, A, B, C, D e E”. No presente estudei, enfrentei certa dificuldade na qualificação desses dados, sobretudo porque não foi considerado um marco temporal de realização do aborto nos critérios de exclusão, de modo que algumas mulheres realizaram o procedimento há alguns anos e não se recordavam com precisão de sua situação financeira ou familiar na época. Na tabela, optei por seguir os dados adotados pelo IBGE, que classificou a população em sete faixas de rendimento com base no valor do salário mínimo de 2022, que alcançava R\$ 1212,00.

Os dados obtidos demonstraram uma predominância de mulheres cuja renda familiar variava entre dois e três salários mínimos à época do aborto, seguidas de mulheres com rendas entre seis a dez salários mínimos, e aquelas cujas famílias faturavam até dois salários mínimos mensais. As mulheres que menos figuram na pesquisa foram aquelas cuja renda familiar variava entre três a seis salários mínimos e, contrariamente, entre dez a quinze salários mínimos. No corpo da pesquisa, recorri às terminologias “classe média” e “classe baixa”, de acordo com a própria determinação das mulheres acerca de sua inclusão ou exclusão social. Isso porque, mesmo partindo de uma condição financeira específica, as participantes enfrentavam mais ou menos dificuldades econômicas, sobretudo ao considerar-se a composição familiar e o número de filhos.

Ainda, é importante apontar que, à época da realização do aborto, a maior parte das participantes era casada ou mantinha um relacionamento estável com o homem de quem engravidaram. Das dezesseis mulheres entrevistadas, seis eram casadas à época do aborto; cinco namoravam com os parceiros de quem engravidaram, três se classificaram como solteiras; uma afirmou que era separada, pois havia constituído somente união estável com o parceiro de quem engravidou, e outra disse que era divorciada. À época do aborto, nove participantes já possuíam filhos, sendo que a maioria tinha apenas um filho, com faixa etária predominante entre 3-10

anos de idade. Em relação à naturalidade, metade das participantes residia em Estados do Sudeste (Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais). Em relação às demais, cinco participantes residiam em Estados do Sul (Rio Grande do Sul e Paraná), outras duas participantes em Estados do Nordeste (Paraíba e Pernambuco), e uma participante residia em Estado do Norte (Tocantins). Da mesma forma que a composição racial, acredito que esta distribuição se deu por conta do método utilizado para localização de participantes, sendo que meus primeiros contatos foram estabelecidos com mulheres do Sul, região em que resido. Por fim, no que diz respeito à religião, seis participantes afirmaram serem católicas; quatro afirmaram não seguirem nenhuma religião; três disseram serem evangélicas; duas afirmaram serem umbandistas, e uma disse ser candomblecista.

Os dados apresentados revelam que mulheres que enfrentam a interrupção clandestina da gravidez vêm de diversas origens étnicas, são solteiras ou casadas; jovens ou adultas; pertencem a diferentes estratos sociais e têm várias afiliações religiosas. Em algumas circunstâncias, são compelidas a passar por mais de um aborto, seja em momentos distintos de suas vidas ou de forma consecutiva. Isso ressalta a observação de Diniz e Medeiros (2012) de que a mulher que aborta é a mulher “comum”, que está em toda parte, e mesmo assim seguem invisibilizadas e silenciadas, marcadas pelo estigma, pelo julgamento moral e pela criminalização. Por essa razão, toda a abordagem metodológica delineada neste capítulo visa ouvir as experiências dessas participantes a partir de suas realidades, percepções e singularidades, sendo essa a razão pela qual os demais aspectos dos perfis das mulheres não serão abordados em tabela, mas sim no decorrer do estudo.

Após o estabelecimento destes critérios, bases e marcas, a pesquisa avançará para uma análise dos marcos teóricos que serão empregados ao longo do estudo. Esses marcos serão utilizados não apenas para fundamentar e elucidar alguns dos dados apresentados, mas também para permitir uma análise mais aprofundada das singularidades identificadas, afastando a ideia do aborto de sua tipificação penal e aproximando-a das mulheres, de suas vivências, e dos mecanismos e forças de controle social que operam sobre elas.

3 CONTRIBUIÇÕES DAS TEORIAS BIOPOLÍTICAS NA COMPREENSÃO DA REGULAMENTAÇÃO DO ABORTO

3.1 A BIOPOLÍTICA FOUCAULTIANA: DA DISCIPLINARIZAÇÃO DOS CORPOS FEMININOS À CONSOLIDAÇÃO DO DISPOSITIVO DA REPRODUTIVIDADE

A gestão dos corpos femininos na sociedade contemporânea pode ser compreendida a partir do resgate dos conceitos filosóficos de Michel Foucault sobre as dinâmicas de poder e seu diálogo com teorias feministas. Para o autor, o poder não se reduz a um *locus* central, mas permeia todas as estruturas sociais de forma difusa, exercendo influência nos campos de escolhas e possibilidades dos indivíduos (FOUCAULT, 2008b). O poder envolve igualmente os componentes de uma sociedade, pois todos os indivíduos estão simultaneamente envolvidos no exercício do poder e submetidos a ele (FOUCAULT, 2014). Foucault entende que o local de excelência de manifestação do poder é o corpo, e que é por meio dos vestígios inscritos nos corpos que as complexas redes de poder se revelam, permitindo que a história possa ser contada e interpretada (FOUCAULT, 2014). Ainda, a relação entre poder e corpo está intrinsecamente ligada a um terceiro componente: o saber. Isso porque, para o autor, a vinculação entre estes dois elementos somente pode ser compreendida a partir dos sujeitos que, dotados de corporalidade e, ao mesmo tempo, sendo constituídos pelo saber, formam o denominado “corpo político”, produtores e produto de instituições que, ao produzir padrões de verdade e normalidade, acabam por atravessar e constituir os sujeitos que as compõem (FOUCAULT, 2018). Conforme Foucault:

Parece-me que se deve compreender o poder, primeiro, como a multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas ou, ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si (...). O poder está em toda parte; não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares (FOUCAULT, 2014, p. 88-89).

A partir disso, Foucault procura desvencilhar o conceito de poder de sua definição convencional, que o enxerga como uma força exercida sobre um objeto para moldá-lo de acordo com a vontade do detentor do poder ou os objetivos de uma instituição. Ele sustenta que a época clássica não inaugurou o poder, sendo este uma tecnologia que se materializa não apenas pela decisão soberana de “fazer morrer” ou “deixar viver”, mas também pelas instituições, enunciados, leis, discursos e, sobretudo, pelos corpos, que no decorrer da história gradativamente passaram a ser utilizados enquanto espaço físico de exercício do poder

(FOUCAULT, 2014). Ao apontar a maleabilidade e a reversibilidade como suas características inerentes, o autor dissocia o poder da exploração ou da opressão, entendendo que defini-lo exclusivamente sob esse viés conseqüentemente implica reduzi-lo a um exacerbado proibicionismo endossado e legitimado pelo saber jurídico. O poder, de fato, possibilita a criação de sistemas de opressão e exploração, atuando como uma verdadeira rede produtiva, mas não se limita a isso, e por essa razão não se materializa somente através da atuação de um soberano e de técnicas de dominação características da soberania, repressivas e violentas em seu cerne (FOUCAULT, 2014).

Neste sentido, Foucault dispõe que a submissão dos corpos às suas funções pré-determinadas, ponto crucial para posteriormente compreender-se a vinculação da mulher à sua capacidade reprodutiva, são efeitos da implementação histórica de técnicas de poder que trazem como particularidade a fabricação de corpos obedientes, dóceis e economicamente úteis, ou, em outras palavras, os corpos-máquina (FOUCAULT, 2014). O autor entende que, historicamente, esse processo de fabricação de corpos dependia de um adestramento que gradativamente assumisse o artificial teor de naturalidade, de modo que somente pôde ser concretizado a partir da organização do espaço, do tempo e da existência (FOUCAULT, 2014). É neste âmbito que Foucault traz à tona o conceito de poder disciplinar, entendendo que sua consolidação se deu a partir da ascensão do capitalismo enquanto modelo socioeconômico, por meio de políticas coercitivas, possibilitando que os sujeitos se tornassem vigias de si e normatizadores dos outros (FOUCAULT, 2014).

O poder disciplinar consolidou-se nas sociedades modernas a partir da implementação de três mecanismos de controle: a vigilância hierárquica, a sanção normalizadora e o exame, sendo sua unificação perfeitamente representada pelo esquema panóptico, um modelo de espaço disciplinar que permitiria ao vigilante observar a todos, sem que os indivíduos aprisionados pudessem saber quando estavam sendo vigiados, corroborando com a existência de um microscópio do comportamento, que tornaria a vigilância “permanente em seus efeitos, mesmo que descontínua em sua ação” (FOUCAULT, 2014, p. 191). A aplicação deste esquema deu-se a partir de uma reestruturação nas relações de controle, em que o *jogo de olhar* deixou de ser realizado apenas pelo Estado e suas instituições de forma vertical, e passou a ser procedido entre os próprios indivíduos (FOUCAULT, 2014, p. 191). Como resultado, a vigilância assumiu uma dimensão econômica, integrando os seres humanos nos cálculos de poder e no campo do saber como sujeitos de experimentação política, componentes cruciais do seu próprio adestramento.

As precauções foucaultianas não alcançam especificamente a incidência dos mecanismos de poder sobre os corpos femininos. De acordo com Elsa Dorlin (2021, p. 10), grande parte das teorizações que dizem respeito ao desenvolvimento das relações de poder posicionam-se de forma supostamente neutra, pressupondo a ideia de um local-comum. A problemática disso está justamente no fato de todo saber ser fruto de um entroncamento de situações históricas, que são apagadas quando o sujeito que fala é tomado enquanto universal, pois isso implica negar a própria historicidade de determinados corpos e falar-se exclusivamente de uma posição de dominação. Na teoria foucaultiana, por exemplo, esse apagamento se dá a partir da elevação da categoria “masculinidade abstrata” de forma universalizada, em que o sujeito cognoscente objeto das análises de poder é essencialmente masculino (DORLIN, 2021, p. 09).

No entanto, o silêncio de Foucault não deixa de possibilitar reflexões feministas sobre suas descrições acerca dos influxos existentes entre corpo e poder e as formas como estes se relacionam e se modificam. A histórica dominação das mulheres naturaliza a noção de que o corpo feminino está a serviço de forças dominantes, substancializada na figura masculina, seja do homem ou da constituição antropomórfica do Estado. Simone de Beauvoir (1980) já apontava que a técnica primária de controle dos corpos femininos é a construção da feminilidade, indissociável do ideal de maternidade e heterossexualidade, pois em certa medida independe da violência, utilizando-se da internalização de práticas e simbolismos enquanto ferramenta de adestramento e disciplina. Assim, embora Foucault não tenha abordado o adestramento dos corpos femininos ao tratar do desenvolvimento do poder disciplinar na ascensão do capitalismo, o resgate de suas teorizações permite compreender em que esfera esta e outras modalidades de poder também recaem sobre esses corpos.

O filósofo reforça em vários momentos o caráter vigilante de instituições como fábricas, quartéis, hospitais, escolas e igrejas (FOUCAULT, 2014, p. 180). No entanto, não se pode ignorar que a família e o casamento, da mesma forma, são instituições responsáveis por perpetuar e garantir a disciplina de corpos, especialmente os femininos e feminilizados. A noção de verticalização do jogo de olhar, ao atribuir aos homens - em seus papéis de pais, maridos, irmãos, vizinhos e médicos - o poder de normatizar as condutas femininas, conseqüentemente possibilitou o controle dos seus corpos e o seu confinamento no meio doméstico, onde poderiam ser constantemente vigiados. Assim, entende-se que o ambiente doméstico foi construído simbolicamente de modo a tornar-se, por excelência, uma representação da estrutura panóptica, em que os corpos femininos passaram a ser submetidos ao controle disciplinar para que se

mantivessem economicamente vantajosos e úteis ao trabalho tido como sua função primordial: a reprodução.

Embora a emergência e consolidação do poder disciplinar tenha assentado a transformação do corpo feminino como um instrumento voltado para a reprodução, “tratado como uma máquina baseada no funcionamento de um órgão” (NIELSSON, DELAJUSTINE, 2019a, p. 80), a aplicação de técnicas de controle sobre corpos femininos com a mesma finalidade já era visível na transição do feudalismo para o capitalismo. Silvia Federici (2004), em sua obra “O Calibã e a bruxa”, reconheceu a importância central dos corpos femininos no processo de acumulação primitiva do capital, ante sua imprescindibilidade na produção do trabalho vivo, concluindo que a exploração de mulheres através do controle reprodutivo foi uma condição fundamental para a consolidação deste modelo de gestão dos corpos e do trabalho. De acordo com a autora, a redefinição das tarefas produtivas e reprodutivas e a reconfiguração das relações de gênero que se manifestaram durante a transição do modelo feudal para o capitalista não foram meros subprodutos do capitalismo, mas sim elementos essenciais para sua própria ascensão e desenvolvimento (FEDERICI, 2017, p. 30).

A necessidade de alcançar a proporção populacional adequada para que as engrenagens do modelo socioeconômico pudessem rodar levou à percepção do controle exercido pelas mulheres sobre seus corpos e sua capacidade reprodutiva como uma potencial ameaça ao novo sistema (NIELSSON, DELAJUSTINE, 2019a, p. 77). Isso desencadeou uma verdadeira guerra contra as mulheres, em que os saberes voltados à reprodução, amplamente difundidos durante o período feudal, foram violentamente retirados de suas mãos por meio de sua estigmatização, especialmente concretizada através do fenômeno da caça às bruxas (FEDERICI, 2017, p. 173). De acordo com Federici, a caça às bruxas foi uma verdadeira campanha de terror contra mulheres, pois “inculcou nos homens o medo do poder das mulheres e destruiu um universo de práticas, crenças e sujeitos sociais cuja existência era incompatível com a disciplina do trabalho capitalista, redefinindo assim os principais elementos da reprodução social” (FEDERICI, 2017, p. 294). Nesse sentido, de acordo com Joice Nielsson e Ana Cláudia Delajustine (2019):

O aniquilamento dos corpos rebeldes que se deu a partir de então foi um passo grande em direção à transformação da atividade sexual feminina em um trabalho a serviço dos homens e da reprodução. Todas as formas de atividades sexuais que não objetivassem a procriação eram proibidas e consideradas demoníacas; dentre elas: homossexualidade, sexo entre jovens e velhos, sexo entre pessoas de classes diferentes, sexo anal, a nudez e as danças. Além da domesticidade do comportamento da mulher perante a sexualidade, a bruxa vendia sua alma para o diabo, sendo uma extensão da imagem da prostituta, que vendia seu corpo para os homens. Entretanto, a prostituta vivia em clandestinidade para a bruxa ser perseguida e assassinada, dada como sujeito social mais

perigoso e menos controlável [...] A bruxa não era apenas a parteira, a mulher que evitava a maternidade ou mendigas, mas também a mulher considerada promíscua, a prostituta, aquela que praticava sua sexualidade fora do vínculo do casamento e sem a intenção de procriação. A bruxa era um denominador do ser humano na condição de mulher, que fugia do controle (NIELSSON, DELAJUSTINE, 2019a, p. 84).

Assim, instalada com o intuito de aniquilar a resistência feminina, a caça às bruxas e suas políticas de controle violentas e repressivas desempenharam um papel crucial no controle e adestramento dos corpos femininos. Estes corpos, relegados à margem da sociedade, confinados ao espaço privado e excluídos de oportunidades de trabalho assalariado, passaram a ser reduzidos a duas categorias simbólicas: como a antítese do homem, e como meros órgãos reprodutivos, cujos receptáculos precisavam ser domesticados e submetidos a disciplinas rigorosas para que executassem seu trabalho (NIELSSON, DELAJUSTINE, 2019a, p. 82). A disciplinarização dos corpos, portanto, foi crucial para a redefinição da função social da mulher, obscurecendo a influência do âmbito doméstico no processo de acumulação de capital e o seu papel na luta de classes.

De acordo com Foucault (2014), a vigilância dos corpos apenas poderia ser concretizada através de seu elemento complementar: a punição. Afinal, entendendo-se que a rede de visibilidade tinha como um de seus objetivos a identificação da conduta anormal e indesejada ao modelo socioeconômico, de nada adiantaria um Estado que pudesse apenas ver, mas não agir (ZIRBEL, 2019, p. 124). Deste modo, as instituições passaram a ser constituídas por leis próprias, tendo sua figura de autoridade o direito de reprimir comportamentos que não estivessem de acordo com os ideais capitalistas de tempo e atividade, de modo que a conduta punível não era somente aquela que colocasse em risco uma suposta figura do soberano, mas sua própria estabilidade dentro de um sistema em que corpos eram vistos como engrenagens, havendo lógica, portanto, em coibir tudo aquilo que fizesse com que o corpo deixasse de cumprir sua função, de modo que comportamentos e discursos do corpo e da sexualidade também passaram a ser regrados de forma mais incisiva (FOUCAULT, 2014, p. 170). A partir disso, de acordo com Federici (2004, p. 179), a nova sociedade disciplinar, perpetuando a trilha aberta pela caça às bruxas, passou a castigar de forma mais intensa comportamentos que obstruíssem o crescimento populacional, como a contracepção, o infanticídio e o aborto.

Embora Foucault (2014) entendesse que o poder disciplinar era praticado de forma menos violenta que o soberano, através da aplicação de correções no lugar de vinganças, ele deixou de considerar a forma como estas práticas eram efetivamente concretizadas nos corpos femininos que, predominantemente excluídos da vida pública, eram reprimidos por trás das

cortinas e paredes do lar; nos cantos escondidos das ruas; nos locais de silêncio-grito, através de múltiplas formas de violência. Assim, ao passo que cabia à categoria *homem* a aplicação de “micropenalidades” aos corpos femininos, quando suas condutas ultrapassavam o limite do desvio institucional, eram fortemente repreendidas pelo Estado, através da aplicação de penas à mulher que adotava práticas que denotavam o descumprimento do seu papel reprodutor (FEDERICI, 2017). Adicionalmente, houve a marginalização das parteiras, a ascensão da categoria médica enquanto essencialmente masculina e a usurpação do controle das mulheres sobre a procriação e o parto. Assim, conhecimentos transmitidos por gerações de mulheres foram então atribuídos à instituição médica, a qual, como qualquer outra, buscava assegurar a eficácia da disciplina (FEDERICI, 2017, p. 174).

A combinação entre vigilância e sanção possibilitou a fabricação de corpos adestrados à nova utilidade econômica, dispostos de forma ordenada e obedientes no interior das instituições, bem situados no espaço-tempo e hierarquicamente classificados de acordo com suas aptidões, habilidades e capacidades (FOUCAULT, 2014, p. 140). Este detalhamento dos comportamentos, performances e qualidades necessários para o assujeitamento dos indivíduos à disciplina promoveu a produção de saber, que gradativamente transmutou-se em um terceiro elemento do poder disciplinar, o exame. Através deste elemento, condutas, performances e habilidades passaram a ser categorizadas, tornando possível indicar a utilização mais efetiva de cada corpo disciplinado e adestrado (FOUCAULT, 2014). A partir disso, entende-se que a aplicação contínua de técnicas de disciplina ao longo da história do capitalismo tornou o indivíduo efeito e objeto do poder e do saber, na medida em que, conforme apontado por Zirbel (2019, p. 124), “o trinômio poder-saber-verdade, em uma relação de reforço recíproco entre si, passaria a definir o normal ou anormal, o correto ou incorreto, o bom ou mau para si (e para o Estado)”.

Neste contexto, ao mesmo tempo que as tecnologias disciplinares adestravam os corpos, também produziam conhecimento sobre eles, tornando o poder-saber não apenas um mecanismo de análise da vida humana, mas também de transformação, tendo em vista o amplo conjunto de dados levantados por técnicas de exame ter feito com que a manutenção da espécie se tornasse uma preocupação (FOUCAULT, 2010). Isso permitiu a criação de um sistema comparativo global de fenômenos e, conseqüentemente, o advento da categoria *população*, fatores cruciais para que, a partir da segunda metade do século XVIII, fosse concretizada uma verdadeira remodelação na natureza do poder, ocasionada pela modificação das bases estruturantes da racionalidade política. Essa nova racionalidade foi marcada por uma colocação

em segundo lugar da preocupação com a criação de uma teoria geral da sociedade, abrindo espaço para questionamentos sobre a administração de um Estado particular e historicamente situado, possuidor de um fim em si mesmo que independeria das vontades individuais de um ou outro governante para continuar existindo (FOUCAULT, 2008a). Essa nova racionalidade, de acordo com Foucault, marcava a consolidação de um Estado “sem entranhas”, ou seja, sem interior, sentimentos e vontades, sendo apenas “o efeito móvel de um regime de governamentalidades múltiplas” (FOUCAULT, 2008a, p. 106).

Esta nova racionalidade, somada à recém possível mensurabilidade da vida humana em todos os seus aspectos, criou terreno para o desenvolvimento de uma nova tecnologia de poder, não mais voltada à individualidade, mas sim ao controle do corpo-espécie, chamada por Foucault de *biopoder* (FOUCAULT, 2008a). O biopoder não suprimiu ou descartou o poder disciplinar, sendo mais correto afirmar que ele o integrou, ao trazer ao campo dos fenômenos humanos as técnicas disciplinares de regulação e controle dos corpos, desenvolvendo a ideia de “homem-espécie” a partir do acúmulo de conhecimentos sobre o “homem-corpo”, de modo que ambos passaram a orbitar um elemento comum: a norma, aplicável “tanto a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar” (FOUCAULT, 2010, p. 302). Esse movimento na natureza do poder promoveu sua bifurcação entre uma *anátomo-política*, consolidada através de leis, instituições e infraestrutura e voltada ao corpo humano, e a *biopolítica*, voltada à espécie humana (FOUCAULT, 2010, p. 302). De acordo com o autor:

Nos mecanismos implantados pela biopolítica vai se tratar sobretudo, é claro, das previsões, de estimativas estatísticas, das medições globais; vai se tratar, igualmente, não de modificar tal fenômeno em especial, não tanto tal indivíduo, na medida em que ele é indivíduo, mas essencialmente, de intervir no nível daquilo que são as determinações desses fenômenos mais gerais, desses fenômenos no que eles têm de mais global (FOUCAULT, 2010, p. 293).

Assim, por um lado, os dispositivos disciplinares se encarregavam de extrair dos corpos sua força produtiva e, pelo outro, a biopolítica promovia a regulação das massas, de modo que conseguiu cobrir “toda a superfície que se estende do orgânico ao biológico, do corpo à população, mediante o jogo duplo das tecnologias de disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulamentação, de outra” (FOUCAULT, 2010, p. 302). Do mesmo modo, a biopolítica, ao situar em seu nível de interesse mercadológico e jurídico-político tudo aquilo que podia ser extraído dos corpos, passou a forjá-lo como um produto gerador de outros produtos, controlando a população através da regulação da vida e da morte, não mais pelo antigo poder soberano de “fazer morrer e deixar viver”, mas sim pela sua substituição por um poder capaz

de “causar a vida ou devolver à morte” (FOUCAULT, 1988, p. 150). Assim, a passagem do século XVIII e XIX foi marcada por uma completa reestruturação dos dispositivos poder, que deixaram de ser caracterizados unicamente por sua força repressiva (negativa) e passam a atuar em consonância com sua eficácia produtiva (positiva), por meio de um gerenciamento da vida que tinha como principal alvo o corpo humano adestrado (FOUCAULT, 1988, p. 150)

Este controle amplificado do corpo, todavia, apenas poderia ser concretizado através do registro e conhecimento dos fenômenos humanos, de modo que estes pudessem ser efetivamente otimizados ou neutralizados. Com isso, análises detalhadas passaram a ser promovidas em diversos campos do conhecimento, como a medicina, a pedagogia e o saber jurídico, a fim de compreender tanto os microfenômenos sociais quanto os detalhes mais comuns das vidas dos indivíduos (ZIRBEL, 2019). Por meio do exame das noções de natalidade, morbidade e fecundidade, as técnicas biopolíticas passaram a direcionar cada vez mais os sujeitos à sua capacidade funcional que, conforme Nielsson e Carrion (2022, p. 4), era “capaz de ser estudada, classificada, contabilizada e manipulada em benefício do bem comum e da maximização da vida da população”.

Dentro desta ótica, fica evidente o papel central assumido pelo corpo feminino na dinâmica da biopolítica, pois à medida em que o desenvolvimento das nações passou a estar intrinsecamente relacionado à qualidade da sua população, as práticas biopolíticas passaram a atuar sobre a dinâmica demográfica, abrindo espaço para o advento de tecnologias de agenciamento humano, tendo o corpo feminino como elemento-chave de experimentação, pois foi através do controle desses corpos e de sua função reprodutiva que também se tornou possível a gestão e engrandecimento da população (NIELSSON, CARRION, 2022, p. 4). Neste aspecto, não se pode ignorar o caráter eugênico da implementação destas técnicas, pois a compreensão do corpo feminino como receptáculo do futuro da nação permitiu que fosse atribuída às suas existências sociais a função biológica de hereditariedade, que em contraposição também foi responsável por criar a ideia de degeneração, uma forma de racismo de estado através do qual a reprodução precisava ser controlada como forma de impedir que doenças e patologias afetassem o corpo social em suas futuras gerações. Assim, a partir da reprodução, os corpos femininos passaram a ser segregados entre aqueles cuja função reprodutiva era interessante ao desenvolvimento do modelo socioeconômico, e aqueles que não eram.

Foucault não dispõe especificamente sobre a questão da reprodução e os efeitos da biopolítica sobre os corpos femininos, no entanto, em suas análises, o controle populacional foi lido como um fator fundamental para o sucesso do novo modelo de poder, e sua consolidação

se deu através do ingresso da sexualidade tanto no campo da disciplina quanto da biopolítica (FOUCAULT, 1988). De acordo com o filósofo, é no sexo que se encontra a articulação primária entre as disciplinas do corpo e a regulação das populações, pois ele “dá lugar a vigilâncias infinitesimais, a controles constantes, a ordenações espaciais de extrema meticulosidade, a exames médicos ou psicológicos infinitos, a todo um micropoder sobre o corpo” (FOUCAULT, 1988, p. 157), no entanto, de forma paradoxal e ao mesmo tempo complementar, ele também “dá margem a medidas maciças, a estimativas estatísticas, a intervenções que visam a todo o corpo social ou grupos tomados globalmente” (FOUCAULT, 1988, p. 157). Esta atuação simultânea nos corpos individuais e coletivos a partir da produção de verdade por meio do sexo possibilitou o desenvolvimento de uma nova tecnologia de poder, compatível à lógica do biopoder e do poder disciplinar, compreendida enquanto *dispositivo da sexualidade* (FOUCAULT, 1988).

O autor conceitua dispositivo como uma ferramenta analítica gerada a partir da interconexão entre discursos, instituições, tecnologias e agentes, através do qual é viável a composição e legitimação do trinômio poder-saber-verdade (FOUCAULT, 1988). Foucault aponta a sexualidade enquanto um dispositivo de controle dentro do capitalismo na medida em que dá nome “à grande rede de superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação do discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e de poder” (FOUCAULT, 1988, p. 246). Este dispositivo, para Foucault, embora tenha sido refinado na era do biopoder enquanto um construto social voltado ao controle dos corpos e discursos, teria se desenvolvido progressivamente no decorrer da história, passando de um dispositivo que inicialmente buscou limitar os seres às suas funções reprodutivas, em que as sexualidades desinteressantes ao giro do capital e à procriação da mão de obra explorável passaram a ser vistas como anormais e, portanto, recrimináveis, para posteriormente introduzir o sexo e a própria vida na política e na economia. A partir disso, Foucault entende sempre terem existido relações históricas entre o discurso sobre sexo e as articulações de poder:

É necessário deixar bem claro: não pretendo afirmar que o sexo não tenha sido proibido, bloqueado, mascarado ou desconhecido desde a época clássica; nem mesmo afirmo que a partir daí ele o tenha sido menos do que antes. Não digo que a interdição do sexo é uma ilusão; e sim que a ilusão está em fazer dessa interdição o elemento fundamental e constituinte a partir do qual se poderia escrever a história do que foi dito do sexo a partir da Idade Moderna. Todos esses elementos negativos - proibições, recusas, censuras, negações – que a hipótese repressiva agrupa num grande mecanismo central destinado a dizer não, sem dúvida, são somente peças que têm uma

função local e tática numa colocação discursiva, numa técnica de poder, numa vontade de saber que estão longe de se reduzirem a isso. (FOUCAULT, 1988, p. 18-19).

Ao debruçar-se criticamente sobre esta hipótese repressiva da sexualidade, Foucault (1988) compreende que a historicidade do sexo e do dispositivo da sexualidade não se reduziu a esta visão negativa, tendo em vista a censura e o silenciamento constituírem, por si só, mecanismos de instigação e, conseqüentemente, de poder. A partir disso, a histórica repressão do sexo se trata, na verdade, de uma insinuação disfarçada, pois as atenções voltadas na maior parte do tempo à característica velada do sexo escondiam que, do outro lado da moeda, essas proibições promoviam um interesse cada vez maior em falar, saber, confessar o sexo (FOUCAULT, 1988, p. 18-19). Esta incontornável vontade do saber promoveu uma completa modificação no processo de formação de identidade dos indivíduos, que passou a ser realizada a partir das verdades que poderiam ser ditas sobre seus corpos, de modo que a sexualidade passou a atravessá-los e constituí-los, tornando-se um projeto pelo qual desenvolveram-se saberes sobre o sexo (FOUCAULT, 1988, p. 20).

É a partir do dispositivo da sexualidade que se desenvolveram as tecnologias médicas do sexo e, conseqüentemente, uma verdadeira ciência do sexo, responsável pela atribuição de caráter determinista à identidade sexual, promovendo o estabelecimento de uma ordem dominante exclusivamente heterossexual, novamente endossando a já mencionada lógica eugenista, fruto do racismo do estado. Assim, o que se criou foram corpos sexuados e intensamente sexualizados, cuja diferenciação não se firma pela qualidade do corpo, mas pela seletividade da sua repressão (FOUCAULT, 1988, p. 21).

De acordo com Foucault (1988), o corpo feminino foi construído discursivamente através do dispositivo da sexualidade, tendo sido sujeito a análises e experimentações de modo a estabelecer-se um padrão de sexualidade considerado normal. Em contrapartida, o estabelecimento do corpo feminino tido como adequado exigia o controle sobre tudo aquilo que pudesse ser percebido como anormal, o que se deu através da compreensão do corpo desviante como necessariamente patológico (FOUCAULT, 1988). Nesse contexto, Foucault introduz a concepção histórica do corpo feminino, que seria necessariamente o corpo patologizado, desordenado, saturado de sexualidade, que dependia da regulação e do controle estatal para que aderisse ao seu papel social e linguístico de submissão (FOUCAULT, 1988). Segundo Foucault (1988), a histerização do corpo feminino é uma das principais táticas na elaboração do conhecimento e poder que envolve a regulação da sexualidade, pois ao naturalizar uma identidade feminina, permitiu a proibição, manipulação e medicalização destes corpos, sob a

justificativa de preservar o bem-estar e a ordem social. Assim, ao passo que algumas mulheres eram entendidas como “curadas” ou “curáveis” de sua própria natureza, vistas como puras, saudáveis e úteis para a continuidade da espécie, àquelas em que estava mais marcado o símbolo da degeneração e da patologia eram vistas como impuras e perigosas ao corpo social como um todo, de modo que se tornava justificável sua perseguição política. Assim, mudaram-se as fogueiras, mas continuou-se a caça às bruxas.

É neste sentido que as reflexões foucaultianas acerca da biopolítica abrem espaço para a compreensão do vínculo entre controle populacional e a reprodução humana. A filósofa americana Penelope Deutscher (2017), ao analisar criticamente o papel da procriação no pensamento de Foucault, reformula a hipótese repressiva da sexualidade a partir do que denomina enquanto “hipótese reprodutiva”, entendendo que o discurso da histerização do corpo feminino, mais do que pretender controlar o suposto impulso sexual intrínseco à mulher, intencionava garantir a sua função reprodutiva.

Isso é perceptível, para a autora, na medida em que, de acordo com Foucault, o corpo feminino patologizado era justamente aquele que agia de forma contrária à regulamentação social, e assim colocava em risco toda a perpetuidade da espécie por não cumprir com suas funções sociais (DEUTSCHER, 2017, p. 76). Considerando, então, que o corpo feminino ordenado era aquele tão regulado a ponto de não sucumbir à sua própria saturação sexual, a reprodução era considerada o único meio para garantir a saúde mental das mulheres, ao privá-las de sua sexualidade desviada. Nesse contexto, o comportamento aberrante, contrário ou perverso era justamente aquele que impedia a procriação, e, portanto, precisava ser extirpado. É a partir disso que Deutscher (2017, p. 77) propicia uma reflexão sobre a reprodutividade como um dispositivo que, ao controlar o sexo reprodutivo, impulsiona a amplificação da disciplina corporal e a regulação das populações.

A pesquisadora Joice Nielsson (2020), ao resgatar a teoria Penelope Deutscher para analisar a especificidade do corpo reprodutivo feminino na politização da vida natural, destacou que no modelo biopolítico de Foucault a reprodução adquire uma finalidade singular, pois à medida em que os corpos reprodutores eram segregados, regulados ou patologizados, lidos como úteis ou inúteis ao modelo socioeconômico, também passavam a delimitar de forma perceptível as condições que uma mulher deveria carregar consigo para poder ser situada no “fazer viver”. Como destacado por Nielsson (2020, p. 902), a transição da reprodução para a reprodutividade representa o ápice das estratégias de politização da vida orgânica, transformando um processo biológico em um fenômeno permeado de implicações sociais e

políticas, sujeito a diferentes formas de controle, regulação, intervenção e valorização. Isso possibilitou a realização de comportamentos reprodutivos seletivos e controlados, gerenciados através de medidas regulatórias, punitivas e proibitivas (NIELSSON, 2020, p. 902). Ao constituir-se desta forma, o dispositivo da reprodutividade:

[...] produz sujeitos femininos capazes de propagar a vida, mas também de propagar a morte através da transmissão reprodutiva, uma possibilidade que pressupõe a legibilidade da procriação como uma governamentalidade. Através dela e das relações de poder se que engendram no agir sobre uma população, no governo dos outros e no governo de si mesmo, a reprodução produz os sujeitos da procriação - mulheres - e os isola como únicos responsáveis por futuros, raças, povos e nações (...) Emerge assim o sentido biopolítico da reprodutividade, que representa a procriação como aparente conduta livre do indivíduo - “escolha” – mas constitui-se num modo pelo qual a vida dos povos e populações pode ser gerenciada e manipulada (NIELSSON, 2020, p. 885).

A compreensão da reprodutividade sob essa perspectiva de controle individual e populacional, além de permitir a vinculação entre sexualidade e reprodução, também permite a associação destes dois dispositivos com a noção de maternidade. Ao conduzir uma análise genealógica da história da maternidade com base no conceito de *amor materno* enquanto construção social, a filósofa francesa Elisabeth Badinter identificou uma alteração no discurso sobre a figura materna nas sociedades ocidentais nos séculos XVIII e XIX, coincidente com as observações de Foucault sobre as transformações no exercício do poder (BADINTER, 1985, p. 144).

De acordo com a autora, à medida que o capitalismo se consolidou e a biopolítica emergiu, houve uma fusão completa entre a capacidade reprodutiva da mulher e sua responsabilidade social de maternidade, gradualmente percebida como inerente à sua natureza (BADINTER, 1985). Dessa forma, as mulheres eram compelidas a conformar-se ao modelo estabelecido, o qual era artificialmente naturalizado como um objetivo de vida, através da construção do mito do amor materno. Este mito propagava a ideia de que a plenitude da vida feminina só poderia ser alcançada através da maternidade, de modo que, ao maternar, a mulher não estaria cumprindo somente sua função social, mas atingindo o máximo que a vida humana poderia oferecer (BADINTER, 1985). Aquelas que recusavam esse modelo eram estigmatizadas como anormais, patologizadas e consideradas anti-femininas, a verdadeira consolidação da representação foucaultiana da mulher histórica. Diante disso, é pertinente considerar a formação de um dispositivo histórico da maternidade, conforme conceituado por Valeska Zanello (2016). Este dispositivo pode ser compreendido como uma ferramenta que promove a adesão a modelos de subjetividade socialmente desejáveis, os quais estão vinculados

à realização da função reprodutiva, resultando na intensificação da disciplina do corpo e na regulação das populações (ZANELLO, 2016).

A maternidade enquanto dispositivo é um construto basilar em diversos sistemas sociais e políticos (RICH, 2019, p. 43), fortemente difundida no ocidente e sofisticada à medida que historicamente adapta-se às necessidades e interesses econômicos e políticos dos setores dominantes ao classificar corpos femininos a partir da presença ou ausência de filhos, assegurando assim a sua permanência a serviço do patriarcado. A operação deste mecanismo se dá por meio da naturalização de um núcleo organizador do gênero, que linguisticamente molda as sexualidades dos indivíduos a partir de suas funções identitárias (DORLIN, 2021, p. 67), criando uma vinculação artificialmente indissociável entre o signo *mulher* e o significante *mãe*, de modo que aquelas que optam pela não-maternidade são retiradas de qualquer campo nominativo, passando a pertencer a um não-lugar, em que sequer são alcançadas pela esfera da linguagem (GONZAGA, MAYORGA, 2019, p. 61).

Este movimento de internalização da procriação e, mais especificamente, da maternidade enquanto fenômeno único e necessário para a construção identitária das mulheres passa, então, a compor o campo de performatividade de gênero, em que a ausência de filhos e a negação da procriação é percebida como um desvio, ao mesmo tempo antinatural e antifeminino, uma forma equivocada de performar o corpo sexuado (YAÑEZ, 2013, p. 224). A maternidade enquanto dispositivo é necessariamente hierarquizante, à medida em que sua não aceitação implica estar à margem de um conjunto de experiências que definiria, de forma monolítica, o que é *ser mulher*, atribuindo valor às mulheres a partir da adesão (ou não) à sua função reprodutiva. É um dispositivo, portanto, que se retroalimenta, pois faz parte da constituição da subjetividade das mulheres, mesmo daquelas que não querem ser mães, operando por meio da consideração da mulher-mãe como uma versão plena de si e da situação da mulher não-mãe de forma diametralmente oposta, como sujeito incompleto, “estrangeiro em seu próprio corpo” (GONZAGA, MAYORGA, 2019, p. 61).

A articulação entre os dispositivos da sexualidade (FOUCAULT, 1988), da maternidade (ZANELLO, 2016) e da reprodutividade (DEUTSCHER, 2017) demarcam que a biopolítica estruturou-se sobre a construção do ser feminino como inferior, perigoso e diabólico e seu posicionamento enquanto objeto de intervenção moral, médica e judiciária. A partir disso, não somente a mulher foi definitivamente segregada do seu oposto, o masculino, como também foi construída a dicotomia dentro da própria categoria “mulher”, em que o corpo feminino ou era associado à figura da maternidade e do matrimônio, ou à figura da desviante. Ao mesmo tempo

em que a dicotomia sexual estruturou um espaço de coexistência entre poder disciplinar e biopoder, também permitiu a categorização das mulheres entre boas e más, úteis e inúteis (NIELSSON, 2020).

Dentro do arcabouço teórico abordado até aqui, torna-se evidente que negligenciar o papel do poder na configuração dos corpos femininos é falhar em reconhecer que, ao longo das diferentes épocas, a própria consolidação destes poderes esteve profundamente entrelaçada com o controle desses corpos, moldados cada vez mais enquanto receptáculos dóceis e silenciosos, o que se tornou especialmente visível com o advento da biopolítica, paradigma de poder na contemporaneidade. A biopolítica converte questões ligadas à realidade das mulheres em mecanismos de controle, influenciando esferas como o jurídico, o religioso, o econômico e o científico, tendo como objetivo gerir o corpo feminino e explorar sua capacidade reprodutiva, gerando por um lado sujeitas consideradas aptas e úteis para a reprodução, em favor das quais são aplicadas políticas e estratégias de preservação da vida, e por outro sujeitas consideradas inaptas, que são abandonadas à própria sorte (NIELSSON, 2018).

Por isso, Paul B. Preciado (2008) é escoreito quando afirma que o estudo da biopolítica é incompleto quando não se compreende o corpo feminino como central neste regime. Afinal, a transmutação destes corpos em instrumentos funcionais foi (e ainda é) necessária para que a exploração da reprodutividade e o gerenciamento das procriações fosse possível, de modo que o próprio nascimento da biopolítica nos termos estabelecidos por Foucault - ou seja, enquanto fruto do capitalismo e do poder disciplinar - apenas foi possível através da retirada do controle que as mulheres possuíam dos seus corpos, úteros e existências. Este processo histórico de violação do corpo feminino com finalidade (re)produtiva é o que Joice Nielsson (2020) chama de biopolítica de gênero, responsável por promover a apropriação dos corpos femininos em cada uma das fases do desenvolvimento capitalista.

Apesar de a teoria foucaultiana fornecer uma estrutura conceitual para a análise do controle exercido sobre os corpos femininos por meio de uma investigação genealógica do poder, a instituição da ordem simbólica de diferenciação de gênero mediante a supressão da autonomia e liberdade dos corpos femininos através da reprodutividade requer a implementação de dispositivos que regulamentem simultaneamente a vida e a morte. Conforme observado por Nielsson (2020), a continuidade do desenvolvimento biopolítico no contexto de uma governança neoliberal depende da existência de um aparato legal que legitime a disposição das vidas que não se conformam ao modelo socioeconômico estabelecido. Assim, o controle dos corpos através da reprodução, com a categorização de alguns como úteis e outros como inúteis,

só é viável nos dias de hoje mediante a existência de espaços nos quais os direitos e as garantias fundamentais e individuais são suspensos.

A partir dessa premissa, delinerei brevemente os principais conceitos introduzidos pelo filósofo italiano Giorgio Agamben ao examinar a constituição da biopolítica contemporânea sob essa perspectiva. Reconhecendo a amplitude e a complexidade da obra do autor, para os propósitos desta pesquisa, concentrarei minha análise nos conceitos delineados no livro “Homo sacer: o poder soberano e a vida nua”, a fim de resgatar alguns conceitos que permitirão discorrer sobre como a biopolítica, em um contexto de suspensão legislativa, exerce um controle preferencial sobre os corpos femininos por meio do seu domínio reprodutivo.

3.2 O ESTADO DE EXCEÇÃO AGAMBENIANO E A CONSTRUÇÃO DE VIDAS NUAS

Nas precauções foucaultianas, a vida orgânica, submetida à influência biopolítica, é inserida em um campo de forças no qual a própria vida torna-se um produto em constante (re)construção pelas técnicas de poder e saber (FOUCAULT, 2010). A biopolítica, desta forma, é concebida como um mecanismo produtivo, descontínuo em relação ao poder soberano, na medida em que este teria sido recoberto por ela a partir da inversão da lógica do “fazer morrer e deixar viver” para a de “deixar morrer e fazer viver”. Em contraposição, Giorgio Agamben (2007) argumenta que a biopolítica não representa uma ruptura com o poder soberano, mas sim uma continuidade, não podendo, portanto, ser considerada uma novidade contemporânea, mas sim o desdobramento de um processo de transformação dos centros de poder. Em sua análise, Agamben buscou investigar o ponto de intersecção entre os modelos de poder jurídico-institucional (soberano) e biopolítico propostos por Foucault, visando compreender como a vida se insere na esfera política, nos mecanismos e cálculos do poder estatal (AGAMBEN, 2007, p. 120).

Para isso, o filósofo partiu do conceito de soberania desenvolvido por Carl Schmitt (1996), no qual o soberano é caracterizado como aquele que detém o poder de decisão, inclusive em situações excepcionais, podendo determinar tanto a instituição da ordem jurídica quanto a sua suspensão. Schmitt (1996) concebeu as ações e os motivos políticos subjacentes às decisões do soberano a partir da dicotomia amigo/inimigo, onde o inimigo é tido como o estranho, o “Outro”, que não deve necessariamente ser eliminado, mas sim neutralizado, para que não ofereça perigo ao corpo social. Segundo o autor, a representação da figura do inimigo é fundamental para a própria existência da política, pois ela seria instigadora do conflito que lhe

conferiria identidade (SCHMITT, 1996). No entanto, a mutabilidade deste inimigo faria com que sua existência não pudesse ser normatizada, reduzida ao espectro da lei, de modo que o direito não estaria apto a identificar o inimigo nem a determinar a situação factual geradora da anormalidade (SCHMITT, 1996). Por essa razão, a indeterminação do inimigo e a contínua possibilidade de sua manifestação implicariam a necessidade de estabelecimento de uma figura capaz de tomar decisões políticas em períodos de contingência: o soberano.

Para Schmitt (1996), o soberano ocupa uma posição peculiar e essencialmente dúbia, existindo tanto dentro quanto fora do sistema jurídico, o que viabiliza a identificação do inimigo e a subsequente tomada de decisões a partir dela. Essa dualidade paradoxal do soberano é o que possibilita a suspensão da aplicação do direito e, por conseguinte, a instauração do estado de exceção (AGAMBEN, 2007), essencial para a preservação da ordem jurídica, uma vez que, se o soberano estivesse exclusivamente contido no ordenamento jurídico, não teria autoridade para decidir sobre a exceção, e, portanto, não poderia posicionar-se frente a uma anormalidade. Assim, para Schmitt (1996), a exceção desempenha um papel crucial nos momentos-limite, possibilitando a conexão entre a anormalidade e o ordenamento jurídico, garantindo que o direito seja preservado, mesmo que, para isso, precise ser temporariamente suspenso. Diante disso, o autor conclui que o ordenamento jurídico não é uma entidade oposta ao estado de exceção, mas sim dependente dele, na medida em que a própria exceção o validaria.

De acordo com Schmitt (1996), uma característica inerente à exceção é seu caráter necessariamente opositor à regra, de modo que o estado de exceção precisaria ser necessariamente temporário e pautado na identificação de uma anomalia jurídica. Agamben (2007), embora tenha resgatado a teoria schmittiana para explorar a intersecção entre a realidade fática e o ordenamento jurídico, propõe uma visão em que a exceção coexiste com a norma, estabelecendo uma relação de suspensão em que a norma se aplica ao que é excluído, enquanto simultaneamente é desaplicada (AGAMBEN, 2007, p. 24). Assim, a relação entre a exceção e a norma, para Agamben, se dá na medida em que o excluído é imediatamente incluído no ordenamento jurídico em virtude de sua própria exclusão (AGAMBEN, 2007, p. 25). Portanto, a exceção não reside unicamente fora da norma, sem relação alguma com esta, sendo o meio através do qual ela própria adquire seu sentido e legitimidade.

A partir dessa lógica, Agamben (2007) descreve a noção da inclusão excludente ou, inversamente, da exclusão inclusiva, ao que aponta: “não é a exceção que se subtrai à regra, mas a regra que, suspendendo-se, dá lugar à exceção e somente deste modo se constitui como regra, mantendo-se em relação com aquela” (AGAMBEN, 2007, p. 26), entendendo que a

própria legitimidade da norma depende da sua maleabilidade, sua capacidade de estabelecer relação com a exterioridade. A esta relação, o autor dá o nome de relação de exceção, descrevendo-a como a “forma extrema da relação que inclui alguma coisa unicamente através de sua exclusão” (AGAMBEN, 2007, p. 27). Assim, conseqüentemente, sendo a relação de exceção a própria base fundante da estrutura de soberania, a própria decisão soberana é, neste sentido, a estrutura político-jurídica originária, não podendo ser definida como fato ou direito, como lógica ou práxis, na medida em que compõe uma zona de indistinção, um paradoxal limiar de indiferença (AGAMBEN, 2007).

Agamben, ao explorar a capacidade da lei de permanecer em suspensão, introduz à sua teorização o conceito de “bando”, que surge da noção de banimento, de abandono. Nessa dinâmica, o indivíduo banido não é expulso do ordenamento jurídico ou diretamente eliminado por ele, mas é deixado à deriva dele, vulnerável aos perigos existentes na fronteira entre vida e direito, exposto à precariedade e à violência (AGAMBEN, 2007). Ao examinar especificamente a condição do banido, Agamben (2007) propõe uma conexão singular entre este ser, denominado por ele de “vida nua”, e o poder soberano, partindo para tanto de uma análise arqueológica da composição societal grega: a *pólis*. O autor observa que os antigos gregos se utilizavam de dois termos para descrever a vida: a *zoé*, que representava a mera vida biológica, compartilhada por todos os seres vivos, e a *bíos*, que representava a vida qualificada politicamente (AGAMBEN, 2007). O autor argumenta que, com a criação do Estado, a vida natural (*zoé*) foi retirada do contexto político, mas como toda exclusão implica uma inclusão, ela foi ao mesmo tempo politizada, o que culminou na criação da “vida nua”, o indivíduo deixado à deriva pelo ordenamento jurídico, cuja vida estaria constantemente sujeita à violência e arbitrariedade do poder soberano (AGAMBEN, 2007).

Nesse contexto, a vida nua continua a ser estruturada por meio de uma relação de exceção, sendo excluída da legalidade e ao mesmo tempo subjugada e confinada pelo poder soberano. A própria exceção, assim como a vida nua, é concebida por Agamben como tão antiga quanto o poder soberano, representando “o núcleo primordial - embora oculto - do poder soberano”, de modo que “a produção de um corpo biopolítico é a contribuição original do poder soberano” (AGAMBEN, 2007, p. 14). Essa concepção representa um ponto fundamental na proposta de Agamben: para o autor, a existência da vida nua e de sua politização ao mesmo exclusiva e inclusiva é a maior comprovação de que a biopolítica, diferente do que afirma Foucault, não é um modelo de poder exclusivo da modernidade, mas está intrinsecamente ligada à soberania (AGAMBEN, 2007). A partir disso, Agamben sustenta que a fundação do Estado

(ou *pólis*) não é um evento único e finalizado no passado distante, mas sim uma força contínua, presente e atuante, que se manifesta na modernidade através de decisões soberanas (AGAMBEN, 2007, p. 108).

Segundo Agamben (2007, p. 14), ao centralizar a vida orgânica nas estratégias de poder, o Estado moderno e biopolítico continuamente reafirma a ligação entre a vida nua e o poder que a subjuga, de modo que a dicotomia entre viver e viver bem, ou entre “deixar morrer” e “fazer viver”, estabelece-se por meio de uma relação de exceção, novamente exemplificando a exclusão inclusiva. Dessa maneira, a disciplina e a gestão dos corpos, características da política ocidental contemporânea, têm sua origem na exclusão, de modo que a partir do paradigma biopolítico, que distingue entre vida biológica (*zoé*) e vida qualificada (*bíos*), a exclusão inclusiva gera a vida nua, incorporada à política unicamente através de sua condição de dispensabilidade, de matabilidade (AGAMBEN, 2007, p. 16). Nesse contexto, segundo o autor:

[...] se a política clássica nasce da separação destas duas esferas, a vida matável e insacrificável é o fecho que lhes articula e o limiar no qual elas se comunicam indeterminando-se. Nem *bíos* político nem *zoé* natural, a vida sacra é a zona de indistinção na qual, implicando-se e excluindo-se um ao outro, estes se constituem mutuamente. [...] [Trata-se de] uma exceção, na qual o que é capturado é, ao mesmo tempo, excluído, e a vida humana se politiza somente através do abandono a um poder incondicionado de morte. Mais originário que o vínculo da norma positiva ou do pacto social é o vínculo soberano, que é, porém, na verdade somente uma dissolução; e aquilo que esta dissolução implica e produz - a vida nua, que habita a terra de ninguém entre a casa e a cidade - é, do ponto de vista da soberania, o elemento político originário (AGAMBEN, 2007, p. 91).

Agamben (2007) ilustra o conceito de inclusão da vida humana no ordenamento jurídico por meio de sua exclusão através do emblema do *homo sacer*, uma figura resgatada do direito romano que representa aquele que não é sagrado, aquele que embora julgado e condenado no mundo dos homens, não pode ser sacrificado aos deuses, e cujo assassinato não constitui homicídio, uma vida que “se situa no cruzamento entre uma matabilidade e uma insacrificabilidade, fora tanto do direito humano quanto daquele divino” (AGAMBEN, 2007, p. 81). A dupla exclusão que caracteriza a figura do *homo sacer* espelha a estrutura da exceção soberana: “assim como, na exceção soberana, a lei se aplica de fato ao caso excepcional desaplicando-se, retirando-se deste do mesmo modo o *homo sacer* pertence ao Deus na forma da insacrificabilidade e é incluído na comunidade na forma da matabilidade” (AGAMBEN, 2007, p. 90). Portanto, tanto o *homo sacer* quanto o soberano ocupam posições simétricas nos limites da norma (AGAMBEN, 2007).

A figura do *homo sacer* assume uma importância fundamental no pensamento de Agamben devido à sua condição de dupla exclusão, que o expõe constantemente à matabilidade

e à violência. Ele representa a vida orgânica abandonada pelo soberano e submetida à exceção original. Agamben (2007) argumenta que, na política contemporânea, onde a noção de sacralidade está presente, o estado de exceção tende a se tornar a norma, criando uma zona de permanente indistinção, em que a redução das pessoas à condição de vidas nuas, à condição de *homines sacri*, se torna evidente, ao mesmo tempo em que se mascara, criando um nó entre a vida qualificada e a vida nua, que se confunde e dissolve-se, inserindo os corpos em um estado constante de violência e indeterminação normativa. Este espaço é chamado por ele de “campo” (AGAMBEN, 2007).

O campo representa a concretização máxima do estado de exceção, sendo o espaço onde a ambivalência se manifesta, atribuindo tons de normalidade à situação extrema (AGAMBEN, 2007). Agamben (2007, p. 162) argumenta que o estado de exceção transformado em campo é o paradigma da biopolítica moderna, sendo o campo o “nômos” do mundo contemporâneo. Isso implica que, embora o campo seja considerado um espaço fora do alcance do ordenamento jurídico, ele é capturado por ele, mais uma vez refletindo a natureza inclusiva de toda exclusão. A partir disso, o campo encarna o estado de exceção de forma permanente, e não de forma temporária, como previa Carl Schmitt (1996). Para Agamben (2007), enquanto o estado de exceção schmittiano caracterizava-se pela existência de um local definido, determinado pelo seu próprio caráter de intermitência, o estado de exceção permanente e essencialmente biopolítico corresponde a um campo sem um sistema jurídico claro, encontrando-se em constante deslocamento. No estado de exceção permanente não há política, mas tão somente a biopolítica, de modo que o próprio campo se transmuta não em um espaço localizado, mas em uma figura espacial ambulante, uma localização que pode surgir nos mais distintos lugares, permitindo a perpetuidade na diluição da configuração do cidadão, que se torna *homo sacer* (AGAMBEN, 2007).

O trabalho de Agamben (2007) é uma contribuição relevante para a reflexão sobre a operacionalidade da biopolítica na contemporaneidade. No entanto, assim como a perspectiva foucaultiana, a sua abordagem sobre a biopolítica carece de uma consideração adequada acerca do papel das mulheres na diferenciação da vida nua e nas diversas formas de violência que incidem sobre elas devido a essa implicação. Apesar disso, algumas pesquisadoras feministas veem a possibilidade de utilizar a obra de Agamben, mesmo que parcialmente adaptada, para examinar a condição da mulher no contexto biopolítico contemporâneo. Penelope Deutscher (2008), por exemplo, ao abordar a omissão do corpo feminino nas teorias de Agamben, sugere que o dispositivo reprodutivo seja analisado como um fenômeno específico, utilizando uma

linguagem que compreenda os diferentes espaços de suspensão nos quais a vida das mulheres se torna precária ou reduzida à vida nua, especialmente devido à sua associação com a reprodução. A partir disso, percebe-se que, embora nos contextos de Foucault e Agamben o poder e a vida estejam desvinculados da figura feminina, essa separação pode ser reexaminada à luz da teoria feminista. Por meio do resgate teórico e conceitual, o saber feminista oferece uma perspectiva para analisar como a vida está sendo configurada na contemporaneidade e quais são as bases das práticas, políticas e estratégias que são normalizadas e internalizadas pelas experiências das mulheres.

Além disso, é crucial também examinar como se dá o controle biopolítico sobre os corpos femininos em contextos periféricos, marcados pela colonização. Nestas realidades, entender o exercício da biopolítica requer reconhecer como questões de gênero, raça, classe e outros marcadores contribuem para a criação de espaços que não apenas administram a vida, mas também promovem a morte em larga escala. No contexto latino-americano e brasileiro, objeto da presente pesquisa, torna-se evidente que o fenômeno do biopoder e a atuação de seus dispositivos se manifestam através do surgimento indiscriminado de formas mais cruéis de violência, muitas vezes direcionadas principalmente aos corpos femininos e feminizados, deixados à deriva do ordenamento jurídico por carregarem em seu corpo marcadores de exclusão.

Para estabelecer uma conexão entre as teorias discutidas anteriormente e o histórico e contínuo controle dos corpos femininos em contextos periféricos, o próximo tópico busca explorar a noção de biopolítica a partir das análises da antropóloga argentina Rita Segato e suas conceituações sobre as formas de organização de poder no mundo colonizado a partir da segregação das esferas pública e privada, bem como sobre inclusão e à exclusão a partir de um viés patriarcalista. Ainda, será examinada a interseção das teorias discutidas até agora com o conceito de “vida tributável” e “*femina sacra*” de Carolina Díaz (2017), a fim de compreender-se a possibilidade de incorporação das vidas e corpos femininos em uma economia baseada na violência, nos sacrifícios e no uso e abuso dos corpos excluídos.

O objetivo é proporcionar uma compreensão estruturada de como a questão da reprodução pode ser inserida de maneira ampla e inclusiva na análise de soberania e biopolítica. Isso implica não apenas considerar a experiência feminina universalizada, de origem branca e eurocêntrica, mas também os contextos das mulheres colonizadas, racializadas e marginalizadas, cujos corpos são transpassados por diferentes graus de vulnerabilidade e

precariedade, sendo alvo de mecanismos de poder e técnicas de controle repressivas e violentas que, quando desconsideradas, implicam o apagamento de suas vivências e existências.

3.3 CORPOS MARCADOS, VIDAS TRIBUTÁVEIS: INTERLOCUÇÕES BIOPOLÍTICAS E O CONTROLE DA REPRODUTIVIDADE A PARTIR DE UM REFERENCIAL FEMINISTA E DECOLONIAL

A antropóloga argentina Rita Segato, ao analisar os influxos de poder na contemporaneidade, suas consolidações e a forma como moldam e são moldados por mecanismos de controle, aponta que o poder biopolítico global, moderno e capitalista foi inaugurado a partir das invasões coloniais, sendo realimentado pelos Estados por meio da utilização da individualização e da coerção como estruturas modeladoras das relações corporais (SEGATO, 2016). Ao contrário de Aníbal Quijano (2005), que associou essa nova compreensão dos mecanismos de poder à noção de raça, Segato sugere que essa transformação está primariamente vinculada à remodelação do sistema de gênero, originada a partir da violenta instauração do patriarcado europeu nas sociedades colonizadas (SEGATO, 2016). A autora argumenta que a colonização das Américas não apenas contribuiu para a formação da modernidade e do capitalismo, como também foi sustentada por práticas violentas e patriarcais de imposição de gênero, estrutura que persiste até a atualidade e manifesta-se através de diversas formas de opressão, dominação e exploração (SEGATO, 2016). Assim, para a autora, a compreensão das relações entre homens e mulheres à luz do colonialismo é fundamental para compreender-se a estruturação dos mecanismos de subordinação e as técnicas de controle e gestão dos corpos da contemporaneidade (SEGATO, 2016).

Conforme a análise da autora, nas sociedades pré-coloniais, caracterizadas por ela como *mundo-aldeia*, predominava um patriarcado de baixa intensidade, no qual a figura masculina não era considerada a referência universal do que seria humano (SEGATO, 2016, p. 95). A partir da intervenção colonial moderna e de sua estruturação sobre bases racionalistas, individualistas e com pretensão de neutralidade objetiva, o mundo-aldeia foi reconfigurado, a fim de comportar a existência de um sujeito universal, cujos enunciados teriam valor geral e seriam capazes de representar a todos (SEGATO, 2016, p. 96). Assim, a estrutura social, que antes era dual e ontologicamente plena, transformou-se em um mecanismo binário, consolidando a transmutação do “dualismo do múltiplo” para o “binarismo do uno” (SEGATO, 2016, p. 96). A partir desta remodelação dos modos de existência coletiva, foi estabelecida a

relação entre o Um e o Outro (SEGATO, 2016). Essa distinção estabelece um ponto fundante da modernidade-colonial e, por conseguinte, do projeto histórico do capital: a criação do Outro a partir da ideia de diferença.

Dessa forma, enquanto o conceito do Um era moldado à imagem e semelhança do homem branco colonizador, estabelecido como o princípio e medida da distribuição hierárquica, o Outro representava sua figura diametralmente oposta, o “feminino, não branco, colonial, marginal, subdesenvolvido, deficiente” (SEGATO, 2016, p. 95-96), ou seja, todos aqueles cujas formas de existência não se alinhavam ao padrão estabelecido. A existência do Outro, embora inferiorizada, não poderia ser simplesmente eliminada, mas sim neutralizada, pois era a condição necessária para a existência do Um, do “sujeito universal, humano generalizável, com H” (SEGATO, 2016, p. 95-96). A partir dessa dinâmica, o “Homem” e o masculino tornaram-se os arquétipos da humanidade, exercendo domínio sobre a esfera pública, que passou a abarcar todos os aspectos da vida considerados políticos, gerais e universais. De acordo com Segato (2016):

[...] é esse o processo de emergência da esfera pública ou, melhor dito, a forma em que, no processo histórico, o que foi um espaço público ou domínio masculino em um mundo comunitário, se transformou na esfera pública ou domínio universal. Como vemos, a história e constituição da esfera pública participa e se entrelaça com a história do próprio patriarcado e sua mutação estrutural a partir da captura colonial moderna do mundo-aldeia. Visto dessa forma, a história da esfera pública ou esfera estatal não é outra coisa que a história do gênero. Essa esfera pública, ou ágora estatal, se transformará no lócus de enunciação de todo discurso que aspire a revestir-se de valor político. Em outras palavras, sequestrará a partir de agora a política e, ao dizer isso, dizemos que terá o monopólio de toda ação e discurso que pretenda adquirir o predicado e o valor de impacto da politicidade (SEGATO, 2016, p. 94, tradução minha).

No contexto do “dualismo do múltiplo”, o espaço reservado às mulheres era distinto do masculino, mas não necessariamente subordinado hierarquicamente a ele, de modo que possuía teor político (SEGATO, 2016, p. 97). No entanto, com a imposição do “binarismo do uno”, este espaço foi despojado de sua politicidade, sendo relegado à esfera privada, onde foi particularizado e marginalizado em relação aos acontecimentos externos (SEGATO, 2016, p. 97). A redefinição do feminino como algo íntimo e privado e sua inferiorização na escala hierárquica por encontrar-se no exato oposto daquilo que significa ser um Homem, contribuiu para a manutenção das relações de poder e autoridade no âmbito doméstico.

A formação desse sujeito universal não se restringiu a um processo meramente abstrato e discursivo, envolvendo também uma experiência corporal concreta. Essa formação foi marcada pela consolidação de uma estrutura hierárquica simbólica, fundamentada na violência

e na imposição de poder, que gradualmente passou a influenciar não apenas o campo epistemológico e político, mas também os modos de vida e as formas de performance do corpo. Nesse sentido, os saberes, práticas e circulações se masculinizaram, compondo o que Segato chama de “mandato da masculinidade” (SEGATO, 2016, p. 20). A autora identifica a consolidação desse mandato no empreendimento colonial através de uma verdadeira reestruturação dos comportamentos e mentalidades dos homens, o que se deu a partir de dois eixos, que juntos consolidaram uma “pedagogia da masculinidade”: o eixo de *status* (vertical), que atribuía valores de diferença entre os corpos baseados em gênero, raça, etnia e idade; e o eixo de *contratos* (horizontal), a partir do qual os indivíduos que compartilhavam o status de superioridade estabeleciam pactos, de modo a garantir a perpetuidade de sua dominação (SEGATO, 2016, p. 18-19). Assim, a forma primária de concretização desta pedagogia se deu a partir da separação entre masculinidade e tudo o que pudesse estar associado ao diferente, à mulher, à feminilidade e aos seus atributos historicamente construídos. Isso resultou na diferenciação e consolidação da binaridade, onde o corpo do Outro passou a ser significado como oposto a tudo o que definia o Homem, passando a representar, então, a fraqueza, irracionalidade e o subdesenvolvimento (SEGATO, 2016, p. 20).

A interseção desses dois eixos em forma da pedagogia da masculinidade representa, para Segato (2003), a consolidação das estruturas elementares da violência, pois o mandato da masculinidade dependia necessariamente da violência dirigida aos corpos dos “diferentes”, ou seja, os corpos femininos e feminilizados, racializados, marginalizados, para que o sistema de status do Homem enquanto sujeito universal pudesse se manter (SEGATO, 2003). Segundo a autora, a violência no empreendimento colonial foi implementada entre os povos colonizados de forma articulada e pedagógica, a partir de uma complexa trama de pacto e competição, em que os homens incentivavam a apropriação simbólica do poder dos corpos dos Outros e, ao mesmo tempo, competiam entre si para provar a própria masculinidade, para não serem rebaixados ao status inferior, equiparado ao “diferente” (SEGATO, 2016, p. 47).

Nesse contexto, as cerimônias de iniciação, os rituais de passagem e os comportamentos violentos e cruéis eram considerados elementos essenciais do processo de provação, instituídos com o intuito de marcar os corpos considerados inferiores com o estigma da diferença, seja pela via fática, através das agressões, expropriações e do estupro, componentes cruciais para a consolidação da rapina colonial; quanto pela via simbólica (SEGATO, 2016). Dessa maneira, atributos como força, violência, crueldade e indiferença eram desde logo estabelecidos como características constantemente exigidas entre os homens para que comprovassem sua virilidade,

gradativamente tornando-se um componente artificial de suas identidades (SEGATO, 2016). Dessa forma, a imposição da masculinidade se transformou em uma norma internalizada, manifestada por meio de diversas vozes masculinas que se amalgamam em um corpo, atribuindo-lhe uma pretensa superioridade sobre os demais corpos (SEGATO, 2016, p. 87).

Através do recurso à violência e à punição, as pedagogias da masculinidade evoluíram para o que Rita Segato (2016) descreve como “pedagogias da crueldade” instrumentos da ganância expropriadora e da rapina colonial, na medida em que “a repetição de uma cena violenta produz um efeito de normalização de uma paisagem de crueldade e, com isso, promove nas pessoas os baixos níveis de empatia indispensáveis para o empreendimento predador” (SEGATO, 2016, p. 92-93). A perpetuação de práticas pedagógicas violentas estabeleceu uma confraria masculina, cuja inclusão estava vinculada à presença de vítimas sacrificiais, mulheres cujos corpos eram objetificados como um tributo simbólico, evidenciando a posse e a extração de valor simbólico que confirmava a masculinidade (NIELSSON, 2020, p. 891). De acordo com Segato (2003):

[...] através de um processo de aprovação ou conquista e, acima de tudo, sujeito à exação de tributos de um outro que, por sua posição naturalizada nessa ordem de status, é percebido como provedor do repertório de gestos que alimentam a masculinidade. Esse outro, no mesmo ato em que concede o tributo instaurador, produz sua própria exclusão da casta que consagra. Em outras palavras, para que um sujeito adquira seu status masculino, como título, como grau, é necessário que outro sujeito não o tenha, mas que seja concedido por meio de um processo persuasivo ou impositivo que possa ser eficientemente descrito como tributação (SEGATO, 2003, p. 40).

Segundo Segato (2016), a consolidação dessa hierarquia de valores desempenhou um papel fundamental na distribuição de poder que impulsionou o desenvolvimento histórico do capitalismo. Em sua essência, o projeto histórico deste modelo socioeconômico se baseia em um Estado que incorpora os princípios da masculinidade, em que o padrão universal passa a abarcar todas as noções de diferença (SEGATO, 2016, p. 94). Dessa forma, em parceria com a estrutura estatal, o projeto capitalista empregou a pedagogia da crueldade para fomentar um patriarcado de alta intensidade a partir de uma estratégia expansionista e exploratório (SEGATO, 2016, p. 94). A associação entre o capitalismo e a estrutura hierárquica simbólica do patriarcado, legitimada tanto formal quanto informalmente pelo Estado, resultou na desestruturação de diversas sociedades por meio da exploração, da usurpação, do saque e até mesmo o genocídio de povos, além de violações aos corpos de mulheres, crianças e todos aqueles considerados como “Outros”, tidos como vidas inferiores (SEGATO, 2016). Portanto, é através do imperativo da masculinidade, uma construção que internaliza os valores do sistema

de gênero e perpetua a violência estrutural, que a matriz binária moderna foi estabelecida e que os corpos passaram a ser moldados para reproduzir hierarquias de valor e poder (SEGATO, 2016).

Neste ponto, é possível identificar a intersecção da obra de Rita Segato com o conceito de biopolítica. Para Segato (2016), a aliança entre patriarcado, capitalismo e colonialidade racista, referido na presente pesquisa como patriarcalismo² (HERRERA FLORES, 2015), é organizada por meio de dispositivos que visam tanto produzir a vida e suas condições de sustento quanto promover a morte conforme os interesses de exploração. De acordo com a autora, a ferramenta estrutural do patriarcalismo é a pedagogia da crueldade, que tem como característica essencial o fato de inscrever nos corpos oprimidos as manifestações do poder soberano (SEGATO, 2014, p. 351). Na atualidade, este mecanismo de demarcação territorial por meio dos corpos tem assumido proporções ainda maiores, dando origem a múltiplas formas desumanizadoras de violência contra corpos discriminados (SEGATO, 2014, p. 351). Nesse sentido, de acordo com Nielsson (2018):

Na atualidade, na gestão biopolítica das massas, os Estados competem com agências não-estatais no controle sobre a população por meio da técnica pastoral, ou seja, como rebanho. Uma população cuja marca é seu caráter extensível e fluido em forma de rede e não mais sua afiliação em uma jurisdição nacional, de modo que a clivagem anterior, de populações governadas dentro de um território fixo e nacionalmente delimitado é transformada e se desloca progressivamente em direção à formação de um rebanho humano móvel, que corta fronteiras nacionais. Consequentemente, a rede de corpos passa a ser a territorialidade do rebanho em expansão, e o território passa a ser dado pelos corpos [...] (NIELSSON, 2018, p. 34).

Nielsson (2018, p. 34) também sustenta que essa atual forma de territorialidade em rede funciona como um mecanismo pelo qual os indivíduos são atraídos à ideia de pertencimento, recrutados e marcados, resultando na formação de comunidades e territórios que operam além da jurisdição estatal, embora não estejam necessariamente alinhados a ela. Isso contribui para o que Segato (2016, p. 99) descreve como uma “frente estatal-empresarial-midiático-cristã,

² “Utilizamos, portanto, o termo patriarcalismo e não patriarcado, com o objetivo de rejeitar as posições estáticas que nos levam a pensar numa estrutura de opressão autónoma em relação ao resto das opressões e dominações que dominam as relações sociais capitalistas. O termo patriarcado é uma categoria teórica que parece não ter origens históricas concretas e que afeta apenas um determinado grupo (o das mulheres em abstrato) e dentro dele o conjunto de indivíduos que têm o poder e a capacidade cultural para nomeá-lo. No entanto, o conceito de patriarcalismo tem mais a ver com o conjunto de relações que articulam um conjunto indiferenciado de opressões: sexo, raça, gênero, etnia e classe social, e a forma como relações sociais particulares combinam uma dimensão pública de poder, exploração, ou status com uma dimensão de servilismo pessoal. Patriarcalismo é um termo muito mais apropriado porque nos faz ver como as relações patriarcais se articulam com outras formas de relações sociais num determinado momento histórico. As estruturas de classe, racismo, gênero e sexualidade não podem ser tratadas como variáveis independentes, porque a opressão de cada uma está inscrita nas outras. Ou seja, é construído por – e é constitutivo – dos outros” (HERRERA FLORES, 2015, p. 29).

sempre patriarcal e permanentemente colonial”, que parece guiar cada vez mais evidente toda a América Latina, estabelecendo assim uma “realidade dupla” (SEGATO, 2014, p. 356).

Conforme a autora:

Chegamos, através dessa questão, a postular a existência de duas realidades: uma Realidade Primeira, constituída por tudo o que é regido pela esfera do Estado, tudo o que é declarado ao Estado, visível nas contas da Nação e nas páginas da Internet. Transparência na Gestão Pública, imóveis residenciais, comerciais e industriais adquiridos ou herdados; impostos arrecadados; salários públicos e privados, pagamentos “em branco”; tudo o que é produzido e comercializado; empresas e sociedades com lucro; e ONGs registradas, etc. Para sua proteção, esse universo conta com forças policiais e militares, instituições e políticas de segurança pública, sistema judiciário e penitenciário que protegem esse fluxo legítimo e legal. Por outro lado, no subsolo desse mundo de supostas transparências, está [...] o que hoje prefiro chamar de Segunda Realidade, por ser uma realidade especular em relação ao Primeiro: com montante de capital e fluxo de caixa provavelmente idênticos, e com forças de segurança próprias, ou seja, corporações armadas ocupadas em proteger para seus “donos” a propriedade da riqueza incalculável que é produzida e administrada naquele universo (SEGATO, 2014, p. 357, tradução minha).

A primeira realidade, portanto, abarca tudo aquilo que está regido pelo sistema jurídico, enquanto a segunda realidade opera em uma rede articulada com agentes inseridos na estrutura oficial do Estado, emergindo como uma entidade secundária que molda a vida social sob a aparência da legalidade (SEGATO, 2014, p. 30). Enquanto a primeira realidade reflete a própria essência da duplicidade, a segunda é completamente dominada por um Estado alternativo, que, através de suas leis, forças de segurança e estruturas institucionais, cria um ambiente de conflito e perpetua a violência, a exploração e o terror (NIELSSON, DELAJUSTINE, 2019b, p. 1092). Dessa maneira, o Estado desempenha um papel dual, encarregando-se tanto da gestão da primeira quanto da segunda realidade, estabelecendo, para tanto, a exceção. Essa estrutura confronta a própria essência da democracia, constantemente permeada por zonas de exceção existentes dentro da legalidade estabelecida (NIELSSON, DELAJUSTINE, 2019b, p. 1093). Isso resulta em uma grande instabilidade, que abre espaço para a violência exercida sobre os corpos e, conseqüentemente, para o controle da população por meio de técnicas pastorais (NIELSSON, DELAJUSTINE, 2019b, p. 1093).

De acordo com Nielsson (2018), essas realidades passam a se configurar como identidades definidas, fornecendo uma pátria territorial para os indivíduos, cuja inclusão e subordinação são expressas por uma imagem externa unificada. Conforme a autora, “esse sentido de pertencimento e unidade deve ser exibido de maneira espetacular através de chaves performáticas, guiadas por símbolos e signos sutis de pertencimento, lealdade e exclusão, nos quais os indivíduos, tanto os incluídos quanto os excluídos, se tornam os guardiões”

(NIELSSON, 2018, p. 34). Assim, o grupo de pessoas que pertencem a uma determinada realidade e aqueles que estão excluídos dela formam o próprio território dessa rede. O território, portanto, é moldado pelos corpos, “sobre o corpo e dentro do corpo, que agora devem servir como o suporte para exibir os sinais de pertencimento” (SEGATO, 2014, p. 352, tradução minha). A expressão do pertencimento dos corpos e a sua integração às redes de poder soberano revelam a implementação da pedagogia da crueldade, evidenciada pela exploração e violação dos corpos alheios (NIELSSON; DELAJUSTINE, 2019, p. 93). De acordo com Nielsson (2018):

O corpo político, inscrito como território de atuação do biopoder traz consigo as marcas, sempre provisórias, das cesuras entre vida digna e vida matável, incluída e excluída, dentro e fora, regra e exceção, complementando o cenário da nova territorialidade e suas demandas por lealdade e antagonismo ostensivos. Portanto, é possível dizer que os corpos e seu ambiente espacial imediato constituem tanto o campo de batalha de poderes em conflito como o espectro no qual se exibem os sinais de sua anexação (NIELSSON, 2018, p. 34).

Entre os corpos territorializados, é o corpo feminino ou feminilizado que mais facilmente ostenta os sinais de pertencimento, tendo em vista seu posicionamento histórico como Outro, como “diferente” e neutralizável, a partir do empreendimento colonial (NIELSSON, DELAJUSTINE, 2019b). Conforme observado por Nielsson e Delajustine (2019, p. 1094), isso ocorre porque esse corpo sempre foi imbuído de significados enunciativos, servindo como veículo para uma forma de crueldade funcional e pedagógica que transmite uma mensagem de pertencimento revestida pela ideia de sacrifício. Assim, mesmo em um contexto de Estado democrático de direito, onde os cidadãos supostamente estão protegidos pelos sistemas legais, o avanço da biopolítica e a vontade do poder soberano avançam estrondosamente e de forma ininterrupta, atropelando em seu caminho as vidas de pessoas que somente são interessantes à perpetuação do modelo econômico na medida de sua descartabilidade (NIELSSON, DELAJUSTINE, 2019b, p. 1094). No que diz respeito especificamente, aos corpos femininos, as formas de violência e sacrifício contra eles performados são objeto de espetacularização, banalização e naturalização, que promove a adaptação às formas de exploração biopolítica das vidas nuas, consolidando assim a pedagogia da crueldade (NIELSSON, DELAJUSTINE, 2019b, p. 1094).

Dessa maneira, é possível inferir que a inclusão excludente característica da modernidade colonial dá origem a uma forma muito específica de vida nua, essencialmente feminina. Ao contrário da vida nua abordada por Agamben, que é representada pela vida matável e insacrificável do *homo sacer*, este corpo, além de ser passível de morte, também está

inserido no que Rita Segato (2003) chama de uma “economia sacrificial expressiva”, participando de uma inclusão excludente, pois ao mesmo tempo permite a reprodução da masculinidade no espectro do *status* e uma política baseada nos princípios de neutralidade, objetividade e universalidade no espectro dos contratos, consolidando a figura do Homem, com “H” maiúsculo, como representante universal (SEGATO, 2016). Essas vidas, identificadas como sagradas, são apropriadas por meio de um vínculo que frequentemente se expressa através de sacrifícios.

Nesse contexto, utilizo-me da expressão “vida tributável”, utilizada por Carolina Díaz (2017), para descrever esse novo tipo de existência sagrada, encarnada no corpo-território feminino e formada pela pedagogia da crueldade. Para a autora, a vida tributável representa uma concepção mais intrincada do que a vida nua agambeniana, pois abarca uma vida sexualmente diferenciada (DÍAZ, 2017, p. 30). Esta forma de vida existe tanto dentro quanto fora da história, compartilhando a condição de vida nua, porém também sujeita ao sacrifício. Portanto, a vida tributável é aquela que, além de ser caracterizada por sua matabilidade e dispensabilidade, também é relegada ao esquecimento histórico, sendo duplamente excluída (DÍAZ, 2017, p. 31). Este duplo abandono - pela omissão da história e pela falta de reconhecimento legal - coloca as mulheres, no âmbito simbólico, dentro da economia do sacrifício. Desse modo, é através desse dispositivo que, segundo Díaz (2017), se estabelece e perpetua a figura da *femina sacra*:

[...] existem figuras cuja inclusão excludente opera dentro da soberania, independentemente de qualquer proibição política ou excepcional. Não é apenas a vida como tal que está em jogo no poder soberano, mas uma vida sexualmente diferenciada que é duplamente excluída em referência ao poder, ou melhor, cuja inclusão é sempre proibida. A vida tributável [...] é mais antiga do que a proibição do soberano, que reintroduz na vida nua o domínio do sacrificial, uma vida que pode politicamente ser morta e sacrificada, uma femina sacra, cuja vida orgânica como abjeção vai além da lógica [...] da exceção política de Agamben. Esta vida tributável é antes de tudo feminina. Podemos encontrar aqui um correlato axiomático à politização da vida de Agamben em regimes totalitários e colocar a história como totalitária por definição e não excepcionalmente, segundo a qual a história também produz vida nua e através da qual a história também politiza a vida; isso significa que existe um vínculo íntimo entre a história e o direito. Conforme a história, a vida tributável difere do conjunto que o homo sacer representa. A exclusão a que Eltit se refere é múltipla: as mulheres estão na penumbra, fora da história, fora da lei, mas não fora da economia, daí o seu carácter sacrificial (DÍAZ, 2017, p. 43, tradução minha).

A construção da figura da *femina sacra* revela o modo histórico pelo qual os corpos femininos, enquanto vítimas sacrificiais, são instrumentalizados para consolidar um pacto de cumplicidade no poder, formando a versão contemporânea do que Segato (2016) descreve como o “mandato de masculinidade”. Esse mandato, que remonta à colonização e se adapta à

contemporaneidade, é mantido à custa das vidas tributáveis, reduzidas a meras vidas orgânicas, à mercê das decisões soberanas do mandato de masculinidade, desempenhando um papel funcional como espaço de plena atuação do biopoder (NIELSSON, DELAJUSTINE, 2019b, p. 1094). Assim, o patriarcado ao mesmo tempo é incorporado e incorpora a biopolítica, alimentando a violência e o controle sobre os corpos femininos como meio de se reestruturar e persistir, como apontado por Nielsson e Delajustine (2019, p. 1102): “assim como um círculo, as redes de disputa de poder empregam a atuação violenta das estruturas patriarcais para conduzir o gerenciamento populacional do biopoder [...] estabelecendo a divisão entre vidas consideradas válidas e aquelas tidas como abjetas”. Portanto, o feminino desempenha um papel crucial na criação de zonas de indeterminação e violência, principalmente por meio de sua subjugação, por compor a exclusão que permite a inclusão da vida qualificada.

Na contemporaneidade, a apropriação simbólica dos corpos femininos, especialmente através de sua subjugação, onde atos de expropriação se entrelaçam com práticas diárias e socialmente aceitas, reforça a masculinidade e a dimensão pública da esfera política. De acordo com Heloísa Simões (2019, p. 181), o uso e abuso desses corpos exemplificam uma inclusão que exclui, e uma exclusão que, por sua vez, inclui o feminino. Isso transforma o corpo da mulher em um marcador da condição sacrificial, sendo uma vítima cujo sacrifício e subjugação são prontamente aceitos e legitimados pela sociedade. Esta dinâmica ocorre em uma fronteira difusa entre a norma e a exceção. Assim, a *femina sacra* representa o primeiro corpo sobre o qual se manifesta a pedagogia da crueldade, vítima constante da expropriação de valor e dominação (NIELSSON, DELAJUSTINE, 2019b, p. 1102).

A partir das reflexões apresentadas nos tópicos anteriores, vê-se que a *femina sacra* é historicamente tratada como um território a ser conquistado, posicionada na fronteira entre a norma e a exceção, e constantemente sujeita à vulnerabilidade e à fragilidade. Essa condição expõe essas vidas a uma variedade de formas de violência biopolítica, legitimadas e perpetuadas ao longo da história da opressão dos corpos femininos. Como já discutido, o estado biopolítico moderno busca reduzir os sujeitos políticos às suas funções biológicas como uma estratégia crucial para sua própria perpetuação. Nesse contexto, o corpo da mulher é centralizado devido à sua capacidade reprodutiva, que se torna fundamental para definir o que significa ser um cidadão político para um corpo feminino. Dessa forma, ao submeter os corpos a diferentes estratégias de maximização do conceito de ser humano político, o controle do útero emerge como um elemento biológico crucial, tanto para o corpo individual feminino quanto para o corpo da espécie. Assim, algumas das formas de violência a que a *femina sacra* é submetida se

dá justamente por meio da regulação dos processos reprodutivos, através do controle do útero enquanto território biopolítico por excelência.

No estado biopolítico moderno, a centralização da reprodução ocorre de duas maneiras: primeiro, reduzindo a mulher ao seu útero; segundo, ao distanciar e separar o feto do corpo da mulher que o carrega, “relegando-as a zonas de invisibilidade e convertendo-as em receptáculos de um feto” (NIELSSON, 2020, p. 893). Esse fenômeno não é recente e tampouco aleatório, pelo contrário, essa é uma característica essencial da biopolítica, que constantemente se reajusta e se atualiza, consolidando-se mediante o desenvolvimento de tecnologias cada vez mais precisas e um conjunto cada vez maior de conhecimentos sobre os fenômenos humanos, adotando novas estratégias de controle populacional, mas invariavelmente mantendo suas estruturas fundamentais e operando indiscriminadamente através de seu poder de fazer viver e deixar morrer.

Antes mesmo do advento da biopolítica, as estratégias de controle aplicadas sobre os corpos e vidas direcionavam-se de forma peculiar aos corpos femininos, devido ao reconhecimento da singularidade desses corpos como detentores exclusivos da capacidade de gerar vida e, conseqüentemente, de influenciar o curso das nações. Ao longo da história, o corpo feminino gradativamente tornou-se o epicentro onde se entrelaçam o poder disciplinar e o biopolítico, sendo sujeitado a uma série de técnicas de vigilância, controle e administração (NIELSSON, 2020, p. 894). Uma dessas estratégias, amplamente abordada nos tópicos anteriores, foi a privatização do espaço doméstico, considerado o local de excelência para a concretização da função reprodutiva feminina e seu afastamento da vida política.

De acordo com Nielsson (2020), a privatização do meio doméstico e a artificial naturalização da maternidade enquanto único destino valoroso para o corpo feminino transformou as mulheres em prisioneiras dos seus próprios lares e corpos, tornando o lar a “repetição de um desenho implícito na sua própria anatomia” (NIELSSON, 2020, p. 892). A autora argumenta que essa dupla privatização foi fundamental para a individualização e disciplinamento das mulheres, que passaram a ser definidas e também a se auto definir a partir de uma função social, com seus corpos se tornando alvos do biopoder, aprisionados sob a falsa ideia de segurança e imbuídos de uma obrigatoriedade de demonstração de amor materno que justificava esse confinamento como parte essencial da feminilidade (NIELSSON, 2020, p. 893).

Apesar de as estratégias de controle reprodutivo e os mecanismos relacionados à reprodução e maternidade afetarem todos os corpos femininos, a maneira como esses corpos são historicamente situados e hierarquizados influencia diretamente a forma como se dá o

aprisionamento de seus úteros e vidas. Sabrina Yañez (2013), ao examinar o dispositivo da maternidade com base na teoria de Patricia Hill Collins, destaca que, embora o controle reprodutivo por meio da privatização do espaço doméstico e do corpo reprodutor seja uma característica proeminente da cultura ocidental, é crucial reconhecer que essa dinâmica é historicamente condicionada, especialmente quando se considera a intersecção de raça, classe e gênero (YAÑEZ, 2013, p. 10).

Para a autora, as estratégias biopolíticas voltadas ao controle do corpo feminino branco e europeu não se aplicavam na prática às políticas direcionadas às mulheres racializadas e periféricas. Estas mulheres raramente eram confinadas ao lar, e enfrentavam não apenas pressões para aderir à idealização da boa maternidade, mas também eram alvo de iniciativas estatais repressivas e violentas de controle reprodutivo (YAÑEZ, 2013, p. 11). Yañez (2013, p. 12) observa que essa especificidade é frequentemente negligenciada pelo feminismo branco dominante e eurocêntrico, que, ao priorizar a luta pela autonomia individual e exclusivamente contrária à dominação masculina, deixa de considerar as experiências das mulheres racializadas tanto no âmbito público do discurso político e econômico quanto no privado das responsabilidades familiares e domésticas.

Em contextos coloniais, como o brasileiro, a biopolítica foi moldada pela influência do patriarcado e do racismo, resultando em impactos diferenciados conforme as construções de gênero dos indivíduos (NIELSSON, 2020, p. 331). Assim, o controle reprodutivo das mulheres racializadas não se manifestou desde o início por meio de seu confinamento ao lar e da idealização do amor materno, mas sim através de violências e políticas de controle repressivas, iniciadas já nos tempos do regime escravista, quando eram frequentemente sujeitas à procriação consecutiva, muitas vezes oriunda do estupro, visando aumentar a disponibilidade de mão de obra. Com a transição do regime, os corpos racializados continuaram a ser alvo de formas violentas de controle reprodutivo, a partir de estratégias demográficas de branqueamento, ao que pode ser citado como exemplo a esterilização cirúrgica compulsória, voltada principalmente a mulheres negras, pobres e portadoras de deficiência (WERNECK, 2004, p. 16).

Na atualidade, a reprodução tornou-se um sistema permeado por tecnologias de controle, implementadas por uma variedade de entidades e instituições, que reproduzem esta mesma lógica eugenista. É a partir da implementação das modernas técnicas e tecnologias de controle reprodutivo sobre diferentes corpos que o projeto reprodutivo é reconfigurado e, conseqüentemente, a vida humana torna-se um poderoso instrumento biopolítico. A pesquisa

biomédica, os avanços em tecnologias reprodutivas e o surgimento de uma complexa indústria médico-farmacêutica têm refinado as práticas de controle sexual e reprodutivo, alinhando-se aos interesses do biopoder e do capitalismo (WICHTERICH, 2015, p. 20). Essa noção permite questionar se ainda existem limites para as intervenções que podem ser realizadas no corpo de uma mulher, tornando-se ele próprio um panóptico bioquímico, submetido às lógicas do mercado e da mercantilização (PRECIADO, 2014).

Isso resulta na imposição de práticas socialmente naturalizadas sobre os corpos e na sua administração através de uma variedade de técnicas, como a manipulação de óvulos, espermatozoides e células-tronco; técnicas de concepção e contracepção; reprodução humana assistida e campos barrigas de aluguel; fertilização *in vitro*; bancos de armazenagem e venda de embriões congelados, entre outras (NIELSSON, CARRION, 2019, p. 04). Essas tecnologias, além de promover o controle sobre as vidas e nascimentos, proporcionam novos recursos voltados a impedir a concepção entre indivíduos da população pobre e não branca. Isso inclui métodos destinados a suprimir a fertilidade das mulheres, que abrangem não apenas a esterilização cirúrgica em larga escala, mas também a imposição compulsória de métodos hormonais de longa duração. Essas abordagens permitem o controle dos processos biológicos e reprodutivos para eliminar características humanas consideradas indesejáveis (DELAJUSTINE, 2019, p. 42).

Diante disso, é crucial compreender-se que o conceito de controle reprodutivo não pode ser tratado de forma homogênea e universal, uma vez que os corpos femininos são alvos desse controle de maneiras diversas e, frequentemente, opostas. Enquanto, para alguns, o controle é aplicado com o objetivo de compelir o cumprimento de sua função reprodutiva, para outros, é imposto de maneira repressiva, com o intuito de impedir a reprodução. Essa dicotomia revela padrões eugênicos de inclusão e exclusão entre os diferentes corpos. Isso ressalta a importância de analisar o controle reprodutivo por meio de uma perspectiva interseccional, a fim de compreender como as diversas e distintas formas de dominação e precarização da vida estão relacionadas a marcadores como raça, classe, orientação sexual, idade e deficiência. Além disso, essa abordagem permite entender como esses fatores influenciam as escolhas políticas, políticas públicas e o desenvolvimento de tecnologias e discursos na contemporaneidade (WERNECK, 2004, p. 22). Nesse contexto, conforme destacado por Nielsson (2020, p. 894), que aborda o controle reprodutivo sob a ótica da biopolítica a partir de uma abordagem interseccional, é a partir destes marcadores que a governamentalidade biopolítica classifica as mulheres como aptas ou não para a reprodução, relegando-as a uma existência meramente

biológica, submetidas à obrigação de cumprir (ou não) sua função procriativa (NIELSSON, 2020, p. 894).

Preciado (2014) argumenta que, na atualidade, embora o corpo humano e todos os seus órgãos estejam sob escrutínio e controle por parte de entidades governamentais e econômicas, o útero é o principal alvo de expropriação política e econômica, devido à sua capacidade reprodutiva, não podendo mais ser considerado um órgão privado, mas sim um território biopolítico de exceção, “assemelhando-se mais a um campo de refugiados ou à prisão do que ao fígado ou ao pulmão” (PRECIADO, 2014, p. 124). Segundo Nielsson e Carrion (2019, p. 04), é no útero que se encontra a lacuna jurídica que segrega as mulheres entre úteis ou inúteis ao funcionamento do modelo socioeconômico e autoriza a exposição de algumas a mortes que não são consideradas políticas, sendo estas retratadas como símbolos, como vidas meramente tributáveis, úteis somente na medida de sua descartabilidade e da função enunciativa dos seus corpos e existências. Isso indica não apenas a inserção do corpo feminino, essencialmente reprodutivo, na esfera da biopolítica, mas também que a biopolítica reprodutiva representa o modo mais difundido de biopoder no contexto da globalização neoliberal.

Nessa convergência entre biopoder e reprodutividade, as mulheres são categorizadas e discriminadas com base em suas características biológicas e no valor social atribuído aos seus úteros. Portanto, a posição da mulher entre a vida qualificada e a vida orgânica está diretamente relacionada ao funcionamento, utilidade e funcionalidade de seu órgão reprodutivo (NIELSSON, 2018, p. 36). A partir desse ponto, pode-se inferir que a administração do útero estabelece uma condição de exceção, delineando a fronteira entre inclusão e exclusão, e ao mesmo tempo fazendo uma distinção entre corpos considerados dignos e úteis para a reprodução, e aqueles considerados irrelevantes e, conseqüentemente, dispensáveis (NIELSSON, 2018, p. 36). Isso perpetua, inclusive no âmbito reprodutivo, a existência da *femina sacra*, cujo valor passa a ser exclusivamente atribuído à sua capacidade de gerar vida e, assim, contribuir para a expansão do poder do modelo socioeconômico.

Dessa maneira, ao passo que a mulher se torna *femina sacra* por meio da condição de exceção, é pela sua capacidade reprodutiva que essa figura evolui para a da *hystera sacra*, termo introduzido por Joice Nielsson, ao resgatar o conceito agambeniano do *homo sacer* como representante da vida nua e sacrificável. Esta conceituação visa evidenciar como as vidas femininas são caracterizadas não apenas como vida nua e vida qualificada, mas também como útero útil ou inútil para o projeto neoliberal (NIELSSON, 2020, p. 891). Segundo a autora:

[...] a constituição de uma *hystera homo sacer* se dá em espécies de limiares reprodutivos, uma vez que é justamente na conexão com a reprodução, ou a partir dela, que a vida digna é reduzida a um mero corpo biológico, justificando a violência que sobre ele incide a partir da produção, regulação e controle estabelecido pelo próprio direito. É o útero e os usos que dele são feitos que passa a representar a condição de uma vida digna ou indigna para a reprodução, e, portanto, é pelo útero que a distinção entre bíos e zoé é imposta ao corpo feminino (NIELSSON, 2020, p. 891)

A *hystera sacra*, de acordo com Nielsson (2020), é constituída dentro de zonas de indistinção legitimadas pelo próprio estado de direito. Assim, entende-se que é a própria suspensão de direitos reprodutivos que possibilita a configuração de corpos femininos enquanto vida nua, o que, de forma paradoxal, se dá através da implementação de normas que, elaboradas a partir de uma racionalidade biopolítica, “produzem e legitimam diferenças, desigualdades e hierarquizações sociais e sustentam os diversos interesses e conflitos político-ideológicos que percorrem a questão da reprodução humana” (NIELSSON, CARRION, 2019, p. 04). Assim, a gestão da capacidade reprodutiva das mulheres se estabelece como parte de um sistema de controle biopolítico, levando à exclusão da plena cidadania. Nesta imagem, o útero se destaca como um elemento limitador da individualidade e da autonomia, inserindo as mulheres em um estado de exceção, em que são obstadas dos seus direitos humanos. Como apontado por Nielsson (2020):

Cabe ao dispositivo da reprodutividade, neste contexto, transmitir a mensagem de que a mulher reprodutora deve ser reduzida a um ventre, sem subjetividades, desejos ou determinação sobre seu corpo. Ao negarem-se a ser vidas reprodutivas, as mulheres entram em uma zona de tensão e indistinção entre inclusão/exclusão, justificada pelo poder normativo, que as incorpora excluindo, ou seja, que as inclui por meio da clandestinidade e da punição (NIELSSON, 2020, p. 905).

A gestão da reprodução e a consequente transformação do corpo feminino em *hystera sacra* se dá, portanto, a partir da criação de direitos reprodutivos instáveis e da modificação do significado político das existências das mulheres para um significado biopolítico (NIELSSON, CARRION, 2019, p. 05). Isso ocorre a partir da concatenação entre três aspectos, resgatados da teoria de Penelope Deutscher (2017) e compreendidos como fundamentais para o funcionamento do dispositivo da reprodutividade nas sociedades contemporâneas. O primeiro aspecto envolve a interação entre reversibilidade e excepcionalidade nos regimes legais do aborto, nos quais a criminalização aparece como regra, enquanto o aborto legal é considerado uma exceção à regra geral, modulado através de políticas públicas e normas transpassadas por conflitos político-ideológicos. Nesse contexto, a prática não é orientada pela legalidade, mas

sim pela ilegalidade, o que abre espaço para a criação de ambientes de morte e indistinção para aquelas que o realizam de forma contrária à norma (NIELSSON, CARRION, 2019, p. 05).

O segundo aspecto diz respeito à conexão entre a vida fetal e a autonomia das mulheres enquanto sujeitos de direito, em que se destaca “a racionalidade política que funciona por dispositivos que se utilizam da vinculação da mulher como princípio de vida, colocando a otimização da vida da população sobre seus ombros” (NIELSSON, CARRION, 2019, p. 06). Essa incumbência atribuída às mulheres de proteger e preservar o bem essencial para a continuidade da sociedade, ou seja, a vida, é o que possibilita a negociação e até mesmo a suspensão dos seus direitos, desencadeando a biopolitização da reprodução (DEUTSCHER, 2017).

O terceiro aspecto, por fim, está relacionado diretamente aos dois anteriores, podendo ser lido como o seu fator gerador ou, de forma paradoxal, sua consequência mais direta. De acordo com Deutscher (2008), a gestão da reprodução torna-se possível mediante a figuração da mulher como uma espécie de pseudosoberana em relação à vida fetal. Nessa perspectiva, a mulher é concebida como uma ameaça soberana e concorrente em relação ao feto que, por sua vez, é erroneamente representado como *homo sacer*. Isso resulta na redução da mulher à condição de vida nua, de *hystera homo sacer*, sujeita à intervenção do Estado, visto que é considerada uma soberana em potencial, em posição de concorrência ao poder soberano estatal, masculino em sua essência (DEUTSCHER, 2008, p. 67). Nota-se a configuração de um mecanismo meticuloso, pois ao designar às mulheres o papel de tomadoras de decisão e responsáveis por escolhas morais relevantes em relação à vida, o próprio sistema biopolítico induz a divisão necessária para forjar a mulher como uma pseudosoberana, culminando em sua posterior categorização como vida nua. Neste sentido, de acordo com Deutscher (2017):

Há um paradoxo adicional em ação quando as mulheres são vistas como um poder soberano ameaçador e competitivo sobre o feto, que por vezes assume (como visto na retórica antiaborto) o estatuto de um pseudo *homo sacer*. Porque esta associação expõe particularmente as mulheres a uma vida reprodutiva mais simples: é o ponto em que os seus direitos são suscetíveis de serem questionados ou privados. É precisamente na medida em que ela é considerada a pseudo-soberana cujo corpo parece oferecer ao feto a pseudo-anomia de um pseudocampo (e precisamente na medida em que é simultaneamente entendido em termos biopolíticos como uma capacidade de otimizar vida) que ela se torna ainda mais produzida como uma forma de vida política que carrega direitos correspondentes instáveis e termináveis (DEUTSCHER, 2017, p. 4046, tradução minha).

Assim, a estratégia biopolítica de politização da vida natural e redução da mulher a mero órgão com função reprodutiva simultaneamente retira estrategicamente o controle das mulheres sobre suas próprias vidas e as classifica com base em sua utilidade. Conforme aderem (ou não)

a cada um dos três aspectos delineados por Deutscher (2008 e 2017), as mulheres podem ser percebidas como mais ou menos coerentes em suas decisões reprodutivas, mais ou menos legíveis e mais ou menos valorizadas politicamente. São vistas como mulheres cujo suposto poder de decisão pode representar uma ameaça à espécie, ou seja, “mulheres com poder de matar, transformadas em inimigas que precisam ser combatidas, punidas, sancionadas e excluídas por meio de diversas estratégias biopolíticas: controle de natalidade, medicalização dos corpos por meio de métodos contraceptivos e responsabilidade pela reprodução da vida” (NIELSSON, CARRION, 2019, p. 06). Essa divisão resulta na distinção entre a vida considerada digna de proteção e aquela despida de valor, desconsiderada pelo Estado e pelo direito, ou seja, a *hystera sacra*.

No contexto brasileiro, o biopoder atua sobre os corpos femininos de forma repressiva, violenta e discriminada, demarcando nos próprios corpos a utilidade que eles têm para o modelo socioeconômico. Isso pode ser visto especialmente ao se tratar da gestão estatal do aborto, objeto da presente pesquisa, caracterizada pela sua abordagem punitiva e estigmatizante. A legislação nacional, ao criminalizar o aborto praticado pela própria gestante, independentemente do estágio gestacional, estabelece o que Nielsson e Carrion (2019, p. 06) chamam de “excepcionalidade invertida”, onde os abortos legais se tornam exceção e os abortos ilegais a regra. Esse contexto essencialmente proibitivo gera obstáculos adicionais para a realização do aborto legal, como será explorado posteriormente, à medida que a autonomia das mulheres se confronta com a arbitrariedade das autoridades institucionais e os discursos conservadores que defendem a vida fetal, a “família” e os “valores tradicionais”. Além disso, impõe desafios ainda maiores para aquelas que recorrem ao aborto clandestino, forçando-as a trilhar caminhos desconhecidos e muitas vezes perigosos para garantir seu direito à autonomia, retirado pelo Estado a partir de sua identificação como possíveis inimigas.

A proibição do aborto no contexto brasileiro evidencia de maneira clara a aplicação da lógica biopolítica, que se utiliza da própria legislação para criar zonas de precariedade em que as mulheres são inseridas por meio do controle de seus úteros (DELAJUSTINE, 2019, p. 49). Diante da impossibilidade de interromper suas gestações e confrontar instituições marcadas pelo mandato da masculinidade mesmo quando têm direito ao aborto legal, as mulheres são forçadas a inserir-se no violento submundo da clandestinidade. A criminalização, portanto, cria o seu próprio estado de exceção, promovendo uma duplicação do Estado, como observa Delajustine (2019, p. 107): “ao mesmo tempo, é por meio da terra sem lei, instituída pela própria lei por meio da exceção, que as mulheres são expostas à violência da clandestinidade e da

ilegalidade decorrentes da criminalização do aborto”. A clandestinidade, portanto, pode ser vista como um “campo”, um espaço excepcional, derivado da suspensão da lei e, ao mesmo tempo, da aplicabilidade dela, em que não se permite explicitamente o aborto, mas também não se oferece segurança para que mulheres não morram ao praticá-lo. Assim, sem poderem exercer seus direitos garantidos pela lei, as mulheres são marginalizadas, adentrando zonas de clandestinidade e, conseqüentemente, de exceção. De acordo com Nielsson (2020):

[...] a vida de determinadas parcelas da população passa a valer somente no âmbito de sua exclusão, tal qual o homo sacer agambeniano [...] aqui, não há possibilidade de sacrificar uma mulher que abortou, mas é possível deixá-la morrer sangrando em hospitais por recusa de atendimento médico, ou fazê-la morrer ao provocar um procedimento abortivo com inserções de objetos pontiagudos em seu próprio útero (NIELSSON, 2020, p. 899).

Com base no arcabouço teórico estabelecido, o prosseguimento da investigação se dedicará à imersão na zona de clandestinidade a partir dos relatos das mulheres que nela estiveram inseridas, a fim de compreender-se, à luz da realidade brasileira, de que forma a gestão biopolítica dos corpos consolida a reprodução como um mecanismo de controle centrado no útero. Como será explorado no próximo capítulo, a clandestinidade, ao “deixar morrer”, pode resultar em morte física explícita, porém, na maioria das vezes, culmina em uma morte simbólica, marcada pelo sofrimento, angústia e, principalmente, pelo silêncio.

4 ITINERÁRIOS ABORTIVOS: CORPOS, NARRATIVAS E PODERES EM CONFLITO

O aborto voluntário é o processo destinado à interrupção da gravidez, fenômeno que, embora advinha da união entre dois indivíduos, desenvolve-se exclusivamente no corpo da mulher. No entanto, as decisões que levam à continuação ou interrupção de uma gestação imprevista não são determinadas apenas pela vontade da mulher, sendo o resultado de construções subjetivas, tanto individuais quanto coletivas, que envolvem uma multiplicidade de realidades, contextos, motivações e agentes. Por essa razão, analisar o aborto voluntário implica reconhecê-lo como um processo composto por uma série de eventos, inseparável dos participantes e narrativas que o moldam. Esses participantes, com suas diversas identidades sociais, trajetórias de vida e aspirações, exercem uma influência direta sobre as escolhas, os conflitos de poder e as negociações morais envolvidas em cada prática abortiva. Por essa razão, não é possível relacionar-se a experiência do aborto voluntário a esquemas simplistas, papéis pré-definidos ou verdades absolutas, e tampouco a personagens atemporalmente situados.

Com o intuito de abordar todos estes elementos de maneira abrangente e explorar adequadamente o aborto voluntário como um processo permeado e afetado por relações de poder e dominação, reporto-me ao conceito de *itinerário abortivo* como ponto de partida e guia para o quarto e quinto capítulo desta investigação. O termo é derivado de itinerário terapêutico, uma construção teórico-metodológica amplamente aplicada no campo da saúde, que busca investigar o conjunto de decisões e estratégias aplicadas por sujeitos que vivenciam um estado de adoecimento, partindo do diagnóstico da enfermidade e envolvendo todas as decisões e medidas tomadas em busca de uma solução para as angústias e sofrimentos (HEILBORN, 2012; DINIZ, MEDEIROS, 2012; LIMA, 2014). O itinerário terapêutico é uma potencial ferramenta de constituição de saberes, pois permite a compreensão do processo de adoecimento pela ótica do sujeito que a experiencia e também da sua rede de apoio, podendo favorecer uma remodelação das práticas institucionais de saúde por meio da apresentação de novas e diversas interpretações, caminhos e soluções, a partir da observação crítica da oferta, busca e concretização dos cuidados e serviços de saúde (FONSECA, 2018; PORTO, SOUSA, 2017).

O itinerário terapêutico tem como finalidade a constituição do saber sob uma perspectiva plural, coletiva e social, dizendo respeito não apenas ao indivíduo que sofre, mas também às práticas socioculturais advindas do acionamento de uma rede de escolhas e de pessoas (LIMA, 2014, p. 46). Por essa razão, é atribuído a este conceito caráter ambivalente,

pois ao mesmo tempo em que essas redes podem facilitar o caminho percorrido, também tem o potencial de dificultar ou obstar as tomadas de decisões, tendo em vista as possibilidades oferecidas fugirem dos caminhos oficiais de assistência e cuidado, muitas vezes insuficientes ou inacessíveis para algumas parcelas da população (LIMA, 2014, p. 47).

No contexto da presente pesquisa, o conceito de itinerário terapêutico foi transmutado para o de itinerário abortivo, adaptação trazida pela literatura socioantropológica da última década dos anos 90, que permite pensar no amplo conjunto de caminhos percorridos por sujeitas que se encontram diante das aflições e sofrimentos gerados por uma gravidez imprevista e indesejada (PORTO; GALVÃO, 2022, p. 172). Segundo Mângia e Muramoto (2008), a ampliação do conceito é possível, pois itinerários terapêuticos e abortivos compartilham a mesma natureza, afinal, os eventos que permitem a interrupção de uma gestação têm como finalidade a resolução de um sofrimento, bem como ambos dizem respeito a processos corporalmente vivenciados que independem da vontade do sujeito e desenvolvem-se através de etapas pautadas em escolhas.

Em pesquisa de grande fôlego sobre a prática do aborto voluntário na cidade do Rio de Janeiro, Maria Luiza Heilborn e colaboradores (2012) utilizaram-se de duas conceituações diferentes para situar os trajetos percorridos em processos de aborto: as estratégias e os itinerários abortivos. Para os autores, ao passo que as estratégias diriam respeito ao conjunto de ações empregadas com a finalidade de interromper uma gravidez indesejada, o itinerário seria a efetivação destas estratégias, consolidado através dos métodos aplicados e de suas eventuais consequências. Na presente pesquisa, diferentemente, a estratégia será tratada enquanto parte fundamental do itinerário abortivo, seguindo o pensamento de Nathália Diórgenes Lima (2014), em sua dissertação de mestrado “Era meu corpo, era meu momento, era minha vida: uma análise dos itinerários abortivos de mulheres jovens da região metropolitana do Recife-PE”, que ao analisar as conceituações propostas, sustentou que embora a separação seja um método eficiente para dar maior visibilidade às distintas etapas do processo, ela deixa de incluir as decisões, sentimentos e interpretações como elementos ativos.

Assim, o termo itinerário abortivo será utilizado no decorrer do presente estudo em sua forma ampla, como conceituado por Débora Diniz e Marcelo Medeiros (2012), que o entendem enquanto todo o percurso trilhado pela mulher para a concretização do aborto, desde o momento da desconfiança da gravidez até a prática de cuidados posteriores, tratando-se de “diferentes regimes, práticas e saberes que regulam a negociação moral entre atraso menstrual, métodos para a regulação do ciclo e medidas para a concretização do aborto” (DINIZ; MEDEIROS,

2012, p. 1676). Para os autores, os itinerários englobam não somente as etapas percorridas pelas mulheres na busca pela interrupção de uma gestação, mas também as redes de contatos e escolhas acionadas e o enfrentamento dos sentimentos complexos e muitas vezes ambivalentes que advém ao vivenciar-se uma gravidez imprevista e indesejada, sobretudo em cenários de ilegalidade jurídica e estigmatização do aborto, como é o caso do Brasil (DINIZ; MEDEIROS, 2012, p. 1677).

De acordo com Flávia de Mattos Motta, o silêncio sobre a prática do aborto provocado no Brasil “chega a ser ruidoso” (MOTTA, 2008, p. 687). No campo do que é visto, os dados em relação ao aborto são sonoros: embora a interrupção da gestação de forma voluntária seja um fenômeno comum na vida reprodutiva das mulheres brasileiras, os efeitos da clandestinidade são sentidos de forma impactante por aquelas que recorrem a este método, sobretudo as jovens, negras e de classes populares (DINIZ; MEDEIROS, 2012). Todavia, no campo daquilo que não é visto, existem centenas de meninas e mulheres que diariamente abortam, sozinhas ou acompanhadas, em contextos de maior ou menor precariedade e vulnerabilidade, marcadas pela imposição de um silêncio que, como em um acordo secreto, continua tornando incompreendida a experiência subjetiva e ao mesmo tempo sociocultural e histórica de corpos que abortam. O contato com mulheres brasileiras e seus itinerários abortivos é, deste modo, um processo constante de descoberta e redescoberta dos chamados “segredos de gênero” (PORTO e SOUSA, 2017; MOTTA, 2008), que permitem, mesmo que de forma breve, a escuta do sonoro silêncio que circunda a prática abortiva.

Durante a pesquisa de campo, foram trazidos à tona múltiplos caminhos percorridos por cada uma das sujeitas que, frente à situação da gestação indesejada, decidiram abortar. Para estas mulheres, a decisão não foi apenas a de praticar ou não um aborto, mas também de enfrentar os obstáculos e implicações decorrentes desta escolha, sobretudo por estarem inseridas em um contexto de ilegalidade, em que o aborto voluntário torna-se também um aborto clandestino. O contato com as participantes que compõem o *corpus* foi capaz de demonstrar que a problemática em se vivenciar um aborto não está necessariamente na aura do segredo que reveste toda a conduta, e tampouco na voluntariedade, mas na obrigatoriedade do silêncio imposto pela condição de clandestinidade. Diante desta realidade, os itinerários abortivos mostram-se especialmente relevantes justamente por demonstrarem trajetórias, estratégias e movimentos vividos por diferentes mulheres que, marcadas por disparidades econômicas e sociais, sangram em suas singularidades.

A literatura voltada à compreensão do fenômeno do aborto no Brasil tem mostrado que os itinerários abortivos geralmente organizam-se em categorias temáticas bastante similares, perpassando a contracepção; a desconfiança e confirmação da gravidez; a decisão pelo aborto, composta pela relação com o parceiro, a motivação e o contexto da decisão; o método escolhido; a busca e aquisição do recurso; a consolidação de redes de apoio; o procedimento de interrupção da gestação; a experiência nas unidades de saúde e os cuidados pós-abortamento (DINIZ e MEDEIROS, 2012; HEILBORN et. al, 2012). Estes são considerados os pontos-chave dos itinerários, sendo que em cada um deles as mulheres deparam-se com distintas narrativas, poderes em disputa e negociações consigo mesmas e com terceiros que trazem à tona um complexo conjunto de sentimentos, vontades e verdades. Esses marcos não são simples etapas a serem cumpridas, mas sim conjuntos de momentos, definidos a partir de contextos mediatos e imediatos diversos, que evocam e transmitem interpretações variadas a depender da sujeita que fala. Ao serem agrupados e analisados em conjunto, esses aspectos proporcionam uma compreensão mais abrangente das experiências das mulheres que passam pelo processo de aborto.

Os significados atribuídos às decisões, movimentos e práticas adotadas pelas sujeitas de pesquisa em seus itinerários abortivos estão marcados pelos conflitos e disputas característicos do dinamismo das relações sociais, em que as forças atribuídas aos gêneros e sexualidades são responsáveis, ao mesmo tempo, pela renovação e manutenção de determinadas práticas. Assim, delinear percursos abortivos é uma forma efetiva de ultrapassar-se o silenciamento que opera enquanto mecanismo de deslegitimação das decisões de mulheres sobre seus corpos e vidas sexuais e reprodutivas, possibilitando adentrar-se em um espectro narrativo em que corpos, narrativas e poderes se misturam e entrelaçam (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 05). Este movimento permite que as mulheres possam ser vistas (e também se vejam) como sujeitas portadoras de direitos voltados à sua vivência e bem-estar reprodutivo, ou em outras palavras, sujeitas de agencialidade (STRATHERN, 1988). Isso porque os relatos da experiência social do aborto coletados em campo revelam mais do que discursos e práticas, mas também os pontos em que linguagem e poder se entrecruzam e seus efeitos de sujeição e resistência em cada situação (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 10).

O compartilhamento dos itinerários tem se mostrado, já em outras pesquisas de mesma natureza (HEILBORN, 2012; AREND et. al, 2012; FERRARI, 2021), uma alternativa ao silenciamento, pois a articulação de distintos discursos marcados por experiências, condições e práticas sociais permite que se ultrapasse o plano do segredo e se atinja o universo da narrativa,

possibilitando não o encontro de um signo comum para o que seja o aborto clandestino, e sim a abertura de novos caminhos que facilitem a compreensão deste fenômeno enquanto múltiplo, plural e coletivo. Assim, o que se busca neste capítulo e no seguinte não é a constituição de um saber imutável sobre *como* se aborta no Brasil, mas sim a construção de um espaço composto por múltiplas vozes que, ao narrar e compartilhar suas experiências abortivas, torna a escrita um processo de cuidado de si e do outro.

4.1 CUIDADOS CONTRACEPTIVOS E EDUCAÇÃO SEXUAL

O controle da vida sexual e a gestão da reprodutividade não são experiências lineares no decorrer da vida de uma mulher (BRANDÃO, 2009, p. 1070). Os relatos sobre contracepção e educação sexual dentro dos itinerários abortivos ilustra essa afirmação de forma muito clara, demonstrando ser equivocada a assunção de que a vida sexual é um percurso em que todas as ações são deliberadas, racionalizadas e voluntariamente administradas. Pelo contrário, dentro da esfera da sexualidade, poucos são os espaços das certezas e grandes lacunas se abrem a cada movimento, tendo em vista tratar-se de um espectro da vida humana que, mais do que envolver a materialidade, também diz respeito às emoções, desejos e relações de poder entre os indivíduos (BRANDÃO, 2009, p. 1071), sendo inúmeros os acontecimentos que podem advir do encontro entre corpos.

Por essa razão, a contracepção e a educação sexual não englobam apenas a prática do sexo e o uso ou desuso de métodos contraceptivos, mas também as falhas técnicas, acidentais ou (in)voluntárias a que estes métodos estão sujeitos; os descuidos e cuidados; os desejos e desinteresses de cada indivíduo e o acesso a recursos econômicos e culturais que permeiam o exercício da sexualidade e a utilização de toda medida de prevenção. Nas entrevistas, a contracepção foi abordada pelas participantes em diversas ocasiões. Ao serem questionadas se poderiam falar sobre as suas vivências de aborto voluntário, quase todas as mulheres iniciaram seus relatos nomeando os métodos contraceptivos que utilizavam à época da gravidez imprevista, tentando de distintas formas justificar sua falha ou ausência. Diante disso, achei necessário que a análise dos itinerários fosse iniciada neste tópico, tendo em vista o extenso e complexo rol de saberes, sentimentos e expertises que envolvem e estão envolvidos na prática contraceptiva e na educação sexual.

Inicialmente, é importante apontar que, para as participantes, a contracepção não diz respeito apenas ao uso de medicamentos ou dispositivos que impeçam a gravidez, havendo uma

série de práticas que envolvem o desejo (ou não) de engravidar. Na impossibilidade de abordar todas essas práticas, sigo os passos de Chaneton e Vaccareza (2011), que ao realizar pesquisa empírica voltada à compreensão do fenômeno do aborto clandestino entre mulheres argentinas, optaram por utilizar-se do termo “cuidado” no lugar de contracepção. As autoras iniciam o texto questionando o que significa, de fato, “cuidar-se” dentro de uma relação sexual (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 46), e concluem que o cuidado assume a forma da utilização de métodos para a prevenção de doenças e gestações indesejadas, mas também pode envolver mais que isso, englobando a subjetividade dos atores, as negociações presentes em práticas sexuais e relacionamentos afetivos e os saberes dos indivíduos sobre seus próprios corpos.

No universo de pesquisa das autoras, assim como neste, a ideia do cuidado aparenta ser um ponto de tensão dentro das práticas sexuais heterossexuais, parecendo que suas margens ora parecem nítidas, ora encontram-se bastante borradas. Isso porque a ideia de cuidado não diz respeito apenas à vontade da mulher ou do homem em ter ou não filhos em um determinado momento, mas às “forças históricas que nos produzem em termos de subjetividades com gênero que já estão implantadas e que parecem ser constitutivos dos sujeitos quando os analisamos em termos de poder” (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 52). Assim, quando os cuidados são comprometidos por fatores previsíveis ou não, resta aos envolvidos definirem quem possui a responsabilidade sobre sua efetividade e suas consequências, sendo bastante comum que essa responsabilidade recaia integralmente sobre a mulher. Assim, a importância em aplicar-se o termo “cuidado” no lugar de exclusivamente “contracepção” está, primeiramente, no fato de as mulheres que compõem esta pesquisa não terem abordado unicamente métodos contraceptivos em suas falas, mas diversos elementos que estruturam a atenção que dão às suas vidas íntimas.

As situações que resultaram nas gestações indesejadas das participantes são diversas, bem como os cuidados utilizados. Entre as dezesseis mulheres entrevistadas, foram analisados vinte casos de gravidez que culminaram em abortamento. Em treze destes casos, não foi aplicado método contraceptivo antes ou durante a prática sexual que resultou na gestação indesejada, mas em oito desses foi feito uso do contraceptivo de emergência. Ainda, quatro participantes faziam uso de pílulas anticoncepcionais orais, sendo que uma delas combinou o uso com o da pílula do dia seguinte. Apenas em três casos o uso do contraceptivo deu-se pelo homem, sendo que em dois deles foi feito uso de preservativo. No outro, a participante vivenciou dois abortos, sendo que o parceiro havia passado pelo procedimento de vasectomia, não tendo sido utilizada proteção dupla durante a prática sexual.

A contracepção é observada de forma distinta entre as participantes, sendo possível perceber que, até mesmo nos casos em que nenhum método foi utilizado, ela não é despercebida ou ignorada. Em dois dos relatos, de Clara e Iracema, mesmo diante da ausência de contracepção hormonal, cirúrgica ou de barreira, é mencionada a utilização do recurso popularmente conhecido como “tabelinha”, método que se baseia no cálculo dos dias do ciclo menstrual, e nos conhecimentos das participantes sobre seus corpos:

“Eu já namorava fazia tempo, e desde o começo a gente só transava com camisinha. Só que um dia ele me pediu para ir sem, falou que conseguia segurar, que ia cuidar. Eu usava a tabelinha né, então concordei, porque faltava mais de duas semanas para eu menstruar. Mas aí, no calor do momento, ele terminou dentro. Na hora eu nem me importei muito, porque achei que não tinha como acontecer, já que não estava ovulando, mas acabou que aconteceu, e eu engravidei” (Clara).

“Nunca tive problema com a menstruação, sempre foi muito certinha e regulada, desde sempre vinha no mesmo dia, 28 dias fechadinho. E também, quando faltava uma semana o meu corpo dava todos os sinais. Na época eu só usava camisinha, mas várias vezes esquecia ou a gente nem usava. Todas as vezes eu olhava as datas, então nunca me preocupei e nunca tinha dado nada, até porque nenhuma vez ele gozou dentro. Fala sério, muito boba e muito fértil” (Iracema).

Em ambos os relatos, foi destacada pelas participantes a despreocupação após a prática da relação sexual desprotegida. Ambas as mulheres são brancas, e tinham, respectivamente, 26 e 20 anos à época da gestação indesejada. Clara possuía condições econômicas favoráveis à época em que engravidou, ao passo que Iracema passava por dificuldades financeiras, e nenhuma das duas possuía filhos. Ambas realizaram apenas um aborto no decorrer de suas vidas. O preservativo é mencionado em ambos os relatos, apontado como um método que, embora fizesse parte da rotina sexual das jovens, não era utilizado em todas as ocasiões. Clara, mesmo tendo o conhecimento de que a relação sexual havia finalizado com ejaculação no interior do seu corpo, não se preocupou, pois confiava plenamente na regularidade do seu ciclo menstrual. Por sua vez, a despreocupação de Iracema, além de motivada pelo autoconhecimento sobre seu corpo, baseou-se no fato de o parceiro ter ejaculado fora do seu corpo.

Para ambas, a experiência da gravidez indesejada motivou uma mudança de olhares em relação à conduta contraceptiva, tendo sido comum a utilização do termo “irresponsabilidade”, para definir suas ações. Ao passo que Clara disse ter sido uma irresponsabilidade permitir a relação sem proteção, já que não queria ter filhos, Iracema se arrependeu por tudo que passou, afirmando ter sido “pura irresponsabilidade” da sua parte. De acordo com Gonzaga (2015), ao mesmo tempo em que esta mudança de posicionamento e adoção de cuidados que ultrapassam o nível do comportamental pode ser lida como um aparente amadurecimento, também pode

representar uma internalização do papel de responsabilidade que cabe à mulher no que diz respeito ao controle reprodutivo (GONZAGA, 2015, p. 90).

Além de Clara e Iracema, o *corpus* conta com outros dois relatos de sujeitas que, à época da relação sexual, não faziam uso de nenhum contraceptivo: Júlia, jovem branca, de classe baixa, com 26 anos de idade, e Emília, jovem branca de classe média, com 23 anos de idade à época da gestação. Em seus relatos, aparece um elemento comum: ambas estavam aguardando a data para colocação do dispositivo intrauterino (DIU) quando engravidaram:

“Ainda não usava nenhum método contraceptivo, só a camisinha. Tava já com tudo certinho para colocar o DIU, só esperando dar a data, que tinha demorado uns três meses para conseguir marcar pelo plano de saúde. Eu e meu namorado nos cuidávamos muito no começo, mas depois fomos ficando relaxados, mas ele nunca ejaculou dentro, então cuidado com esse boato de que só engravida quando o cara ejacula diretamente dentro. Sempre use camisinha do começo até o final!” (Emília).

“Eu já tinha usado DIU duas vezes, mas não deu certo, em uma eu fiquei muito mal, minha pele ficou horrível e não melhorou por nada, e no outro o organismo expulsou. Aí eu fui no médico e disse que queria fazer laqueadura, e ele me falou que não ia dar certo, por causa da minha idade e porque só tinha um filho, e que a melhor opção era tentar colocar um outro DIU, com menos hormônio. Aí beleza, marcamos tudo certinho para colocar depois do meu próximo ciclo, mas ele não veio, e eu já comecei a desconfiar. Passou uns dias e comecei a sentir os mesmos sintomas de quando estava grávida do meu filho, aí não teve jeito, fiz o sintoma e pimba: totalmente grávida” (Júlia).

O caso de Emília mais uma vez retrata o percebido nas situações anteriores: os cuidados não são desconhecidos ou ignorados pelas mulheres que vivenciam gestações indesejadas. Em seu relato, a jovem menciona tanto a utilização de preservativo em suas relações sexuais, quanto informa que a gravidez ocorreu no curso do processo de concretização da contracepção hormonal. No entanto, afirma que com o curso da relação afetiva, ela e seu parceiro foram ficando mais “relaxados”, e o preservativo deixou de ser utilizado com a mesma frequência, novamente sendo feita referência à técnica do coito interrompido. Na entrevista, a jovem ainda afirma que tinha consciência da baixa efetividade do coito interrompido, no entanto:

“[...] A gente começou com camisinha, fazíamos tudo certinho. Mas aí você sabe né, a gente vai se conhecendo melhor, e começa a intercalar, não é a mesma coisa com camisinha. No começo eu me preocupava toda vez, mas chega uma hora que simplesmente parece que não vai acontecer nada. Quer dizer, todo mundo que eu conheço fazia coito interrompido, e nunca deu nada, não tenho nenhuma amiga que engravidou. Eu fui a primeira. Marquei para colocar o DIU, e nunca me passou pela cabeça que nesses um, dois meses de espera, poderia acontecer alguma coisa, ainda mais com ele terminando fora toda vez. É o que te falei, todo mundo faz e não dá nada. Até que uma hora dá” (Emília).

No segmento citado, Emília reflete acerca do método do coito interrompido, utilizado com seu companheiro. A jovem manifesta que, nas primeiras vezes em que mantiveram relação

sexual, preocupava-se com a possibilidade de uma gestação indesejada, mas após algum tempo “chega uma hora que parece que não vai acontecer nada”. Além disso, é apontada a influência do meio social, manifestada na afirmação “todo mundo que eu conheço fazia coito interrompido e nunca deu nada”. A realidade é que, mesmo que o coito interrompido não seja apontado como um método contraceptivo por Emília ou nenhuma das participantes, percebe-se uma certa confiança em uma prática que depende exclusivamente da capacidade e desejo do homem em controlar a ejaculação, o que nem sempre é um ato consciente (CHANETON; VACCAREZA, 2011, p. 64). A partir de sua experiência com o aborto voluntário, Emília passa a chamar o método do coito interrompido de “boato”, desmistificando-o até mesmo ao tentar repassar técnicas de cuidado na entrevista: “sério, esse papo de que não engravida se tirar antes é mentira, sempre tem que usar camisinha do começo até o final”. Ainda, importante ressaltar que a gravidez da jovem ocorreu no curso do processo de concretização da contracepção hormonal, processos estes que geralmente são bastante longos, tendo em vista a necessidade de realização de diversos exames e da disponibilidade médica.

Importante ainda frisar que, no caso de Emília, o preservativo deixou de fazer parte da rotina sexual do casal porque “não é a mesma coisa com camisinha”. Esta questão também foi trabalhada por Danyelle Santos e Rosineide Brito (2014), em pesquisa interpretativa realizada a partir de dados coletados em entrevistas com dezenove mulheres internadas em situação de aborto em uma maternidade-escola situada no município de Natal-RN, em que se percebeu certa repulsa feminina na utilização do preservativo, até mesmo em situações em que não estava sendo utilizado nenhum outro método contraceptivo, e especialmente em relacionamentos mais longos. Embora a afirmação de Emília não tenha sido elaborada de forma mais aprofundada durante a entrevista, é interessante analisar em que medida este discurso realmente faz parte da crença das mulheres, refletindo sentimentos e opiniões que aparentam ter sido extraídas, na verdade, da vontade do companheiro.

De acordo com Santos e Brito (2014), há a possibilidade de existência de dilemas no processo de negociação no uso do preservativo, seja pela confiança e vontade do companheiro, seja pela crença comumente reafirmada de que o uso de camisinha diminui o prazer sexual masculino (SANTOS, BRITO, 2014, p. 1308). Embora Emília tenha sido a única participante a expressamente manifestar a razão deste desinteresse, os dados da presente pesquisa demonstram que, entre as mulheres que não utilizaram qualquer método contraceptivo ou fizeram uso apenas da pílula do dia seguinte, não foi feita menção ao uso do preservativo em

nenhuma ocasião, sendo bastante possível que, em alguns desses casos, a não utilização do método se dê sob o mesmo argumento.

Em relação a Júlia, que, assim como Emília, estava aguardando a data para colocação do DIU, o itinerário abortivo apresenta um trajeto contraceptivo mais longo, tratando-se de uma mulher com menos recursos financeiros que, à época da gestação indesejada, já possuía um filho pequeno e estava em um relacionamento afetivo há dez anos, tendo decidido pela contracepção hormonal para “não ter que parar a vida toda novamente”. De acordo com o relato, ela já havia recorrido à contracepção hormonal em outro momento da sua vida, o que não funcionou. Ao manifestar o interesse em realizar a laqueadura, a jovem foi convencida do contrário pelo seu médico, tendo em vista sua idade e o fato de possuir apenas um filho.

No Brasil, a prática da laqueadura é regularizada através da Lei nº 9.263/96, que reconhece o planejamento familiar como um direito universal e assenta o dever estatal em promover políticas públicas voltadas a assegurá-lo. No entanto, a prática da esterilização feminina está condicionada ao preenchimento de uma série de critérios que apontam quais corpos podem (ou não) se submeter ao procedimento. À época em que Júlia vivenciou o aborto e procurou o serviço da laqueadura, esta apenas podia ser realizada em mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade, ou com pelo menos dois filhos vivos, sendo necessário o consentimento do cônjuge³. A gestão destes critérios acabou por obstar a garantia plena dos direitos sexuais e reprodutivos da jovem, que impedida de realizar o procedimento por não preencher os requisitos dispostos em lei, acabou engravidando novamente enquanto aguardava o prazo para colocação do DIU. A partir disso, conjectura-se que a regulamentação da esterilização promove uma verdadeira ressignificação do controle reprodutivo dos corpos femininos, ao estabelecer uma série de critérios que apontam quais corpos podem (ou não) se submeter ao procedimento de esterilização, promovendo a gestão biopolítica dos corpos reprodutivos de mulheres brasileiras a partir de sua cisão, de forma velada, em úteis à reprodução, aos quais a esterilização é impedida ou dificultada, e inúteis à reprodução, nos quais a laqueadura muitas vezes é realizada, inclusive, de forma indiscriminada e compulsória.

³ Os critérios até então estabelecidos pela Lei nº 9.623/1996 foram modificados pela Lei nº 14.443/2022, que alterou os atributos dos procedimentos de vasectomia, laqueadura tubária e parto cesariano com laqueadura. As modificações entraram em vigor em junho de 2023. No que diz respeito especificamente à laqueadura, foi reduzida de 25 para 21 anos a idade mínima a partir da qual é autorizada a esterilização voluntária; foi autorizada sua realização ao longo do parto e excluído o requisito de necessidade de autorização expressa de ambos os cônjuges para esterilização executada na vigência de união conjugal (BRASIL, 2022).

Ainda, nos itinerários abortivos do presente *corpus*, são recorrentes os relatos de utilização da pílula do dia seguinte, ou “dia D”, como é popularmente conhecida, após a prática de relação sexual desprotegida. O método, quando administrado oportunamente após a relação sexual, tem o potencial de prevenir a fertilização, o que não ocorreu em nenhum dos casos. Das dezesseis participantes, oito fizeram uso do método, sendo que sete delas não faziam uso de nenhum método contraceptivo, e uma participante combinou o uso da pílula do dia seguinte com o anticoncepcional oral de uso contínuo. Nos relatos, são variados os momentos em que as participantes fizeram uso da pílula do dia seguinte, tendo algumas a utilizado logo após a prática do ato sexual, como é o caso de Gabriela, Tainá, Regina, Maria, Laura (em seu segundo aborto) e Heloísa, e outras no dia seguinte, como relatado por Diana e Beatriz. Em nenhum caso, o tempo de espera ultrapassou um dia.

A recorrência no uso do método contraceptivo de emergência está de acordo com informações já obtidas em outras pesquisas (PORTO, GALVÃO, 2022; DINIZ, MEDEIROS, 2012), em que também é apontada a procura do método em unidades de saúde locais por mulheres que vivenciaram relações sexuais desprotegidas. No *corpus*, o uso do contraceptivo de emergência deu-se, em todos os casos, através da aquisição em farmácias, tendo as participantes arcado com custos que variaram entre R\$ 5,00 e R\$ 35,00. Nenhuma das participantes manifestou ter conhecimento do acesso gratuito do método em unidades básicas de saúde, denotando a defasagem educacional e informativa no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres.

Ainda em relação ao uso do método contraceptivo de emergência, é importante ressaltar que, quando mencionado nos itinerários, as participantes rapidamente tentaram justificar seu uso. Embora a contracepção de emergência seja bastante comum entre mulheres brasileiras, ela não possui ampla aceitação social, tendo em vista posicionar-se na margem entre a contracepção e o aborto (BRANDÃO, 2020, p. 13). No presente estudo, as participantes apontaram o uso esporádico e não habitual da pílula do dia seguinte, na maior parte dos casos após práticas sexuais em que não foi possível a utilização de outro método. Em vários relatos foram apontados os diversos efeitos colaterais da pílula, havendo uma consonância na afirmação de que sua utilização é responsável por desregular o ciclo menstrual e causar sangramentos. No entanto, nas narrativas, o temor em vivenciar uma gravidez não planejada ultrapassa a apreensão em relação aos possíveis efeitos colaterais que o medicamento possa ocasionar, de modo que embora as mulheres evitem seu uso regular, não relutam em fazê-lo quando entendem ser necessário:

“Eu fui casada por um tempo, mas aí nos separamos. A gente começou a se relacionar muito novo e logo teve as meninas, então eu parei de olhar para mim, e aí quando terminamos eu voltei a me cuidar, olhar para mim mesma, sabe? Entrei na academia, comecei a olhar para as minhas coisas, para o que eu queria para mim, e depois de cinco meses, voltamos. Eu já não usava remédio antes, mas a gente sempre usou camisinha, só íamos sim quando eu estava menstruada ou fora do período fértil. Mas aí, naquele fervo de recomeço de relação, nós fizemos sem nenhuma proteção, e eu nem me liguei, não olhei antes no meu aplicativo. Só no outro dia que eu olhei e vi que estava no meu período fértil. Aí fui né, tomei o remédio, fiquei tranquila, porque sabia que ia dar certo” (Diana).

“Acompanho meu ciclo desde sempre por um aplicativo que mostra quando ela desce e quando estou no período fértil. Transei sem camisinha, achei que tava fora, era para ter descido, mas não desceu. Fiquei tranquila, porque por mais que meu ciclo sempre tivesse sido certinho, eu tinha tomado pílula do dia seguinte e achei que estava tudo bem, que era normal atrasar um pouco depois disso, porque ele mexe muito com os hormônios né, então todo mundo fala que é normal atrasar um pouco. Só que eu não sabia que era exatamente no dia que eu transei que eu estava ovulando, então no fim das contas a pílula não serviu de nada” (Heloísa).

Nos casos de Diana e Heloísa, a relação sexual desprotegida ocorreu porque acreditavam estarem fora dos seus períodos férteis, crença que adveio do conhecimento que tinham acerca dos seus ciclos menstruais. De acordo com Diana, no momento da relação sexual, ela esqueceu de verificar a tabelinha. Heloísa, por sua vez, disse que a contagem dos dias não funcionou, tendo relatado que havia esquecido que, ao iniciar o uso de anticoncepcional, alterou a configuração do aplicativo de celular em que programava a tabelinha, mas após algum tempo parou de tomar o medicamento e esqueceu de mudar a configuração novamente, de modo que, ao praticar a relação, não sabia que estava ovulando.

A grande problemática da utilização exclusiva da tabelinha, também aplicada por outras participantes, é que ela depende inteiramente do fornecimento de dados corretos pelas próprias mulheres, que certamente estão sujeitas à falibilidade, sendo incapazes de reconhecer todos os processos que podem ocorrer em seus corpos e que podem promover a mudança do ciclo menstrual. Em ambos os casos, após a relação sexual desprotegida, as mulheres recorreram à pílula do dia seguinte, afirmando terem sentido tranquilidade após a utilização do método, tendo Diana inclusive afirmado que “sabia que ia dar certo”. A tranquilidade após a utilização da pílula do dia seguinte também foi apresentada por outras participantes que, mesmo após a percepção do atraso menstrual, seguiram acreditando na eficiência do método:

“Assim, quando tudo aconteceu, tomei a pílula do dia seguinte. O tempo foi passando e eu achando que os sintomas que eu estava sentindo seriam da pílula, até desceu um pouquinho de sangue, meio rosadinho assim, e também pensei ‘a pílula mexeu com a minha menstruação’, mas aí vieram os sintomas [...]”. (Regina).

“Tive a relação, aí uns dois ou três dias depois tomei ‘dia D’, demorei porque nem tinha me passado pela cabeça que podia estar ovulando, mas aí tomei mais por

desencargo de consciência. Passou os dias e nada, nadinha da menstruação descer. Aí ok, até que um tempo depois, um mês mais ou menos, eu acho, comecei a ter sangramento, mas bem pouquinho, meio gelatinoso e só de manhã, logo quando acordava. No meu pensamento achei que era a bendita que finalmente estava dando as caras” (Laura).

“Então, minha menstruação atrasou mesmo eu tendo tomado a pílula do dia seguinte após relação sem proteção, mas não dei muita importância, porque é normal que a menstruação atrase até nove dias, né? Então deixei o tempo passar” (Tainá).

“Olhei no aplicativo quando seria a próxima menstruação, então contei os dias para que chegasse, continuei fazendo tudo normal, porque sei exatamente como é meu ciclo, mas quando foi chegando mais perto comecei a ter alguns sintomas que me deixaram meio encucada, mas não fiz o teste, porque tinha tomado a pílula e sei que é normal atrasar” (Beatriz).

Independentemente do interesse da mulher em prosseguir ou não com a gestação, o adiamento da realização de exames diagnósticos baseado na crença de que o atraso menstrual e sintomas corporais são efeitos colaterais comuns da pílula do dia seguinte é uma conduta perigosa, pois tanto a protelação do aborto quanto a prorrogação do início do pré-natal podem acarretar danos à saúde da mulher que poderiam ser evitados com as orientações e cuidados adequados (GONZAGA, 2015, p. 89). No entanto, os relatos mostram que esta estratégia foi aplicada por diversas participantes, evidenciando não somente os temores vividos por mulheres ante a possibilidade de uma gestação indesejada, mas também a falha na educação sexual no que diz respeito aos métodos contraceptivos.

A utilização de pílula do dia seguinte, entre as participantes, também foi combinada, em alguns casos, a outros métodos contraceptivos. Do *corpus*, quatro participantes faziam uso de pílulas anticoncepcionais orais, sendo que, destes casos, apenas uma das participantes combinou o uso com o da pílula do dia seguinte. De acordo com Trindade et. al (2021, p. 3500), a contracepção oral é o método mais utilizado por mulheres brasileiras para prevenir gestações indesejadas, o que se dá possivelmente pela facilidade em acessá-las em farmácias e gratuitamente através do SUS, e por não requerer intervenção cirúrgica. No entanto, como é um método de uso diário e que depende completamente do controle da mulher, ele está sujeito a maior falibilidade que os métodos cirúrgicos, como o dispositivo intrauterino e a laqueadura. Nos casos de gestações ocorridas mesmo com o uso do contraceptivo oral, vê-se que as participantes possuem certa dificuldade em compreender se esta se deu pela falibilidade do método ou da irregularidade em sua utilização:

“Olha, no meu caso eu engravidei mesmo tomando o anti direitinho, só que teve uma época do ano que eu exagerei um tanto na bebida, eu estava viajando e atolei o pé na jaca, aí acho que pode ter cortado o efeito. Eu tomei a pílula todos os dias, sempre no mesmo horário, e não me lembro de ter tomado algum remédio que cortasse o efeito,

ou qualquer outra coisa. Te conto que meu choque veio principalmente porque, depois de uma vida inteira no anticoncepcional, nem me passava mais pela cabeça aquela chance minúscula de não dar certo” (Alice).

“Descobri minha gestação quando fui ao posto de saúde marcar um médico, porque achava que estava com algum problema. Depois da triagem me mandaram fazer um exame de urina e de sangue, para descartar uma gravidez, e foi assim que eu fiquei sabendo. Eu fiquei em choque, menina, porque tomo anticoncepcional desde que comecei a menstruar, quando ainda era bem novinha, porque sempre tive problema para regular a menstruação, sofria muito de cólicas, me sentia muito mal mesmo. E assim segui até o começo daquele ano, quando comecei a me sentir mal. Fiz a troca do anticoncepcional, para o tal do ‘Pérola’, sem pausa, tomando certinho, e somente no coito interrompido quando transava. Eu estava confiante que estava doente, pois até então o anticoncepcional nunca tinha feito nada de diferente no meu corpo” (Natália).

“Eu tomava anti injetável por muito tempo, porque os comprimidos não davam certo para mim, meus horários eram muito diferentes cada dia e eu esquecia de tomar os comprimidos. Só que a injeção começou a desregular minha menstruação, aí parei de aplicar, fiquei um tempo só na camisinha, e depois voltei para os comprimidos. Mas nunca tomei direito, direito mesmo...Sempre esquecia um dia ou outro [...] aí no dia, no dia quando transei sem proteção, para garantir, tomei a pílula do dia seguinte, porque não confiava só no anti” (Beatriz).

Nos dois primeiros relatos, percebe-se que Alice e Natália em nenhum momento esperavam a possibilidade da gravidez indesejada, pois estavam fazendo uso de anticoncepcional oral da forma adequada, tendo Alice inclusive afirmado que fazia uso do método há “uma vida inteira” e Natália relatado que chegou a ir ao hospital ao perceber as mudanças no ciclo menstrual, pois havia recentemente realizado a troca de medicamento. No entanto, no relato de Alice é notável a ambivalência nos sentimentos voltados ao uso do contraceptivo, pois ao mesmo tempo em que afirma ter utilizado o medicamento de forma correta, também volta a culpa para si mesma ao afirmar que “exagerou na bebida” em certa ocasião, assumindo que tal conduta deve ter cortado o efeito do contraceptivo. Diferentemente, Beatriz, em seu relato, afirma que tomava o anticoncepcional injetável, pois esquecia de utilizar os comprimidos, que requerem a ingestão diária e programada. No entanto, disse que como a injeção começou a desregular sua menstruação, voltou aos comprimidos, tendo consciência que esquecia “um dia ou outro”, razão pela qual, após a relação sexual desprotegida, tomou pílula do dia seguinte.

A partir destes relatos, nota-se que o percurso entre o desejo de evitar uma gestação e a efetiva aplicação de métodos contraceptivos não é linear, e muitas vezes está marcado por dificuldades, irregularidades e falhas. Neste sentido, de acordo com Rostagnol (2012), em investigação qualitativa na qual buscou analisar a organização das vidas e práticas sexuais e reprodutivas de mulheres uruguaias, os métodos contraceptivos de composição hormonal exercem uma função ambivalente na vida sexual e reprodutiva das mulheres, e isso se dá por

dois motivos: ao mesmo tempo em que oferecem a contracepção, também são notáveis os relatos de malefícios que o uso acarreta para a saúde da mulher; e, além disso, há certa dificuldade na adaptação do medicamento à rotina, principalmente quando não há frequência na prática sexual (ROSTAGNOL, 2012, p. 15). Estes dados também foram verificados no *corpus* da presente pesquisa:

“Não tomo remédio porque meu organismo não aceita o anticoncepcional e passo muito mal, já tomei vários, marcas diferentes, fui em muitos médicos, tentei o DIU duas vezes, também não deu certo, então desisti, mas sempre me cuidando para não engravidar, só que daquela vez não funcionou”. (Júlia).

“Infelizmente não posso tomar anticoncepcional, por causa que provoca hemorragia em mim, e também tenho risco de trombose. Só que camisinha toda vez é difícil, aí sempre pedi para meu marido fazer vasectomia, mas ele nunca quis, falou que não queria que mexessem nele, que ia fazer ele ser menos homem, essas besteiras de macho mesmo, você sabe. Mas depois do ocorrido ele decidiu que ia fazer e fez mesmo” (Diana).

“Um pouco antes de descobrir que estava grávida eu decidi largar o anti, porque estava sentindo muitas dores nas pernas, fiquei com medo de trombose ou de alguma coisa pior ainda. Aí comecei a exigir que meu marido usasse camisinha, e se não usasse, não tinha sexo e pronto. Mas aí chegou o dia né, na volta de um pagode, nós dois muito bêbados, aconteceu uma única vez sem nada...Que ódio que eu tenho de mim por isso” (Laura).

“Eu passava muito mal com anticoncepcional, ficava toda zoada mesmo, me sentia podre, toda inchada, espinhas no rosto todo, dores no corpo...Decidi não usar nenhum método contraceptivo, a não ser tentar não fazer sexo durante meu período fértil, mas nunca levei isso muito a sério, porque nunca tinha acontecido nada, até engravidar. Sim, admito que fui burra”. (Iracema).

“Eu estava divorciada fazia mais de dois anos, e não pretendia voltar a namorar tão cedo, então eu parei de usar AC e não me preocupava mais com isso. Mas né, é difícil ficar sem se relacionar com alguém, sexo para mim é uma necessidade, por isso eu sempre segurava um contatinho, um negócio sem compromisso, só para dar aquela acalmada, para matar a vontade mesmo. Aí certo dia, numa festa, encontrei um contatinho, ele me levou para casa dele, passamos a noite juntos, não usamos preservativo, só a técnica do coito interrompido, e aí não teve volta, engravidei” (Beatriz).

As informações obtidas por meio dos itinerários abortivos demonstram a existência de uma estrutura sólida de desigualdade entre os gêneros, em que a contracepção é compreendida como uma tarefa exclusiva das mulheres, mesmo quando a utilização de um método contraceptivo afeta diretamente a saúde da mulher. De acordo com Trindade et. al (2021, p. 3501), cerca de 20% das mulheres que utilizam o contraceptivo oral não deveriam fazê-lo, pois possuem contraindicação médica e, mesmo assim, ele continua sendo o método mais difundido entre as mulheres brasileiras. No *corpus*, isso é verificável inclusive quando se tratam de relações longas e estáveis, como é o caso da maior parte das participantes, em que mesmo

havendo conhecimento dos companheiros acerca dos malefícios da utilização do anticoncepcional, ainda assim a responsabilidade pela contracepção continua recaindo exclusivamente sobre a mulher.

No caso de Diana, seu marido recusou-se a fazer a vasectomia, mesmo sabendo que a utilização do anticoncepcional lhe provocava hemorragias. Por sua vez, na vivência de Laura, o uso do anticoncepcional foi suspenso, pois ela estava com receio de desenvolver trombose, tendo sido combinado com o parceiro o uso do preservativo, o que não ocorreu. Estes casos, assim como outros, confirmam que as mulheres brasileiras, em muitos casos, se veem inseridas em complexas redes de negociação em que são obstadas do seu direito de escolher quais métodos contraceptivos serão utilizados na relação sexual, situação em que seus companheiros, quando não outras figuras masculinas, acabam por ter a última voz quando o assunto são suas vidas reprodutivas (TORNQUIST et. al, 2012). Assim, além de serem consideradas responsáveis pela contracepção, muitas mulheres se veem obrigadas, também, a negociar com seus companheiros o uso do contraceptivo.

Isso se reforça ainda mais ante a constatação de que, em um *corpus* de dezesseis mulheres e vinte gestações indesejadas, apenas em três casos a contracepção foi realizada pelo homem. No caso de Amanda, mulher de 34 anos, casada e mãe de um filho, seu ex-marido era vasectomizado há dez anos, razão pela qual o casal não se preocupava em utilizar outros métodos de prevenção. Após a prática do aborto, Amanda acabou por engravidar pela segunda vez, logo após iniciar o uso do anticoncepcional oral, pois acreditava que ele já havia começado a fazer efeito. No caso de Amanda, mesmo que a falha do método contraceptivo tenha ocorrido, em um primeiro momento, no corpo do parceiro, ela ainda assim diz “eu fiz a burrada né, tinha que pagar o preço”. Nota-se que, até mesmo em casos como este, em que o homem toma a iniciativa na garantia da contracepção, a mulher se vê como responsável por qualquer ocorrência que possa surgir na eventualidade de uma gestação indesejada, de modo que o homem é eximido da preocupação e da responsabilidade. Evidencia-se, a partir disso, o imperativo de uma lógica androcêntrica, em que a mulher que falha precisa ser punida por não ter cumprido seu papel social (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 51).

Já no caso de Helena, jovem de 23 anos, solteira e mãe de um filho, o companheiro utilizou preservativo no ato sexual, que rompeu, tendo a jovem feito uso de pílula do dia seguinte. Há uma evidente dissonância entre a forma como Helena e Amanda visualizaram o ocorrido. Embora, em algum aspecto, os casos sejam semelhantes, tratando-se de situações em que a falha do contraceptivo deu-se no corpo masculino, Helena deposita no companheiro a

responsabilidade pela gravidez indesejada, chegando a afirmar “é frustrante que ele quem vacilou e eu tive que pagar o preço. Levar uma gravidez indesejada é uma das piores atrocidades contra uma mulher”. Ambos os relatos, dispostos em sequência, trazem à tona uma reflexão crítica sobre as formas como as relações de poderes desenvolvem-se entre os pares quando é colocada em pauta a contracepção (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 64), sendo bem claro nos dois casos o entendimento das mulheres de que há um preço a se pagar, embora não concordem sobre quem é o responsável por ele.

O cuidado aparece nos itinerários como uma prática que varia de *locus*, um saber que faz parte da realidade do homem e da mulher, mas que não é compreendido enquanto possível objeto de diálogo. Isso se dá porque a relação entre os gêneros é, necessariamente, uma relação política, e neste contexto, a gestão da sexualidade e o domínio sobre a contracepção são ferramentas para a manutenção de focos de poder, refletindo, assim, as regras do patriarcado (BRANDÃO, 2020). Nesse sentido, de acordo com Preciado (2014), o biopoder, ao sedimentar-se a partir da estruturação de um regime disciplinar baseado na vigília do corpo, na repressão da sexualidade e no controle sobre a autonomia dos indivíduos, possibilita que os desenvolvimentos tecnológicos e farmacológicos caminhem em conjunto, estruturando o que autor denomina *fármacopoder*.

Com a expansão do fármacopoder, os territórios latino-americanos tornam-se verdadeiros laboratórios biopolíticos, em que os corpos humanos, e sobretudo femininos e feminilizados, passam a ser vistos enquanto objeto de experimentação farmacológica (PRECIADO, 2008, p. 34). Isso se dá, principalmente, pela formatação do que Preciado entende por *panópticos farmacológicos*, que são ambientes de confinamento nos quais se criam sujeitos atravessados por relações assimétricas de regulamentação dos corpos e de poder-saber (PRECIADO, 2008, p. 34). O elemento diferencial desses territórios de vigilância é que eles não precisam necessariamente serem físicos, podendo ser tomada como exemplo a pílula anticoncepcional que, ao mesmo tempo que é vista como um elemento de empoderamento da mulher, foi inserida em um discurso simbólico de controle feminino, na medida em que, ao utilizá-la, a mulher se torna responsável pela escolha de conceber filhos ou não.

A partir disso, entende-se que a culpabilização das mulheres quando vivenciam uma gestação indesejada em muito se relaciona com o pensamento de que possuíam a responsabilidade exclusiva de evitar esta condição, sentimento apontado de forma praticamente unânime em nosso *corpus*, demonstrando de forma ainda clara de que forma se dá a distribuição de papéis reprodutivos entre os distintos gêneros (SOUZA et. al, 2010; SANTOS, BRITO,

2014). Entre as participantes, o sentimento de culpa é uma realidade que vai e volta em distintos e diversos momentos dos itinerários, sendo trazido à tona nos momentos em que abordam seus contextos de vida:

“Eu me senti uma burra, uma idiota. Tinha acabado de me formar, ainda não tinha nem conseguido um emprego. Estava namorando há pouquíssimo tempo. Não podia acreditar que aquilo estava acontecendo comigo. O tempo todo eu só conseguia pensar: por que você não se cuidou, cara? Precisava passar por isso logo agora?” (Emília).

“Foi uma irresponsabilidade minha permitir que tivéssemos relação sem proteção se não estava nos meus planos ter um filho, e ainda mais considerando minha condição de saúde, que é bem complicada. Mas, foi o que aconteceu, eu não me cuidei e aconteceu. Por isso eu acho que se alguém tinha que sentir culpa ou dor, acho que era eu, porque a decisão de tirar foi minha. Estava pagando o preço pelo meu descuido, no fim das contas” (Clara).

“Eu estava ficando com ele fazia pouco tempo, eu tinha acabado de terminar um namoro e ele também. Ele tinha 30 e poucos anos, era mais velho que eu, nós estávamos ficando, mas não tínhamos nada sério e nem queríamos [...] então foi tudo por pura irresponsabilidade, mais minha por não me cuidar com um cara que eu nem sabia se ia querer casar ou ter filhos, por saber dos perigos que eu poderia correr se não usasse camisinha, reconheço muito minha culpa nisso” (Iracema).

“O dia que eu soube do positivo eu entrei em choque, me senti tão burra, irresponsável, por não ter me cuidado e ter achado, ou melhor né, me convencido e me enganado de que a pílula não ia falhar, as semanas iam passando e o desespero aumentava porque eu não sabia o que fazer, tinha dia eu falava ‘é, vou ter que aceitar essa gravidez, porque não vou conseguir arrumar o dinheiro para resolver” (Heloísa).

“Eu nunca achei errado não querer ter filhos, até mesmo quando era mais praticante da igreja. Mas eu acho sim que a gente tem que se prevenir, essa é a nossa responsabilidade, precisamos honrar as nossas escolhas. Tem mulheres que engravidam mesmo se cuidando muito, fazendo tudo certinho, essa eu até entendo quando aborta, mas eu, na vez que engravidei, foi só safadeza minha, deixei gozar dentro sem camisinha e tomei dia D no dia seguinte, nem pensei direito, só fiz, deixei acontecer. Então reconheço que foi muita irresponsabilidade, burrice mesmo da minha parte, já que se eu não quero mais ter filhos e o normal é eu ter, eu tenho que cooperar com a minha escolha, agir de acordo com ela” (Diana).

No momento em que as participantes estabelecem em suas narrativas o vínculo entre seus contextos de vida e a descoberta da gravidez indesejada, foi visível a culpabilização pela falha contraceptiva ou pela realização da relação sexual desprotegida, o que se reflete inclusive pelo vocabulário que usam para referirem-se a si mesmas, como “burras”, “idiotas”, ou merecedoras de dor e sofrimento, indicando não apenas os conflitos diante da situação que enfrentaram, mas também, como indicado por Santos e Brito (2014), a censura e os julgamentos morais em torno do aborto e da contracepção. Esta lógica que ao mesmo tempo discrimina mulheres e retira do homem a responsabilidade sobre a contracepção tem a finalidade de naturalizar jogos de poder e dominação que buscam a perpetuação da hierarquia de gênero,

promovendo o controle dos corpos femininos a partir de suas vidas sexuais e reprodutivas (BRANDÃO, 2020, p. 14).

Neste universo de pesquisa, além de serem recorrentes os relatos que demonstram a culpabilização feminina, também foram registrados graus distintos e complexos de resistência dos parceiros ao uso de métodos contraceptivos. Nestes registros, é notável a dificuldade feminina em afirmar e reiterar suas vontades durante a prática sexual, sobretudo quando dizem respeito à utilização do preservativo, que além de prevenir a gravidez, também protege contra doenças sexualmente transmissíveis. Percebe-se, no entanto, que esta dificuldade não se limita à possibilidade de estabelecimento de diálogo, mas também, como afirma Chaneton e Vaccareza, “no fato de também termos aprendido desde cedo que dizer não a um homem significa preparar-se para empreender árduas negociações e disputas” (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 67). Isso pode ser visualizado nos relatos das mulheres:

“Pedi para ele usar camisinha ou não gozar dentro, mas lá no bem bom nem liguei que ele não me obedeceu, nessas horas a gente não pensa muito em nada, só acabou acontecendo. Só que no outro dia já acordei paranoica, levantei e saí correndo para comprar a pílula” (Gabriela).

“Sou super paranoica, só transo com camisinha, mas decidi encher minha fuça de cachaça, mesmo não sendo de beber muito. O problema é que quando eu bebo, viro outra pessoa, parece que desce o diabo em mim. Aí, eu, bebaça, meu companheiro também bêbado, mas não tanto, não colocou a camisinha, é claro que não, eu não pedi né! E ele não fez o mínimo, respeitar minha vontade, o que eu tinha pedido antes” (Alice).

“Como te falei, eu sou casada, aí depois do terceiro filho eu bati o pé: transar só com camisinha. Mas aí na primeira relação que tivemos ele tirou no meio, falou que estava incomodando, que apertava ele e não conseguia sentir as coisas direito, e aí uns dias depois lá estava eu, grávida. Infelizmente não consigo confiar nele até hoje” (Laura).

“Fiz o que não posso, bebi e dei uma pegada em um verde, até aí tudo bem, quando já estava meio bebinha resolvemos sair para uma festa, ali passei dos limites e bebi muito mesmo, um atrás do outro. Ele me levou para casa dele, ele morava sozinho, não sei nem que horas que a gente chegou, só que era muito tarde, quase de manhã. Chegamos lá, só lembro vagamente que fizemos duas vezes, e na minha cabeça ele tinha usado camisinha, mas estourou, quando foi de manhã fizemos de novo, eu já estava mais consciente, e aí ele me segurou e gozou dentro. Ali comecei a entrar em desespero, porque como assim ele gozou dentro? Pulei da cama e já fui me lavar e chamando ele para comprar a pílula do dia seguinte, e perguntando como ele podia ter feito aquilo comigo! Ele disse que não podia perder a oportunidade, e me contou que, na verdade, ele gozou todas as vezes dentro, quando eu estava fora de mim” (Helena).

Nos segmentos supracitados, as enunciadoras descrevem cenários em que a vontade e o desejo da contracepção residem unicamente no outro, sendo nítida a resistência masculina na utilização do preservativo, mesmo quando este é solicitado pela mulher. Nos três casos, as mulheres haviam manifestado para os companheiros o interesse no uso da camisinha, mas suas

iniciativas de cuidado foram completamente desprezadas pelos parceiros, não parecendo haver espaço para diálogo ou resistência. Pelo contrário, nota-se que embora as mulheres reconheçam terem comunicado aos parceiros o interesse no uso do preservativo antes da prática sexual, punem-se por não terem repetido a exigência ou insistido no uso.

Nestes casos, nota-se que a voz masculina, nas narrativas das mulheres, cumpre o papel de rechaçar seus desejos e vontades, e embora haja a evidente presença da culpa nas falas femininas, as vozes masculinas não deixam de estar marcadas por uma reconhecida posição de dominância na hierarquia dos gêneros, tendo o poder de impor seus desejos e sua forma de vivenciar a sexualidade sobre os corpos das mulheres, não sendo demonstrado nenhum interesse no estabelecimento de negociações ou acordos, que parecem encerrados no momento em que, durante o ato sexual, o homem resolve por não fazer uso do contraceptivo. Esta noção, novamente, está relacionada à naturalização da desresponsabilização dos homens com a contracepção, visualizada até mesmo nas mulheres, quando em seus discursos afirmam “nem liguei que ele não obedeceu”; “é claro que não [usou preservativo], eu não pedi, né! ”.

No entanto, não se pode ignorar que os discursos das participantes, em alguma medida, questionam e refletem acerca desta responsabilização exclusiva delas pelo uso do contraceptivo. Embora seja notável a parcela de culpa que atribuem a si mesmas por não terem insistido no uso, percebe-se, por exemplo, nos discursos de Alice e Laura, uma espécie de questionamento às condições que fizeram com que precisassem enfrentar uma gravidez indesejada. Alice, embora se puna por não ter pedido ao companheiro para que fizesse uso do contraceptivo, imediatamente fala “e ele não fez o mínimo, respeitar minha vontade quando sóbria”. Por sua vez, ao afirmar que seu marido tirou o contraceptivo no meio da relação sexual, Laura diz não conseguir mais confiar nele. Estes cenários demonstram uma retomada de agencialidade por parte das participantes, que embora encontrem-se dentro de uma estrutura que as obriga a culpabilizar-se pela gestação indesejada, ainda assim não deixam de questioná-la.

O caso de Helena é grave, pois o parceiro segurou-a para ejacular internamente e depois confessou ter feito o mesmo em outras três ocasiões, quando ela encontrava-se com os sentidos alterados pela ingestão de bebida alcoólica. Ao ser questionado pela mulher, disse apenas que “não poderia perder a oportunidade”. É possível identificar na voz masculina evocada pela participante uma clara reprodução de discursos internalizados de objetificação da mulher enquanto instrumento sexual, sendo negado o controle da participante ao seu próprio corpo (GONZAGA, 2015, p. 86). Além disso, percebe-se que a pessoa com quem Helena relacionou-se sexualmente, ao impedir que esta gerisse sua própria sexualidade e reprodutividade, retirou

dela sua autonomia no que diz respeito ao seu poder decisório em utilizar ou não métodos contraceptivos. O mesmo pode ser dito de Maria, mulher negra de 32 anos, cuja gravidez foi resultante de um estupro. Em seu relato, têm protagonismo as condições sociais que fizeram com que se visse obrigada a realizar um aborto clandestino mesmo com o seu caso configurando uma das hipóteses de aborto legal:

“Bom, essa gestação veio através de um ‘estrupe’, foi muito difícil para mim, até hoje eu sofro muito com isso, sinto raiva, nojo de mim, vontade de morrer por tudo que eu tive que passar nesse dia [...] Eu pedi para ele parar várias vezes, mas ele não parou, não usou camisinha [...] quando fiz o teste eu já tinha certeza que estava grávida, mesmo depois da pílula do dia seguinte. Me senti mal por não estar tomando anticoncepcional naquela época, mas fazer o que né, eu não estava namorando” (Maria).

Embora o caso de Maria vá ser melhor abordado no próximo capítulo, importante ressaltar que seu conhecimento sobre contracepção ou vontade de proteger-se foram insignificantes ante a violência sexual, situação em que seu corpo foi completamente despido de agencialidade e colocado sob a subordinação de um homem. Maria reconhece ter sido vítima de violência, no entanto, ainda assim é possível perceber em seu discurso a culpa que atribui a si mesma por não estar usando anticoncepcional à época do ocorrido, demonstrando que o ato de cuidar-se assume formato disciplinador, recaindo à mulher independentemente da forma como se deu a conduta sexual (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 67), de modo que o tema da contracepção “engendra relações sociais complexas entre homens e mulheres, que ocorrem em contextos de hierarquias de gênero, de aprendizado da sexualidade e também de violência” (BRANDÃO, 2020, p. 12).

As narrativas trazidas até o momento permitem compreender as múltiplas formas que a sexualidade é experienciada pelas mulheres e homens, bem como as maneiras que o cuidado pode se fazer presente ou ausente ao falar-se de contracepção. Existe uma generalização bastante difundida sobre mulheres que vivenciam uma gravidez não planejada: presume-se equivocadamente que elas, por si só, falharam em tomar as precauções necessárias para evitar tal situação. Entretanto, como se vê nos relatos, essa concepção está longe de ser precisa. Algumas mulheres, de fato, engravidaram por não utilizarem métodos contraceptivos, ou porque fizeram uso de forma inconsistente. No entanto, diversas delas contaram com o apoio de seus parceiros na responsabilidade contraceptiva, apenas para se decepcionarem mais tarde. Outras não tiveram sequer o direito de decidir, tendo a vontade do homem sido imposta sobre a sua. Algumas confiaram na eficácia do contraceptivo sem realmente verificar sua funcionalidade, e outras acreditavam que o método por elas escolhido estava funcionando, o

que não ocorreu. Movidas pelo afeto, algumas mulheres simplesmente não consideraram a possibilidade de engravidar no momento, e outras, mesmo considerando, decidiram arriscar.

Os cenários trazidos são diversos, demonstrando que a mulher que se vê em uma gravidez indesejada não é uma exceção, mas sim uma representante comum da complexidade da vida feminina. De acordo com Foster (2023), culpar exclusivamente as mulheres pela gravidez não planejada e transformar a maternidade em um fardo ou punição é uma solução simplória e superficial para uma questão muito mais profunda e complexa, que não diz respeito somente à vontade ou não de ter filhos, mas que também engloba o terreno dos afetos e dos desejos, das prevenções e dos riscos, uma questão que diz respeito à própria estruturação das hierarquias de poder nas sociedades contemporâneas. No entanto, a desconsideração comum de todos estes aspectos faz com que uma gestação indesejada seja julgada como uma falha de natureza moral da mulher, que vista como incapaz de se prevenir por conta própria, perde o direito de decidir e é obrigada a seguir com uma gestação que não teve a capacidade de impedir (BRANDÃO, 2020, p. 16).

Ainda, outra generalização bastante difundida é de que a maior parte das gestações indesejadas ocorre porque as pessoas não têm conhecimento sobre métodos contraceptivos. Isso certamente explica parte da questão, pois embora a interiorização da ideia de cuidado dentro da ótica da sexualidade e reprodutividade tenha gradativamente se mostrado mais presente nas instituições midiáticas, educacionais e de saúde, elas não se dirigem com a mesma intensidade a todos os segmentos sociais, sobretudo ao levar-se em conta que nem todos possuem recursos econômicos e socioculturais para acessar estes conhecimentos (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 57).

No entanto, de acordo com Trindade e colaboradores (2021, p. 3496), mais de 80% das mulheres brasileiras utilizam algum método contraceptivo e, mesmo assim, mais da metade das gestações no Brasil são imprevistas e/ou indesejadas. Os autores entendem que isso possivelmente se dá porque os métodos mais difundidos são os de curta duração, que dependem do uso contínuo e regular, estando mais sujeitos à falibilidade (TRINDADE et. al, 2021, p. 3496). Além disso, nem todos os métodos são de fácil acesso às mulheres, sobretudo aquelas com menores condições financeiras, e nem todas se adequam da mesma forma a todos os métodos disponíveis, não sendo incomum que suas preferências e vontades sejam ignoradas (TRINDADE et. al, 2021, p. 3496). Dessa forma, entende-se que embora o desconhecimento seja um problema persistente e fortemente pautado na desigualdade social, outras questões

devem ser levadas em conta ao considerar-se a incidência de gestações indesejadas entre mulheres brasileiras.

Na presente pesquisa, nenhuma participante relatou não ter feito uso de métodos contraceptivos porque não tinham informações sobre como utilizá-los. No entanto, várias afirmaram que não faziam uso de métodos de longa duração devido à dificuldade em acessá-los pelo sistema público de saúde. Além disso, é importante ressaltar que diversas mulheres alegaram não terem utilizado métodos contraceptivos porque, por distintos motivos, acreditavam que não engravidariam. Estas questões estão diretamente vinculadas às falhas na estruturação de políticas públicas, programas de planejamento familiar e na consolidação de métodos voltados à educação sexual de crianças e adolescentes (AREND et. al, 2012).

No presente estudo, ao serem questionadas acerca dos primeiros momentos de sua vida sexual, as participantes relataram poucos diálogos ou interesse da família e da escola no que diz respeito à prevenção. Nota-se que, nas realidades da maioria das participantes, a contracepção foi entendida durante a maior parte de suas vidas como um assunto velado, algo de que deveriam ter vergonha. Aquelas que mencionaram terem recebido orientações no colégio disseram que estas foram repassadas de forma meramente superficial, quando ainda eram muito jovens e sem efetivamente cobrir suas dúvidas e interesses sobre a questão. Isso demonstra uma noção já bastante conhecida em pesquisas sobre educação sexual nos âmbitos familiares e escolares, em que nota-se uma certa ausência da participação de familiares na educação sexual, mas também a passagem pouco aprofundada sobre os conteúdos no colégio, não sendo incomuns “preconceitos de professores e pais, os estereótipos fomentados pelas escolas, a vulgarização da sexualidade humana na mídia e a ausência ou distorções de explicações sobre as diferenças sexuais, os papéis de gênero e a reprodução humana” (GARBARINO, 2021, p. 03).

De modo geral, as participantes tiveram que descobrir formas de prevenir-se ao longo da vida, sozinhas, ou com a ajuda de amigas. As mulheres brancas e com maiores condições financeiras relataram um maior envolvimento da família em suas questões sexuais e reprodutivas, tendo algumas informado que foram levadas pela mãe ou outros familiares ao ginecologista após a primeira menstruação e após a primeira relação sexual. No entanto, até nesses casos, elas relataram conhecimento bastante limitado, sobretudo acerca de métodos contraceptivos. Inclusive, muitas afirmaram somente ter começado a fazer uso de métodos contraceptivos após a vida adulta, mesmo já possuindo vida sexual ativa desde a adolescência. Ainda, importante apontar que, no *corpus*, os relatos de mulheres racializadas e com menos

condições financeiras denunciavam de forma mais contundente as escassas orientações sobre cuidados voltados à sexualidade e à vida reprodutiva que receberam ao longo da vida:

“Minha mãe cresceu sozinha, tinha casa, mas na verdade ela foi criada pela rua. Ela criou os irmãos dela, enterrou o pai e depois a mãe. Ela só foi ganhar a primeira boneca dela quando já tinha casado com meu pai, porque ela só tinha dois irmãos, então era como se fosse um menino também, usava roupa usada de menino [...] ela não me ensinou a ser menina, as coisas de menina, tive que aprender tudo sozinha...Menstruação, sexo, a gente nunca falou disso lá em casa” (Beatriz).

“Eu mesma não tive conversa sobre as regras, cuidados como depilação, como cuidar do meu cabelo, sobre namorados, cuidado de gravidez, lá em casa não era assim. Na época não tinha nenhuma informação sobre essas coisas, minha mãe era muito fechada, e na escola não ensinavam nada. Quando menstruei minha mãe falou ‘credo’ e saiu de perto. Nunca me orientou em nada. Aí tive que aprender tudo sozinha, quando tinha dez anos. Eu usava papel higiênico na calcinha quando descia, porque não tinha *mods*. Fiquei muitas menstruações com o papel higiênico colando em tudo, sujando minha calça, era péssimo, lembro que não queria ir para a escola daquele jeito” (Maria).

“Minha mãe nem sabia o que falar. Eu, menstruada, tinha que me virar para comprar absorvente, quando não dava ia no papel higiênico mesmo, ou toalhinha. Preta, cria de favela, ‘cê’ tá vendo. Tenho que ser para a frente, não tenho opção não. Eu entendi já quando era criança que sou sempre eu por mim” (Tainá).

Assim, embora os cuidados sejam adotados por todas as participantes, o acesso a métodos contraceptivos está diretamente vinculado às condições e realidades socioeconômicas e culturais em que cada participante está inserida, que modificam a possibilidade de um método fazer parte ou não de sua rotina sexual (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 46). De modo geral, as formas de disciplina associadas ao autocuidado aparecem de forma mais específica nos relatos de mulheres com maiores condições financeiras, denotando uma insistência maior em garantir a gestão de sua sexualidade e de suas vidas reprodutivas como forma de se afirmarem enquanto sujeitas dotadas de autonomia. Estas mulheres, inclusive, foram as que mais recorreram a métodos contraceptivos de longa duração após a prática do aborto, sobretudo por poderem acessá-lo através de planos de saúde. Por sua vez, o fragmento composto por mulheres que se encontram em situações mais agravantes de pobreza, sobretudo negras, demonstram uma falta de reconhecimento de si mesmas como sujeitas de agencialidade, possuidoras de um corpo digno de cuidados e proteção.

De acordo com Brandão (2020), as discrepâncias no acesso a métodos contraceptivos e a educação sexual pode estar relacionada ao longo histórico de precarização de corpos negros e pobres no que diz respeito à prestação de cuidados e métodos contraceptivos, tendo em vista o Brasil ter sistematicamente negado às mulheres negras sua humanidade e autonomia reprodutiva, seja por meio das gestações impostas no período da escravidão, seja por meio das

práticas de esterilização compulsória nas últimas décadas (BRANDÃO, 2020, p. 16). No entanto, estas discrepâncias certamente são endossadas pelas desigualdades que se reformulam e continuam latentes. De acordo com as observações de Trindade et. al (2021), as mulheres brasileiras em situações de maior vulnerabilidade enfrentam uma dupla desvantagem em relação à contracepção, tanto a partir das condições sociodemográficas em que estão inseridas, que restringem o acesso a certos métodos, quanto por suas realidades individuais e marcadores que carregam em seus corpos.

Isso demonstra que, embora todas as mulheres do *corpus* vivam a experiência comum do aborto, as práticas de autocuidado em relação ao sexo e à reprodução continuam sendo um privilégio de algumas, e não uma realidade passível de ser experienciada por todas (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 53). Por isso, Brandão (2020) enfatiza que a verdadeira autonomia dos corpos femininos, especialmente os marginalizados, só pode ser conquistada por meio do desenvolvimento de políticas públicas que promovam o acesso irrestrito aos métodos contraceptivos. Isso inclui a disponibilização de contracepção de emergência nos serviços de saúde pública, a facilitação do acesso a anticoncepcionais de curta e longa duração pelo Sistema Único de Saúde e o acompanhamento médico das mulheres que optem por recorrer a estes métodos (BRANDÃO, 2020, p. 18). Além disso, essas medidas devem ser baseadas na capacidade das mulheres de escolher o método que melhor se adapte às suas vidas e seus corpos, reconhecendo-as como donas de seus próprios corpos e autoras de suas próprias escolhas, o que inclui a possibilidade de optar-se por não utilizar nenhum método contraceptivo, mesmo nos casos em que não se deseja uma gestação.

Com base nos relatos apresentados neste capítulo, fica evidente que a contracepção, conforme descrito por Brandão (2020, p. 20), é um processo interligado a várias condições sociais, de saúde e a fases da vida em que a mulher se encontra, bem como ao tipo de relacionamento sexual que mantém e à dinâmica de gênero em que está inserida. Além disso, ela é percebida em diferentes contextos de classe e raça, sendo inserida de diversas formas nas redes relacionais e de afeto. Na interligação entre todos esses fatores, a interrupção ou a não utilização de métodos contraceptivos não se resume a meros erros ou acidentes, sobretudo ao considerar-se que o cuidado sexual e reprodutivo nem sempre é sinônimo de contracepção e, mais ainda, que riscos e irregularidades são parte natural e até mesmo saudável da vida sexual. Essa compreensão abre espaço não somente para uma criação da imagem de contracepção mais sensível às vontades e desejos das mulheres, mas também para reivindicação do aborto seguro

como uma opção que possibilita às mulheres manterem a autonomia sobre seus corpos e vidas sexuais quando, por algum motivo, não puderam recorrer a outros cuidados.

4.2 DESCONFIANÇA E DESCOBERTA

A desconfiança foi aqui identificada como marco inicial comum das trajetórias que tem como ponto culminante a interrupção voluntária de uma gestação. Esta constatação também se deu em outras pesquisas que se debruçaram sobre itinerários abortivos (HEILBORN, 2012; LIMA, 2014; GONZAGA, 2015; FONSECA, 2018), de modo que, embora diga respeito a um sentimento, a desconfiança pode ser contextualizada como um parêntese que engloba o período entre a percepção do atraso menstrual, de mudanças corporais ou dos sintomas característicos da gestação, seguida da descoberta através da aplicação de meios diagnósticos para a sua confirmação.

No *corpus*, quatorze das dezesseis participantes relataram que a desconfiança de uma possível gestação foi o que as motivou a buscar formas de diagnosticá-la ou descartá-la. Apenas Natália e Heloísa não desconfiavam da gravidez no momento em que a constataram. Natália não imaginava a possibilidade de ter praticado uma relação sexual desprotegida, pois fazia uso contínuo de anticoncepcional, não tendo notado grandes mudanças em seu corpo e tampouco sintomas que pudesse automaticamente relacionar com a gravidez. No entanto, mesmo sem desconfiar da gestação, relatou ter percebido alterações em seu ciclo menstrual, o que a fez agendar consulta com um ginecologista, através do posto de saúde, por acreditar que havia contraído alguma doença ou que estava vivenciando complicações da endometriose, cujo diagnóstico fez com que a participante trocasse a pílula anticoncepcional que utilizava há mais de vinte anos, tendo engravidado durante o período de adaptação, por acreditar que a chance de uma gestação não planejada era ínfima.

Enquanto encontrava-se hospitalizada, Natália realizou exame de urina, afirmando tratar-se de “exame de rotina, só para descartar a gravidez e poderem marcar a consulta ginecológica em vez de um pré-natal”. Apenas neste momento, através do resultado do exame, ela constatou que estava grávida, tendo saído do hospital “com a primeira consulta de pré-natal marcada, na fila de espera para fazer a ultrassonografia e desesperada, porque não queria ser mãe”. O caso de Heloísa é distinto, pois a participante tinha conhecimento de que havia praticado relação sexual sem proteção, no entanto, como havia feito uso de pílula do dia seguinte, não acreditava que poderia estar grávida. Da mesma forma que Natália, a descoberta da gestação se deu em contexto hospitalar, durante a realização de exames de rotina:

“Eu fazia taxa em um bar e um dia do nada minha pressão baixou de um jeito absurdo assim, eu achei que ia desmaiar. Aí por sorte eu consegui sair mais cedo nesse dia, cheguei em casa e fui direto para a UPA com a minha mãe, tomei soro, remédio e me liberaram. Aí ok né, só que no outro dia eu fiquei mal de novo, dessa vez aconteceu de desmaiar no trabalho mesmo, aí meu patrão que chamou uma ambulância para me levar para o hospital. Dessa segunda vez fui atendida por uma médica, e ela super atenciosa, me fez perguntas e perguntou se tinha chance de eu estar grávida. Aí eu, bem bobona né, falei que não, nem me liguei. Aí por garantia ela disse que ia pedir um exame de sangue e de urina, só para descartar. Eu estava tranquila, achando que ia dar negativo. Ela pediu os exames, e aí depois chegou falando que precisava falar comigo, e eu pensei ‘meu Deus, ferrou’, achei que era uma doença muito grave, um câncer, um negócio assim. Aí ela disse que tinha dado positivo, que eu tava grávida” (Heloísa).

Em ambos os casos, houve a crença por parte das mulheres de que não poderiam estar grávidas, motivada pelo uso de métodos contraceptivos, pelas suas percepções pessoais acerca dos seus corpos e pelas interpretações que fizeram dos discursos médicos a que tiveram acesso. Embora nenhuma das duas tenha desconfiado de uma possível gestação, o estranhamento diante de reações corporais com as quais não estavam habituadas fez com que buscassem atendimento hospitalar, fundamental para que pudessem descobrir a sua condição.

Diferentemente, nos casos de Júlia, Helena, Iracema, Alice, Clara, Laura, Emília, Tainá e Beatriz, a constatação do atraso menstrual as fez desconfiar de uma possível gravidez. Por sua vez, Diana, Gabriela, Amanda, Maria e Regina perceberam os sintomas e mudanças corporais antes da ocorrência do atraso menstrual. Em todas as situações, a desconfiança instalou-se independentemente da utilização ou não de método contraceptivo na prática sexual, e embora as participantes tenham suspeitado da gestação após a percepção de um dos fatores (atraso menstrual ou reações corporais), a busca pelos meios de confirmação apenas ocorreu após a identificação de outro, tendo sido comum a atribuição do que estavam vivenciando a outras condições, como é possível verificar nos seguintes relatos:

“Meu ex tinha terminado recentemente com a namorada, naquela época a gente só ficava, e ele acabou descobrindo que ela estava grávida dele, o que foi um desespero, porque eles não queriam filhos e não tinha sido um término tranquilo. Foi um momento bem difícil, um choque para todo mundo, e eu ajudei ele no processo todo, tanto para aceitar a gravidez quanto para ser legal com a menina, porque eu não conhecia ela mas imaginava como era difícil passar pelo que ela estava passando. Mas foi passando o tempo, os dois foram ficando mais tranquilos, ele até começou a ficar animado com a ideia de ter um filho, cheguei a conhecer ela pessoalmente, eles contaram para as famílias e amigos, e os dois começaram a decidir como que iam fazer funcionar. Chegou final de ano, viajei nas férias sem ele, e nem sonhava que já estava grávida. Quando voltei de viagem, já voltei esperando os sinais da minha menstruação, mas passou mais de um mês e não senti nada. Passou Natal, passou Ano Novo e nada. Aí pensei que meu psicológico estaria interferindo em alguma coisa, podia estar afetada com a gravidez da menina, mas só pensava que com certeza eu não podia estar grávida também. Comecei a ter indisposição, cheguei a dormir dias inteiros sem nem levantar da cama, com um sono, um cansaço que não passava” (Iracema).

“Enfim, como descobri a gravidez: minha menstruação estava prevista e nada dela aparecer. Como o anticoncepcional não deixa atrasar, plantou a sementinha da dúvida na minha cabeça, né. Eu bebi chá de tudo quanto é coisa pensando ‘ah, deve ser porque eu estou ansiosa né’, porém comecei a ficar muito cansada, aí comentei com meu namorado e ele disse que não era possível, impossível eu estar grávida e isso estar acontecendo comigo de novo, isso que a primeira vez nem foi com ele, mas ele sabia. Pois bem, aconteceu, o raio caiu duas vezes no mesmo lugar” (Alice).

“No meu segundo aborto, eu estava desconfiada que estava grávida, mas achei que fosse coisa da minha cabeça, então esperei a menstruação descer. Ela vem super certinha, mas, ainda sem acreditar, pensei que poderia ter atrasado. Estava já com vários sintomas, mas eu sou cheia de problemas de saúde, meu corpo responde muito por causa da depressão e da ansiedade, os remédios me dão muito efeito colateral. Então eu estava vomitando muito, seios inchados e doloridos, xixi a cada meia hora e humor oscilando muito, muito sono, que eu quase não conseguia parar em pé” (Laura).

Nos casos supracitados, nota-se que a desconfiança foi um fator comum, vivenciada pelas participantes em momentos distintos, e vinculada à constatação do atraso menstrual e de sintomas característicos da gestação. As três participantes não viam a gravidez, em um primeiro momento, como uma hipótese plausível, o que não retira o subtema de desconfiança dos seus discursos. Iracema, que não tinha filhos à época da gestação, embora tenha afirmado que tinha certeza de que não estava grávida, estranhou a ausência de sinais corporais que estava acostumada a constatar antes da chegada da menstruação, e quando houve o atraso, acreditou que havia ocorrido por conta do momento estressante que estava vivendo, pois havia descoberto havia pouco tempo que a companheira anterior do seu namorado estava grávida.

Alice, por sua vez, afirmou que mesmo sem acreditar que estava grávida, começou a ingerir chás para impulsionar a chegada da menstruação, mas apenas optou por fazer um teste quando passou a sentir o mesmo cansaço que havia vivenciado em sua primeira gestação, a qual também culminou em um abortamento. Laura, que possui três filhos e ao longo de sua vida vivenciou três abortos, acreditava que os sintomas e mudanças corporais estavam relacionados com sua condição psicológica, pois enfrentava um quadro de depressão e ansiedade que se manifestava através de sintomas corporais. Assim, percebe-se que embora as três participantes tenham vivenciado, em momentos diferentes, o atraso menstrual e reações corporais, imediatamente os vincularam às suas condições psicológicas, e não a uma possível gestação. O mesmo ocorreu nas situações em que as participantes acreditavam que os sintomas que experienciaram eram decorrentes de doenças:

“Eu tenho ovário policístico, então sempre faço acompanhamento. A ginecologista me dizia que a chance de uma gestação era muito pequena, precisaria de um período de tratamento, de remédios e cuidados bem específicos. Na época eu fiz uma trans e exames de rotina, menstruei no dia seguinte normalmente, alguns dias depois tive relação sexual desprotegida e tudo tranquilo, normal. No mês seguinte, minha menstruação atrasou, o que já era bem normal, porém, um dia eu acordei assustada

com um sonho, uma coisa diferente, e o dia seguiu normalmente, porém pessoas do meu convívio o tempo todo começaram a falar de nenê, de gravidez, e eu comecei a ficar com uma pulga atrás da orelha com a situação (Clara).

“Alguns dias depois da relação apareceu uns sintomas, fui ao ginecologista, fiz um monte de exames, inclusive ultrassom transvaginal, e ele descobriu que era sífilis. Eu tratei por várias semanas, mas estava com a cabeça tão voltada para a doença que nem pensei que minha menstruação não tinha descido. Só que como eu havia feito transvaginal nem pensei que poderia ser gravidez, porque imaginei que se estivesse grávida daria para ver pelo exame. Os dias foram passando e eu sem querer acreditar que poderia estar grávida. Depois de umas semanas, chegou a data que deveria descer novamente a menstruação, e nada. Não veio e achei que era pelo estresse, meu trabalho estava bem complicado na época, passou dias e nada, nadinha. Até que deixei para lá, fechou o ano e eu nem lembrava se tinha descido. Até que um dia, eu indo trabalhar, me veio uma sensação muito ruim, comecei a suar frio, minha boca começou a ficar salgada e cheia de cuspe e eu sentia que eu ia desmaiar, isso no bonde. Já levantei e esperei o próximo ponto, e já sentia o vômito vindo e nada de chegar, foi horrível, quando chegou já saí vomitando e todo mundo olhava, me senti um lixo horrível, tinha parado no meio da rua, então tive que me limpar com a minha blusa, e todo mundo viu” (Beatriz).

“Comecei a desconfiar da gravidez, pois meus mamilos estavam sensíveis, sentia enjoo o dia todo, e estava sentindo um sono absurdo. Mas grávida, eu? Eu jurava que não estava grávida, porque já tinha 40 anos, já era macaca velha, sabia me cuidar. Tive uma intoxicação alimentar um pouco antes, então todos os sintomas de enjoo eu achava que era isso. Não estava preocupada! Pensava que, na minha idade, se eu quisesse ter filho teria que fazer tratamento, e olhe lá. Até porque eu só tenho um ovário. E ele na época tinha mais de 50, já não é um esperma que funciona direito. Então, é até meio errado dizer, mas eu nem liguei, caguei com força, para falar a verdade. Aí, a menstruação atrasou um mês. Mais um ciclo, e nada” (Regina).

No caso de Beatriz, o primeiro atraso menstrual não foi percebido, pois ocorreu enquanto a participante estava realizando o tratamento de uma doença que havia contraído sexualmente. Ela relatou ter descartado qualquer possibilidade de gravidez, pois havia realizado o ultrassom transvaginal durante o período de tratamento, e acreditava que se estivesse grávida, teria descoberto através do exame. Embora tenha percebido o segundo atraso menstrual, a participante (assim como Iracema, Alice e Laura) associou-o à sua condição psicológica, pois estava estressada com seu trabalho, e apenas passou a desconfiar da gravidez após ter vomitado de forma inesperada em uma estação de ônibus, tendo imediatamente associado o sintoma ao atraso menstrual e, conseqüentemente, à gravidez.

Nas narrativas de Clara e Regina, a falta de desconfiança em um primeiro momento deu-se, principalmente, porque não acreditavam que poderiam engravidar. Clara possui miomas e cistos nos ovários, tendo sido informada por profissional de saúde que a possibilidade de uma gestação imprevista era pequena, razão pela qual não fez uso de nenhum método contraceptivo na relação sexual. Regina, por sua vez, não acreditava que poderia viver outra gestação, pois tinha 40 anos à época da gravidez indesejada, tem apenas um ovário e havia feito uso da pílula do dia seguinte após a relação sexual desprotegida. Em ambos os casos, a presença de um fator

(atraso menstrual ou sintomas) não foi determinante para que passassem a desconfiar da gestação. Embora Regina tenha experienciado enjoos e vômitos, associou-os a uma intoxicação alimentar, e ao constatar o atraso menstrual, acreditou que era efeito da pílula do dia seguinte, tendo aguardado a passagem de mais um ciclo para realizar o teste de gravidez. No caso de Clara, o atraso menstrual não era algo incomum, tendo passado a desconfiar que estava grávida porque teve um sonho “diferente” e começou a associá-lo com a frequência com que pessoas ao seu redor falavam sobre gestação, o que denota as formas como a desconfiança manifestou-se na participante até mesmo de forma aparentemente inconsciente. A suspeita gerada a partir de sonhos também foi mencionada por Tainá, com a diferença de que esta recordou que, em suas outras gestações, também havia sonhado que estava grávida:

“Então, minha menstruação atrasou mesmo eu tendo tomado pílula do dia seguinte após a relação sem proteção, não dei muita importância, porque é normal que a menstruação atrase com a pílula, então deixei esse tempo passar, já sentindo o pior, mentindo para mim mesma que aquele sono horrível, dor nos seios e barriga inchada deviam ser sintomas da TPM. Cheguei a pensar que a pílula afetou minha menstruação, que aquilo era normal, mas os sintomas continuaram e foram piorando. O pior para mim foram os seios grandes e extremamente doloridos, não dava nem para encostar! Aí durante o mês seguinte eu tive sonhos, e era tudo a ver com gravidez, sonhei que estava amamentando, segurando um bebê, e aí eu tive certeza que estava grávida, porque comigo sempre foi assim. Se eu sonho com isso, sei que estou grávida” (Tainá).

A vivência de gestações passadas levou a participante a desconfiar de sua condição, o que não se deu apenas pela repetição de sintomas popularmente conhecidos, mas por particularidades de seu corpo e de suas experiências pretéritas. De acordo com Santos e Brito (2014), isso ocorre por meio do estabelecimento de um processo mental comparativo, em que situações presentes e passadas são sobrepostas de modo a permitir o resgate de lembranças de gestações anteriores, que embora muitas vezes não componham a memória imediata e cotidiana da mulher, voltam à tona em forma de sensação ou pressentimento quando novamente experienciam uma gravidez. Esta noção foi inclusive expressa por Tainá, que durante a entrevista falou “você vai ver, a gente sabe quando está grávida de novo. O corpo parece que lembra”.

Na presente pesquisa, esta noção de “lembrança do corpo”, foi bastante comum. Do *corpus*, nove das dezesseis mulheres já eram mães à época da prática do aborto, e cinco delas relataram terem desconfiado da gravidez ao constatarem a repetição de sintomas específicos e particulares que já haviam vivenciado. Percebe-se que, para estas mulheres, a experiência empírica mostra-se ainda mais relevante que o atraso menstrual e a apresentação de sintomas, os quais acabam por apenas confirmar o que já estava em seu campo de suspeita. No caso de

Júlia, a desconfiança começou logo após o primeiro dia de atraso da menstruação, mas intensificou-se a partir do momento em que começou a sentir os mesmos sintomas de sua primeira gestação, tendo relatado que “um dia eu estava com muita vontade de comer cachorro-quente, fui, comprei as coisas, quando fervei a salsicha e senti o cheiro me deu um enjoo tão grande, igual quando estava grávida do meu filho”. A suspeita da gestação a partir da vivência repetida ocorreu também em outros itinerários, a maior parte deles constatados imediatamente após o atraso menstrual:

“Olhei no aplicativo quando seria a próxima menstruação, estava contando os dias para que chegasse. Eu sei exatamente como é o meu ciclo, sempre fui regulada, então comecei a ter alguns sintomas que me deixaram com um pulga atrás da orelha, mas segui, até que chegou o dia da menstruação e nada, sem cólica sem nada, fui para o trabalho e quando cheguei tinha um pouco de sangue e pensei que era a bendita, mas no dia seguinte a mesma coisa, desceu um pouco de sangue, bem rosado, e mais nada, comecei a achar estranho por causa do meus seios, os mamilos estavam escurecendo e sempre que engravidado eles ficam assim e doem muito, principalmente quando cai água do chuveiro” (Diana).

“O meu primeiro aborto foi minha segunda gestação. Eu não respeitei o resguardo, tive relação com meu esposo, achávamos que o anticoncepcional já estava fazendo efeito. Antigamente eu tomava remédio no outro dia e já tinha relação e nunca deu problema, e as pílulas do dia seguinte sempre funcionaram também. Mas daquela vez não. Exatamente um ano comemorando nosso aniversário, tomei uma cerveja e não me senti muito bem. Quando senti isso, já sabia que tinha engravidado novamente” (Amanda).

Diana já tinha dois filhos quando descobriu a nova gestação, mas a desconfiança diante do atraso menstrual não foi suficiente para fazê-la realizar um teste de forma imediata, tendo passado a acreditar que estava grávida apenas quando voltou a sentir fortes dores nos seios nos momentos em que tomava banho, o que havia acontecido em suas outras gestações. Amanda, por sua vez, desconfiou das duas gestações consecutivas (ambas interrompidas) através da repetição de sintomas vivenciados quando estava grávida do seu primeiro e único filho. O segundo aborto de Amanda ocorreu pouco tempo após o primeiro, e embora não tenha relatado de que forma começou a desconfiar da primeira gestação que culminou em um abortamento, teve certeza de que estava grávida novamente ao se sentir indisposta após tomar um copo de cerveja, o que já havia ocorrido em sua primeira gestação.

Este sistema de comparação também ocorreu no caso de mulheres que ainda não haviam vivenciado outras gestações, mas de forma distinta, sendo relatada maior desconfiança em relação aos sintomas apresentados, numa tentativa de associá-los a algum outro tipo de condição, como já apontado. Ainda, em alguns casos, a desconfiança surgiu no momento em

que as participantes constataram sintomas tipicamente associados à gestação, como enjoos, sensibilidade e inchaço nos seios, oscilações no humor e cansaço.

Na vivência de Gabriela, que tinha 35 anos e nenhum filho à época da descoberta da gravidez, a desconfiança começou antes mesmo do atraso menstrual, pois passou a sentir enjoos de forma recorrente e lembrou que sua mãe dizia que, quando estava grávida, “não parava nada no estômago, qualquer cheiro diferente ela vomitava”. Emília também desconfiou da gravidez antes do atraso menstrual, pois começou a se sentir estranha: “não sei, é como se eu não estivesse mais no meu corpo. Me sentia suada, engordurada. Parecia que estava inchada o tempo todo, querendo vomitar, chorar, dormir”. Nestes casos, percebe-se que os fatores que geram a desconfiança não estão associados a eventos anteriores, tendo as participantes recorrido ao repertório de informações coletadas ao longo da vida acerca da gravidez, de modo que reconheceram alguns dos sintomas mesmo sem nunca terem vivido uma gestação.

Nos diálogos, foi possível perceber uma certa relutância por parte das mulheres em acreditar que poderiam estar grávidas, até mesmo quando tinham conhecimento de que a relação sexual havia sido praticada de forma desprotegida. Embora na maior parte dos casos a percepção de reações corporais anômalas, o resgate de vivências pretéritas ou o reconhecimento de sintomas socialmente difundidos tenha sido suficiente para trazer à tona a desconfiança, a incredulidade fez com que a maioria das participantes protelasse a busca por exames diagnósticos, tendo recorrido a eles apenas após o aparecimento de algum outro fator.

Na presente pesquisa, o teste de farmácia foi o método diagnóstico mais aplicado entre as mulheres, tendo sido utilizado em dezenove dos vinte casos de abortamento descritos no presente estudo, de modo que pode ser considerado neste universo de pesquisa como marcador de transição entre a desconfiança e a descoberta da gestação. Além disso, das dezesseis participantes, onze realizaram o exame de sangue beta-HCG após o teste de urina, e três somaram os dois exames anteriores ao da ultrassonografia. Entre as três participantes que realizaram mais de um aborto, Alice e Amanda informaram terem realizado apenas o teste de farmácia para a constatação da gestação à época do primeiro abortamento, e no segundo buscaram combinar o teste de farmácia com o exame de sangue beta-HCG, tendo Amanda inclusive feito um exame de ultrassonografia. Laura, à época do primeiro aborto, não realizou nenhum exame diagnóstico. No segundo, fez o teste de farmácia e, para realizar o terceiro aborto, somou o teste à realização do exame de sangue beta-HCG.

Nota-se que a escolha do meio diagnóstico aplicado por cada uma das participantes se deu de forma distinta. Entre as participantes brancas e de classe baixa, a realização do teste de

farmácia predominou enquanto método escolhido, tendo sido realizado por todas (Júlia, Diana, Helena, Iracema e Laura, em seu segundo e terceiro abortamentos). Apenas Helena e Laura somaram o teste de farmácia com o exame de sangue beta-HCG, o qual realizaram através do Sistema Único de Saúde. Nenhuma delas realizou a ultrassonografia obstétrica. Entre as mulheres negras e de classe baixa (Tainá, Maria, Beatriz, Natália e Heloísa), verifica-se que o teste de farmácia também foi o principal método escolhido para a confirmação da gravidez. Além de Natália e Heloísa, que descobriram a gravidez durante atendimento hospitalar, apenas Maria combinou a realização do teste de farmácia com o exame de sangue beta-HCG, e somente ela e Natália fizeram a ultrassonografia. As participantes Tainá e Beatriz não realizaram outros exames além do teste de farmácia, tendo calculado o tempo gestacional a partir da data da última menstruação.

As informações coletadas entre as mulheres de camadas populares divergem consideravelmente das repassadas por mulheres de classe média. Todas as mulheres brancas e com maiores condições financeiras alegaram que, além de realizar o teste de farmácia, também fizeram o exame de sangue beta-HCG, e nenhuma delas recorreu ao sistema público de saúde para confirmar a gestação, sendo que três delas (Gabriela, Amanda e Clara) possuíam plano de saúde e realizaram o exame em laboratório, e duas (Alice e Emília) o fizeram de forma particular, também em laboratório. As participantes Alice e Emília, respectivamente de 25 e 23 anos à época dos seus abortamentos, possuíam plano de saúde, mas informaram que este era gerenciado pelos seus genitores, de modo que pagaram pelo exame a fim de manter o segredo acerca da gestação e evitar perguntas. Apenas Amanda realizou a ultrassonografia, e somente à época da sua segunda gestação interrompida.

Neste ponto, importante ressaltar os casos de Amanda e Laura, duas participantes que realizaram mais de um aborto. Amanda, mulher branca e de classe média, relatou ter vivido complicações em seu primeiro aborto, pois utilizou uma quantidade menor do medicamento do que a necessária para sua idade gestacional. Diante do medo de mais uma vez passar por dificuldades, realizou o exame de sangue e a ultrassonografia quando engravidou novamente. Laura, mulher branca e de camadas populares, por sua vez, informou que possuía apenas 16 anos à época do seu primeiro aborto, e embora não tenha vivido complicações decorrentes da prática abortiva, realizou o procedimento sem ter conhecimento do tempo gestacional, utilizando apenas a técnica do toque pélvico, consistente em, com os dedos, avaliar a consistência e tamanho do útero:

“Quando descobri que estava grávida pela primeira vez, o meu teste de gravidez foi tocar o colo do meu útero, porque me diziam que se conseguia facilmente, era porque não estava grávida. Quanta inocência, né. Inocência não, irresponsabilidade mesmo” (Laura).

No segundo e terceiro abortamentos, praticados quando já tinha 31 anos, a participante optou por fazer exames diagnósticos, tendo realizado o teste de gravidez de farmácia, em que é possível averiguar a data aproximada da gestação, e o exame de sangue, pois tendo em vista a proximidade entre as duas últimas práticas, não tinha certeza se estava grávida novamente ou apenas vivenciando sintomas tardios da segunda interrupção. Segundo a participante:

“A segunda vez que descobri foi assim, um dia eu estava tontinha e super enjoada, saí da escola onde eu trabalho para comprar um remédio, porque eu não aguentava mais... Lá na fila, eu vi um teste de farmácia na prateleira e resolvi fazer por descargo de consciência, mas acabou que deu positivo. Descobri que estava grávida após seis meses de ter feito o meu primeiro procedimento. Mesmo com os sintomas e com a menstruação atrasada, eu fiquei em negação, achei que poderia ser por conta da gravidez anterior, poderia ter alterado os meus hormônios. Infelizmente não foi o caso, fiz dois testes de farmácia, que deram positivo, e depois o teste HCG, que deu altíssimo” (Laura).

Constata-se, dessa forma, que o fato de as participantes já terem vivido outras gestações voluntariamente interrompidas fez com que buscassem técnicas cada vez mais eficientes para averiguar o tempo gestacional, a fim de aumentar as chances de realizar um aborto seguro e eficaz. O caso de Regina, única mulher negra e de classe média que compõe o presente *corpus*, é similar. A participante contou que, embora não tenha acreditado que pudesse estar grávida, tendo realizado o exame de confirmação apenas após constatar dois atrasos no seu ciclo menstrual, aceitou fazer o teste de gravidez por insistência de suas colegas de serviço, que compraram um teste de farmácia para a participante após esta ter mencionado que não estava menstruando há algum tempo. Regina disse que, enquanto fazia o teste, tinha certeza que o resultado seria negativo, e ao constatar a gestação, comprou outros cinco testes. Depois disso, imediatamente buscou realizar o exame de sangue beta-HCG, com o intuito de precisar sua idade gestacional.

Nota-se que a viabilidade em se utilizar técnicas combinadas ou repetidas, como procedido pelas participantes que puderam, além do teste de farmácia, também realizar o exame de sangue beta-HCG, varia enormemente ao considerar-se os marcadores de raça e classe inscritos nos corpos de cada uma das mulheres. De acordo com Jurema Werneck (2016), embora o direito à saúde no Brasil esteja pautado no princípio da universalidade, uma série de fatores impactam o acesso da população às redes públicas e privadas de serviços. Entre estes, a autora destaca as influências pessoais e familiares em relação ao modelo de saúde em uso; o

grau de compreensão dos paradigmas e da linguagem aplicados e endossados por esses modelos; os hábitos de vida dos indivíduos que acessam os serviços e seus níveis de escolaridade e renda (WERNECK, 2016, p. 544). A coexistência destes fatores consolida uma série de barreiras estruturais no acesso à saúde, dificultando e até mesmo obstando a consolidação deste direito a indivíduos cujos corpos são marcados pela discriminação (WERNECK, 2016, p. 544).

A partir disso, entende-se que não há nenhuma coincidência no fato de os relatos mais complexos e árduos do período de suspensão entre a desconfiança e a descoberta da gestação pertencerem justamente a participantes pobres e racializadas. Ao passo que todas as mulheres de classe média tiveram acesso ao exame de sangue beta-HCG, de modo que puderam, em alguma medida, confirmar suas idades gestacionais antes de efetivamente decidir pela prática do aborto, este privilégio não se repetiu ao considerar-se as mulheres do *corpus* que se encontram nas camadas sociais de menor renda. Ao serem questionadas por que razão não realizaram o exame de sangue beta-HCG, surgiram respostas como as de Tainá e Beatriz, ambas mulheres pretas e de classe baixa, que afirmaram, respectivamente que “já sabia que não queria, fiquei com medo que demorasse e não tinha como ficar pagando por esses exames e depois pelo remédio para abortar”, e “demora muito, eu estava com medo, né, assustada que alguém ficasse sabendo, e não podia gastar esse dinheiro para fazer de uma forma mais sigilosa”.

Ainda, embora mais mulheres negras de classe baixa tenham realizado exames complementares do que mulheres brancas também com menores condições financeiras, verifica-se que a busca pelos exames não se deu apenas com o intuito de confirmar a gestação, e sim porque encontravam-se em contextos complexos de vulnerabilidade, com gestações mais avançadas, tendo que recorrer à hospitalização e à realização de exames para que pudessem continuar sobrevivendo. Como exemplo, trago novamente os relatos de Natália, Heloísa e Maria, três mulheres negras e de classe baixa que, além do teste de farmácia, também realizaram o exame de sangue beta-HCG, tendo Maria e Natália também feito uma ultrassonografia obstétrica. Como já mencionado, Natália e Heloísa descobriram as gestações durante atendimento hospitalar, sendo que ambas foram levadas ao posto de saúde por acreditarem que estavam doentes, tendo Heloísa inclusive sido conduzida por ambulância. Maria, por sua vez, realizou os exames complementares porque sua gravidez foi decorrente de violência sexual, e pretendia requerer o aborto pelas vias legais.

Assim, constata-se que nos três casos, as participantes realizaram outros exames como último recurso, o que varia enormemente dos relatos de participantes brancas e também de

classe baixa, e mais ainda ao considerar-se os das participantes de classe média, que em sua maioria realizaram diversos e repetidos testes de farmácia e exames de sangue beta-HCG a fim de confirmar seu estado e efetivamente compreender sua condição. A partir disso, é possível inferir que a segurança de um processo de aborto não está presente somente no procedimento em si, mas também em toda a rede de privilégios ou desvantagens a que cada mulher tem acesso já no momento de realização de exames diagnósticos. No presente *corpus*, a utilização de métodos variados e combinados não é necessariamente um indicativo de segurança quando observado de forma isolada e alheio à realidade de cada mulher, sendo notável que corpos discriminados enfrentam caminhos notavelmente mais árduos no acesso ao seu direito à saúde.

Esta noção também se reproduz ao levar-se em conta a incidência da utilização da ultrassonografia enquanto exame diagnóstico de gravidez. De acordo com Lima e colaboradores (2020), a ultrassonografia (USG) obstétrica é utilizada no Brasil como ferramenta para a confirmação de uma gestação, o acompanhamento do pré-natal e diagnósticos de abortamento. Neste último caso, a autora aponta que o exame é utilizado tanto como forma de verificar se o aborto foi completo, quanto para determinar-se a viabilidade fetal em casos de aborto incompleto e, ainda, controlar-se o esvaziamento uterino, nos casos de aborto retido (LIMA, et. al, 2020, p. 02). A primeira Pesquisa Nacional do Aborto, publicada em 2010, identificou que a ultrassonografia vinha sendo utilizada em itinerários abortivos não somente após a indução do abortamento, mas também como método complementar para confirmação da gestação, a fim de possibilitar a prática do aborto de forma mais segura (DINIZ; MEDEIROS, 2010), o que se reproduziu neste universo de pesquisa.

Entre as participantes, Natália, Amanda e Maria realizaram a ultrassonografia no momento de descoberta da gestação. No caso de Natália, seu nome foi inserido na fila para realização do exame pela rede pública de saúde imediatamente após a constatação da gestação, que ocorreu em contexto hospitalar. Amanda, por sua vez, realizou a ultrassonografia apenas no seu segundo abortamento, a fim de garantir um procedimento mais seguro e eficaz, tendo em vista ter vivido complicações em seu primeiro aborto, muito provavelmente decorrentes da imprecisão da idade gestacional. Maria realizou a ultrassonografia para obter informações precisas acerca da sua idade gestacional, pois pretendia conseguir a autorização para realização do aborto pela via legal.

Percebe-se, portanto, que a ultrassonografia não foi, entre as participantes da presente pesquisa, o exame inicialmente escolhido para confirmação da gestação, tendo sido utilizado de forma complementar, após a realização de outros exames, com o intuito de precisar o tempo

gestacional. Esta noção se reflete em outras pesquisas de cunho qualitativo (SANTOS e BRITO, 2014; DINIZ, MEDEIROS, 2012), e acredita-se que, assim como constatado nestas pesquisas, a baixa adesão da ultrassonografia se dá pela dificuldade e demora em acessar-se o serviço pela rede pública de saúde; pelos preços elevados e necessidade de encaminhamento médico para realização do exame pela rede privada; pelo temor das mulheres em terem sua condição registrada em um banco de dados de hospital e, principalmente, pelo fato de os demais exames diagnósticos terem um custo mais baixo. A participante Emília foi uma das participantes a especificar por que razão não realizou a ultrassonografia:

“Olha, para ser bem sincera, eu nem sabia que era bom fazer. A gente cai no meio dessa situação sem informação, sem saber para onde ir, e não dá para só ligar em algum lugar e perguntar que exame eu preciso fazer se quiser abortar, para ter um aborto seguro, saca? Também não tinha ninguém que eu pudesse falar na hora que fiquei sabendo, e meu namorado sabia menos do que eu. Fiquei com medo de ir para um hospital e ficar com meu nome lá, falando que eu estou grávida, e depois eu só não ter o filho. Sei lá, dá a impressão que todo mundo vai saber, que vão vir atrás da gente de alguma forma perguntando ‘e aí, cadê o bebê’? E também né, eu não sabia quanto ia gastar para abortar, não sabia como funcionava. Dinheiro nesse momento vira meio que questão de vida ou morte, e na época eu ainda ganhava muito pouco, dependia muito dos meus pais, e não podia só chegar pedindo uma grana absurda para eles sem explicar nada, muito menos usar o plano de saúde, que estava no nome deles. Então fiz o exame beta-HCG, li na tabela a quantidade de semanas que estava grávida e tive que ir na fé” (Emília).

A fala de Emília não pode ser retirada do seu contexto, ou seja, de mulher jovem, branca e de classe média, que não possui filhos e estava vivenciando a primeira gestação. No entanto, podemos inferir que os motivos por ela relatados certamente coincidem com os de outras participantes, sobretudo no que diz respeito à falta de conhecimento e informação sobre como proceder diante da constatação de uma gestação indesejada e da escassez de recursos financeiros próprios. Diversas participantes relataram terem feito apenas o teste de farmácia porque “era o que dava”, como já apontado em falas anteriores, bem como foi comum a afirmação de que não sabiam o que fazer no momento em que descobriram a gestação. Ainda, entre as mulheres com menores condições financeiras, foi recorrente a informação de que não realizaram exames complementares, como a ultrassonografia, porque teriam de ficar muito tempo aguardando em filas no serviço público de saúde.

Amanda e Maria não souberam especificar quanto tempo precisaram aguardar entre a descoberta da gestação e a realização da ultrassonografia, mas ambas afirmaram que o período não foi longo, pois fizeram o exame de forma particular, relatando terem pago o valor equivalente a cerca de R\$180,00 a R\$250,00. Apenas Natália realizou a ultrassonografia através do sistema público de saúde. As formas como a realização da ultrassonografia obstétrica

afetaram os itinerários abortivos das participantes e as razões pelas quais a realização deste exame foi tida enquanto indispensável para cada uma dessas mulheres, para serem verdadeiramente compreendidas, precisam ser associadas aos seus contextos de vida e aos marcadores que carregam em seus corpos.

Amanda é mulher branca e de classe média, nasceu no interior de São Paulo e, após finalizar a faculdade de administração, mudou-se para outra cidade com o marido, com quem era casada havia dez anos. Atualmente, possui um filho de 16 anos, de um relacionamento anterior, e mora com o marido e com os dois filhos dele, de 18 e 25 anos. Até o filho completar 13 anos, Amanda não trabalhava, e posteriormente montou o seu próprio negócio. Na primeira gestação que culminou em aborto, realizou apenas o teste de gravidez, o que fez com que realizasse o procedimento sem ter certeza de sua idade gestacional. Na segunda, agendou primeiramente uma consulta ginecológica, de forma particular, tendo conseguido a liberação médica para realização do exame de sangue beta-HCG e para a ultrassonografia, de modo que todo o procedimento foi coberto pelo seu plano de saúde e realizado poucos dias após a descoberta da gestação.

Maria é mulher parda e de classe baixa, nasceu em uma cidade no interior do estado de São Paulo, e atualmente vive na mesma cidade que Amanda. Ela tem dois filhos, tendo engravidado pela primeira vez aos 14 anos. Seu segundo filho foi diagnosticado com autismo. A participante foi casada durante 12 anos, mas o relacionamento acabou após o nascimento do segundo filho. Maria completou o ensino fundamental, mas precisou largar os estudos após o padrasto ter adoecido, época em que começou a trabalhar para poder auxiliar a mãe em casa. Atualmente, trabalha como faxineira, com renda variável, mas geralmente alcançando um salário mínimo e meio mensalmente. A gravidez interrompida foi decorrente de um estupro. À época, embora soubesse que o aborto legal é permitido em casos em que a gravidez resultada de violência sexual, ficou com receio de realizar os exames comprobatórios pela rede pública de saúde, pois não havia feito boletim de ocorrência e acreditava que este era imprescindível para que sua situação fosse tomada como prioridade.

Para Amanda e Maria, a realização do exame pela via particular deu-se com a finalidade de evitar filas na rede pública de saúde. No entanto, o acesso de Maria aos serviços privados deu-se de forma distinta à de Amanda, embora ambas residam na mesma cidade. Maria relatou ter se dirigido a três clínicas diferentes até localizar um estabelecimento que realizasse a ultrassonografia sem a necessidade de pedido médico, informando que não possuía plano de saúde e tampouco meios para arcar com as custas de uma consulta particular e com o exame,

tendo precisado escolher, pois “ou era um ou era outro”. Embora a corrida contra o tempo seja uma característica comum de todo itinerário abortivo, percebe-se que no caso das duas participantes, ela está marcada por peculiaridades. No caso de Amanda, porque precisava saber se realmente estava grávida novamente ou vivenciando complicações do aborto que havia induzido havia pouco tempo, e no caso de Maria porque pretendia obter os resultados dos exames com a maior agilidade possível, a fim de realizar o aborto legal.

Natália, por sua vez, é mulher parda, nascida em Pernambuco, e à época do aborto morava em um município no interior do estado. Tinha 33 anos quando engravidou, e embora vivesse com o ex-companheiro desde os 16 anos de idade, não estavam mais juntos, mas ainda moravam na mesma residência. Não possui nenhum filho, o que segue até a atualidade, afirmando que ser mãe nunca fez parte dos seus planos e do de seu atual companheiro. Quanto à escolaridade, terminou o ensino médio. Quando realizou o aborto, trabalhava informalmente, sem vínculo empregatício, e atualmente trabalha em um pequeno salão de beleza com a sogra e a cunhada, auferindo mensalmente, com seu marido, a renda média de três salários mínimos.

A participante relatou que poucos dias após a descoberta da gravidez, teve sua primeira consulta pré-natal, tendo sido informada pelo médico que provavelmente estava no primeiro trimestre de gestação. Disse que, ao sair da consulta, estava desesperada, pois já havia começado a pesquisar formas de realizar o aborto e sabia que as dificuldades eram maiores quando a gestação já se encontrava em um estágio avançado. Natália queria realizar um exame de sangue beta-HCG quantitativo e logo depois iniciar o trâmite para interrupção da gestação, mas foi informada por amigas que o exame poderia resultar impreciso. Como não teria condições financeiras para realizar uma eventual segunda tentativa de aborto, optou por aguardar até a data da ultrassonografia. No entanto, esta ocorreu somente vinte e quatro dias após a realização do primeiro exame. Segundo a participante:

“Chegou o dia né, eu já estava em pânico, porque achava que já estava grávida de uns três meses pelo menos, mas tive que esperar mais esses vinte e quatro dias, que é um bom tempo a mais, né, para abortar é sim, quase um mês muda muita coisa. Já estava com uma barriguinha aparecendo, e eu morrendo de medo que alguém do trabalho ou da minha família visse ou comentasse alguma coisa, até então meu ex, que morava comigo, não sabia de nada também, porque eu sabia que não tinha como ser dele. Eu entrei na sala de ultrassom, morrendo de vontade de fazer xixi, vi umas imagens que não entendi, mas ali tinha claramente um neném, dava para ver tudo bem certinho. O médico virou para mim e disse: pode se aliviar ali no banheiro, você está mais avançada e não precisa estar com a bexiga cheia, pois já dá para ver bem. Ele falou que eu estava de mais semanas, e era mais do que o médico tinha dito na primeira consulta, bem mais, e ainda teve mais aqueles vinte dias que fiquei esperando. Entrei no banheiro para fazer xixi e achei que ia morrer” (Natália).

A contextualização das histórias das três participantes que realizaram o exame de ultrassonografia como forma de confirmação da gestação permite algumas reflexões. A primeira delas é que o acesso destas mulheres a serviços de saúde de forma rápida, eficiente e segura está diretamente vinculado às suas condições socioeconômicas. Amanda, mulher branca e de classe média, conseguiu acessar o serviço da ultrassonografia de forma privada, com rapidez e discrição, o que não se repetiu nos itinerários de Natália e Maria, mulheres negras e de classe baixa, que precisaram trilhar caminhos mais sinuosos para ter acesso ao mesmo exame.

Embora Maria tenha conseguido realizar a ultrassonografia de forma particular, precisou transitar por diversas clínicas até conseguir encontrar um lugar que realizasse o exame sem pedido médico. A participante tinha conhecimento de que tinha direito ao aborto legal, mas temeu confiar na rede pública de saúde em um primeiro momento, pois já tinha ouvido histórias de mulheres que não tiveram suas condições priorizadas e não obtiveram acesso rápido aos exames comprobatórios, de modo que não foram autorizadas a abortar por se encontrarem em idades gestacionais já avançadas. Natália, por sua vez, precisou aguardar cerca de um mês entre sua primeira consulta pré-natal e o exame de ultrassonografia, tempo crucial quando existem planos de interromper a gestação. Embora estas conclusões estejam sendo extraídas a partir de um pequeno *corpus*, não havendo qualquer intenção universalizante na exposição dos dados aqui obtidos, é possível inferir que os percursos das participantes para o acesso de serviços de saúde são mais simples ou mais árduos a depender das formas como estão inseridas socialmente nas hierarquias de poder e dos marcadores que carregam em seus corpos.

De acordo com Góes e Nascimento (2010, p. 04), a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras e a acessibilidade a serviços de saúde se dá de forma assimétrica e ultrapassada por questões de gênero, raça e classe. Werneck (2016) afirma que esta iniquidade no âmbito da saúde é reflexo das desigualdades historicamente reafirmadas pelas relações sociais e por políticas discriminatórias, que ao normalizarem a seletividade em direitos de caráter supostamente universal, impossibilitam que as políticas públicas alcancem populações marginalizadas, obstando o acesso a serviços de saúde de qualidade e a uma educação inclusiva (WERNECK, 2016; GOES, NASCIMENTO, 2010). Assim, à medida que mulheres racializadas e de camadas populares têm menos acesso à educação sexual, a métodos contraceptivos e às garantias de planejamento familiar e, ao mesmo tempo, enfrentam condições mais precárias de vida e moradia, também se deparam com maiores percalços ao buscar uma existência reprodutiva saudável.

Esta noção reflete-se, por exemplo, no que diz respeito ao acesso ao exame de ultrassonografia obstétrica após a descoberta de uma gestação, seja ela desejada ou não. O direito ao acompanhamento especializado durante a gravidez é assegurado a todas as mulheres pela Lei nº 9.263/96, sendo incumbido ao Sistema Único de Saúde (SUS) a obrigação de garantir o atendimento pré-natal, em que está inclusa a realização de ultrassonografias. No entanto, conforme levantado por Góes e Nascimento (2010, p. 01), o pleno acesso a este direito varia de acordo com a raça e classe da mulher que busca o serviço, havendo uma discrepância entre os tratamentos acessíveis a cada uma das mulheres.

Em pesquisa publicada por Lessa e colaboradores no ano de 2022, em que foram colhidas informações de 1.851 mulheres que realizaram o cuidado pré-natal, distribuídas em todo o Brasil, revelou-se que o número de mulheres negras que não foram adequadamente examinadas durante o pré-natal foi maior que o de mulheres brancas, sendo a cor da pele um fator determinante ao observar-se o período em que se inicia a assistência, o número de consultas realizadas e as orientações que são repassadas sobre o trabalho de parto, aleitamento materno, e possíveis complicações pré e pós-operatórias. Assim, os autores concluíram que, na realidade brasileira, ser negra e ocupar classes baixas são marcadores que trazem iniquidades e desvantagens para as mulheres no acesso a um pré-natal apropriado (LESSA et. al, 2022), consolidando uma biopolítica necessariamente pautada em um racismo de Estado, em que os corpos interessantes à reprodução são situados na esfera do “fazer viver”, tendo acesso facilitado a exames, procedimentos e cuidados, que garantem a saúde da mulher gestante e a preservação do feto, ao passo que aqueles situados na esfera do “deixar morrer” são relegados à própria sorte.

Embora a pauta desta pesquisa não seja o nascimento, e sim o aborto, os dados obtidos mesclam-se e complementam-se. Isso porque as desigualdades raciais no acesso ao pré-natal e a exames diagnósticos estão diretamente associadas às maiores taxas de mortalidade materna de mulheres negras durante a gestação, parto, puerpério, e também em casos de abortamento. Conforme dados levantados pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, entre os anos de 2014 e 2019, houve oito mortes maternas a mais de mulheres negras do que mulheres brancas para cada 100 mil nascidos vivos (IEPS, 2023). Ainda, de acordo com dados divulgados pelo Ministério da Saúde na pesquisa “Nascer no Brasil II”, a mortalidade materna é duas vezes maior entre as mulheres pretas em todas as regiões do Brasil, ultrapassando 100 mortes para cada 100 mil nascidos vivos (LEAL, et. al, 2024). Em relação às mulheres pardas, o índice ficou em 50,36 mortes, e decaiu para 46,56 entre as mulheres brancas (LEAL, et. al, 2024).

No presente estudo, esta noção se reflete no fato de as participantes negras e de classes populares terem sido as que descobriram suas gestações em períodos mais avançados, bem como são as que possuem menos autonomia para decidir seus meios diagnósticos, o que implica em uma demora maior entre a descoberta da gestação e o acesso a métodos abortivos. Ainda, no que diz respeito especificamente à realização do exame de ultrassonografia obstétrica, embora o presente estudo não tenha o condão de averiguar as formas como as participantes foram tratadas nas instituições a que recorreram na busca pela realização do exame, tendo em vista a carência de dados neste sentido⁴, é importante ressaltar que, com informações trazidas, nota-se que as dificuldades enfrentadas e narradas por cada uma das participantes depende enormemente das variantes de raça e classe.

Natália e Maria, ambas mulheres negras e pobres, enfrentaram caminhos mais complexos para o acesso do exame de ultrassonografia, marcados pela escassez de recursos, pela espera em filas e pelo medo da exposição. Natália iniciou o pré-natal através da rede pública de saúde, e a primeira informação que recebeu foi de que sua idade gestacional não ultrapassaria as doze semanas. A participante somente pôde contar com nova assistência quase um mês após a primeira consulta, quando descobriu que o primeiro médico estava equivocado e que sua gestação já estava mais avançada. Maria, por sua vez, passou por todos os trâmites para realizar o exame de ultrassonografia de forma particular, pois ficou com receio de realizar o exame pela rede pública e precisar aguardar em filas demoradas ou passar por investigação policial, caso mencionasse que a gravidez adveio de violência sexual. Em seus itinerários, verifica-se que o racismo e as relações patriarcais se entrelaçam, compondo um emaranhado de vulnerabilidades, omissões e desigualdades que marcam seus corpos unicamente por serem, ao mesmo tempo, femininos, negros e inseridos em camadas sociais populares, de modo que o sexismo, o racismo e o preconceito de classe são experienciados de forma concomitante (WERNECK, 2016, GOES, NASCIMENTO, 2010).

Outro ponto que merece destaque ao se falar da realização do exame de ultrassonografia em casos de gestações indesejadas é a influência do exame na construção da compreensão das participantes acerca de suas gestações. De acordo com Diniz e Medeiros (2012), a presença da ultrassonografia nos itinerários abortivos de mulheres brasileiras traz à tona duas questões importantes. A primeira é que a realização do exame requer que a participante ultrapasse a rede de apoio comumente constituída em itinerários abortivos, composta pelo companheiro, parentes

⁴ Este tema só foi descoberto no momento da escrita, após as entrevistas serem realizadas.

e amigos (DINIZ, MEDEIROS, 2012, p. 1677). Isso porque a presença do ultrassom enquanto recurso de confirmação exige que a gravidez seja reconhecida pela participante em frente a um profissional de saúde, em situação bastante complexa ao levar-se em conta o contexto de criminalização. Acredita-se que este seja, inclusive, um dos principais motivos da baixa incidência do exame de ultrassonografia nos itinerários (DINIZ, MEDEIROS, 2012, p. 1677).

A segunda questão é que a realização do exame de ultrassonografia faz com que a tomada de decisão da mulher esteja vinculada à visualização da imagem do feto ou do embrião e, possivelmente, à escuta dos batimentos cardíacos (DINIZ, MEDEIROS, 2012, p. 1677). De acordo com Lima et. al (2020), as imagens produzidas em uma ultrassonografia não têm mera finalidade diagnóstica, pois estão atravessadas de carga simbólica, à medida em que promovem uma transmutação de consciência na forma com que a figura do feto é assimilada pelas mulheres. Esta tecnologia foi fundamental para a completa reestruturação do campo semiótico da gravidez nas últimas décadas, pois possibilitou a atribuição de personalidade ao ser em formação até então não corporificado, modificando as formas pelas quais se compreende o marco inicial da vida humana e, conseqüentemente, a formação do discurso moral, jurídico e religioso sobre o aborto (SANTOS, BRITO, 2014, p. 1300).

A interpretação simbólica da ultrassonografia também permitiu uma reestruturação de concepções pró-natalistas, que ao apoderar-se da força imagética obtida por meio desta tecnologia logrou reformular a estruturação do conceito “pessoa”, reforçando a vinculação do feto ou embrião com os signos *bebê, criança e vida*, e da mulher ao patamar indissociável de *mãe*, independentemente de sua vontade (LIMA et. al, 2020, p. 07). De acordo com Rostagnol (2008, p. 673), a apropriação discursiva do exame de ultrassonografia permite a espetacularização do feto e a antecipação de sua existência social. Este discurso se reproduz há algumas décadas em diversos círculos, chegando a embasar tentativas de atribuição de dignidade ao embrião por vias legislativas, e também na imposição da obrigação de que mulheres realizassem a ultrassonografia, acreditando que, por meio da retórica visual, desistiriam da realização do aborto (BIROLI, 2014). Isso se tornou ainda mais complexo em atuais tempos de recrudescimento da condenação do aborto, motivada pela recente conjuntura política reacionária e neoconservadora, que pautada em valores religiosos, acredita na salvação da vida fetal, pouco observando a vida e direitos da mulher que está sofrendo com uma gravidez indesejada.

De acordo com Santos e Brito (2014), nos itinerários abortivos por elas analisados, é a partir da realização da ultrassonografia que as mulheres deixam de conceber o feto como ‘algo’

e passam a interpretá-lo como ‘alguém’, o que faz com que o exame seja um momento significativo, que pode trazer à tona sentimentos de desconforto e desespero. Isso denota a força dos discursos previamente mencionados na consolidação dos imaginários das mulheres e de seus repertórios de verdade acerca do início e da materialização da vida. Na presente pesquisa, embora tenham sido trazidos apenas três relatos de participantes que passaram pelo exame de ultrassonografia obstétrica, estes já são suficientes para compreender-se a complexidade da situação:

“[...] voltei para a maca, ele continuou: olha, aqui é isso, aqui é aquilo e já dá para saber o sexo, é uma menina. Como já está avançado, vamos marcar outro exame e pipipi pópópó, eu já não ouvia mais nada, só conseguia pensar em como podia estar de tanto tempo e não perceber. Ele me fez ouvir os batimentos do coração e... não foi fácil... acho que isso que foi pior, pior até do que olhar as imagens... porque eu não queria, mas ninguém me perguntou nada, porque o normal é querer né? Todo mundo quer saber como que está o próprio filho. Não conseguia parar de pensar que era minha filha, que eu ia matar minha filha, só que ao mesmo tempo eu não sentia que era minha filha. Cheguei em casa e fiquei um tempo olhando e olhando as imagens, e não conseguia me reconhecer em nada daquilo, não conseguia sentir amor nenhum, não parecia que era comigo, ainda não podia acreditar que isso estava acontecendo” (Natália).

“Esperei um mês, depois ainda estava com enjoos, fiz inúmeros testes de gravidez, todos positivos, de sangue todos positivos, quantitativo alto. Fiz um ultra, que a médica disse que tinha um saco gestacional de poucas semanas. Confesso que fiquei emocionada ao ver a imagem do feto, chorei na hora, de emoção e desespero, e o médico falando ‘calma mãezinha’, nossa, isso foi o fim, me senti um monstro. Estranhei porque não me senti assim no primeiro aborto, parecia que era uma coisa mais distante, sabe? Mas assim que saí do consultório já comecei a planejar como iria interromper” (Amanda).

“Eu já sabia que estava grávida, né. Tinha certeza, senti bem no fundo de mim. Tive que fazer a ultra porque precisava do laudo, da documentação para poder pedir o aborto pela lei, tinham me falado que funcionava melhor assim, se eu já tivesse toda a documentação certinha, porque no SUS eles fazem tudo devagar, vão arrastando a gente até a gente ser obrigado a ter o bebê [...] fiz a tal da ultra no particular, depois de penar para achar um lugar que fizesse. Cheguei morrendo de medo. Não foi legal, não é bonito. Fiquei morrendo de medo de chegar lá na hora, ver o que tinha que ver e querer desistir, só que eu não podia né, minha situação foi de abuso familiar, o risco era grande demais se a criança nascesse. Mas cheguei lá e só tinha uma pintinha, uma manchinha assim, menor que um dedo. Aí eu me acalmei, fui me acalmando” (Maria).

Neste universo de pesquisa, entende-se que a forma que a ultrassonografia é encarada dentro de itinerários abortivos varia, principalmente, de acordo com a idade gestacional da mulher. No caso de Natália, que descobriu a gestação em um estágio mais avançado, superior ao primeiro trimestre, a realização da ultrassonografia se deu de forma mais perturbadora. A participante narrou ter ido até o hospital para realização do exame acreditando que apenas confirmaria a idade gestacional, tendo sido informada na consulta pré-natal que não ultrapassaria doze semanas. Em vez disso, foi surpreendida pelos batimentos cardíacos do feto

e pela anúncio do sexo pelo médico, que expôs a participante a estas duas informações mesmo sem a sua solicitação. Acredita-se que a atribuição de personalidade ao feto e sua imediata significação como *filha* foi o que desencadeou sentimentos de angústia e aflição na participante, que embora já soubesse que queria interromper a gestação, passou a vincular o aborto a um assassinato, associação que não havia feito até então.

A situação de Amanda, por sua vez, é distinta. Embora sua gravidez ainda se encontrasse dentro do primeiro trimestre, a possibilidade de interação concreta com o embrião e a escuta dos batimentos cardíacos fez com que vivenciasse sentimentos ambíguos, identificados pela participante como emoção e desespero, distintos dos que havia experienciado no primeiro aborto, no qual não realizou o exame. Nota-se que a participante percebeu o embrião como uma vida, mas não como um indivíduo, e este reconhecimento foi, sem dúvida, fortemente influenciado pelo médico que realizou o exame, que diante da apresentação de emoção por parte da participante, chamou-a de *mãezinha*, denotando a imediata conexão entre a imagem do embrião e a transformação do indivíduo que, até então era apenas uma mulher, em uma mãe.

Já no caso de Maria, o exame de ultrassonografia trouxe sentimentos completamente opostos aos apontados pelas demais participantes, e também aos que esperava sentir. A participante relatou ter sentido medo ao realizar o exame, pois receava deparar-se com a imagem do embrião e não querer mais realizar o aborto. No entanto, ela não via outra opção, pois como a gravidez foi decorrente de um estupro praticado por membro de sua família, com grau de parentesco próximo, o risco era muito grande. Durante o exame, ao precisar a pequena idade gestacional e o grau de desenvolvimento do embrião, apontado pela participante como se tratando de “uma pintinha, uma manchinha assim, menor que um dedo”, foi afastada de Maria a associação do que viu a uma pessoa, de modo que o exame foi decisivo em sua tomada de decisão. Isso não implica, todavia, que a não identificação do embrião como uma pessoa estabeleceu no imaginário da participante a inexistência de vida. Na verdade, nota-se que a realização do exame foi importante não para que Maria parasse de ver o embrião como uma vida em formação, mas para que pudesse confirmar que sua gestação ainda estava nos estágios iniciais.

Na pesquisa de Santos e Brito (2014), algumas participantes informaram que não quiseram realizar o exame de ultrassonografia por medo de perderem a coragem de realizar o aborto. Isto não se verificou neste universo de pesquisa, não tendo sido mencionado este temor por nenhuma das participantes, o que se acredita que ocorreu porque as perguntas não foram direcionadas especificamente nesse sentido. No entanto, entre as participantes que realizaram a

ultrassonografia, percebe-se que a exposição às imagens e sons trouxe à tona sentimentos complexos, principalmente em estágios mais avançados da gestação, mas nenhum dos casos fez com que mudassem de opinião ou desistissem da prática do aborto. Assim, conclui-se que, no presente *corpus*, a identificação da imagem pareceu ser mais importante para descoberta do estágio de desenvolvimento da gestação do que como uma forma de confirmar a decisão pelo aborto, demonstrando que, mesmo inseridas em situações manifestamente perturbadoras, as mulheres ainda assim mantiveram seu desejo de interromper a gestação.

Nesta pesquisa, a desconfiança e descoberta são pontos dos itinerários abortivos que ocorreram de forma majoritariamente solitária. Embora quase todas as participantes tenham contado com a participação ativa de ao menos uma pessoa no curso dos seus processos decisórios, como será apontado posteriormente, nota-se um certo temor em compartilhar-se a condição quando ela ainda está no campo da suspeita ou da certeza imediata, de modo que antes mesmo de decidir efetivamente pelo aborto, as mulheres têm conhecimento da necessidade em manter a prática - e até mesmo o desejo da prática - em segredo. Acredita-se que isto é outro efeito latente da ilegalidade e da conseqüente clandestinidade, pois na medida em que não querem dar continuidade às gestações, as participantes se veem prestes a frustrar expectativas coletivas, transgredir normas legais e sociais e contrariar valores morais, o que traz à tona sentimentos de vergonha, receio e, sobretudo, medo (SANTOS, BRITO, 2014).

Entre as participantes, apenas Júlia, Alice, Diana e Emília compartilharam a desconfiança da gestação com os companheiros. Júlia e Emília relataram terem dividido suas suspeitas com o parceiro após a percepção do atraso menstrual ou de reações corporais inesperadas, tendo sido incentivadas a fazer o teste de farmácia. Para elas, a descoberta se deu na companhia dos parceiros. No caso de Diana, a desconfiança também foi compartilhada, e o exame foi realizado durante contato telefônico com o marido, na companhia das duas filhas pequenas. Ressalta-se que as quatro participantes são mulheres brancas e, à época da descoberta da gestação, estavam em relacionamentos estáveis. Por sua vez, Gabriela, Natália, Tainá, Regina e Helena anunciaram a gestação somente após a descoberta, sendo notável que a escolha em não compartilhar as suspeitas com o parceiro até a confirmação se deu seja pela instabilidade do vínculo (Gabriela, Helena e Natália), seja por temerem a reação do companheiro (Tainá, Regina, Amanda, Laura e Clara), tanto no que diz respeito à manutenção da gestação quanto em relação a um possível aborto. Não coincidentemente, entre estas oito participantes, apenas Natália contou com o apoio do parceiro ao decidir pela interrupção da gestação.

Ainda, Amanda, Laura e Alice, mulheres que realizaram mais de um aborto ao longo da vida, viveram experiências distintas no que diz respeito aos momentos de desconfiança e descoberta. Amanda, na primeira vez em que constatou estar grávida e quis interromper a gestação, compartilhou sua condição com o parceiro. No entanto, na segunda vez, não contou para ninguém, pois sabia que não poderia contar com o apoio do companheiro, que havia sido relutante ao aceitar o primeiro aborto e não permitiria um segundo. Laura, por sua vez, compartilhou a primeira gestação que culminou em abortamento apenas com uma amiga. Alguns anos após a prática, a participante passou a se relacionar com outro homem, com quem teve dois filhos, e nas outras duas vezes em que praticou o aborto, informou o companheiro acerca da gravidez imediatamente após a descoberta. Alice não comunicou ao parceiro que estava grávida em seu primeiro aborto, pois ela e o parceiro eram adolescentes e ela temia que a informação fosse espalhada no colégio e chegasse até seus irmãos. No segundo aborto, informou ao namorado após ter realizado o teste de gravidez.

A partir disso, conclui-se que, quando as participantes optaram por expor sua condição após a descoberta ou ainda no estágio de cogitação, a pessoa acionada geralmente é o parceiro. Esta constatação destoa brevemente da obtida por Lima (2014), que embora tenha percebido a frequência com que as participantes expuseram suas angústias aos parceiros, também ressaltou a recorrência com que a desconfiança e, principalmente, a descoberta, eram compartilhadas com amigas próximas. Neste *corpus*, apenas Laura, Iracema e Beatriz compartilharam suas suspeitas com uma amiga em primeiro lugar. No caso de Beatriz, isso se deu por não possuir relação afetiva com o parceiro, com quem não mantinha mais contato desde a prática da relação sexual. Para Iracema, por sua vez, a escolha de não compartilhar a descoberta com o parceiro se deu devido à complexidade da relação, pois não estavam em um relacionamento concreto e ele havia acabado de descobrir que sua ex-namorada estava grávida. Assim, a decisão de não compartilhar a notícia com o companheiro se deu, na fala da participante, por querer poupá-lo de ter que lidar com as duas gestações indesejadas ao mesmo tempo:

“Surtei de medo sem poder contar a ninguém e liguei para a única amiga que eu podia contar, que é minha melhor amiga desde sempre. Corri para casa dela e eu só conseguia chorar e dizer que eu não queria a gravidez. E que o meu namorado iria pirar com duas gravidezes de uma vez. Não contei absolutamente nada para ele, e foi mais por tudo que vinha acontecendo na vida dele, já ia ser pai de primeira viagem, mas também porque eu queria simplesmente apagar esse deslize como se nada tivesse acontecido e sem possíveis interferências, e por isso apenas eu e minha amiga saberíamos, o que para mim foi a escolha certa” (Iracema).

O fato de as participantes da presente pesquisa não terem recorrido a amigas no momento da descoberta da gestação não significa que estas não foram incluídas em suas redes de apoio, mas nota-se que essa inclusão se deu em momentos posteriores. Acredito que esta discrepância entre os dados aqui levantados e os obtidos na pesquisa de Lima (2014) se dá pelo fato de os universos de pesquisa contarem com médias de idade distintas, sendo que o presente *corpus* engloba principalmente mulheres entre os 20 e 30 anos, a maior parte delas em relacionamentos estáveis à época da descoberta da gestação, muitas inclusive residindo com os parceiros. Este possivelmente também é um dos motivos que justifica a ausência de menção a membros familiares nos processos de desconfiança e descoberta.

Apenas no caso de Heloísa a primeira pessoa acionada foi a mãe, seguida da avó e do parceiro. Embora Heloísa não tenha sido a única participante a contar com o apoio do núcleo familiar no momento do aborto, ela foi a única a informar familiares acerca da gestação no exato momento da descoberta, antes mesmo de comunicar o parceiro. Heloísa é a participante mais nova do *corpus*, contava com 19 anos à época da interrupção da gestação e ainda morava com seus familiares, de quem dependia financeiramente. Não se pode inferir que a idade da participante esteja diretamente vinculada com o fato de ter compartilhado a gestação com a família, já tendo sido levantado em outras pesquisas (LIMA, 2014; FERRARI, 2021; HEILBORN, 2012) que as gestações indesejadas são recorrentemente escondidas das famílias por adolescentes e jovens, pois a sua revelação implica a não desejada exposição da prática sexual, bem como situa a mulher em uma posição em que suas decisões são intermediadas pela família, limitando seu campo de escolha e movimentos. No entanto, da fala da participante extrai-se que a sua pequena autonomia e a forte conexão com as mulheres de sua família (mãe e avó) foram fatores cruciais para que optasse por incluí-las em sua rede de apoio já em um primeiro momento.

Do *corpus*, Maria foi a única a não compartilhar a desconfiança da gestação e tampouco a descoberta com outra pessoa. A decisão de manter a gestação em segredo deu-se porque a violência sexual foi praticada por membro de sua família, tendo decidido passar por tudo sozinha para não causar um “alvoroço”, como dito pela participante, no núcleo familiar. Durante a entrevista, disse que “é feio demais né, mas eu sabia que não tinha como só tirar ele da família, e ia ser pior para mim se eu saísse falando para todo mundo, é família muito junta, sabe? Não funciona desse jeito. Então achei melhor só ficar na minha, afastar dos meus filhos, evitar ao máximo”. Nota-se certa semelhança entre os casos de Maria e Iracema, que não revelou a gestação ao companheiro pois ele havia recém-descoberto que seria pai, em tomar

para si a responsabilidade de manutenção da ordem e afetividade nas suas relações, sendo do conhecimento de ambas que a exposição da informação traria conflitos, de modo que optam por vivenciar a descoberta da gestação em segredo.

A confirmação da gravidez, compartilhada com terceiros ou não, marca um momento de sentimentos conflitantes na vida da mulher, que se revela desde o momento da desconfiança e perpassa a comprovação da gestação. Na pesquisa de Santos e Brito (2014), é traçada uma relação entre o desenvolvimento destes sentimentos e a negação da gravidez, pontuando-se que este entrelaçamento é o que faz com que as participantes protelem a busca de exames confirmatórios. Este receio em enfrentar a realidade também é notável nos relatos das participantes do presente *corpus*, sendo recorrente a utilização de expressões como “foi um baque”, “meu mundo caiu” e “fiquei sem chão” quando se referem aos momentos em que descobriram que estavam grávidas. Entre as emoções apontadas pelas participantes, merece destaque a frequência com que se referem à angústia e ao desespero, comumente vinculados a ideias de morte.

Os sentimentos experienciados por uma mulher ao descobrir uma gestação indesejada são um primeiro indicativo do seu confronto com os dispositivos da maternidade, reprodutividade e sexualidade. Para algumas mulheres, a descoberta da gestação não significa automaticamente a descoberta da maternidade (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 75), ao passo que para outras, embora a maternidade seja algo que já compõe ou que veem como um possível futuro elemento de suas vidas, não acreditam que podem seguir com a gestação naquele momento. Lima (2014), em seu estudo, encontrou que as mulheres de classe média, sobretudo sem filhos, apresentaram maior desespero frente a uma gravidez imprevista, ao passo que as mulheres de classe baixa, principalmente aquelas que já possuem outros filhos, aceitaram sua condição com maior rapidez, mesmo quando decidiram pelo aborto. Embora em certa medida esta noção tenha se reproduzido em nosso estudo, havendo maior referência entre as participantes de classe média ao desespero, nota-se que os sentimentos de angústia também foram bastante marcantes principalmente entre as mulheres brancas e de classe baixa, sobretudo entre aquelas que já possuíam outros filhos e que estavam recentemente retomando seus projetos pessoais de vida, em busca de ascensão social:

“Meu mundo caiu, eu fiquei desesperada, não poderia ter naquele momento, por mais que tenha desejo de ter outros filhos, uma família grande, aquele ainda não era o momento, pois eu sei muito bem como é cuidar de uma criança quando você não tem nada” (Júlia).

“Mande mensagem para o meu marido, e o avisei que iria comprar o teste de farmácia, e ele na hora concordou, mas até então na minha cabeça era só por desencargo de consciência. Quando fiz, estava somente eu e minhas duas filhas, fui fazer o teste e na esperança que a menstruação descesse na hora que eu estivesse fazendo, eis que antes de terminar o tempo deu o positivo, eu surtei, eu entrei em choque, liguei na hora para o meu marido, ele achando que eu estava enganando ele até eu mostrar o teste, e aí ele viu meu desespero e ficou desesperado também” (Diana).

“Fiz o teste de farmácia, mal encostei no xixi e vi o positivo, na hora parecia que eu ia morrer, deu até falta de ar, achei que ia desmaiar, foi tudo ficando preto. Meu Deus, foi o pior dia da minha vida, não esqueço nunca! Aí eu fiz o exame de sangue lá, esqueci o nome. Aí deu positivo, eu queria morrer né, queria me matar. Dali em diante foi só desespero, não comia, só chorava e dormia muito, o sono, antes eu estava achando que era cansaço. No trabalho foi por pouco que não me mandaram embora, não conseguia fazer nada, só ficava no banheiro pesquisando sobre aborto” (Helena).

“À noite comprei um teste de gravidez escondido do meu namorado, por desencargo de consciência, para confirmar para mim mesma que não estava grávida. Cheguei em casa, li as instruções e segurei minha ansiedade até o dia seguinte de manhã, para fazer com o primeiro xixi do dia, porque dizem que é melhor. Primeira hora da manhã, estava eu com um teste muito positivo, não tinha nem como duvidar. Surtei de medo, não podia e não queria falar para ele, tive certeza que eu não queria aquela gestação, ia atrapalhar tudo que eu estava construindo para a minha vida. Desespero bateu, chorava, batia na minha barriga com raiva, me olhava no espelho, a vontade era de morrer naquele momento, eu tinha que tomar uma atitude logo” (Iracema).

“Quando descobri que estava grávida pela primeira vez meu mundo caiu, como o de todo mundo que faz um aborto cai, não consegui aceitar a ideia de ser mãe, porém como cresci na igreja, foi mais apavorante para mim, porque quem conhece sabe como funciona, o que eles pensam de gravidez na adolescência. Na segunda vez, eu já desconfiava quando fiz o teste, era mais velha, resolvi fazer por desencargo de consciência, mas deu positivo, na mesma hora fiquei sem chão” (Laura).

Diferentemente do estudo de Lima (2014), um posicionamento bastante similar aos das mulheres brancas e de classe baixa foi identificado entre as mulheres negras e com menores recursos financeiros que viam a escolaridade como uma oportunidade para superar sua situação de vulnerabilidade social. Isso se apresentou com mais frequência entre as mulheres que ainda não possuíam filhos à época do abortamento, como é o caso de Beatriz e Heloísa. De acordo com Heloísa, no momento em que descobriu a gestação, “meu mundo caiu e graças a Deus eu não estava sozinha, porque entrei em choque [...] mas na hora eu já sabia o que fazer: ou era isso ou suicídio”. A participante tinha 19 anos quando descobriu que estava grávida e estava estudando para o vestibular, de modo que, segundo ela, o prosseguimento de uma gestação impediria que um dia pudesse retirar sua família da pobreza. No mesmo sentido foi a fala de Beatriz. A participante disse que, ao descobrir a gravidez indesejada, seu mundo caiu, e ficou desesperada, pois sua vida já estava muito difícil, na medida em que conciliava dois empregos e um curso técnico, e uma gravidez interromperia todos os seus planos para o futuro.

No entanto, para mulheres negras com níveis mais baixos de escolaridade e especialmente aquelas que já eram mães quando engravidaram de forma indesejada, a

descoberta da gravidez, em alguns casos, não foi uma surpresa, e elas apresentaram menos angústia e desespero no momento inicial. Isso é evidente nos relatos de Tainá e Maria, onde ambas mencionaram sentimentos como choque e desespero, mas estes estavam mais relacionados às suas condições de vida do que à confirmação da gravidez:

“Passou os dias e nada, comprei o teste e pimba, na hora. Dois traços, aquele maldito ‘mais’, nunca esqueço. Não fiquei nervosa nem nada, já sabia que estava grávida. Nessa época eu estava no meio de um monte de briga com meu ex, temos um filho juntos e eu tenho outro, de outro casamento, mas ele nunca quis ter filhos, o primeiro dele já não foi uma surpresa muito boa. Eu estava com muito medo de contar para ele, porque já tinha sofrido muito na gravidez anterior, a gente tinha uma relação bem ruim. Aí mandei foto do teste para ele por foto. Ele surtou como da primeira vez, me xingou, disse que a culpa era minha, que eu fazia isso para segurar ele comigo e tirar tudo dele, e que ele não queria ter filhos comigo, nunca quis. Foi horrível. Aí ele pediu para fazer outro teste na frente dele, para ele ter certeza” (Tainá).

“Quando fiz o teste eu já tinha certeza que estava grávida, mesmo depois da pílula do dia seguinte, porque eu sentia os meus seios grandes e doloridos e minha menstruação, que é bem regular, atrasou. Fiquei sem reação nenhuma, não tive vontade de chorar e nem me assustei, eu já sabia, meu corpo estava mostrando tudo. Marquei um beta, no outro dia saiu o resultado, óbvio, positivo” (Maria).

Nos relatos das duas participantes, nota-se pouca surpresa ou sofrimento com a confirmação da gestação. Ambas as participantes são de classes populares, negras, estudaram até o ensino fundamental e já eram mães quando vivenciaram a gestação indesejada. Maria, como já mencionado, tinha 32 anos à época do aborto, e engravidou após ter sofrido violência sexual de um parente. Ela engravidou pela primeira vez aos 14 anos, e um dos filhos foi diagnosticado com autismo, tendo a maior parte da criação sido feita sozinha, pois seu antigo companheiro foi embora após o nascimento do segundo filho. Tainá, por sua vez, tinha 25 anos quando engravidou, e já possuía dois filhos, um deles nasceu quando tinha 14 anos e o outro com 17. Na época em que engravidou, o marido era envolvido com drogas e havia sido sentenciado ao cumprimento de medida privativa de liberdade. A participante estava inserida em um meio de recorrentes violências, e por conta disso já havia perdido a guarda de um dos seus filhos, que morava com a avó.

Portanto, é perceptível que a forma como a descoberta do aborto é experienciada por estas duas participantes está diretamente ligada às condições de extrema vulnerabilidade social em que estiveram inseridas no decorrer de suas vidas, as quais, por si só, já lhes causavam grande sofrimento. Assim, tanto Tainá quanto Maria encararam a gravidez não planejada como apenas mais um dos muitos dos obstáculos que precisavam enfrentar, não sendo sequer o mais complexo, na medida em que ambas se encontravam em contextos intrincados de maus-tratos, abuso sexual e violência (FOSTER, 2023, p. 139). Essa conjuntura mostra-se ainda mais grave

ao considerar que ambas são mulheres negras, afinal, conforme ressaltado por Sueli Carneiro (2003), os corpos das mulheres negras são submetidos a níveis mais profundos de vulnerabilidade, na medida em que são estas mulheres que casam mais cedo, mais engravidam e ocupam postos mais precários de trabalho, de modo que, em muitos casos, a decisão de submeter-se a um aborto não está relacionada à vontade de assumir ou não a maternidade, mas sim às circunstâncias em que estão inseridas.

A partir de tudo isso, entende-se que a desconfiança e a descoberta da gestação por meio da realização de exame diagnóstico foram pontos fundamentais nos itinerários abortivos de todas as participantes do presente *corpus*, podendo ser apontado como o primeiro momento em que as mulheres passaram a refletir acerca de suas condições de vida, seus relacionamentos afetivos e dos caminhos que seriam percorridos na gestação, retirando-as do campo da desconfiança e inserindo-as na suspensão em que permaneceram até o momento posterior à prática do aborto.

4.3 PROCESSO DECISÓRIO

O período de decisão pelo aborto é um momento de suspensão na vida das mulheres, em que a vertigem gerada pela notícia da gestação indesejada muito rapidamente dá lugar a uma lacuna no tempo. Nesta suspensão, as negociações internas e externas enfrentadas são marcadas por fatores históricos, sociais, culturais, políticos e econômicos, de modo que a decisão é o primeiro momento no percurso que leva ao aborto em que a mulher se vê obrigada a confrontar e contornar regras moralmente, culturalmente e institucionalmente estabelecidas, bem como imagens socioculturais dominantes (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 76).

Os contextos que levam à interrupção de gestações são múltiplos e diversos. Em um primeiro momento, a pretensão era trazer as razões por trás das decisões das mulheres que, situadas em um conflito sexual e reprodutivo, viram o aborto como uma opção válida. No entanto, a realização das primeiras entrevistas rapidamente trouxe inquietações. Emília foi a primeira participante a aceitar fazer parte da pesquisa, nós já éramos amigas, de modo que existia um vínculo de confiança prévio à realização da pesquisa. Ela me apresentou a Laura e Helena, apontando-as como amigas próximas que também haviam vivenciado a experiência do aborto, sendo que conhecia Helena desde a infância e conheceu Laura durante o curso do seu

itinerário abortivo, através de redes sociais⁵. Durante as entrevistas com as três participantes, a fim de abordar os seus processos decisórios, lancei-lhes a seguinte pergunta geradora: “ *você pode me contar por que razão decidiu abortar?*”. As três rapidamente passaram a me apresentar uma série de razões:

“Olha, eu não tinha vontade de ter filho naquela época, e hoje ainda não tenho. Eu tinha acabado de me formar na faculdade, não fazia nem seis meses. Tinha acabado de começar um estágio em uma área bem legal, e começado uma pós-graduação. Quando descobri que estava grávida eu senti como se tivesse perdido todas essas coisas ao mesmo tempo. Eu sei que tem gente que consegue, que tem gente que quer, você pode até me achar meio egoísta por pensar isso, considerando que tanta mãe faz de tudo por aí e dá conta de tudo. Mas agora eu olho para a minha vida e para as coisas que eu consegui e não me arrependo, porque não vejo espaço para um filho aqui, sabe? Ainda não consigo ver. Quem sabe um dia, mas agora não” (Emília).

“Minha principal razão foi o financeiro mesmo, porque já tenho uma filha que na época estava com quatro anos e não tinha como bancar mais um bebê. Sozinha, eu digo né, porque meu namorado me deixou um pouco antes de eu descobrir que estava grávida. Eu conheci ele no comecinho do ano, ele era mais velho, já tinha casa própria, diretor de um colégio particular. Enfim, ele era bom para mim, estava feliz, a única dificuldade era que a gente não morava na mesma cidade. Até que um dia, mais para o meio do ano, nos desentendemos por ciúmes, eu não sou ciumenta, nunca mexia no celular dele, já ele era muito, estava sempre inseguro com medo de eu estar fazendo algo errado, já que não morávamos na mesma cidade, mas eu via ele como o homem perfeito. Aí chegou o final de semana de nos vermos novamente, um dia antes ele me disse que não ia vir, que estava difícil para ele, que precisávamos terminar porque ele tinha outros planos para a vida, mas ele não conseguia olhar nos meus olhos e terminar, sim gurua, do nada. Aí depois descobri que estava grávida, contei para ele e ele me humilhou quando falei que queria abortar. Mas eu não tinha condição para criar outro filho sozinha, meu salário mal cobria minhas coisas e da minha pequena naquela época, imagina mais um bebê, ainda mais de um cara que não queria estar comigo” (Helena).

“Não me julgue, mas na verdade eu fiz três abortos. O primeiro foi porque eu era muito nova, estava grávida de um moleque que conhecia na escola, então como que iria criar um filho assim, né? As condições não eram boas lá em casa, a gente nunca passou necessidade nem nada de ruim, mas com mais um filho não ia dar. Os outros dois abortos foram depois de mais velha, foi um depois do outro. Os dois foram pelo mesmo motivo, eu sou casada, sou mãe de três filhos, já me sinto realizada com a minha família” (Laura).

Os pontos levantados pelas participantes são de inegável relevância analítica. No entanto, minhas inquietações começaram porque percebi que, durante suas falas, as três mulheres apresentaram nervosismo, formularam as frases com rapidez e me lançaram olhares preocupados e atentos à medida que iam expondo suas razões. Além disso, notei que as falas das três estavam cobertas por um bastante perceptível tom escusatório. Laura, inclusive, chegou a abrir sua fala com “não me julgue, mas eu fiz três abortos”, e Emília, mesmo possuindo uma

⁵ Ambas faziam parte de um grupo em rede social em que são divulgadas informações sobre procedimentos e práticas abortivas. Laura fez uma postagem solicitando onde poderia fazer tal exame em sua cidade, tendo sido respondida por Helena, que morava na mesma cidade. A partir de então, as duas se tornaram amigas e confidentes.

relação relativamente próxima comigo, disse “você pode até me achar meio egoísta por pensar isso, considerando que tanta mãe faz de tudo por aí e dá conta de tudo”. A observação destas manifestações verbais e não-verbais me fez perceber que embora as participantes conhecessem o viés da pesquisa e tivessem sido informadas de que estavam em um espaço livre de julgamentos, a solicitação para que apresentassem as razões que as levaram a praticar o aborto fez com que passassem a condicionar a legitimidade de suas experiências à minha validação.

As pesquisadoras argentinas July Chaneton e Nayla Vaccareza trouxeram, em investigação de mesma natureza, que as razões apresentadas por integrantes de pesquisas voltadas à compreensão do fenômeno do aborto voluntário geralmente carregam consigo certa artificialidade, interpretada pelas autoras como sendo o resultado direto do processo de racionalização praticado pela mulher para que sua vivência do aborto seja aceitável para os outros e para si própria (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 72). Esse processo ocorre tanto devido à imposição cultural do aborto como uma prática negativa, pecaminosa e algo a ser mantido em segredo, quanto pelo contexto de criminalização, que faz com que as mulheres tenham consciência de que estão cometendo um ato ilegal. Assim, não é incomum que, até mesmo em ambientes seguros, ao falar sobre suas experiências, a apresentação de motivos se dê de forma praticamente roteirizada, em um contexto em que as justificações passam a fazer parte do discurso imediato das mulheres por acreditarem que esta é a única forma de fazer com que a experiência seja socialmente aceitável para quem escuta.

A reprodução desta análise na presente pesquisa levou à percepção da profundidade em que a conjugação patriarcal está enraizada em nossos corpos, nas mentes e na linguagem. Afinal, não se pode ignorar que composições linguísticas reproduzem injustiças contra corpos oprimidos, estabelecendo falsas naturalidades nas formas como pensamentos são organizados e significados. Percebi que, ao solicitar às participantes que apresentassem os motivos que as levaram a praticar o aborto, eu estava reproduzindo o sistema de julgamento e hierarquização socialmente estabelecido e endossado pelos discursos dominantes e pela própria legislação, condicionando o que Chaneton e Vaccareza (2011) entenderam enquanto artificialidade nos discursos relativos aos processos decisórios de aborto e, conseqüentemente, corroborando com a crença de que a normalidade está na maternidade, e a anormalidade na decisão pelo aborto.

Diante disso, achei prudente interromper a coleta de dados empíricos e dar um passo para trás, o que levou a novamente debruçar-me no aporte metodológico da pesquisa a fim de identificar de que forma os processos decisórios das participantes poderiam ser abordados sem recair em estigmatizações naturalizadas na própria linguagem. Encontrei a resposta que

procurava ao novamente deparar-me com a obra “Esperança Feminista”, de Débora Diniz e Ivone Gebara (2022) e sua definição de *escutadeira feminista*:

“Só depois de muito ouvir, passei a escutar [...] é preciso entregar-se à escuta, por isso a transformação de um corpo em escutadeira feminista exige persistência e estranhamento, o que bell hooks descreve como pedagogia feminista: ‘feministas são formadas, não nascem’. Mas como fazer para que ouvir se transforme em escutar? Como estranhar o patriarcado que cerra os portões da escuta para outras formas de vivências dos corpos? [...] precisei ouvir as mulheres em suas razões e seus sentimentos para melhor aproximar-se da decisão pelo aborto naquelas circunstâncias” (DINIZ, GEBARA, 2022, p. 15-16).

A premissa básica da escuta feminista é atentar-se às particularidades das vivências de cada mulher, mas também constantemente buscar desvencilhar-se de preconceitos, verdades absolutas e estigmatizações, de modo que o processo de diálogo possa se concretizar como uma prática pedagógica. Assim, mais do que ouvir, era necessário *escutar*, pois a construção do saber não deveria partir de outro local que não do acolhimento, do reconhecimento da vulnerabilidade que distingue, mas também une. Constatei, então, que uma possível forma de desconstrução do impulso inconsciente de apresentação de justificativas como marca de autenticidade discursiva seria retirar do núcleo central da questão norteadora a palavra *razão*, de modo que passei a perguntar às participantes tão somente “*você pode me contar como foi sua experiência do aborto?*”, para que se sentissem livres para definir de que forma a indagação faria sentido para elas.

A partir disso, os motivos e argumentos, que estavam sendo apresentados a enxurradas, gradativamente saíram do primeiro plano, dando lugar a sensíveis reflexões acerca dos processos internos que levaram cada mulher ao aborto. Acredito que isso ocorreu porque, diferentemente da pergunta “por que razão”, que induz a exposição de motivos e justificativas, a utilização do advérbio interrogativo “como” convida a apresentação de narrativas temporalmente situadas, marcadas pelo aparecimento de emoções e percepções únicas. Embora as participantes tenham continuado a mencionar motivos que levaram à interrupção da gravidez, estes perderam a centralidade, tornando-se apenas um dos componentes que sintetizam a experiência individual do processo decisório de cada mulher.

O novo questionamento foi aplicado, primeiramente, em diálogos com Emília, Laura e Helena. Nesta nova conversa, expliquei a cada uma das participantes as razões pelas quais havia solicitado um segundo encontro, desta vez voltado somente à uma recondução de suas falas a partir da nova pergunta norteadora. As três participantes concordaram em encontrar-me novamente. Como resultado, tivemos diálogos mais honestos e confortáveis, em que pude sentir

as figuras de entrevistadora e participante dando lugar ao que de fato gostaríamos de ser uma para a outra: duas mulheres conversando sobre aborto. A aplicação do novo questionamento possibilitou, também, a ampliação da compreensão dos discursos das participantes da presente pesquisa, atuando como uma ferramenta dupla, pois na mesma medida em que nos permitiu acessar a dimensão social das experiências por elas vividas, também as instigou a apropriar-se destas vivências. Isso é demonstrável através das próprias falas das participantes:

“Minha decisão foi fácil e difícil ao mesmo tempo, se é que tem um jeito de isso ser possível [deu risadas], não sei se tem. Mas foi isso que eu senti, guria. Foi difícil porque eu tive que repensar em toda minha vida, meus planos, minha carreira. Mas foi mais que isso também. Eu não queria, simplesmente não queria. Assim que vi o positivo já tinha certeza disso. Então foi fácil porque eu não duvidei nem por um minuto de que não tinha jeito. Mas foi difícil porque a situação, por si só, é horrível. É horrível falar para a pessoa que você ama que você preferia morrer do que ter o filho dela. Porque foi isso que eu senti. Eu preferia morrer” (Emília).

“Ah, Mari, foi ruim. A gente sente muita coisa ao mesmo tempo, só vivendo para saber. Parece que você sente tudo e nada ao mesmo tempo. Mas assim, tem todo meu contexto né. Eu já tinha feito um aborto, então já sabia como era, mas parecia uma coisa tão distante, assim, sabe? Parecia que nem tinha sido comigo, sabe? E na segunda vez foi diferente, parece que foi pior, porque eu não queria. Falei para o meu marido e ele não concordou muito, a família é toda crente e antiaborto, mas eu disse que nada que ele dissesse ia mudar minha decisão, aí ele se aquietou [...] na terceira vez foi diferente, porque na hora que vi o positivo, eu nem pensei, nem falei nada. Já mandei mensagem para comprar o Cytotec de novo. Fiz os abortos porque não podia ter. Não seria certo comigo, não me pertencia, não era para mim” (Laura).

“Foi doloroso demais, demais, demais [chacoalhou a cabeça]. Acho que todo esse momento de decisão foi pior do que fazer o aborto. Eu tinha acabado de terminar com o meu namorado, e eu amava aquele homem, mas quando ele pediu para terminar eu entendi, deixei sem pedir para ficar, sem confundir, ele estava bem decidido, só que eu fiquei muito mal. Aí fiquei sabendo da gravidez e já tenho uma filha, não podia criar mais uma sozinha ou com alguém que tinha me dispensado sem nem pensar duas vezes, que falou que ia terminar porque queria outras coisas para a vida e na outra semana já estava saindo por aí, pegando todo mundo. Mas contei para ele né, achei que ele merecia saber da minha decisão, pedi ajuda para comprar o remédio e ele me humilhou demais, falou que jamais ajudaria nisso, saiu contando para todo mundo que ia ser pai, postou em tudo que é rede social, falou para os meus pais sem a minha permissão. E aí eu falei que concordava, que íamos ter o filho, mas por baixo dos panos estava no corre para comprar os remédios. Eu achava que ele era o amor da minha vida e ele fez isso comigo, virou essa pessoa horrível, sem empatia. Fiquei arrasada, então a decisão mexeu demais com a minha cabeça, fiquei mal por sentir saudades dele, mesmo com tudo isso. Fiquei mal porque eu tinha decidido, mas algumas frações de segundo antes do procedimento, eu pensei ‘e se eu tiver esse filho’, pensava na gente junto, com uma família. Mas não tinha jeito, porque eu não queria que fosse daquele jeito. Eu estava com o coração apertado, sempre sonhei em ser mãe de dois filhos, minha filha sempre pedia um irmãozinho, talvez fosse a oportunidade. Só que lembrava o quanto foi sofrida minha última gestação, fora questões financeiras. Então coloquei na cabeça que era o melhor a ser feito. Realmente pensei de ter esse filho, mas minha realidade era outra”. (Helena).

Emília, que inicialmente falou ter decidido abortar porque temia que a gestação fosse interromper seus planos futuros, voltou sua segunda fala a um ponto que não havia sido

mencionado anteriormente: independentemente de quaisquer motivos mencionados, ela simplesmente “não queria ter”, e a continuidade da gestação era tão impensável que a participante preferia morrer a ter um filho naquele momento. Esta mesma marca é notável no novo relato de Laura, em que o enfoque não está no que motivou cada um dos seus abortos, mas sim na demonstração de que a mesma mulher pode vivenciar experiências abortivas completamente distintas entre si, demonstrando que o processo decisório de um segundo aborto não necessariamente é mais fácil que o primeiro. Já Helena, ao ser ouvida pela segunda vez, trouxe elementos completamente novos à sua fala, pois embora tenha iniciado a primeira resposta com “minha principal razão foi o financeiro, mesmo”, na segunda entrevista mencionou esta questão de forma breve, relatando que seu processo decisório se deu de forma sofrida e sinuosa, pois até o último momento pensou em prosseguir com a gestação. Nota-se, com isso, que os processos decisórios, além de distintos entre si, também variam consideravelmente de acordo com a forma como o diálogo com a participante é conduzido, o que acaba por determinar o tom dos seus itinerários abortivos e das formas como enxergam e expõem seus processos decisórios.

Durante a análise das entrevistas, uma das frases de Laura me chamou a atenção: “eu fiz porque não podia ter. Não seria certo comigo, não me pertencia, não era para mim”. A utilização do verbo *pertencer* é marcante. Afinal, mesmo diante de um processo que tem como *locus* o seu corpo, a participante em nenhum momento conseguiu vê-lo como algo que era seu, afirmando, pelo contrário, que não tinha outra opção: precisava fazer o aborto. A ideia de *pertencimento* foi percebida nos processos decisórios de todas as participantes, variando de acordo com as formas que a realidade é percebida e experienciada por cada uma delas. Embora sua manifestação não tenha sido expressa em todos os casos, a força do verbo se fez presente por meio da utilização dos termos “precisar”, “tinha que fazer”, “não tinha opção” e “única saída” que, usados de forma recorrente, pareciam ter o intuito de nominar algo que, na verdade, não cabia nas palavras, não tinha espaço na razão:

“Descobri a gravidez e fiquei desesperada. Nunca engravidei antes e não tenho como objetivo ser mãe. Além disso, engravidei de uma pessoa que conhecia fazia pouco tempo, e que não me tratou bem nem durante e nem depois. Mas, independente disso, tinha em mente que aquela era uma decisão minha e desde o primeiro segundo eu tinha uma certeza: eu ia tirar” (Gabriela).

“Liguei para o meu marido na mesma hora e contei a ele, que também ficou sem reação, assim como eu a ficha não caiu, eu já de cara falei comigo mesma ‘eu não quero ter, eu vou abortar’” (Diana).

“No primeiro, foi um baque para mim. Ele ficou muito feliz, queria muito ter. Eu, infeliz, queria muito tirar. Já no segundo, nós ficamos preocupados, eu não tinha feito nenhum exame desde o primeiro procedimento, nenhum ultrassom, nada. Então fiz a ultrassom, como te falei, vi o feto e isso impactou bastante, mas não mudou minha opinião. Pensei comigo ‘não vou ter’” (Amanda).

“Surtei de medo sem poder contar a ninguém e liguei para a única amiga que eu podia contar [...] Corri para casa dela e eu só conseguia dizer que eu não queria a gravidez [...] Não importa o que precisasse fazer. Eu não ia ter aquele filho” (Iracema).

“Eu ia tirar”; “eu não quero ter, eu vou abortar”; “não vou ter”; “não importa o que precisasse fazer, eu não ia ter aquele filho”. Estas afirmações ilustram a potência da vontade localizada em corpos que, vivendo a experiência de uma gestação indesejada, não encararam a maternidade como um objetivo-fim incontornável e alheio à sua vontade, mas como algo que não lhe pertencia. Isso permitiu constatar que o que se revela por trás dos motivos de uma decisão pelo aborto é, na verdade, a necessidade. Nos itinerários, todas as participantes trazem que a interrupção da gestação é imperativa, algo que se impõe independentemente das condições internas e externas, das negociações, da dor, do medo da morte, do abandono e da criminalização, necessária à medida em que é encarada como único meio para que possam continuar existindo. O uso que as participantes fazem de seus sentimentos e percepções para destrinchar as particularidades dos seus processos decisórios traz uma máxima: *meu corpo não vai ser obrigado a carregar aquilo que não me pertence*. Esta noção, mais do que qualquer razão ou motivo, faz parte de todos os relatos de forma direta ou indireta, demarcando um momento de reversibilidade do poder nas vivências abortivas.

Todas as participantes relataram que a tomada de decisão ocorreu de forma imediata, logo após a descoberta da gravidez e, em alguns casos, já no momento de desconfiança. Este posicionamento inflexível da mulher frente ao temor da perda da sua subjetividade, todavia, não faz com que a decisão seja um movimento precipitado ou impensado. De acordo com Foster, “decidir abortar pode às vezes ser difícil, mas com certeza nem sempre. Deve-se notar que uma decisão fácil de ser tomada não é necessariamente uma decisão impensada” (FOSTER, 2023, p. 69). Na presente pesquisa, nota-se que, ao decidir pelo aborto, as participantes tinham plena consciência do que estavam fazendo, e planejaram suas ações ponderando cada movimento, fundamentadas em motivos particulares e íntimos.

Essa percepção contraria a crença comum de que mulheres que praticam abortos são desinformadas, descuidadas e moralmente desviadas (SANTOS, BRITO, 2014). Pelo contrário, as narrativas revelam que, ao decidir pelo aborto, as mulheres procuram obter informações o mais rápido possível para realizar um procedimento com um nível mínimo de segurança, sendo

que os métodos mais inseguros são geralmente utilizados diante da falta de acesso a informações corretas e métodos eficientes. Além disso, no que diz respeito à generalização de que mulheres que decidem rapidamente pelo aborto não enfrentam nenhum tipo de sentimento negativo, as narrativas revelam que, na verdade, o sofrimento é um dos principais componentes do momento da decisão, vivido de formas distintas pelas participantes e manifestado por meio de relatos de medo, angústia e aflição. Assim como Santos e Brito (2014), acredito que isto ocorre em razão de o processo decisório ser o primeiro momento do itinerário abortivo em que a mulher é obrigada a contrariar regras morais e legais, movimento que se torna ainda mais complexo ante a ilegalidade do aborto no Brasil, que ao compelir as mulheres a um contexto de clandestinidade, traz à tona sentimentos ainda mais complexos e ambíguos de estar-se em contracorrente.

Os excertos supracitados também permitem compreender que, em última instância, a decisão é tomada pelas mulheres. Esta constatação, todavia, não é generalizável, pois embora este estudo limite-se a abordar relatos de casos de aborto voluntário, não se pode ignorar o fato de que diversas mulheres são diariamente obrigadas a abortar ou dar prosseguimento a gestações contra suas vontades. Na presente pesquisa, todavia, nenhuma das participantes relatou ter sido induzida ou obrigada a interromper a gestação, tendo a decisão sido tomada voluntariamente, sozinha ou em meio a negociações e diálogos com o parceiro, familiares, amigos e profissionais de saúde, tratando-se, como afirma Heilborn (2012), de um processo coletivo, intermediado por pessoas, contextos e dispositivos que significam e ressignificam sentidos, afetando positivamente ou negativamente a trajetória da mulher na decisão pelo aborto.

Dos relatos, extrai-se que das dezesseis participantes, quinze contaram com a participação ativa de ao menos uma pessoa no curso dos seus processos decisórios. A participação ativa, neste contexto, significa que a participante informou à pessoa que estava grávida, tendo sua influência sido fundamental no momento da decisão. Apenas Maria informou não ter contado com a participação de nenhuma pessoa no momento da tomada de decisão. Os homens e membros familiares foram apontados pelas demais mulheres como atores-chave neste momento dos itinerários, desempenhando papéis cruciais, positivos ou negativos. Isso ocorre tanto pelo envolvimento direto na decisão quanto, em certos casos, pelo formato e impacto da relação ser um dos motivos que levaram as participantes a optarem pelo aborto.

Neste universo de pesquisa, como já mencionado, somente Heloísa contou com a participação ativa de familiares no momento da tomada de decisão, tendo entrado em contato

com sua mãe e avó assim que soube da gestação. Para as outras mulheres, o respaldo familiar durante o momento decisório foi um privilégio inexistente, o que não quer dizer que as dinâmicas familiares não tenham influenciado em sua decisão de prosseguir ou não com a gestação, especialmente entre as mais jovens e que ainda residiam com os pais ou dependiam financeiramente deles quando descobriram que estavam grávidas. Algumas participantes relataram não terem comunicado os pais porque temiam serem obrigadas a continuar com a gravidez ou sofrerem julgamentos que poderiam dificultar sua decisão. Esse foi o caso de Helena, cujo companheiro, ao saber da gravidez, decidiu informar seus pais e os dela, mesmo contra sua vontade. A participante, sabendo que um aborto afetaria severamente sua relação com a família, que era profundamente religiosa, teve que fingir que desejava prosseguir com a gravidez e, posteriormente, que sofreu um aborto espontâneo. O relato de Helena, assim como de outras participantes, revela que muitas estruturas familiares estão enraizadas em valores morais e, especialmente, religiosos, que reprovam e condenam o aborto. No entanto, também é bastante comum a recusa por parte destes mesmos familiares em aceitar a gravidez de uma mulher solteira e jovem que opte por mantê-la. Este foi o caso de Laura, que praticou seu primeiro aborto aos 16 anos de idade:

“Meu primeiro aborto...Foi uma decisão fácil no meio de uma situação difícil, para falar bem a verdade. Eu não tinha muita cabeça para nada naquela época, por um minuto até pensei em jogar tudo para cima e ter aquele filho, porque ser mãe sempre esteve nos meus planos e eu era contra o aborto, mas meu pai ia me matar, então eu não tinha outra opção, por isso foi uma decisão fácil. Minha família é evangélica, meu pai tinha nome na nossa igreja, eu e minhas irmãs crescemos lá dentro. Minha irmã mais velha casou virgem, minha família toda é considerada extremamente tradicional, meu pai nunca deixou eu levar um namorado para dormir lá. Como que eu ia aparecer grávida uma semana depois de fazer 16 anos? E ainda por cima grávida de um menino da minha idade, que não trabalhava, que não tinha como sustentar um filho, um lar” (Laura).

Na vivência de Laura, percebe-se a situação intrincada em que foi situada, pois ela não pôde compartilhar sua condição, temores em dúvidas com a família, temendo punições morais, independentemente da decisão que tomasse. Diante do temor da reação do seu pai, a participante praticou o primeiro aborto com rapidez, sem ter conhecimento de nenhum método ou estratégia de segurança, pois precisava garantir que a gravidez não avançaria até o ponto em que terceiros poderiam identificá-la, pois sabia que, para sua família, aquela gestação significa seu fracasso social, independentemente do destino que desse a ela. Assim, percebe-se que a necessidade em esconder a gestação indesejada da família, sobretudo entre participantes mais novas, faz com que se vejam situadas em uma corrida contra o tempo, em que a ausência de apoio familiar aumenta riscos e reforça vulnerabilidades (LIMA, 2014, p. 104).

Entre as participantes mais velhas, a ausência da intervenção da família nos processos decisórios se deu pelo sentimento de que não precisavam de auxílio familiar para tomar esta decisão. Além disso, temiam o julgamento ao expor sua situação, ou até mesmo que os familiares tentassem fazer com que mudassem de ideia. A maior parte destas mulheres não dependia financeiramente dos pais e muitas se encontravam em relacionamentos estáveis, levando-as a buscar apenas a opinião do parceiro durante o processo decisório. No entanto, isso não significa que as famílias não tiveram nenhum impacto nas trajetórias dessas mulheres. Algumas mencionaram terem recebido apoio de familiares, especialmente mães, tias e irmãs, em outras fases do percurso, mas não durante a tomada de decisão. Outras expressaram o desejo de ter podido contar com respaldo familiar nesse momento crucial, mas não acreditavam que poderiam compartilhar sua situação sem mudar drasticamente a forma como eram vistas por aqueles que amavam.

No que diz respeito ao parceiro, a maioria dos homens envolvidos nos itinerários abortivos participou do processo decisório. Apesar da concepção difundida popularmente de que o parceiro está sempre ausente na tomada de decisões sobre o aborto, os relatos revelam uma contribuição considerável, ainda que indireta, o que está em consonância com outros estudos de mesma natureza (HEILBORN, 2012; LIMA, 2014; GONZAGA, 2015; FONSECA, 2018). Nesta pesquisa, onze das dezesseis participantes informaram o parceiro acerca da gestação logo quando ela foi descoberta. As reações apresentadas foram diversas. Em oito relatos, o homem aceitou a escolha, seja por concordar que não queria o filho ou por não ter plena convicção do que realmente queria, deixando a mulher decidir, o que não quer dizer, no entanto, que todos os comportamentos masculinos foram positivos ou cordiais, como veremos adiante. Diferentemente, em outros três relatos, os homens tentaram impor a sua vontade de que a mulher seguisse com a gravidez, o que se deu tanto através de tentativas de negociação, quanto por coerção, chantagens e até mesmo violência.

De modo geral, observou-se que mais mulheres brancas puderam contar com o apoio do parceiro no momento da decisão, não havendo uma diferença significativa entre mulheres de classe média e baixa, ao passo que a maior parte das mulheres negras que informou o parceiro de sua condição recebeu um tratamento negativo. As participantes que mais puderam contar com o apoio do parceiro foram aquelas que já possuíam relacionamentos estáveis e já tinham outros filhos com o mesmo companheiro. Em seis casos, as mulheres não informaram o homem sobre a gravidez e nem sobre o aborto, o que se deu tanto por não possuírem um relacionamento estável ou vínculo com ele, tendo a gestação sido resultado de um relacionamento casual, ou

porque acreditavam que sofreriam algum tipo de reação negativa ou violenta caso revelassem a gestação. A maioria dessas mulheres era negra e pertencia às classes baixas, o que está em conformidade com outras pesquisas que mostram que as mulheres racializadas geralmente recebem menos apoio do parceiro ao longo de seus itinerários abortivos, inclusive no momento da decisão (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

As participantes deste estudo passaram pelas gestações indesejadas principalmente em meio a relações estáveis, sendo que Júlia, Diana, Amanda e Laura eram casadas e atualmente permanecem com os mesmos parceiros, ao passo que Tainá se separou do marido após ele ter sido preso pela segunda vez. A participante Natália relatou que, embora estivesse casada à época da gestação, seu vínculo não era estável, e estava se relacionando em segredo com outra pessoa, de quem engravidou, e com quem atualmente mantém relação de união estável e possui um filho. Ainda, as participantes Alice, Regina, Clara, Iracema, Emília, Helena e Heloísa estavam namorando na época em que engravidaram. Entre elas, apenas Clara continua se relacionando com a mesma pessoa. Gabriela e Beatriz engravidaram de relações casuais, e nenhuma delas manteve contato com o homem após o aborto.

Pelos relatos das participantes, percebe-se que o formato da relação afetiva, a solidez do vínculo e a postura do parceiro diante da descoberta da gestação foram elementos fundamentais para o curso dos processos de decisão. Apenas Júlia, Natália, Diana e Emília contaram com o pleno apoio do parceiro, que independentemente de suas opiniões e visões de mundo, concordaram com a decisão tomada pela mulher. Júlia e Diana, ambas mulheres brancas e de camadas populares, relataram terem reportado a gravidez aos maridos no momento em que a descobriram. As duas afirmaram terem sentido medo, pois seus parceiros eram contra o aborto. No entanto, isso não fez com que deixassem de manifestar sua intenção de interromper a gestação. Júlia disse ter ficado surpresa com a reação do marido, pois embora ele tenha ficado triste, apoiou sua decisão, tendo consciência de que “infelizmente atrapalharia a mim e não a ele, que minha vida ia parar, que atrapalharia meus estudos, e não dele, porque ele continuaria trabalhando normalmente e estudando”. O parceiro de Diana, por sua vez, perguntou se era aquilo mesmo que ela queria e, diante da resposta afirmativa, apoiou sua decisão. De acordo com a participante:

“Nós dois já sabíamos que decisão tomar, que seria tirar, porque nenhum dos dois queria, não tinha a menor condição. O meu esposo, graças a Deus, não questionou quando disse que não iria continuar com a gravidez, desde o começo expus muito firme o que eu queria e ele não questionou, até porque filho é da mãe. O pai pode ser o mais presente, o mais atencioso do mundo, mas sempre é a mãe no final [...] não era

o momento de aparecer grávida...Ainda mais se fosse igual as minhas outras gestações...Então falei para o meu marido da minha decisão e ele respeitou” (Diana).

Embora nos casos das duas mulheres os seus parceiros tenham manifestado apoio imediato de sua decisão de interromper a gestação inesperada, fica clara a dificuldade em abordar a questão do aborto quando a mulher faz parte de uma relação estável, sobretudo de vários anos e quando já compartilha outros filhos com o companheiro, pelo temor de que a discordância em relação ao futuro da gestação indesejada pudesse inclusive afetar o relacionamento e o convívio familiar. Em ambos os relatos, as mulheres foram bastante incisivas acerca da opção pelo aborto, afirmando que não poderiam ter outros filhos naquele momento. Isso não as eximiu, todavia, de temer a reação do parceiro caso precisassem enfrentar a opinião dele diante da gestação imprevista. Nota-se que, embora a decisão já estivesse tomada, a concordância e apoio do parceiro foi entendido como crucial para estas duas mulheres.

No caso de Emília, jovem de 23 anos, branca e de classe média, também foi manifestado receio em relação ao posicionamento do parceiro. A jovem disse que estava namorando com o rapaz há pouco mais de três meses, quando após uma relação sexual desprotegida em que foi praticado o coito interrompido, descobriu que estava grávida:

“Quando vi aquele positivo, comecei a chorar na hora, mas pensei que deveria segurar, porque talvez não fosse uma boa ideia deixar ele saber. Eu amava ele, confiava nele, mas e se ele falasse que queria ter aquele bebê? E se contasse para a minha mãe? Mas acabei contando mesmo assim, porque não importa o que ele dissesse, eu ia fazer de qualquer jeito. Mas ele me apoiou muito, na hora perguntou o que eu queria fazer, disse que queria abortar e ele concordou, falou que estaria comigo o tempo todo e ia apoiar qualquer decisão minha” (Emília).

Na fala da participante, nota-se que a decisão pelo aborto foi imposta ao companheiro, não havendo espaço para deliberações ou negociações. Embora tenha pensado por um momento em não contar para ele que estava grávida, pois tinha medo que ele dissesse que gostaria de ter o filho ou resolvesse contar para sua mãe, estes receios foram rapidamente silenciados por uma máxima: “não importa o que ele dissesse, eu ia fazer de qualquer jeito”. No caso da participante, a sua vontade foi suficiente e inquestionável, na medida em que, como abordado no começo do capítulo, não se tratam de meros motivos que levam ao aborto, mas da culminância da vontade da mulher, independentemente de possíveis desejos que pudessem ser manifestados por parte do parceiro. Como dito por ela, “estava acontecendo em meu corpo, então a decisão era minha, e ponto final”. No entanto, os temores de Emília não se concretizaram, pois o companheiro manifestou que apoiaria qualquer decisão que ela tomasse, e acompanhou-a durante todo o curso do procedimento.

De todo o *corpus*, há apenas um relato de uma mulher negra que foi apoiada pelo parceiro no momento em que decidiu pela prática do aborto. A participante Natália, de 33 anos, parda e de classe baixa, relatou que era casada e não possuía filhos à época do aborto. No início da conversa, ela mostrou-se bastante hesitante ao apresentar seu relato, tendo perguntado mais de uma vez “promete que não vai me julgar, né?”. Após ser assegurada que não seria julgada em nenhum momento, a participante revelou que, embora fosse casada à época da gestação indesejada, seu relacionamento estava no fim, e estava morando com o marido apenas até conseguirem se estabilizar individualmente. Disse que, nesta época, conheceu uma pessoa por quem desenvolveu sentimentos, e mantiveram relação sexual uma única vez, tendo engravidado:

“Já entrei em contato com ele e contei, em primeiro momento ele ficou feliz, mas a gente analisou tudo mais friamente assim e viu que não tinha como, eu nem tinha me separado direito, iria sofrer muito pelos julgamentos, eu seria desprezada pela minha família, meu ex ia me chutar de casa, enfim, não tinha como ter esse filho. Ele me acalmou e perguntou o que eu queria fazer, disse que estava do meu lado para tudo. Eu respondi que queria tirar. Ele me apoiou o tempo todo, na medida do possível para a situação que a gente estava né, vivendo tudo escondido. Eu não tenho nada a reclamar dele, foi bem importante para mim o apoio dele” (Natália).

Ainda, os parceiros de Gabriela, Laura e Heloísa também concordaram com o aborto, no entanto, não ofereceram pleno apoio às companheiras, tendo o processo decisório se desenrolado em meio a negociações e chantagens. Embora estes fatores não tenham modificado a decisão final das mulheres, certamente influenciaram seus processos decisórios, sobretudo no que diz respeito à carga emocional depositada sobre elas. Laura, mulher branca e de classe baixa, passou por três abortamentos. Na primeira vez em que descobriu uma gestação inesperada, quando tinha 16 anos, informou ao namorado somente que sua menstruação havia atrasado, o que fez com que ele se retirasse totalmente de sua vida: “nunca mais vi a cor do menino, sumiu e nunca mais deu notícias”. Nos outros dois abortos, que ocorreram quando tinha 31 anos, a participante foi auxiliada pelo seu marido. Embora tenha informado que o apoio dele foi essencial para o sucesso dos procedimentos, o companheiro constantemente mudava de ideia, ora dando a entender que apoiava a interrupção da gestação, ora que gostaria de ter o filho. De acordo com a participante:

“Quando falei que queria abortar, ele não concordou muito, família toda crente e antiaborto, mas eu disse que nada que ele dissesse ia mudar minha decisão, aí se aquietou, começou a comprar a ideia e no fim das contas concordou, mas sempre falando que era contra, que isso não era de Deus. Mas tanto quanto eu, ele sabia que não tinha jeito, a gente não tinha condição de botar mais um no mundo. Ele me ajudou muito, não posso dizer que não, e eu sou grata pela ajuda. Só que ele tinha humor de

lua, às vezes chegava alisando minha barriga, mesmo sabendo que eu não queria aquele filho. Falei para ele parar com isso, ele disse: ah, me deixa fazer isso pelo menos, enquanto ele ainda está vivo. Aí eu falei que não queria que ele fizesse, porque me deixava triste. Falei para ele que minha decisão foi tomada, mas é tão horrível a gente não ter o apoio verdadeiro que a gente tanto queria” (Laura).

No contexto da fala da participante, nota-se que a responsabilidade da gestação recaiu somente sobre ela, ao passo que seu parceiro se sentiu livre para mudar de ideia repetidas vezes acerca de um processo que sequer se dava em seu corpo, o que evidencia certa liberdade sentida pelos homens para transitar entre sentimentos ambíguos acerca de gestação e aborto, colocando a mulher como um objeto de sua inconsistência. No caso de Heloísa, vê-se uma situação similar. A participante, mulher negra e de classe baixa, que possuía 19 anos de idade à época do aborto, relatou que quando soube que estava grávida, imediatamente contou ao parceiro, que disse apoiá-la em qualquer decisão e garantiu que a ajudaria e que ficariam bem quando tudo aquilo passasse. No entanto, quando Heloísa disse ter comprado o medicamento, ele “deu para trás”, parou de respondê-la e apenas procurou estabelecer contato após a prática do aborto, para encerrar o relacionamento:

“Você acredita que o safado que fez o filho colocou a culpa em mim, falou que não demos certo porque eu fiz o procedimento? Disse que ele até tentou, mas ele estava com trauma grande, só de olhar para mim ficava triste. Ele mandou uma mensagem falando ‘eu queria muito, tentei entender, tentei ficar do seu lado, só que eu não consigo esquecer, tentei olhar com outros olhos, tentei mentalizar o lado positivo. Infelizmente bagunçou minha mente. Não tenho mágoa, e eu perdoou você, gosto muito de você, não quero perder sua amizade”. Disse que ele não sabia lidar, que não era para ele. Falou ‘isso não é o que eu quero para mim, fora de cogitação’. É para acabar né. Eu só pedi para ele ser meu amigo, meu parceiro” (Heloísa).

De acordo com Brandão (2020), os processos que compõem o campo da saúde sexual e reprodutiva, em que o aborto está incluso, não acontecem de forma linear e não estão isentos de contradições, comportando negociações e conflitos, o que denota os efeitos das relações de poder existentes dentro de envolvimento afetivos. Na vivência de Laura, apesar de o parceiro não concordar com o aborto, tendo trazido à tona os seus valores morais e de sua família, participou ativamente dos processos decisórios. No entanto, ele alternou sua linha de pensamento diversas vezes, pouco se preocupando de que forma isso afetaria a visão da participante sobre si mesma e sobre a decisão que havia tomado. O parceiro de Heloísa, por sua vez, no início apresentou comportamento acolhedor, apoiando a decisão da participante, mas ao fim retirou-se de cena, retornando apenas para informar que não poderia continuar com ela porque a situação, que sequer acompanhou, o havia traumatizado, além de que ele tinha outros planos para sua vida, que não envolviam inserir-se em um conflito reprodutivo com tão pouca

idade. Nota-se a partir disso que a decisão por um aborto não se limita à mera concordância do casal acerca da moralidade, englobando um conjunto de sentimentos, percepções e poderes que se entrelaçam de forma complexa. Embora os parceiros destas duas mulheres tenham concordado com o aborto em algum momento e estado presentes no momento da tomada de decisão, certamente não as apoiaram, deixando suas próprias questões e incertezas prevalecerem.

Isso também pode ser demonstrado na vivência de Gabriela, em que o parceiro concordou com a prática abortiva, mas não manifestou nenhum tipo de apoio, chegando inclusive a apresentar dúvidas acerca da paternidade. A participante disse que, assim que descobriu a gestação, mandou uma foto do teste positivo para o companheiro, com quem havia se relacionado apenas uma vez. Ela foi incisiva em sua fala: disse que iria interromper a gestação e que precisava de ajuda financeira para isso. No entanto, obteve uma resposta negativa, pois o parceiro disse que somente mandaria algum dinheiro após a gestação completar vinte e sete semanas, quando pudessem realizar um exame de DNA e confirmar a paternidade, afirmando ainda que, se fosse mentira, ele a mataria.

Mesmo diante da ameaça, Gabriela impôs sua vontade: “eu disse não, eu não quero essa criança, eu pedi para você colocar camisinha e você me levou para motel falando que íamos dormir e gozou dentro mesmo quando eu falei que não”. A própria violência praticada pelo parceiro, desta forma, passou despercebida por ele, tendo dado relevância ao fato de somente terem se relacionado uma vez, mas não ao fato de que ele não utilizou nenhum método contraceptivo e ejaculou internamente mesmo contra a vontade da mulher. Ao fim, o homem concordou em ajudá-la financeiramente, e Gabriela apenas voltou a vê-lo ou falar com ele em um segundo momento, quando passou por internação hospitalar.

Por sua vez, as participantes Alice, Regina, Helena e Amanda não tiveram nenhum apoio do parceiro no momento em que comunicaram terem decidido pela interrupção da gestação, tendo os homens se retirado do processo decisório ou tentado impedir a prática do aborto, o que fez com que as mulheres precisassem realizar o procedimento com uma idade gestacional mais avançada. Isso se deu porque, inseridas em discussões e discordâncias, estas mulheres precisaram arcar sozinhas com os custos do aborto ou precisaram realizar o procedimento escondidas.

No caso de Amanda, o parceiro não apoiou o primeiro aborto, ele era manifestamente contra a prática, e queria “encarar os problemas e criar”. No entanto, Amanda disse saber que isso significaria apenas uma coisa: ela precisaria criar mais um filho sozinha, e sofreria os

maiores impactos. Por conta disso, manteve sua convicção e resolveu fazer o procedimento sozinha, sem o apoio do companheiro. Ele, diante da insistência e inflexibilidade da mulher, retirou-se completamente de cena e saiu de casa: “ele fez as malas e foi, e eu deixei ele ir, não mudei de ideia, porque pensei em tudo que já havia passado para criar um filho sozinha, e não queria fazer isso de novo”. Uma semana após o procedimento, ele retornou e disse que a perdoava, sobrelevando-se à imagem simbólica de um homem que perdoa uma mulher que comete um pecado. Pouco tempo após o primeiro aborto, a participante engravidou novamente, não tendo revelado ao parceiro que estava grávida nesta segunda ocasião, quando novamente praticou o aborto de forma solitária.

No relato de Regina, vê-se uma situação semelhante. A participante estava em um relacionamento estável com o parceiro fazia alguns anos, que descrevia como “um homem bom, me tratava bem, como uma princesa”, e estavam fazendo planos para que ele se mudasse para sua casa. No entanto, quando descobriu e comunicou a gestação, teve um retorno completamente inesperado:

“O doador de esperma, a desgraça do meu ex-namorado, vivia dizendo que queria ser pai, botar um pivete no mundo, mas eu não queria, pois sou mãe solo, tenho um filho, pago aluguel, tenho dois empregos, e o pai do meu filho não ajuda com absolutamente nada. Quando estava grávida, fui contar para ele, e ele disse ‘não pode tirar, se tirar a vida não vai para frente’. Mandeí se ferrar, falei ‘não estou nem aí para o que você pensa, não vai ajudar? Foda-se, eu me viro sozinha, sempre me virei’. Acredite, depois ele simplesmente nunca mais veio à minha casa, começou a ser grosso comigo pelo telefone e em momento algum se referiu a nenhum tipo de ajuda financeira” (Regina).

A partir desses relatos, nota-se que nem sempre a conduta do parceiro que não concorda com o aborto se limita a silenciar-se e deixar a mulher decidir, não sendo incomuns os cenários em que os homens se retiram completamente de cena no momento em que percebem que não vão conseguir mudar a vontade da parceira. Ainda, em algumas situações, as negociações são realizadas mediante chantagens, ameaças e violências, como no caso de Helena, uma jovem de 23 anos, que estava em um relacionamento amoroso com um homem mais velho, que morava em outra cidade, a quem via como sendo o “homem perfeito”. Após alguns meses de relação, permeadas por violência, pois a participante informou que, em algumas ocasiões, o parceiro praticou sexo com ela enquanto se encontrava embriagada e ejaculou internamente contra sua vontade, ambos entraram em uma discussão por ciúmes e ele encerrou o relacionamento. Logo depois, ela descobriu que estava grávida. Assim que descobriu, Helena contou para ele e comunicou sua decisão pelo aborto, tendo recebido uma reação totalmente incompatível com a

pessoa que acreditava que ele fosse, pois ele a humilhou, falou que jamais a ajudaria a praticar um crime, e postou nas redes sociais que seria pai.

A participante teve sua condição exposta para todas as pessoas que conhecia, inclusive para os seus familiares, que ficaram felizes com a notícia e já em um primeiro momento passaram a tratar-lhe como uma futura mãe, causando-lhe profundo sofrimento. Helena precisou fingir por longas semanas que queria continuar a gestação, tendo chegado inclusive a ajudar sua mãe no preparo do enxoval e começado a escolher nomes com o companheiro, o que descreveu como “uma dor absurda, um desespero bem fundo no peito, por saber o que eu estava prestes a fazer”. No entanto, por baixo dos panos, ela procurava por medicamentos para realizar o aborto. A situação inteira causou-lhe intenso sofrimento, pois Helena passou a duvidar do que queria e começou a acreditar que estava prestes a cometer um assassinato. O relacionamento acabou pouco após o aborto, tendo o companheiro a chamado de “assassina de crianças”, mesmo a participante tendo fingido que passou por um aborto espontâneo.

Um cenário similar é extraído do relato de Alice. Assim que informou para o namorado que estava grávida, ele disse que a colocaria na cadeia se ela fizesse um aborto: “ele me chamou de assassina. Eu me senti um lixo por ter vivido uma situação daquela”. O homem recorreu a toda estratégia possível, inclusive vindo a praticar violência, para fazer com que ela desistisse:

“Eu não conseguia dormir, acordava desesperava, porque passava o dia ouvindo coisas horríveis, ele dizia que Deus iria me punir, que eu não conseguiria ter filhos quando quisesse, ele acabou com meu psicológico. Me senti burra, irresponsável, uma pessoa má. Em uma das brigas, ele me deu um tapa bem forte no rosto, e falou que eu estava matando o filho dele, mas depois pediu desculpa, ficou fazendo carinho na minha barriga, falando que ia fazer tudo dar certo. Aí foi esse vai e volta, um dia tudo flor e no outro, porrada, xingamento. Ele me expulsou de casa quando viu que eu não ia voltar atrás, fechou todas as portas. Não me ajudou financeiramente, nem deu suporte emocional. Só dizia que eu ia matar nosso filho, aí nesse dia que eu te falei, duas horas da manhã, eu já estava com sono e ele não quis saber, me mandou ir embora porque não aguentava mais ver a minha cara, falou ‘tenho nojo dessa tua cara de assassina’. Ele falou que nunca pensou isso de mim, que nunca pensou que a mulher que ele ama não ia desejar ter um filho dele [...] não esperava por isso, sabe? Na hora do surto, que eu vi o exame, eu não mandei nem nada, eu só falei, ele falou para minha mãe, falou para a família dele, a família dele falou que isso era uma benção, que eu deveria estar feliz, e falou várias coisas, e espalhou um momento íntimo, uma coisa entre eu e ele, da gente se conversar e ele entender a minha decisão, por mais que ele não aceitasse, mas não me expor assim para todo mundo. Fui exposta para minha própria família. Me abalou muito, muito mesmo” (Alice).

Frente a uma gravidez indesejada, as mulheres naturalmente consideraram o status de ilegalidade do aborto voluntário ao tomar sua decisão, cientes de que podem ser detidas se descobertas. Contudo, em todas as situações, a possibilidade de precisar enfrentar o Sistema de Justiça Criminal não alterou a decisão delas, reforçando a urgência da escolha pelo aborto, visto

que a perspectiva de ser presa ainda era mais tolerável do que a de ter um filho naquele momento, o que por si só evidencia a ineficácia da criminalização em sua manifesta intenção de reduzir a ocorrência do aborto no país. No entanto, a imperatividade da decisão não reduz o temor de enfrentar o sistema punitivo do Estado, não sendo incomuns os relatos acerca de homens que se aproveitam disso para pressionar suas parceiras a desistir do aborto, ameaçando denunciá-las às autoridades policiais. Esse cenário evidencia que a ilegalidade do aborto aumenta de forma contundente o grau de vulnerabilidade das mulheres, tornando-as reféns das vontades dos homens e de suas formas de violência física e psicológica por medo de serem expostas e punidas. Além disso, observa-se que, nos relatos supracitados, ambos os parceiros usaram o termo “assassina” para se referir às mulheres, denotando a crença de que, através do aborto voluntário, estariam encerrando a vida de uma criança. Embora essa violência eminentemente simbólica não tenha mudado a decisão das participantes, fez com que construíssem uma imagem sobre si mesmas que motivou sofrimentos ainda maiores.

Dos excertos trazidos até então, nota-se que, entre as participantes da pesquisa, há uma reivindicação da decisão sobre o futuro da gestação, na medida em que é um processo que se dá exclusivamente em seus corpos e que afetará o restante de suas vidas. No entanto, o apoio do parceiro no momento da tomada da decisão é entendido por algumas participantes como fundamental para dirimir os sofrimentos vividos no processo, e poucas puderam contar com este apoio da forma que gostariam. É notável que, em alguma medida, todas as participantes se viram inseridas em jogos de poder inerentes à histórica subordinação do feminino pelo masculino no momento em que resolveram revelar a gestação, reforçando ideais e expectativas sobre a sexualidade, as relações afetivas e a maternidade. Essas expectativas são endossadas pela naturalização da maternidade e pela criminalização do aborto, que possibilita que homens escapem do reconhecimento da paternidade e das responsabilidades decorrentes da escolha por um aborto, e também faz com que mulheres sejam submetidas a dois únicos destinos: tornar-se mãe, o que é imposto como algo natural e obrigatório, ou negar esse destino, e automaticamente adentrar no campo do incompreensível, do injustificável (FONSECA, 2018, p. 65).

Na presente pesquisa, um número significativo de mulheres optou por não compartilhar sua gravidez ou a decisão de abortar com o parceiro. Em alguns casos, isso ocorreu devido à instabilidade da relação ou até mesmo inexistência de vínculo afetivo, não havendo o desejo de compartilhar algo tão íntimo com alguém com quem não tinham uma conexão próxima. Em outros casos, as participantes optaram por não informar o parceiro porque temiam sua reação, sendo que algumas destas inclusive se encontravam em meio a relacionamentos abusivos, e

temiam sofrer chantagens ou agressões caso revelassem a gravidez ou a vontade de abortar. Ainda, há registros de mulheres que informaram terem decidido manter a gestação em segredo na esperança de preservar o relacionamento com o companheiro, pois receavam serem abandonadas caso comunicassem a gravidez ou a intenção de abortar.

As participantes Tainá e Clara, embora tenham revelado ao parceiro que estavam grávidas, não manifestaram a intenção de abortar. Clara, mulher branca e de classe média, disse que mantinha um relacionamento bom e saudável com o companheiro, ambos tinham planos de casar-se e constituir uma família no futuro. No entanto, quando descobriu a gestação imprevista aos 26 anos, ela teve certeza de que não queria ter um filho naquele momento. O parceiro, todavia, apresentou um comportamento totalmente oposto: “ele ficou muito feliz, disse que seria a oportunidade dele de ser um pai melhor do que o pai dele foi para ele, já começou a me falar nomes, alisar minha barriga, e eu totalmente infeliz”. A participante, com medo que a revelação sobre sua vontade de abortar fosse afetar de forma definitiva o relacionamento, optou por realizar o procedimento sozinha e fingir um aborto espontâneo.

Tainá, por sua vez, é mulher negra e de classe baixa, e vivia um relacionamento conturbado e violento com o parceiro, que era usuário de drogas e envolvido com a prática de crimes. A participante disse ter revelado ao companheiro que estava grávida e que pretendia abortar, e além de culpá-la pela gravidez imprevista, ele disse que a mataria se ela abortasse. Por conta disso, Tainá realizou o procedimento sozinha e em uma idade gestacional mais avançada, pois o companheiro não permitia que saísse de casa por longos períodos e verificava qualquer encomenda que chegasse na residência, de modo que ela precisou montar uma estratégia detalhada e arriscada para conseguir adquirir os medicamentos e sair de casa para praticar o aborto em segredo.

Embora as duas participantes tenham tomado a mesma decisão, seus contextos são completamente distintos. No caso de Tainá, a participante estava inserida em um contexto de violência, e entendia que a revelação da prática do aborto poderia prejudicá-la, tendo inclusive sido ameaçada pelo parceiro, que ao mesmo tempo em que a culpou por ter engravidado, também a ameaçou de morte caso interrompesse a gestação, o que evidencia um interesse maior de sua parte em subordinar a companheira do que um real desejo em ser ou não pai naquele momento. No caso de Clara, é manifestada a vontade dela e do parceiro de terem um filho juntos, mas em outra fase da vida. A ocultação do desejo de abortar deu-se porque tinha medo de perder o parceiro, que estava feliz com a gestação e com a oportunidade de ser um bom pai.

A participante, no entanto, não se sentiu mãe, o que fez com que a decisão pelo aborto se mostrasse imperativa:

“Ele não sabe que o aborto não foi espontâneo. No fim, contei a ele que comecei a sangrar e que acabei perdendo o bebê [...] eu acho que se alguém tinha que sentir culpa ou dor, acho que era eu, porque a decisão de tirar foi minha [...], mas eu não tinha condições naquele momento, Deus sabe. Na minha cabeça só passava que quem tem que ficar com toda a responsabilidade de tudo, é mais a mulher, é o corpo que sofre, é o psicológico que tem que suportar um monte de coisas, e se o homem vai embora, a mulher sempre fica com o filho. E o homem, na maioria das vezes só vai embora e sequer ajuda a mãe a sustentar. Você conhece a realidade, todas nós sempre ouvimos histórias e conhecemos mulheres que passam por isso. Isso passou pela minha cabeça, mas meu parceiro é um bom homem, hoje em dia é um excelente pai. Até me senti culpada por esses pensamentos que tive na época, porque agora sei que ele jamais correria da responsabilidade, não é do feito dele. Na verdade, a razão de eu ter feito isso não foi por nada ou ninguém. Eu na verdade, pensei em mim, e em não ter condições de dar uma vida digna para uma criança. A culpa não é de ninguém, é só minha. Odeio ter mentido para ele e escondido isso de todo mundo que eu conhecia..., mas, a vida toda eu sempre me deixei para trás, eu tive que me colocar na frente dessa vez. Não sei se um dia contarei isso para ele, ele jamais me perdoaria, ou concordaria” (Clara).

Os relatos das participantes suscitam reflexões sobre o envolvimento dos homens no processo decisório decorrente da constatação de uma gestação indesejada. Os parceiros podem estar de acordo com a decisão pelo aborto e apoiar as parceiras emocionalmente e financeiramente, bem como podem concordar, mas não manifestar apoio, deixando-as à sua própria sorte. Além disso, eles podem inicialmente concordar, e depois mudar de ideia, bem como podem não concordar, mas ainda assim apoiar a decisão da mulher. Em alguns casos, os parceiros podem, ao mesmo tempo, não concordar com a paternidade, mas também não aceitar que a mulher pratique o aborto, bem como podem desejar a paternidade e, por isso, não concordar com o aborto. Os homens, ainda, podem acabar nunca nem sabendo que as mulheres com quem se relacionam praticaram um aborto, ou sequer que estavam grávidas. Como apontado por Lima (2014, p. 93), o fato de a gravidez ocorrer fora do corpo masculino proporciona aos homens um leque amplo de opções, diferentemente das mulheres, que diante de uma gravidez indesejada, se deparam com a possibilidade de seguir apenas por dois caminhos: seguir com a gestação ou enfrentar as consequências físicas, morais, psicológicas e legais de um aborto clandestino (LIMA, 2014, p. 93).

Embora a decisão imediata e voluntária seja uma característica comum de todos os itinerários que compõem a presente pesquisa, diversos contextos levam as mulheres a entender o aborto como a melhor opção para as suas vidas naquele momento. Ao analisar processos decisórios que antecedem a interrupção voluntária de uma gestação, estudos desenvolvidos (HEILBORN et. al, 2012; SANTOS, BRITO, 2014; GONZAGA, 2015; FONSECA, 2018;

LIMA, 2014) demonstram uma série de fatores que levaram as mulheres a decidirem pelo aborto, destacando-se o já mencionado vínculo com o parceiro e sua reação frente a gestação, mas também a existência de outros filhos; aspirações futuras e o temor de interrupção de projetos profissionais e dificuldades financeiras e condições materiais de sustento do novo filho. Em sua análise, Gonzaga (2015) adiciona a estes critérios os efeitos da nova gestação na família de origem das mulheres e suas expectativas em relação à maternidade. Estes pontos também puderam ser visualizados nos fluxos de pensamento das participantes da pesquisa, e além disso foram mencionados alguns novos, como traumas de outras gestações; condição de saúde do fato de a gestação ser decorrente de abuso sexual.

Os dados coletados mostram que a decisão pela interrupção da gestação entre as participantes está vinculada, concomitantemente, às suas circunstâncias socioeconômicas e às suas trajetórias de vida e perspectivas para o futuro (FOSTER, 2023, p. 204). O fator mencionado com maior recorrência entre as participantes da presente pesquisa como crucial para a decisão pelo aborto foi a questão financeira. Das dezesseis participantes, nove mencionaram que não achavam que poderiam arcar com os custos decorrentes da criação de um filho naquele momento de suas vidas. A partir do módulo do roteiro de entrevistas em que buscou-se traçar as condições socioeconômicas das participantes, nota-se que muitas destas mulheres não possuíam casa própria, dependiam financeiramente de outras pessoas ou sequer tinham como arcar com despesas básicas.

A literatura brasileira sobre o aborto clandestino tem demonstrado que mulheres que vivenciam gestações indesejadas que culminam em abortamentos geralmente estão inseridas em contextos de desfavorecimento social e econômico, o que influencia diretamente na forma como percebem a gestação, a maternidade e o aborto (DINIZ, MEDEIROS, 2012; HEILBORN, et. al, 2012). Entre as mulheres com menores condições financeiras e com filhos, foi frequentemente relatado o temor de que o prosseguimento da gestação agravaria a sua condição financeira. Essa situação tornava-se ainda mais crítica quando a mulher não tinha emprego fixo, trabalhava como autônoma ou dependia de terceiros. Entre as mulheres que possuíam empregos fixos, foi relatado o temor de perder o emprego caso seguissem com a gestação, o que afetaria a criação dos seus outros filhos e a manutenção dos seus lares.

Embora a questão financeira seja mencionada com mais frequência entre as participantes com menores condições e que já possuíam filhos, ela também esteve presente nos discursos de participantes que estavam passando pela primeira gestação, inclusive entre mulheres de classe média. Em tais situações, a dependência financeira dos pais foi mencionada

com frequência, bem como a inexistência de recursos próprios para criar um filho. Entre as participantes de classe média que já haviam alcançado a independência financeira, há uma forte relação entre o aborto e o temor de que o prosseguimento de uma gestação afetasse suas vidas profissionais. De acordo com Santos e Brito (2014), esta questão revela uma ligação direta entre gravidez e ônus, não apenas financeiro, mas também em termos de autonomia feminina.

Embora a questão financeira tenha sido frequentemente abordada nas falas das participantes, nenhuma mencionou ter decidido interromper a gravidez exclusivamente por esse motivo. Em vez disso, esse aspecto foi relacionado a outros elementos de suas vidas e trajetórias que as levaram a concluir que o aborto era a melhor decisão a ser tomada naquele momento. O segundo fator mais mencionado foi o temor de que o prosseguimento da gestação interromperia planejamentos feitos para a concretização de planos pessoais e profissionais. Das dezesseis mulheres entrevistadas na presente pesquisa, sete relataram que ter um filho naquele momento prejudicaria projetos e metas que já se encontravam em andamento. Destas participantes, quatro ainda não tinham filhos à época do aborto, e a gravidez ocorreu quando ainda estavam estudando ou haviam acabado de terminar os estudos, dependendo financeiramente dos pais.

Esse foi o caso de Alice. A participante é mulher branca e de classe média, e engravidou duas vezes, a primeira aos 18 anos, e a segunda aos 25. Em sua primeira gestação, a participante havia acabado de terminar o ensino médio, e engravidou após a prática de sexo desprotegido com um namorado. O primeiro aborto, para ela, foi entendido como necessário, pois havia acabado de “começar a vida”, ela e o namorado eram muito jovens, sendo que ele ainda não havia terminado os estudos e ela sabia que ele não assumiria nenhuma responsabilidade paterna. Além disso, a participante havia acabado de ser aprovada no vestibular e sabia que teria muitas dificuldades para estudar ao mesmo tempo em que criava um filho. Na segunda gestação, a participante tinha 25 anos, e segundo ela, estava: “construindo minhas coisas agora, minha carreira agora, estava trabalhando, estudando, e não tinha condição nenhuma de ter um filho”. No mesmo sentido são os relatos de Heloísa e Iracema:

“Eu tinha 19 anos, morava com a minha mãe e minha vó, estava estudando para concurso, vestibulares, estava atolada de coisas e isso aconteceu. Tava tudo tão confuso na minha mente, não sabia o que fazer, mas sentia que a melhor opção era não ter, pois além de não conseguir me ver sendo mãe, botaria uma criança no mundo sem a estrutura financeira que eu gostaria, sem ter conseguido nada na vida ainda, já que na época ainda nem fazia faculdade, não tinha um bom salário, só fazia bico e taxa por aí, meu ex não ganhava mal, mas eu sei que eu não teria tanto apoio da parte dele da forma que eu gostaria, então sabia que iria sofrer com isso. Ia mudar absolutamente tudo na minha vida e eu não senti que estava preparada para isso. Quando pensava em ter só vinha angústia e angústia. Só vinha na minha mente que eu não deveria ter. Durante esse tempo que descobri até decidir, fiquei muito mal, estava

quase entrando em depressão e tive que passar muitos dias fingindo estar bem pra todos. A fase mais difícil da minha vida, sem dúvida, então decidi tirar” (Heloísa).

“Eu, faltando dois anos para concluir a faculdade, desempregada, dependendo financeiramente dos meus pais, descobro que estou grávida. Não tem como seguir a gravidez, não podia parar naquele momento. Quando conversei com a minha amiga já estava decidida que não queria, pois eu não tinha estrutura financeira e nem mental para cuidar de uma criança, e decidi que não queria continuar com a gravidez” (Iracema).

Nos discursos das participantes, é notável que o desejo em dar continuidade aos estudos e alcançar a estabilidade financeira se sobressai quando comparado à perspectiva da maternidade. Embora a possibilidade de ser mãe não tenha sido descartada, elas são incisivas ao afirmar que aquele não era o momento, sobretudo por ainda não possuírem as condições financeiras e psicológicas que julgavam necessárias para a criação de um filho. De acordo com Lima (2014), a percepção sobre o momento ideal para vivenciar uma gestação é afetada fortemente por questões de ordem socioeconômica. Para as mulheres de classe média, como Alice e Emília, há a noção de que o momento ideal para se concretizar o projeto de maternidade é “quando já são adultas, terminaram os estudos, encontram-se em um projeto profissional sólido ou dispõem de boas condições materiais e estão em um relacionamento estável” (LIMA, 2014, p. 50). Para estas mulheres, a prioridade que atribuem aos estudos e ao trabalho não está necessariamente vinculada à necessidade de ascensão social, mas sim ao fato de possuírem pouca autonomia, ainda não tendo alcançado a independência financeira. Assim, em seus discursos, assim como identificado por Santos e Brito (2014), nota-se o estabelecimento de uma relação, ainda que nem sempre explícita, entre a perda de liberdade e o prosseguimento da gestação, na medida em que acreditavam a assunção do papel social de mãe as impediria de seguir com os estudos e de procurar por um trabalho e, conseqüentemente, impediria sua existência autônoma na vida pública (SANTOS, BRITO, 2014, p. 1308).

Para Heloísa e Iracema, por sua vez, ambas mulheres de origem humilde em ascensão social, há destaque em suas falas na relevância de concluírem seus estudos e buscarem emprego antes de pensarem na maternidade, não apenas para conquistar independência dos pais, mas também para garantir alguma estabilidade financeira em suas vidas, algo que seria comprometido caso optassem por ter um filho naquele momento. Vale ressaltar que, além de trazerem à tona seus projetos pessoais de vida, ambas as participantes também destacaram a questão financeira como um dos motivos para adiar a maternidade, uma preocupação que não foi compartilhada pelas duas participantes de classe média. Isso evidencia uma consciência da responsabilidade que teriam que assumir caso decidissem prosseguir com a gravidez, pois

reconheciam que as suas famílias também não tinham condições financeiras favoráveis para auxiliá-las com a criação de um filho.

Os casos dessas duas participantes jovens e de classe baixa que se encontravam em ascensão social ainda é distinto de outras mulheres de classe baixa e com menores condições de mobilidade social, sobretudo aquelas que já possuíam filhos. Tainá e Helena, por exemplo, ambas mulheres de classe baixa, tiveram pouco acesso aos estudos, tendo realizado apenas o ensino fundamental, e as duas começaram a trabalhar ainda na adolescência. Nota-se que, para elas, a trajetória escolar não se mostra como um fator de grande preocupação diante da descoberta da gestação, tendo Tainá relatado que deixou de estudar para poder trabalhar, tendo engravidado pela primeira vez aos 14 anos, e Helena afirmou que largou os estudos porque engravidou de sua primeira e única filha quando tinha 17 anos. Assim, à época do aborto, a maternidade já era uma realidade para estas mulheres, de modo que a decisão pela interrupção se deu diante de suas condições de vida naquele momento, e não com o intuito de não obstar planejamentos futuros voltados ao estudo ou ao trabalho. Esta noção também foi encontrada por Lima (2014), que ao analisar os itinerários abortivos de mulheres jovens na cidade de Recife-PE, constatou que, entre as mulheres jovens e de classes populares, é comum que o nascimento de um filho seja o desfecho de sua primeira gravidez, e depois, as gestações que se encerram com abortos se dão sobretudo com a finalidade de espaçar o nascimento dos filhos (LIMA, 2014, p. 100).

Os discursos de Regina, Amanda e Júlia, que também apontaram projetos e planos pessoais como um fator fundamental para a decisão pelo aborto, divergem dos demais apresentados, o que possivelmente se deve ao fato de se encontrarem em momentos diferentes da vida. Amanda tinha 34 anos à época do aborto, tinha um filho de 16 anos e vivia com seu companheiro e seus outros dois filhos, ambos maiores de idade. Durante a maior parte de sua entrevista, a participante narrou as dificuldades decorrentes de sua primeira gestação, a qual vivenciou quando tinha 18 anos. Ela relatou ter passado por uma gravidez de risco, que se encerrou com um parto bastante traumático: “foram vinte e seis horas de trabalho de parto, e como sempre o SUS forçando parto normal. Meu filho nasceu, não fez um pio, não chorou. Fiquei lá levando pontos, sem saber se meu filho estava vivo ou morto”. A participante relatou ter ficado deitada em uma maca por diversas horas, observando outras mães com seus bebês, até que foi informada que a criança havia nascido com uma anomalia congênita:

“Na hora nem me importei, tudo que me importava era que meu filho estava vivo. Mas depois daquilo, começou um inferno na nossa vida, foi uma época muito sofrida.

Ter um filho já é osso, mas um filho com uma má formação, uma coisa que você sabe que vai afetar ele para sempre se não resolver, é muito mais difícil [...] mas foram passando os anos, aos poucos tudo foi se resolvendo, fui atrás de tudo e dediquei toda a minha vida e tempo a ele. Nisso eu parei de trabalhar, ficamos todos só com o salário do meu marido, para eu poder me dedicar cem por cento ao meu filho. E o resultado é que hoje ele está bem, depois de mil cirurgias, mil procedimentos, está tudo certo com ele. Mas depois disso, que nem faz tanto tempo assim, eu não queria nem pensar em outra gestação. Na minha opinião, estar grávida é péssimo, abrir mão da sua vida é triste demais! Só há pouco tempo posso dizer que voltei a viver minha vida, porque antes eu vivia a vida do meu filho. Mas recentemente entrei no trabalho dos meus sonhos e comecei a crescer tanto, de uma forma que eu nem conseguia imaginar. Estava no meu melhor momento profissional [...]” (Amanda).

No momento em que passa a falar da retomada do protagonismo em sua própria vida, a participante traz à tona seus projetos e aspirações pessoais, contando que recentemente conseguiu abrir seu próprio negócio. Sua narrativa calorosa é interrompida no momento em que fala da descoberta das duas gestações indesejadas:

“[...] não tinha a menor vontade de ter nenhum dos filhos, nem do primeiro aborto, nem do segundo. Depois do meu filho, jurei para mim mesma que não queria mais filhos, cuidei dele, cuidei dos do meu marido, que já são crescidos, e pronto. Ia focar em mim, no meu corpo, e nas minhas prioridades, que foi o que eu fiz. Depois que você tem um filho sua vida nunca mais é a mesma. Ser mãe é se doar muito. E só nossa vida para. A vida do pai continua, amamos nossos filhos, mas quando vem sem planejar é frustrante. Ninguém merece viver só com a barriga no fogão, cuidando da casa e da criança” (Amanda).

Diante do discurso da participante, importante ressaltar que, embora seu marido tenha participado ativamente do processo decisório do seu primeiro aborto, não a ajudou no curso do itinerário abortivo. Na ocasião da segunda gestação indesejada, a participante sequer chegou a informar-lhe que estava grávida. Mesmo diante da perda do apoio do companheiro, Amanda ainda assim deu primazia aos seus projetos e planos profissionais e optou por, sozinha, interromper as duas gestações. Uma situação bastante similar pôde ser observada no discurso de Regina:

“[...] no final do ano, tracei todos os planos e metas para o ano seguinte, incluindo comprar meu apartamento! Consegui pagar a entrada, era o apartamento dos sonhos meus e do meu filho, e estávamos já pensando e sonhando com tudo. Aí aconteceu né, chamei meu namorado, que já estava comigo há um bom tempo, para vir morar com a gente [...] O fato é: já vacilei muito na vida, e quando acho que estou no caminho certo, quando tomo as rédeas da minha própria vida, veio essa bomba! Assim que vi o positivo, eu tinha certeza que não queria! Tanta certeza que joguei na cara dele: quando esse menino tiver 20 anos, você vai estar com quase 80, então além de cuidar de menino vou precisar ficar trocando sua fralda? Vai cair tudo para eu resolver? Sem condição! Eu mesma não tenho idade para isso, e para mim isso foi suficiente. Pensar no futuro, na criação, nos gastos, em tudo que eu teria que abrir mão. Simplesmente não. Não combina em nada. Por isso estava certa, e não me arrependo. O que me conforta, é pensar em tudo que iria passar, e só nós sabemos” (Regina).

Das seis participantes negras que compõem o presente *corpus*, Regina é a única que possuía condições econômicas favoráveis à época da realização do aborto. Ela estava trabalhando em dois empregos, tendo afirmado que ela e o filho de 8 anos, criado sem a presença e auxílio financeiro do pai, estavam vivendo confortavelmente. A peculiaridade no caso de Regina está no fato de os planos pessoais por ela mencionados não dizerem respeito necessariamente à sua vida profissional, estando vinculados ao aproveitamento, por si própria e pelo seu filho, das condições econômicas por ela atingidas por meio do estudo e do trabalho, não havendo espaço para uma nova gestação no momento em que finalmente conseguiu “tomar as rédeas” da própria vida. Além disso, o projeto de vida da participante também foi associado à sua idade e à do companheiro, tendo manifestado a falta de interesse em criar um filho e, ao mesmo tempo, precisar “trocar a fralda” do parceiro, que já tinha mais de 50 anos à época da gestação não planejada.

O relato de Júlia também é nesse sentido. A participante era mais nova que as outras duas participantes, tinha 26 anos à época da gestação indesejada, mas já possuía um filho pequeno e era casada. A participante disse que, quando engravidou do filho, tinha 24 anos e estava no sexto período da faculdade de administração. No entanto, ela não conseguiu concluir o curso, pois a faculdade ficava em outra cidade, e ela demorava cerca de duas horas no trajeto de ida e volta, o que não poderia fazer todos os dias tendo que cuidar de um filho pequeno. De acordo com a participante: “eu amo meu filho, ele é a minha vida, mas desde o momento em que temos filhos pensamos neles em primeiro lugar, e como eu ia estudar em outra cidade com um bebê?”. Durante o período de sua primeira gestação, disse ter ficado incomodada por ter iniciado um curso e ter precisado desistir. No momento em que descobriu que estava grávida novamente, ela havia iniciado outra graduação, e o marido também estava estudando: “aquela correria de sempre em busca de um futuro melhor para nossa família, outra criança no momento significa eu ter que parar a minha vida toda novamente, deixar para trás minha faculdade, minha vida que estava voltando a caminhar”.

As declarações das participantes demonstram que, até mesmo nas situações em que os planos profissionais são colocados em primeiro lugar quando comparados a uma possível gestação, a construção do signo *mãe* em seu caráter funcional, moldado por meio de dispositivos biopolíticos de controle social, segue sendo uma realidade, sobretudo no que diz respeito aos papéis de cuidado assumidos de modo a garantir o bem-estar dos filhos e do companheiro.

De acordo com Pierre Bourdieu (1998), em “A dominação masculina”, o ato de tornar-se mãe nas sociedades ocidentais está diretamente vinculado à assunção do papel de cuidadora

e protetora, sendo estas características associadas de forma artificialmente natural à identidade de gênero. Esta noção fica bastante clara nas falas supracitadas. Amanda, em seu relato, apontou diversas vezes as dificuldades que viveu para garantir o bem-estar do seu filho, tendo precisado abrir mão dos seus sonhos e planos, e embora não se arrependesse, sabia que ter outro filho significaria precisar passar por tudo aquilo sozinha novamente, pois embora vivesse com o marido, sabia que as maiores responsabilidades recairiam sobre ela. Regina, por sua vez, apontou a sua idade como fator crucial na decisão por não ter filhos, e relacionou-a diretamente à falta de vontade de precisar cuidar, na velhice, de mais um filho e do companheiro. Júlia, por sua vez, embora também vivesse com o companheiro, sabia que somente sua vida pararia se tivesse um filho, pois ele poderia continuar cumprindo com suas rotinas e obrigações, ao passo que ela precisaria realizar as atividades domésticas e de cuidado.

A partir disso, percebe-se que a dimensão do cuidado como obrigação não é apenas enraizada nos pensamentos e realidades destas mulheres, mas é em certa medida naturalizada nos meios em que estão inseridas, ilustrando a divisão sexual do trabalho na sociedade patriarcal. De acordo com Daniele Kergoat (2009), a conceituação da divisão sexual do trabalho em termos de relação social baseia-se na ideia de antagonismo entre os pares de oposição, havendo uma separação socialmente difundida entre trabalhos *masculinos* e *femininos*, sendo que os primeiros, geralmente se destinam à esfera da produção e os segundos da reprodução (KERGOAT, 2009). A partir disso, o trabalho reprodutivo, em que estão englobados os cuidados dos filhos, é compreendido como responsabilidade exclusivamente feminina.

A complexidade dessa noção se aprofunda ainda mais ao considerar-se a posição da mulher negra no cenário de divisão de trabalho. A historiadora Beatriz Nascimento argumenta que, ao passo que a mulher branca é historicamente designada pelas normas patriarcais ao papel de esposa e mãe, encarregada dos cuidados do marido e dos filhos, a mulher negra, desde os primórdios do colonialismo, sempre foi vista como uma figura produtiva, inserida de forma precária no espaço público (NASCIMENTO, 2020, p. 52). Embora na atualidade as mulheres brancas também façam parte do campo produtivo do trabalho, as desigualdades continuam existindo, perpetuadas por diversos fatores, incluindo questões raciais que relegam as pessoas negras aos estratos mais inferiores da hierarquia social (NASCIMENTO, 2020, p. 52). No que diz respeito especificamente às mulheres negras:

A mulher negra, elemento que expressa mais radicalmente a cristalização desta estrutura de dominação, vem ocupando os mesmos espaços e papéis que lhe foram atribuídos desde a escravidão. Dessa maneira, a 'herança escravocrata' sofre uma continuidade no que diz respeito à mulher negra. Seu papel como trabalhadora, grosso

modo, não mudou muito. As sobrevivências patriarcais na sociedade brasileira fazem com que ela seja recrutada e assuma empregos domésticos nas áreas urbanas, em menor grau na indústria de transformação e que permaneça como trabalhadora nos espaços rurais. Podemos acrescentar, no entanto, ao exposto anteriormente que a estas sobrevivências ou resíduos do escravagismo se superpõem os mecanismos atuais de manutenção de privilégios por parte do grupo dominante (NASCIMENTO, 2020, p. 51).

Assim, enquanto as mulheres brancas ascendem a postos mais elevados na escala de empregos, na medida em que possuem maior acesso a oportunidades e escolarização, as mulheres negras continuam ocupando os postos mais precarizados, de modo que, além de precisarem ingressar no mercado de trabalho para assegurar a estabilidade financeira do núcleo familiar e sua própria sobrevivência, também são encarregadas do trabalho doméstico e de criação dos filhos. Essas distinções refletem-se inclusive na forma como o cuidado é visualizado pelas mulheres que compõem este universo de pesquisa.

Para as mulheres brancas, o trabalho do cuidado parece se dar através da consolidação do ideal arquetípico de amor familiar, remetendo ao mito do amor materno (BADINTER, 1985) e à ideia de dispositivo da maternidade (ZANELLO, 2016). Isso demonstra que embora sejam visíveis as mudanças nos papéis artificialmente incumbidos a um e outro gênero na sociedade contemporânea, o papel de mãe continua associado ao ideal de cuidado ilimitado e indiscutível, solitário na medida em que o homem pode decidir se participará ou não dessa função. Diferentemente, para as mulheres negras, as atividades voltadas à criação dos filhos são internalizadas como o cumprimento de uma obrigação, compreendidas como uma função intrínseca à sua própria existência dentro da estrutura de dominação.

Neste ponto, importante ressaltar que, entre as participantes que apontaram terem receio de prosseguir com a gestação e precisarem criar um filho sozinhas, pois não acreditavam poder contar com o apoio do parceiro na realização dos afazeres domésticos, a maioria era branca e de classe baixa. Regina foi a única mulher negra a apresentar estas preocupações, ressaltando-se que ela é a única participante não-branca com maiores recursos financeiros. Entre as mulheres negras e de classe baixa, essa questão sequer é mencionada, embora muitas delas já tivessem criado outros filhos sem a presença dos pais. Assim, ao passo que para as mulheres brancas é notada a inviabilidade no prosseguimento da gestação ante a dificuldade em equilibrar suas carreiras com o trabalho doméstico, as mulheres negras trazem outros motivos, menos relacionados ao receio em precisar realizar atividades de cuidado sozinhas.

Ainda em relação à dimensão do cuidado, é importante apontar que seis participantes afirmaram que um dos fatores que as fez decidir pelo aborto foi a vontade de oferecer melhores

condições de vida aos filhos que já tinham. A maioria das participantes que já eram mães tinham filhos pequenos na época em que passaram pela gestação indesejada, de modo que a escolha pela interrupção da gestação em muitos casos esteve relacionada à convicção de que não possuíam recursos físicos e financeiros para criar outra criança naquele momento. É por isso que, como apontado por Débora Diniz, em seu prefácio ao recente livro de Diana Greene Foster (2023), “a decisão de uma mulher pelo aborto é também uma decisão sobre como ser uma boa mãe para os filhos que já nasceram” (DINIZ, 2024, p. 13). É neste sentido os relatos das seguintes participantes:

“O meu esposo graças a Deus não questionou quando disse que não iria continuar com a gravidez, desde o começo expus o meu não querer e ele não questionou, até porque filho é da mãe, independente de ter ou não parceiro. O pai pode ser o mais presente e sempre é mãe no final [...] Bom, eu já tenho duas filhas, ou seja, as coisas já são difíceis financeiramente. Nas duas gestações eu passei muito mal, tive que tomar remédio, foram momentos muito difíceis para mim. Aí, ainda por cima, quando engravidei eu tinha acabado de conseguir um emprego na minha área, estava procurando há anos, e estou lá até hoje. Então não era o momento de aparecer grávida...Ainda mais se fosse igual as minhas outras gestações...Então falei para o meu marido da minha decisão, e ele respeitou” (Diana).

“Sou casada, mãe de três filhos e já me sinto realizada com minha família. Mesmo eu já sabendo a dor emocional de um aborto por ter passado por um, eu estava convicta que não queria mais. Quem é mãe sabe o quanto é difícil a maternidade, e que o filho sempre vai ser nosso, nunca dos pais, por mais que alguns ajude. Para falar a verdade, eu não quis aceitar que estava grávida, mesmo tudo no meu corpo gritando que sim, minha menstruação estava atrasada, e meus seios estavam doendo muito, foi aí que eu decidi comprar um teste, quando eu fiz, subiu as duas riscas na hora. Eu me tremia tanto de nervoso porque eu não queria essa gravidez de jeito nenhum, precisava focar nos meus filhos, sabe? Nas necessidades dos meus filhos. Então eu decidi que eu não queria!” (Laura).

“[...] fui mãe jovem, aos 14 anos, e quando as minhas amigas da escola curtiam e iam em festa eu já tinha passado por dois casamentos fracassados, um com 14 e outro com 17 anos, o que me gerou muito trauma em passar por essa fase de gravidez. Nunca culpei meus filhos, sempre tive consciência que quem errou fui eu, e sempre procurei dar o meu melhor por eles, e nisso obviamente a minha prioridade não era mais crescer, fazer amigos, estudar...E sim só trabalhar, cuidar deles e viver por eles. Então, hoje, com meu filho mais novo ainda sendo pequeno, não conseguia pensar em ter outro bebê, por uma época eu até queria, mas a verdade é que acho que não me vejo nunca mais com um bebê no colo, agora só quero cuidar dos filhos que eu já tenho” (Tainá).

Como identificado por Foster (2023), em “Gravidez indesejada”, estudo longitudinal prospectivo que examina os efeitos da gravidez indesejada nas vidas de mulheres estadunidenses, a maioria das mulheres não escolhe abortar por ter descartado completamente a maternidade dos seus planejamentos de vida. Pelo contrário, muitas escolhem abortar porque as realidades de filhos que já nasceram são, para elas, mais importantes. Além disso, em diversos relatos as participantes mencionaram que não queriam colocar uma criança no mundo

sabendo que não poderiam oferecer boas condições de vida a ela, de modo que, para elas, o aborto foi uma forma de impedir que outro indivíduo passasse por condições de precariedade e vulnerabilidade social. Neste sentido é a fala de Júlia:

“Eu amo meu filho, amo ser mãe dele, ele foi planejado demais, mas quando ele nasceu eu e meu marido estávamos em outra vida, com outros planos. A pandemia levou tudo que tínhamos. E quando eu engravidei de novo as coisas não estavam fáceis para recomeçar do zero, então eu sei que tomei a decisão certa, sei que tomei um ato de amor e coragem, porque Deus não vai me punir por eu ter impedido uma pessoa de sofrer. Eu não poderia colocar outra pessoa na condição que eu estava naquela época” (Júlia).

Às vezes, as mulheres também optam por interromper uma gravidez indesejada por preocupações com a própria saúde. Esse é o caso de Clara, para quem o plano da maternidade sempre foi uma realidade, mas quando descobriu estar grávida pela primeira vez, entendeu que não poderia ter um filho naquele momento. Ela tinha 26 anos à época do aborto, e namorava fazia sete anos com o mesmo homem, com quem atualmente é casada. Durante a entrevista, ela contou que o relacionamento era saudável, e assim que descobriu a gestação, imediatamente contou para ele. Embora a participante tenha mencionado que não queria ter filhos naquele momento porque ambos eram muito jovens e ainda dependiam financeiramente dos pais, o principal fator que a fez decidir pelo aborto esteve relacionado à sua condição de saúde:

“Eu não me sentia pronta psicologicamente, nem financeiramente para ter uma criança. Ter um filho não é brincadeira, sei disso agora que tenho meu pequeno. Mas o que me fez pensar em tirar o bebê foi por pensar principalmente que meu corpo não aguentaria uma gestação. Eu não tenho saúde muito boa, tive uma leucemia aos 14 anos, outra aos 20. Sofri muito por muitos anos, e desde então cada dia eu tenho reaprendido um pouco a viver, mas naquela época estava tudo muito difícil. Por tudo isso digo que não tenho um corpo forte e uma saúde boa [...]. Mas já na época eu sabia que queria ser mãe futuramente, quando meu corpo fosse saudável, quando minha mente estivesse mais tranquila e quando eu tivesse condições de dar tudo do bom e do melhor para meu filho, principalmente a garantia de uma mãe presente. Me partiu o coração fazer esse procedimento, até hoje não concordo com o que fiz. Mas não tive escolha...e de um jeito muito estranho, me deu ainda mais certeza de que eu seria mãe um dia” (Clara).

Nesse contexto, vê-se que, para Clara, o aborto representou uma alternativa viável para que pudesse prosseguir com seus próprios planos e objetivos, visando garantir, no futuro, a possibilidade de proporcionar uma vida que ela considerasse digna aos filhos que eventualmente decidisse ter. Muitas outras participantes também destacaram a questão da dignidade como um fator decisivo em suas escolhas pelo aborto, associando-a à falta de recursos financeiros ou à impossibilidade de oferecer uma vida estável para um filho naquele momento, por não possuírem condições psicológicas ou físicas para tanto. Essa noção também foi recorrente na pesquisa etnográfica de Chaneton e Vaccarezza (2011), que constataram ser

bastante demarcada nas enunciações das participantes a distinção entre trazer uma vida ao mundo e assumir o comando desta vida. Ao passo que a primeira está vinculada meramente à capacidade reprodutiva do corpo feminino, a segunda sugere a responsabilidade ética na criação de um filho, que em muitos casos pauta-se em uma lógica de superioridade da vida social, ou “vida vivida”, em oposição à mera existência, o que faz com que muitas mulheres decidam pelo aborto ante a compreensão de que não devem trazer uma vida ao mundo se não podem oferecê-la o que subjetivamente entendem como condições dignas de existência (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 86). É neste âmbito que trazemos na presente pesquisa o aborto como um ato de amor, consigo e com o outro:

“Não me arrependo nem um pouco de ter feito pela terceira vez o procedimento, falo mesmo! Prefiro interromper do que colocar no mundo para sofrer ou eu rejeitar eternamente. Não tinha planos de ter nem minha terceira filha, quanto mais ter quatro ou sei lá quantos filhos a mais. As pessoas são hipócritas e moralistas, mas na hora que o filho chora, só a mãe vê. Só a mulher que para a sua vida para a maternidade, para o homem é a mesma coisa que nada! Somos nós que botamos no mundo, nós que temos essa conexão para o resto da vida com outra pessoa, nós que nos preocupamos o tempo todo, é muita responsabilidade nas costas, e ainda por cima temos que cuidar de nós. Eu não diminuo, não estou dizendo que não é nada, sei que um dia vou pagar por isso, eu deveria ter me cuidado, mas eu não sou ruim pela decisão, nem me sinto mal, e se tiver que tomar a mesma decisão de novo, pode ter certeza que eu tomo” (Laura).

“E eu acredito mesmo que abrir mão de uma gestação também é um ato de amor, principalmente se você, assim como eu, tem o desejo de ser mãe um dia. Todos nós sabemos onde dói para a gente e também que ninguém deveria ser obrigado a ter um filho simplesmente porque alguém decidiu que isso é o certo e ponto final. Espero muito que um dia nosso governo perceba a importância disso, sério, porque te digo que não é nada daquilo que passam na TV, a gente não aborta sorrindo, não é um processo fácil, e ter tanto julgamento em cima piora tudo. Mas sinto mesmo que fiz isso por amor, amor próprio e amor ao meu filho, que eu espero que venha quando eu possa criar ele da melhor forma possível. Quando eu passar a ter condições, não só financeiras... Colocar uma criança no mundo exige responsabilidade e vontade de ser mãe, e não é justo eu fazer isso uma pessoa quando sinto que eu não tenho nada disso” (Alice).

No entanto, é importante apontar que nem todas as participantes queriam ser mães em algum momento das suas vidas. Na verdade, muitas afirmaram que sequer haviam pensado nisso até o momento da gravidez inesperada, principalmente as mais jovens. Outras relataram que, até então, viam a gestação como algo distante, mas provável, o que demonstra a incorporação da instituição da maternidade nas realidades e na constituição das identidades das participantes. Gabriela foi a única participante que disse ter abortado porque não possuía qualquer pretensão de se tornar mãe, o que permanece até a atualidade. Em sua fala, a participante trouxe que em nenhum momento cogitou seguir com a gestação, pois engravidou de uma pessoa com quem não possuía vínculo afetivo. Durante a entrevista, no entanto, a

participante interrompeu sua própria narrativa e afirmou: “para ser bem sincera, foi a única vez que engravidei e não tenho como meta ser mãe”. A partir disso, Gabriela ofereceu um panorama detalhado acerca de sua vivência fora da expectativa social da maternidade:

“Ah, eu nunca quis, acho que por isso nenhum cara me quis por tanto tempo também [risadas]. Mas sei lá, para mim não fazia sentido, nunca fez. Não conseguia olhar para mim mesma no espelho e me imaginar como mãe, me imaginar com um filho... até imaginei que isso ia mudando com o tempo, porque a gente quando é jovem não quer nada com nada né, achei que poderia começar a querer quando eu fosse ficando mais velha, quando conhecesse um cara bacana. Acho que a gente vai ficando mais velha e o instinto maternal vem, mas o meu falhou, veio quebrado [risadas]. E aí eu fiz 25, 30, 35, que foi a idade que fiz o aborto, e não veio. Sempre me perguntam né, “ah cadê o namorado”, “e os filhos vem quando”, ou quando começo a sair com um cara, no olho da minha mãe parece que brilha, pedindo genro e pedindo neto [risadas]. E eu nunca sei o que falar, porque o que você responde? Eu não quero. E não vou ter filho só para alguém cuidar de mim na velhice. Não sou egoísta a esse ponto” (Gabriela).

Embora manifeste de forma precisa a sua falta de vontade de tornar-se mãe em algum momento da vida, a participante não deixa de apontar diversos fatores externos que fazem com que repetidamente pense sobre sua decisão, como a ausência de um relacionamento amoroso estável, os discursos de familiares e amigos e a possível ausência de amparo na velhice. A partir disso, nota-se que uma das ferramentas do dispositivo da maternidade está justamente na imposição de diversos obstáculos para as mulheres que decidem por não ter filhos, atuando enquanto forma de controle dos seus corpos e de suas vidas e vivências sexuais e reprodutivas (ZANELLO, 2016). Na fala de Gabriela, percebe-se que a negativa pública do instinto maternal e da vontade de ter filhos faz com que se sinta excluída socialmente, o que reforça a noção de que um dos efeitos mais complexos da instituição da maternidade reside no posicionamento de mãe e não-mãe como opostos irreconciliáveis (YAÑEZ, 2017, p. 06), resultando no apagamento social das mulheres que optam por não seguir com a maternidade. No entanto, ao negar a gestação impositiva, Gabriela também demonstra que a realização feminina não depende necessariamente da procriação, e que outras dimensões da sexualidade podem ser vividas de forma plena pela mulher que opta por não ter filhos, indicando novamente a reversibilidade do poder.

O relacionamento com o parceiro também foi apontado por algumas mulheres como fator decisivo para a interrupção da gestação, tendo sido abordado sob dois aspectos principais: algumas mulheres temiam que o parceiro não assumisse as responsabilidades paternas e não tinham a intenção de criar um filho sem o apoio parental, razão pela qual decidiram pelo aborto, e outras já se encontravam em relacionamentos abusivos e deteriorados antes mesmo da

descoberta da gestação, tendo praticado o aborto porque não pretendiam estabelecer vínculo com o homem em questão pelo resto de suas vidas.

De acordo com dados coletados no presente estudo, a maioria dos homens envolvidos nas gestações das participantes não tinham interesse que a mulher prosseguisse com a gravidez, seja por não possuírem interesse em assumir o papel de pai, seja por não possuírem vínculo estável com a mulher com quem se relacionaram. Embora essa falta de vontade na maior parte dos casos tenha sido compartilhada com a mulher, que por motivos íntimos e pessoais também não pretendia seguir com a gravidez, em alguns casos o receio de criar o filho sozinha e não poder contar com o apoio do parceiro foi um fator fundamental para que decidissem pelo aborto. Nos relatos em que essa questão foi mencionada, nota-se que a ausência do parceiro não foi um fator determinante somente porque sua ausência implicaria que a mulher precisaria lidar sozinha com os custos de criar um filho, mas principalmente porque, para as participantes, a ideia de constituição de uma família nuclear mostrou-se indispensável, sobretudo nos casos em que já haviam criado outros filhos sozinhas. Essa foi a vivência de Beatriz, que já possuía dois filhos à época da gestação indesejada:

“Tenho duas filhas, a primeira filha tive aos 17 anos, era casada, me separei do pai dela quando ela ainda era nenê, cortamos totalmente o vínculo, ele nunca mais apareceu, criei ela sozinha. A segunda filha veio de um namoro, nos separamos quando ela tinha acabado de nascer, também sumiu e nunca ajudou em nada. Não via possibilidades de cuidar sozinha de mais uma criança. Mas no fundo queria um apoio para não ter que interromper a gravidez, e só vi que nunca teria isso quando o pai da criança disse que não queria ter um filho, que era para eu dar um jeito. Para ser bem sincera contigo, eu nem me importava com questão financeira nesse ponto, só pensava que não tinha a menor chance de criar mais uma criança sem o contato do pai, como foi com as minhas duas filhas. A gente tenta, Deus sabe que eu tentei muito, sempre supri todas as necessidades delas, mas a ausência do pai reflete demais, não tem jeito. Minha filha mais velha chegou a conhecer o pai, ela sofre com depressão e ansiedade desde pequena, acho que até hoje se culpa por ele ter ido embora. Com a pequena é mais tranquilo, mas somos sozinhas, não temos com quem contar, eu me viro nos trinta para conseguir trabalhar e estar lá para elas. Então, quando ele me falou aquilo, eu vi que não tinha outra solução, mesmo que eu ainda não soubesse como fazer. Só que não foi nada fácil, eu chorava muito, acho que no fundo eu esperava o tempo todo que ele voltasse atrás, me apoiasse e falasse que ia ficar do meu lado para criarmos aquela criança juntos” (Beatriz).

Nota-se que embora Beatriz tenha mencionado as preocupações financeiras, reconhecendo que seria um desafio lidar sozinha com os custos decorrentes da criação de outro filho, especialmente considerando que já tinha criado duas meninas sem a ajuda dos parceiros, seu principal desejo não era que o homem desempenhasse o papel de provedor financeiro, mas sim o de pai. Portanto, a questão financeira foi abordada de maneira superficial, refletindo mais suas próprias condições do que as do parceiro. A decisão de realizar o aborto foi motivada pelo

que ela entende como falhas de caráter e maturidade do homem com quem havia se relacionado, ao perceber que ele não era confiável para assumir a responsabilidade da paternidade, já que expressou claramente sua recusa em ter o filho. Vendo as dificuldades enfrentadas por suas outras duas filhas, que foram criadas sem a presença dos pais, Beatriz não queria trazer outra criança ao mundo nas mesmas condições, sendo seu principal receio relacionado ao bem-estar emocional do futuro filho. Assim, a falta de apoio durante a gestação deixou a participante emocionalmente abalada, levando-a a considerar o aborto e, posteriormente, a decidir por ele. Esse mesmo sentimento é compartilhado por Helena:

“Eu estava com o coração apertado, sempre sonhei em ter dois filhos, um casalzinho, talvez fosse a oportunidade. Chorei muito todos os dias, pensava em desistir e ter mesmo assim...Só que lembrava o quanto foi sofrida minha última gestação, fora questões financeiras, é muito difícil não poder dar para seu filho tudo que ele merece. E nessa gestação eu também sabia que não poderia confiar no pai. Então coloquei na cabeça que era o melhor a ser feito. Realmente cogitei a hipótese de ter esse filho, mas minha realidade era outra” (Helena).

No caso de Helena, o parceiro impôs que ela levasse a gravidez adiante e até a impediu de considerar o aborto. Contudo, a participante duvidava que ele assumiria as responsabilidades da paternidade, percebendo sua postura mais como uma oposição ao aborto a que uma real vontade de ter filhos e compartilhar a vida com ela. Ainda, de acordo com a participante, embora o parceiro fosse mais velho que ela, não compreendia como a chegada de um bebê mudaria suas vidas, algo que Helena já tinha plena consciência, pois já tinha uma filha pequena. Apesar dos seus sentimentos pelo parceiro, a falta de confiança foi evidente, especialmente diante da incerteza sobre o futuro do relacionamento e o medo de ter que criar outro filho sozinha caso ele decidisse abandonar suas responsabilidades como pai, de modo que, assim como Beatriz, ela decidiu pelo aborto.

Ainda, três participantes citaram abusos e violências praticadas pelo parceiro como fator determinante para que decidissem interromper a gestação. Tainá é mulher negra e de classe baixa, possuía 25 anos e dois filhos à época da gestação indesejada. Ela relata que sua história com o parceiro começou aos 17 anos, quando saiu da casa da mãe para poder viver com ele. Ela já tinha um filho de 3 anos, de um relacionamento anterior, que foi criado pela sua mãe “como se fosse filho dela”. Uma vez junto com o parceiro, Tainá foi inserida no contexto de vulnerabilidade em que foi mantida pela maior parte de sua vida adulta, pois ele começou a fazer uso de drogas, envolveu-se com a prática de crimes e passou a agredi-la. Em meio a este contexto, Tainá descobriu que estava grávida do seu segundo filho: “esses anos foram um inferno, ele me batia grávida, depois quando nosso filho nasceu piorou. Ele era usuário de coca,

não dormia. Eu não podia sair, não podia nem fechar a porta do banheiro. Várias vezes tive que deixar meu filho com a minha mãe. Conviver com usuário é morrer aos poucos com ele”. A participante relatou que, com o passar dos anos, a violência piorou, tendo suportado inúmeras agressões, chegando perigosamente perto de perder a visão de um dos olhos em um dos episódios mais violentos. Além disso, sofria por não proteger o filho, que também era agredido pelo marido: “ele ficava violento depois da brisa de coca, tentou matar eu e meu filho, disse que as vozes na cabeça dele mandavam ele matar”. O desespero atingiu o auge quando Tainá perdeu a guarda do segundo filho. A situação só se acalmou quando o parceiro foi preso, mas a paz foi efêmera: "ele foi condenado a uma pena longa, mas estava livre aguardando o resultado do julgamento em segunda instância". Foi durante esse período de incerteza e medo que ela descobriu que estava grávida novamente:

“Vê, na época morava eu e ele na nossa casa, que é propriedade da minha mãe. E morava minha mãe, meu pai e meus filhos na outra casa, que fica em um terreno perto. Quando ele foi solto, tive que continuar morando com ele, porque minha mãe não me deixou mandar ele embora até que ele terminasse de pagar o carro que ela tinha vendido para ele. E ele dizia que se eu não ficasse com ele, ele não ia pagar. Ou seja, fui obrigada a continuar com um homem que me batia por conta do dinheiro que minha mãe tinha que receber dele. Eu não queria mais beijar ele de raiva, mas aí aconteceu uma vez de fazer sem camisinha e fiquei grávida. Se fosse um homem bom que me ajudasse, não me machucasse, eu ia querer ter o filho sim, mas com um traste, um demônio desse, pensei que ia ficar amarrada pela vida inteira nele, porque um filho é um laço para a vida inteira, e a gente já tinha um” (Tainá).

Para Tainá, o desejo de fazer um aborto estava completamente relacionado à sua relação com o parceiro, descrito por ela como um homem violento e perigoso. Além do temor de permanecer presa em um ciclo de violência que a assombrou por grande parte de sua vida, ela não queria submeter mais uma criança às mesmas condições: “até hoje meu filho não quer contato com o pai, sofreu muito na infância. Entrei em depressão, porque não podia proteger meu bebê, até hoje não consigo confiar em ninguém. Não podia fazer isso com outro”. Tainá expressou o desejo de recuperar a guarda de seus filhos, reconciliar-se com sua mãe e construir uma família grande, com outras crianças, mas reconheceu que isso só seria possível se engravidasse de alguém confiável, com quem pudesse contar. Ela admitiu que, nesse cenário tido como ideal, jamais teria considerado o aborto, mas diante das circunstâncias, viu a interrupção da gravidez como um “mal necessário”. Segundo ela:

“Eu fiquei muito confusa, meu medo mesmo foi que Deus não ia me perdoar, cheguei a ir perguntar na igreja, mas Deus não me deu uma resposta de sim ou não, então eu soube que estava nas minhas mãos, e que eu teria que arcar com a minha escolha. Pensei muito em tudo que ando vivendo e decidí fazer. Agora como que pode esse país ser contra aborto, olha o meu caso, eu estava com o cara, sendo chantageada por

ele por dinheiro de carro que ele devia para minha mãe. Como que podem me falar que alguém que está passando por isso não pode abortar?” (Tainá).

Apesar de recriminar a prática do aborto, Tainá acabou por vê-la como a única saída para evitar inserir-se em uma situação ainda mais caótica, dado o contexto abusivo do seu relacionamento. No início de sua declaração, ela enfatizou sua oposição moral à prática do aborto, mas logo se viu questionando como a conduta poderia ser ilegal em um país onde tantas mulheres enfrentam circunstâncias semelhantes às suas. A participante reconheceu a extrema dificuldade de sair de um relacionamento abusivo, principalmente quando o casal já tem filhos juntos, como era seu caso, e percebeu que a obrigação de prosseguir com uma gravidez neste cenário acabaria por mantê-la em uma condição perpétua de vulnerabilidade, submissa a um homem de quem já estava tendo muita dificuldade de se desvincular.

Esse também foi o caso de Alice, mulher branca e de classe média, que mantinha relacionamento amoroso com o parceiro de quem engravidou, e ambos moravam juntos. A participante disse que, por um longo tempo, o companheiro não era violento: “no começo parecia um príncipe de tão santo e bonzinho, depois você descobre um machista violento, ninguém merece, nós não somos obrigadas a ser saco de pancada de homem”. Quando começaram a morar juntos, as humilhações tornaram-se constantes: “ele ficava com ciúme de mim com os amigos dele, passou a semana me humilhando, ameaçando de morte, falou que minha falta de caráter destruiu a gente, quebrou meu celular e ameaçou botar fogo nos móveis”. Ao descobrir a gestação e informar que realizaria o aborto, pois não queria ter um filho naquele momento da vida, a participante surpreendeu-se com uma reação que considerou aterrorizante:

“[...] ele surtou, surtou real. Ficamos nessa por vários dias. Ele me xingava toda, dizendo que eu era um monstro, que eu iria para o inferno quando morresse, que eu estava louca, eu falei que estava decidida. Daí ele mudava a conversa, disse que daríamos um jeito, que seria o melhor pai do mundo, que iríamos casar, que ele seria o melhor marido do mundo, mas mesmo assim eu estava decidida, falei que não queria. Aí ele disse que se eu tirasse a gente terminava e nunca mais se falava, aí eu não falei nada, aí ele me gravou sem eu saber na parte que eu falei que tiraria, gravou toda a nossa conversa, questioneei o motivo e ele falou ‘por minha segurança, caso aconteça algo com você, para ficar registrado que eu nunca concordei’. Depois começou a me chamar de assassina, e ficava falando que ia levar o vídeo para a polícia e falar quando eu estivesse abortando. Essa atitude me assustou muito, pois senti como uma traição, e foi uma traição, né. Ele falou para eu não fazer nada sem antes avisar, mas aí eu fiz tudo escondida e sumi da vida dele, fiquei com medo dele tentar me impedir, dele contar para alguém ou fazer alguma coisa. Meu maior medo passou a ser o que meu namorado pode fazer. E aí eu vi que não tinha como confiar nele para ter um namoro, quem dirá ter um filho” (Alice).

Nota-se que o parceiro de Alice não se intimidou em ameaçá-la no momento em que ela disse que pretendia praticar o aborto. A participante ainda chegou a relatar que, poucos dias

antes da interrupção, o parceiro disse que havia comprado uma arma, e em certo momento, quando ela entrou no quarto, prendeu seus braços com as mãos e perguntou se ela estava com medo. Alguns dias depois, quando descobriu que ela havia adquirido os medicamentos abortivos, expulsou-a de casa durante a madrugada. Embora as reações violentas não tenham começado somente após a constatação da gestação, é notável que elas se agravaram depois disso, sobretudo após a participante manifestar seu desejo em realizar o aborto.

A vivência de Alice muito remete às constatações de Rita Segato (2016) de que na sociedade patriarcal, a consolidação da masculinidade se dá a partir da construção de uma imagem de submissão das mulheres, pautada na violência física e psicológica. Assim, como formulado por Gonzaga (2015, p. 98), “não há surpresa no fato de os homens se sentirem mais confortáveis em exercer sua agressividade sobre as mulheres que eles consideram sob seu domínio e nesse sentido o domínio está representado através da gestação”. Isso pode ser extraído, inclusive, do prévio relato de Tainá, que informou ter sido agredida pelo parceiro diversas vezes inclusive quando estava grávida.

O último relato de violência narrado é do Maria, mulher negra e de classe baixa, que aos 32 anos foi estuprada por um membro de sua família, na casa onde estava com seus dois filhos. De acordo com a participante, essa gestação veio através de um ‘estrupe’, foi muito difícil para mim, até hoje eu sofro muito com isso, sinto raiva, nojo de mim, vontade de morrer por tudo que eu tive que passar nesse dia [...] o aborto era algo muito condenado por mim, mas é aquilo né, você tem que sentir na pele para entender a decisão de outra pessoa”. Após a violência sexual, a participante decidiu não registrar boletim de ocorrência. Em um dos nossos encontros, revelou que o abusador era Policial Militar, e ela temia pela sua vida e dos seus filhos caso fizesse a denúncia: “em quem você acha que iam acreditar? Em uma delegacia cheia de macho, falar que um deles fez aquilo comigo, acha que iam puxar pano para quem?”. Por conta disso, a participante permaneceu em silêncio, sem compartilhar a sua situação com ninguém, realidade bastante comum em casos de violência sexual, sobretudo quando o violador é conhecido da vítima.

Ao constatar o atraso no ciclo menstrual, Maria disse já ter certeza de que estava grávida e que não iria prosseguir com a gestação, e buscou realizar o aborto legal. De acordo com Débora Diniz, “aborto legal” é uma expressão que claramente representa o caráter ambíguo do marco punitivo brasileiro, pois embora o aborto seja tipificado como crime contra a vida, estando quem o pratica sujeito ao cumprimento de pena privativa de liberdade, a legislação reconhece a exclusão da punibilidade quando a gravidez é resultante de estupro e quando a vida

da mulher está em risco (DINIZ, 2014, p. 292). Diniz (2014) entende que as três exceções punitivas cumprem a função de caracterizar a mulher enquanto vítima, e é a centralidade desta figura que movimenta as políticas que regulamentam os serviços de saúde de aborto legal. Assim, não se busca resguardar a autonomia da mulher, mas sim proteger a mulher que foi vítima de um homem ou da natureza (DINIZ, 2014, p. 293).

No que diz respeito especificamente ao aborto praticado em mulheres que engravidaram em decorrência de violência sexual, a legislação brasileira não prevê o dever de noticiar o fato à polícia ou a apresentação de boletim de ocorrência para que o acesso ao procedimento seja permitido, de modo que, em teoria, qualquer mulher que tenha sofrido violência sexual pode acessar o aborto diretamente nas unidades de saúde, sem necessidade de o seu testemunho ser submetido à investigação policial ou judicial, como inclusive disposto na Norma técnica do Ministério da Saúde “Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual”, de 2015. No entanto, na prática, é comum que médicos ginecologistas e obstetras afirmem ser necessária a apresentação de boletim de ocorrência ou autorização judicial para que uma mulher tenha acesso ao aborto legal, bem como utilizam-se do direito individual de objeção de consciência para não realizar o aborto.

Esse é o caso de Maria, que embora tenha descoberto a gestação nos estágios iniciais, precisou percorrer um longo trajeto até conseguir efetivamente praticar o aborto, o que não se deu pela via legal. A participante, assim que descobriu a gestação, optou por realizar o exame de sangue beta-HCG e a ultrassonografia de forma particular, pois “já tinha feito tudo pelo SUS quando estava grávida dos meus filhos e sei que demora muito, então fiz no particular para garantir que ia ter a comprovação logo”. Maria acreditava que, com os exames em mão, poderia simplesmente recorrer a um hospital público e obter autorização para realizar o aborto legal. No entanto, isso não ocorreu. Quando finalmente recorreu a um hospital público, munida da documentação, e relatou ter sido vítima de estupro, ela foi atendida por uma equipe multidisciplinar, e disse ter se sentido julgada e avaliada: “tive que falar mil vezes a mesma coisa, a mesma história. Parecia que queriam me pegar mentindo. Me pediram um monte de exame, mesmo eu tendo levado tudo na mão, e depois falaram que iam entrar em contato comigo se estivesse tudo ok”, todavia, o contato nunca aconteceu.

Situações bastante similares foram identificadas por Diniz et. al (2014) no estudo “A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil”. De acordo com a pesquisa, baseada em oitenta e duas entrevistas com profissionais de saúde de cinco serviços de referência para aborto legal no país, “a verdade do estupro para o aborto legal não se resume à narrativa íntima

e com presunção de veracidade, mas é uma construção moral e discursiva produzida pela submissão da mulher aos regimes periciais dos serviços” (DINIZ, 2014, p. 291). Assim, embora a legislação não exija a apresentação de boletim de ocorrência, a prática inquisitória pela verdade continua sendo adotada nos centros de referência ao aborto legal, reforçando a exigência de que a mulher comprove a violência sofrida (DINIZ, 2014, p. 292). Nas situações em que não consegue, por não possuir provas, a palavra da mulher perde sua legitimidade e ela não é reconhecida como verdadeira vítima, de modo que não atende os requisitos necessários para acessar um serviço que lhe é garantido por direito.

Então, nesses casos, cabe à mulher atender sozinha a uma demanda que deveria ser suprida pelo Estado. Este foi o caso de Maria, que após ter sido atendida pela primeira vez no hospital público, seguiu deslocando-se até a unidade de saúde, longe de sua residência, no decorrer de três semanas, para descobrir se conseguiria realizar o procedimento. A participante disse ter sentido que o médico a estava evitando, pois não dava respostas concretas e pedia somente que ela aguardasse. Por fim, a participante recebeu o “veredito”: os médicos do hospital não realizariam o procedimento e, se quisesse, ela poderia recorrer à justiça, pois o aborto legal apenas seria feito “com uma obrigatoriedade do Juiz”. De acordo com a participante:

“Eu insisti, mas ele negou, falou um monte de coisa, me deu a opção de deixar para adoção. Ali eu percebi que hospital nenhum, que justiça nenhuma iria jamais me dar um suporte. Tudo na justiça é muito demorado, nada funciona. Por isso preferi comprar o remédio e fazer em casa. Eu aconselho muito não procurar justiça e nem hospital, infelizmente eles mais atrapalham do que ajudam, ou se ajudar demoram demais, acho que eles esperam até o último segundo para a gente desistir mesmo. Mas no meu caso não tinha jeito, os riscos de uma gestação sendo familiar são enormes, porque o grau de parentesco é muito próximo, aí a criança pode nascer com problema. Então eu tive que dar meu jeito” (Maria).

É nesse quadro de vulnerabilidade que se desenrola a situação de Maria: uma mulher com uma gravidez resultante de estupro, que diante da dificuldade em acessar o serviço de aborto legal sem recorrer à justiça, precisou realizar o procedimento de forma clandestina, em uma idade gestacional mais avançada, e precisando arcar sozinha com os custos do procedimento. Assim, nota-se que a tragicidade na vivência de Maria não reside no fato de ter precisado fazer um procedimento clandestino, mas sim na negativa da equipe médica em atender sua solicitação, fazendo com que precisasse revisitar e conviver diariamente com a violência a que foi submetida. Maria permaneceu grávida por diversas semanas, sem saber se conseguiria abortar ou não, notando através das mudanças corporais e sintomas físicos que o fruto da violência que havia sofrido crescia e se desenvolvia em seu corpo. Esse processo de

revitimização causado pelo poder público pode ser equiparado a uma prática de tortura, destituindo Maria não somente de sua existência enquanto cidadã, mas como ser humano, consolidando assim a imagem da vida tributável, da *hystera homo sacer* (NIELSSON, 2020) corpo que pode ser submetido à distintas formas de violência, pois sua existência serve ao aparato estatal tão somente na exata medida da sua descartabilidade.

Assim como descreve Diniz (2003, p. 27), a história de Maria é “única e trivial” ao mesmo tempo. É única por dizer respeito a uma série de fatores que englobam a sua existência enquanto corpo espacialmente e historicamente situado, que vivenciou uma violência sexual, seguida de uma gravidez não planejada, o insucesso na tentativa de recorrer ao processo de aborto legal e a realização do procedimento de forma clandestina. No entanto, a trivialidade de seu relato reside no fato de ele ser compartilhado por muitas outras mulheres, que se veem obrigadas a percorrer caminhos intrincados atrás da interrupção de uma gestação resultante de violência sexual, não obstante a realização do procedimento seja um direito legitimado pelo Estado. Maria representa as vivências de muitas outras mulheres cujas realidades são esquecidas ou ignoradas, sobretudo ao considerar-se que, atualmente, a taxa de estupros no Brasil chega a 36,9 casos para cada grupo de 100 mil habitantes, e o patamar de casos de abuso sexual é da ordem de 822 mil casos anuais, de acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2023.

Ainda, assim como a maior parte das mulheres que procuram serviços de aborto legal no Brasil, Maria é negra e pobre. De acordo com registros do perfil étnico-racial das mulheres que procuraram serviços de aborto legal no Brasil disponibilizados pelo SIH/SUS, mais de 30% eram pardas; 3,15% pretas; 26,41% brancas; 1,81% amarelas e 0,09% se declararam indígenas (BRASIL, 2020). A partir disso, entende-se que, no Brasil, o estupro não é um fenômeno, mas uma estrutura, na medida em que, de acordo com Sueli Carneiro (2003), a violência sexual a que mulheres racializadas são submetidas desde o período colonial estruturou as hierarquias de raça e gênero da sociedade contemporânea, resultando na desumanização dos seus corpos e no apagamento de suas existências (CARNEIRO, 2003). Essa outra dimensão do fenômeno permite conectar a notificação de casos de estupro e outras formas de violência sexual aos estereótipos e preconceitos que marcam os corpos de mulheres não-brancas, o que sugere que a falta de tratamento institucional adequado e eficiente está vinculada à maneira como essas mulheres são estigmatizadas e discriminadas, consolidando uma verdadeira cultura do estupro.

Esta cultura de tolerância ao estupro e outras formas de violência sexual não se dá somente a partir das relações entre homens e mulheres, havendo grande influência do

posicionamento institucional na forma como estes atos são socialmente encarados. Embora a legislação preveja o aborto legal, é frequente que interpretações e implementações práticas sujeitas à discricionariedade acabem por refletir concepções culturais que promovem a tolerância em relação a atos que, de fato, constituem violações sexuais. Por conta disso, mulheres seguem tendo seus direitos negados, perpetuando a realidade já pontuada por Angela Davis, em que o choro de mulheres negras violadas, como Maria, carece de legitimidade (DAVIS, 1981, p. 132).

A partir dos relatos trazidos, têm-se que quando as mulheres decidem interromper uma gestação inesperada, elas sabem o que estão fazendo. Em alguns casos, o momento da vida pelo qual estão passando não comporta o nascimento de um filho, pois estão definindo metas de vida e tomando decisões importantes (FOSTER, 2023, p. 212). Em outros casos, a possibilidade de prosseguimento de uma gestação é inviável, pois faria com que a mulher permanecesse em contextos de violência e vulnerabilidade. As situações são diversas, mesclam-se e unem-se, tornando-se únicas e ao mesmo tempo parte de um coletivo. O fator mais comum é de ordem econômica, o que não quer dizer que apenas mulheres com poucos recursos financeiros fazem menção a ele. As situações variam, coexistem e vinculam-se a planejamentos e ideais de futuro. As mulheres se referem às suas realidades financeiras, aos seus vínculos afetivos, aos filhos que já possuem e aos planos e preocupações que têm com o presente e com o futuro (FOSTER, 2023, p. 212). No geral, trazem a vida, como um todo, enquanto principal fator, e o que esperam dela.

Assim, nota-se que a contracepção, a desconfiança, a descoberta e o processo decisório não compõem somente o primeiro momento em que as mulheres confrontam seus ideais de maternidade, impostos sobre elas de forma estrutural, a partir de aparatos biopolíticos históricos interessados no controle dos seus corpos. Estes também são o momento em que as mulheres avaliam os aspectos de sua vida, analisam as suas expectativas para os anos vindouros, reestruturam planos, definem metas e estabelecem prioridades. Para algumas, a descoberta e a tomada de decisão mostrou ser um momento crucial, pois fez com que direcionassem olhares mais atentos ao que precisava ser reformulado em suas vidas, enquanto para outras foi um impulso para sair de situações que não mais as beneficiavam. Nenhuma das participantes voltou atrás após decidir, não havendo espaço para arrependimentos ou dúvidas em seus processos. Apesar de marcado por uma variedade de questões, desafios e escolhas, o momento da decisão, na maioria dos casos, foi breve, porém intenso. Posteriormente, as mulheres sentiram que

estavam iniciando uma nova etapa, com uma única certeza: uma vez decidido o aborto, ele precisava ser realizado. E rapidamente.

5 CLANDESTINIDADES EMERGENTES: CORPOS QUE ADENTRAM NA ZONA DE INDISTINÇÃO

5.1 INTERVALO

Nos itinerários abortivos, intervalo é o período que se inicia imediatamente após a decisão pela interrupção da gestação, perpassa a procura por métodos abortivos, a construção de redes de apoio e a busca por recursos financeiros, e finalmente se encerra com a realização do aborto. As emoções experienciadas pelas mulheres durante o intervalo estão diretamente vinculadas à percepção da passagem do tempo e à consciência de que o curso do processo iniciado em seus corpos depende inteiramente das decisões por elas tomadas no decorrer deste período. Por essa razão, diversas participantes referem-se a este momento como se tratando de uma verdadeira “corrida contra o tempo”, em que precisam seguir com suas rotinas de trabalho, estudo e cuidado ao mesmo tempo em que toda sua realidade está secretamente orbitando em torno da certeza de que o aborto precisa ser feito com a maior agilidade possível. Esta constatação, dado o contexto de ilegalidade da prática, faz com que os intervalos raramente transcorram de forma isenta de angústias, sofrimentos e aflições, como se vê nos seguintes relatos:

“Comecei a ir atrás de tudo que é método possível na região onde eu moro, mas tive muita dificuldade de encontrar um contato de confiança. Enquanto eu não encontrava, fiquei tomando todo tipo de receita que achava na internet e não aconselho isso! Eu passei muito mal. Chegou num ponto que eu já estava pensando até em colocar chumbinho de rato ‘lá’, estava desesperada. Finalmente, conversei com uma pessoa da família que me passou um contato de remédio e não me deixou fazer besteira, foi a melhor coisa que me aconteceu. Finalmente eu tinha esperança, em um momento em que a minha vida parou completamente por causa da gravidez, eu só passava mal, chorava” (Tainá).

“No mesmo dia eu comecei a ir atrás de um jeito, um amigo tinha um contato e essa moça passou para mim onde comprar, mas aí começou todo o perrengue de juntar dinheiro né, aquela correria para lá e para cá, e o tempo passando, o enjoo ficando cada vez pior, como se meu corpo tivesse me mostrando como eu tinha pouco tempo, tipo uma bomba relógio mesmo. Acordava podre de enjoo e pensava, meu deus, mais um dia grávida. Eu mal dormi até esse remédio chegar, todas as minhas economias foram para esses comprimidos, eu acordava pensando nisso, dormia pensando nisso. Acordava no meio da madrugada e não conseguia parar de chorar, soluçava alto assim, mordida o travesseiro para ninguém escutar. O tempo todo ficava me perguntando: que que eu vou fazer? E se eu morrer? E se eu não conseguir? Eu batia na minha barriga com ódio [colocou as mãos na barriga], dava soco, arranhava, só pensava o tempo todo como eu fui burra, como eu fui idiota. Era uma dor que não se mede” (Beatriz).

“Durante esse tempo que descobri até decidir como ia fazer, fiquei muito mal. Era finalzinho do ano, todo mundo feliz com o Natal... eu estava sozinha, prenha, vontade desesperadora de acabar com minha vida... Desejo de morrer bateu forte! Olhava para minha mãe e por dentro pedia socorro, pedia colo, mas não saía nada, porque se eu

contasse, sabia que iam me fazer parir e eu não queria. Mas eu sabia que não ia amar aquele filho, que não desejava aquilo...Me passava pela cabeça todos os dias tirar minha vida” (Iracema).

“Esse tempo entre ter decidido e conseguir descobrir o que fazer foi o pior para mim, de verdade. Eu não conseguia entender o que eu estava sentindo, porque era diferente de tudo que já senti na vida. Ao mesmo tempo que eu tinha vontade de rasgar minha barriga com uma faca, tirar ela de dentro de mim, falar ‘vai embora logo, me deixa em paz’, aí chegava de noite e eu fazia carinho na barriga, falava com ela, ficava imaginando se ela pareceria comigo ou com o pai dela. Teve um dia que o gato da minha amiga pulou na minha barriga de noite e eu acordei gritando, pensando assim: ‘minha filha, machucaram minha filha’, sendo que tipo, nem tinha como saber ainda se era menino ou menina, estava bem no comecinho. E aí eu lembrei de tudo e eu chorei tanto, porque parece que é um duelo na própria cabeça...eu me senti horrível, guria, horrível...uma tristeza bem no fundo assim [apontou para o peito] que não vai embora por nada, que só foi embora depois, quando fiz o procedimento. Me sentia burra, sozinha, insuficiente, incapaz. A coisa mais cruel que podem fazer com a gente é obrigar a gente a esperar” (Emília).

A evocação das cenas descritas pelas personagens traz imagens de profundos sofrimentos e da violência que marca o momento do intervalo nos itinerários abortivos de mulheres brasileiras, em que a vida pausa e ao mesmo tempo continua, pois elas se veem obrigadas a seguir com a trivialidade dos seus cotidianos, manter interações sociais, seguir com planos anteriormente ajustados e apresentar normalidade, enquanto seus próprios corpos agem enquanto “bombas relógio”, como mencionado por Beatriz, recordando-nas repetidamente de sua condição e do pequeno tempo que dispõem. Neste período de suspensão, os dias são marcados pela angústia e as noites pelo desespero que retornam no momento em que falam sobre este espaço curto de tempo, mas ao mesmo tempo tão denso e marcado de acontecimentos.

No intervalo, as mulheres experienciam de forma crua os efeitos da ilegalidade e da suspensão dos seus direitos fundamentais, de modo que ele demarca o momento em que as mulheres adentram no “campo” agambeniano, um espaço de indistinção (AGAMBEN, 2007). Tainá, mulher negra e de classe baixa, que vivia um relacionamento conturbado e violento com o ex-companheiro, fez uso de diversas receitas que prometiam um aborto rápido e discreto, mas que apenas fizeram com que sofresse com vômitos, diarreias e febres. Em um momento de desespero, ela cogitou inserir veneno de rato em seu canal vaginal, demonstrando não haver espaço para negociações quando o que está em jogo é o próprio futuro. Iracema, em meio às festividades de final de ano, pensava a todo momento em tirar sua vida, pois tinha certeza de que não amaria aquele filho, que não o desejava. Beatriz, nas madrugadas em que acordava chorando, infligia a si própria, desferia socos em sua barriga como forma de autopunição por ter sido, em suas próprias palavras, “burra”. Emília, embora nunca tenha pretendido ter filhos, certa noite acordou em um sobressalto, levou as mãos ao ventre e disse “minha filha,

machucaram minha filha”, atribuindo gênero, cuidado e afeto à potência de vida que ela não pretendia trazer ao mundo.

Não se trata somente dos efeitos das palavras enunciadas pelas participantes, mas sim do contexto de ilegalidade e clandestinidade em que elas foram proferidas (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 45), o qual persiste ao longo do tempo, afetando as mulheres de modo que, mesmo com a passagem dos anos, retornam a estes momentos como se situadas em quadros-vivos, revivendo “uma dor que não se mede”, como descrito por Beatriz, muitas vezes inalcançável pelo campo da palavra, mas visível através de olhares, lágrimas insistentes e reações complexas. Em suas falas, Emília repetidamente levou as mãos ao peito, e Beatriz ao ventre. Por meio de gestos, apontavam de forma clara onde a dor ainda existia, amortecida e ainda assim, viva e presente. Estas cenas ilustram o que Adesse e Monteiro (2016, p. 77) chamam de ciclo vicioso e perverso da criminalização, que repetidamente impõe obstáculos ao exercício das escolhas reprodutivas das mulheres, perpetuando o estigma do aborto e, conseqüentemente, legitimando a criminalização, atuando por meio do controle dos corpos, das vidas e, vale acrescentar, da memória. Afinal, como disse Emília, “a coisa mais cruel que podem fazer com a gente é obrigar a gente a esperar”, e é esta espera que as mulheres guardam, mesmo quando a lembrança do aborto já está no passado.

No intervalo, a mulher recém-impactada pela notícia da gestação indesejada e pelo muitas vezes sinuoso processo decisório, agora é bombardeada por uma série de questionamentos: como fazer o aborto? Que método utilizar? Como e quanto pagar por ele? Onde realizar o procedimento? Para quem contar? Como saber se vou sentir dor? Como saber se vai funcionar? Como saber se vou sobreviver? Todos estes questionamentos foram extraídos das falas das participantes, e as respostas são subjetivamente priorizadas e organizadas a partir das realidades em que estão inseridas.

Entre as mulheres com maiores recursos financeiros, notou-se que suas dúvidas mais latentes giravam em torno do método a ser utilizado e de que forma poderiam obtê-lo, como nota-se na fala da participante Regina, que logo após decidir pela interrupção da gestação, percebeu que não fazia nenhuma ideia de como praticar um aborto: “é uma outra queda, sabe? Porque você fala que vai fazer o aborto, e depois pensa, meu deus, e como que faz isso, com quem eu falo para descobrir como que faz isso?”. Entre as mulheres de classes mais baixas, os maiores questionamentos estavam diretamente vinculados ao receio de morrer ou de não conseguir recursos suficientes para pagar pelo procedimento, como nota-se no relato de Beatriz: “as semanas iam passando e o desespero aumentava porque eu não conseguia arrumar dinheiro,

tinha dia que eu falava é, vou ter que aceitar essa gravidez, porque como eu ia arrumar o dinheiro?”.

A “incerteza de não ter conhecimento”, como descrito por Chaneton e Vaccarezza (2011), se faz presente no discurso de todas as participantes, pois mesmo diante de tantos e distintos questionamentos, tinham plena convicção de que praticariam o aborto, e com a maior rapidez possível. Este dado difere do obtido na pesquisa de Lima (2014), em que a ausência de informações sobre como praticar um aborto e o temor de sofrer represálias jurídicas, familiares e religiosas foram constatados como fatores que fizeram algumas participantes questionarem se a interrupção da gravidez era uma opção viável. Embora no presente *corpus* algumas mulheres tenham relatado pensamentos ambíguos no curso do processo, tendo cogitado, em algum momento, prosseguir com a gestação, não há nenhum indício de que estas inquietações estariam relacionadas diretamente com o desconhecimento sobre como realizar um aborto.

Assim, embora os questionamentos tenham surgido de formas diferentes a depender da realidade e dos contextos de vulnerabilidade de cada mulher, a indagação que parece guiar o percurso de todas as participantes é: *por onde começar?* A necessidade em encontrar-se uma resposta para esta questão demarca um momento de movimentação nos itinerários, pois para obtê-la, as participantes se viram obrigadas a adentrar no campo de indistinção, sabendo que, por trás de cada solução ou obstáculo que encontravam, o que estava em jogo eram suas próprias vidas.

5.1.1 Aquisição de saberes e construção de redes de apoio

O primeiro recurso utilizado pelas participantes para descobrir *por onde começar* é a internet. Lima (2014), em sua pesquisa etnográfica, cuja coleta de dados deu-se no ano de 2013, na cidade de Recife-PE, percebeu haver um crivo bastante demarcado de classe na forma como a internet é utilizada em itinerários abortivos enquanto meio para a obtenção de informações sobre o aborto, tendo constatado que, entre as participantes de classe média, foi comum a utilização deste recurso já em um primeiro momento, quando descobriram que estavam grávidas, pois não sabiam o que fazer e a quem recorrer. No entanto, entre as participantes de classes mais baixas, a autora constatou que estas “conhecem muito bem por onde começar e as pessoas certas que conseguirão para elas o método para realizar o aborto” (LIMA, 2014, p. 105), de modo que a internet não é apontada como ferramenta essencial e, em muitos casos, tampouco acessível para essas mulheres.

Na presente pesquisa, estes dados não se reproduziram, pois todas as participantes relataram terem recorrido à internet em algum momento durante o intervalo entre a decisão e a interrupção da gestação, seja para descobrir como realizar um aborto de forma segura, seja para adquirir medicamentos abortivos. Um resultado similar a este foi obtido por Porto e Sousa (2017), que encontraram, nos itinerários abortivos de mulheres residentes em Natal-RN frequentes menções ao uso da internet para obtenção de medicamentos abortivos ou orientações para seu uso. Além disso, a pesquisadora Nanda Duarte (2019), em investigação que objetivou tratar da utilização do espaço virtual para compartilhamento de experiências de mulheres com o aborto provocado, constatou que a popularização da utilização da internet e, sobretudo, das redes sociais, se faz cada vez mais notável nos itinerários abortivos de mulheres brasileiras. A partir da análise de depoimentos de mulheres que já abortaram, a autora localizou que a internet foi primeira fonte de informações a que elas recorreram, tanto ao desconfiarem da gestação, quanto após a confirmação e a decisão pelo aborto, acompanhando todo o percurso para a preparação e realização do procedimento (DUARTE, 2019, p. 120).

No presente estudo, as participantes relataram que, logo após a descoberta da gestação, imediatamente recorreram à internet. Neste sentido, Regina disse: “fiquei várias noites sem dormir, só fuçando na internet, ‘cytotec’, ‘como abortar’, ‘ervas que podem ser abortivas’, ‘gravidez indesejada’, ‘misoprostol, onde comprar”. Também cabe mencionar a fala de Laura, que contou: “assim que vi o positivo eu comecei a procurar, vasculhar a internet, meu marido topou em me ajudar e começou a pesquisar também quem fazia, ou clínicas”. Em alguns casos, a busca por informações na rede até mesmo antecedeu o período do intervalo, tendo diversas participantes informado terem utilizado a internet para calcular a sua idade gestacional, através de tabelas quantitativas de beta-HCG, ou para pesquisar se os sintomas que estavam vivenciando poderiam significar uma gestação. Com isso, percebe-se que tão imediatamente quanto compreendem a gestação indesejada e decidem pelo aborto, as mulheres se inserem em um verdadeiro processo formativo a fim de acumular saberes e técnicas, bem como avaliar sua segurança e riscos, revelando um espaço de aprendizado no curso do processo abortivo em que a internet apareceu nas falas como ferramenta essencial (DUARTE, 2019, p. 79).

Uma das possíveis razões para a discrepância entre os dados obtidos na presente pesquisa e aqueles registrados por Lima (2014) é o recente aumento do acesso à internet nos lares brasileiros. De acordo com levantamento feito pelo Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação, entre 2015 e 2023, o número de residências com acesso à internet no Brasil aumentou de 51% para 84%, tendo o maior aumento ocorrido

entre os anos de 2020 e 2022, durante a pandemia da Covid-19, nas camadas populares. No entanto, não se pode ignorar que a qualidade e a possibilidade de aproveitamento desta ferramenta ainda é desigual, sendo notável que pessoas com menos condições financeiras também encontram maiores dificuldades em acessar a rede, seja pela conectividade ou pelo acesso a dispositivos eletrônicos.

Assim, apesar de todas as participantes da presente pesquisa terem utilizado a internet enquanto recurso em algum momento dos seus itinerários, é notável que os critérios de classe e raça afetam diretamente a forma como esta é manuseada e como as informações são obtidas e acessadas, sobretudo no que diz respeito à construção de redes de apoio e no acesso a informações seguras. Isso porque, embora o uso da internet configure uma tática de obtenção de conhecimento diante dos desafios impostos pela criminalização do aborto e sua subsequente clandestinidade, o seu caráter polifônico e a facilidade na disseminação de informações falsas e perigosas pode intensificar desigualdades.

De acordo com Lima (2014, p. 119), “as mulheres muitas vezes precisam contar com a ‘sorte’ e com o ‘acaso’ para reunir estratégias e métodos que possibilitem a realização de um aborto de forma mais segura possível”. No jogo sintático entre ‘sorte’ e ‘acaso’, essas nomenclaturas mascaram desigualdades que não são inerentes ao procedimento de interrupção da gestação, e sim originárias do dispositivo jurídico-social através da qual condições de ilegalidade e clandestinidade transformam sujeitas em “com sorte” ou “sem sorte”, e situações que dizem respeito às suas condições de vida e dos marcadores que atravessam seus corpos em “acaso”. Este processo esconde um fato que está por trás da própria ideia de clandestinidade: não há sorte ou acaso, mas sim um campo hostil em que mulheres precisam utilizar-se de toda e qualquer vantagem social para garantir algum tipo de segurança.

O campo virtual, ou o universo das redes sociais, como é preferível chamar, reproduz esta realidade, na medida em que, *online* ou *offline*, as vulnerabilidades continuam presentes, gerando perigos e reforçando desigualdades. Assim, embora a internet seja uma ferramenta comum entre as participantes desta pesquisa, isso não é um indicativo de que todas têm o mesmo acesso às informações, e menos ainda de que todas as mulheres que se utilizaram da internet como fonte de conhecimento tiveram acesso a abortos seguros e a redes de apoio e contato eficazes. Embora o desconhecimento seja um ponto inicial comum, ela produz sujeitos que tateiam pelo mesmo terreno partindo de pontos iniciais distintos, com ferramentas menos ou mais eficientes, não sendo coincidência, por exemplo, o fato de a maior parte das participantes

que relataram terem sofrido golpes pela internet no momento de aquisição do medicamento abortivo serem de classes mais baixas, com maior idade gestacional e menor escolaridade.

Além da internet, outra questão de especial relevância nos itinerários abortivos ao considerar-se a dúvida *por onde começar* é a consolidação de redes de apoio e contato. Débora Diniz e Marcelo Medeiros (2012) trazem que as redes de apoio e contato de mulheres que passam pela experiência do aborto clandestino são compostas por uma diversidade de personagens: o parceiro, amigos, familiares, fornecedores de medicamento, profissionais de saúde, participantes de grupos e ONGs. No intervalo, estes indivíduos são mobilizados, pela internet ou fora dela, e articulam o que Duarte (2019) refere enquanto *esferas de solidariedades*, podendo estas serem primárias, compostas pelas relações originárias da mulher, em que os personagens principais são os companheiros, amigos e familiares; e também secundárias, compostas por indivíduos que partilham conhecimentos com um fim específico, como os vendedores de remédio e as acompanhantes feministas (DUARTE, 2019, p. 110).

As formas como essas esferas se mesclam, aproximam e afastam da mulher no decorrer do itinerário abortivo determina, em certa instância, o grau de facilidade ou dificuldade do procedimento a ser vivenciado, bem como o acesso da sujeita a informações seguras e eficientes sobre técnicas, métodos e cuidados. De acordo com Lima (2014, p. 118), “as amigas e o parceiro formam um núcleo duro da rede de apoio, oferecendo conforto, segurança, informações, bem como auxiliando as jovens na busca de métodos adequados para concretizar o aborto”, o que também foi verificado no presente estudo. Isso não impede, todavia, que outros atores apareçam nesta trama, assumindo papéis de especial relevância, sendo comum até mesmo que sujeitos que inicialmente compunham a esfera secundária de solidariedade sejam alçados à primária, como no caso de desconhecidas que auxiliam a mulher no curso do seu processo abortivo e posteriormente tornam-se amigas, como foi o caso de diversas participantes da pesquisa, que conheceram-se no curso dos seus processos abortivos e atualmente possuem relação de amizade.

Embora no momento da decisão os parceiros sejam apontados como rede de apoio primordial da mulher, no intervalo eles assumem um papel distinto. Das dezesseis participantes, apenas Júlia, Natália, Diana, Emília e Laura afirmaram terem contado com o apoio do companheiro durante o intervalo. Além disso, embora estas participantes tenham afirmado que os parceiros estavam presentes neste momento do processo abortivo, seus discursos mostram que, na verdade, o processo de formação de conhecimento e de busca por métodos abortivos acabou tornando-se exclusivamente seu encargo. Apenas Laura relatou que o seu processo

formativo ocorreu em completa parceria com o marido. Imediatamente após a decisão pela interrupção da gestação, ambos “vasculharam” a internet juntos, estabelecendo contato com diversas pessoas, entre vendedores de medicamentos, funcionários de clínicas de abortamento e integrantes de grupos e ONGs pró-aborto. A participante relatou que o marido não concordava com o aborto, tendo aceitado sua decisão de forma relutante, mas ainda assim ajudou-a durante o curso do intervalo porque “ele sabia que era perigoso e ficou preocupado comigo, com a minha saúde”.

Nos casos de Júlia, Natália, Diana e Emília, embora tenham afirmado que os parceiros estiveram presentes durante o intervalo, nota-se que esta participação esteve muito mais relacionada a um interesse em estar a par das escolhas e decisões tomadas pela mulher do que à vontade de fornecer um verdadeiro auxílio no processo de formação investigativa. Neste sentido, Emília disse que “ele pedia para eu mandar tudo que encontrasse, para deixar ele atualizado”, e Júlia relatou que “mandava prints para ele de todas as conversas, de todos os relatos que achava, para ele ir entendendo comigo o que estava acontecendo”. Assim, até mesmo nos casos em que as participantes se sentiram auxiliadas e amparadas pelos seus companheiros, que demonstraram algum interesse na forma como seria concretizada a interrupção da gestação, a busca por métodos e técnicas pareceu ser uma urgência exclusiva delas.

Esta informação não é nova nos estudos etnográficos brasileiros que tratam da realidade do aborto clandestino. De acordo com Souza e colaboradores (2010, p. 736), as mulheres habitualmente “assumem os custos do aborto”, inclusive no que diz respeito ao tempo despendido na obtenção de conhecimento para sua realização. Segundo Duarte (2019), essa situação sugere um paradoxo: mesmo que a mulher receba suporte durante seu itinerário abortivo, ainda assim ela carrega a responsabilidade de buscar informações confiáveis e eficazes por conta própria (DUARTE, 2019, p. 80). Isso ocorre porque as redes de apoio, embora pautadas em um suposto ideal de solidariedade, são campos de produção e reprodução de verdades, poderes e saberes, consolidadas nas teias de um complexo jogo de forças. Assim, ao tratar-se especificamente da relação com o parceiro, a relegação da responsabilidade masculina endossa o esquema de poder fundante da base de dominação patriarcal.

Da mesma forma que a contracepção é historicamente situada enquanto função exclusiva da mulher, a busca por métodos abortivos também recai neste espectro, ambos retirados do campo de responsabilidade do homem na medida em que têm a mulher como principal afetada. No momento da decisão pelo aborto, a figura masculina é trazida à cena em

meio a jogos de poder que comportam negociações, podendo restringir todos os possíveis movimentos e escolhas da mulher. Este mesmo foco de poder permite que o homem se retire no momento do intervalo, quando a decisão já está tomada, mas a única a sofrer suas consequências e sequelas imediatas é a mulher. É a partir disso que se observa, mais uma vez, todas as múltiplas formas em que o corpo feminino é inserido no terreno das negociações dentro dos itinerários abortivos. Esta noção é tão enraizada socialmente e culturalmente que a maior parte das mulheres menciona com certa naturalidade a relativa “ausência” do parceiro no momento do intervalo. No entanto, para Emília, mulher branca e de classe média, isso não passou despercebido:

“Assim, eu sou muito grata a ele por tudo, muito mesmo, sei que muita gente não tem isso. Mas ainda assim, fui eu por mim mesma. Ele falou que queria me ajudar em tudo, mas quem teve que pesquisar tudo fui eu, entrar em tudo quanto é grupo, conversar com um monte de gente. Ele foi gentil, não foi tipo ‘procura aí que eu passo o valor’, mas ainda assim senti como se fosse só responsabilidade minha, como se ele não tivesse feito, então só eu precisasse aprender. No final ele até me elogiou pela rapidez com que eu resolvi tudo isso. Só que não foi só irresponsabilidade minha, foi dele também, poxa. Ele estava ali, eu não teria engravidado se não fosse por ele, o problema é que é no meu corpo que aparece o resultado, né. Todos nós queremos e entendemos prazer, precisamos nos cuidar, mas essa responsabilidade precisa ser partilhada, eu acredito muito nisso. E quando dá merda, a responsabilidade em resolver tem que ser dos dois também, não dá para um fazer tudo e o outro só ficar olhando. Ajuda não é só entrar com o dinheiro, com amor. Tem que dividir a responsabilidade também” (Emília).

Em síntese, o que se percebe é que, nos casos em que a presença do parceiro foi apontada como constante em todo o curso do itinerário abortivo, o homem entende possuir poder de voto e veto no momento de decisão pela continuidade do processo gestacional, mas não na busca por formação de conhecimento, que é compreendida como um assunto “de mulher”. Assim, é comum a participação do parceiro em um primeiro momento, mas ainda mais comum é sua retirada completa ou parcial no processo do intervalo. Embora o aspecto relacional seja um ponto tratado como fundamental pelas participantes, não são raras as ocasiões em que as mulheres descrevem o intervalo como um processo solitário, em que a articulação das redes mostra-se necessária, mas ao mesmo tempo cansativa, pois precisam atentar-se não apenas às condições, custos e consequências do procedimento que pretendem realizar, mas também aos afetos e cuidados recebidos ou ignorados.

Além disso, a formação de redes de apoio e a presença do parceiro durante o intervalo são influenciadas por marcadores sociais de classe e raça: enquanto mulheres brancas de classe média descrevem uma participação mais significativa de seus parceiros em todo o processo, incluindo o intervalo, mulheres negras e de classes mais baixas relataram que este tipo de apoio

não foi disponibilizado em suas trajetórias. Embora muitas vezes o auxílio oferecido pelo parceiro limite-se à concordância e à presença, como apontado anteriormente, ainda assim é visível que até mesmo esta ajuda limitada parece ser um privilégio de mulheres brancas e com maiores condições financeiras.

Esta noção se verifica na presente pesquisa, pois entre as cinco mulheres que relataram terem podido contar com o auxílio do parceiro no momento do intervalo, apenas uma delas, Natália, é mulher negra. Ainda, metade das mulheres que contaram com o auxílio do parceiro no momento do intervalo eram de classe baixa. No entanto, nota-se que no discurso das demais mulheres com menos condições financeiras, a ausência do parceiro neste momento foi encarada de forma natural, tendo as participantes assumido a responsabilidade na busca de métodos e técnicas, ao passo que nas falas de mulheres de classe média houve mais indicativos de indignação quando o companheiro se fez ausente. Ainda, a maior parte das mulheres que puderam contar com esse auxílio estavam em relações estáveis com o parceiro, ao passo que aquelas que engravidaram de relacionamentos casuais não receberam suporte.

Outro ponto de relevante menção no que diz respeito à consolidação das redes de apoio no intervalo é o surgimento de figuras femininas que passam a ocupar papéis centrais neste momento dos itinerários, sendo mencionada com frequência a participação ativa de mães, avós, tias, primas, irmãs, amigas e conhecidas na busca por métodos adequados e fontes de conhecimento seguras. Das dezesseis participantes, dez mencionaram figuras femininas como personagens fundamentais no momento do intervalo. No caso de Iracema, a participação de uma amiga próxima foi descrita como crucial: “graças a Deus tive uma amiga nesse momento difícil, ela me acolheu, ficou do meu lado o tempo todo, nessas horas faz toda a diferença ter alguém assim”. A participante contou com o auxílio dessa mesma amiga em todo o curso do seu itinerário, tendo sido a primeira pessoa a saber de sua gravidez, e a única a estar presente no momento da interrupção. Ao final de sua entrevista, disse que “é muito importante ter uma pessoa de confiança e que você possa contar nessa hora, eu tive minha amiga e sei que teria sido muito mais difícil sem ela”.

Emília também apresentou um relato neste sentido. A jovem contou com o apoio do seu parceiro durante todo o itinerário, o que não ocorreu no caso de Iracema, no entanto, relatou apenas ter se sentido verdadeiramente compreendida ao conversar com sua amiga, que não esteve presente no momento da decisão, mas manteve contato com seu namorado por telefone durante todo o processo de interrupção, tendo sua participação sido entendida como essencial

para que a participante conseguisse manter a calma no período do intervalo, quando ainda não havia adquirido os medicamentos abortivos. Conforme extrai-se da entrevista:

“Dá um medo né, porque parece que se a pessoa reagir mal, a gente vai quebrar. Só que eu não conseguia guardar aquilo só comigo e com meu namorado, porque, tadinho, eu via que ele queria me ajudar, mas tem coisa que só a gente que é mulher entende, e eu precisava da minha amiga. Eu encontrei ela no outro dia, é engraçado pensar agora porque a gente sentou na escada do shopping, uma situação bem normal assim, e do nada eu soltei essa bomba, falei que estava grávida, que queria abortar, e ela me apoiou totalmente. Eu já sabia que ela não era anti-aborto, mas naquela hora eu vi que ela não estava nem aí para nada, que a única coisa que importava era eu. Ela só queria saber se eu estava bem, na hora me abraçou, me perguntou o que ela podia fazer para me ajudar” (Emília).

A fala de Emília exemplifica perfeitamente a forma como a consolidação das redes de apoio envolve sentimentos de dúvida, medo e receio. De acordo com Chaneton e Vaccarezza (2011), o discurso feminino no intervalo é fortemente marcado pela tensão, em que o questionamento “com quem posso contar?” ramifica-se, ultrapassando o limiar da confiança e trazendo à tona a incerteza, completamente vinculada à inserção da mulher no contexto da criminalização. Assim, por mais sólida que seja sua rede primária de contatos, não é incomum que a mulher mantenha a gestação em segredo até mesmo das pessoas com quem possui mais proximidade e contato, por medo de sofrer julgamentos e represálias.

De acordo com Duarte (2019, p. 81), o medo do julgamento moral é um dos principais criadores da incerteza na busca por apoio emocional, assistência e cuidado. Este aspecto é apontado por diversas participantes, que embora tenham sentido vontade de compartilhar sua condição com pessoas próximas, optaram por não o fazer ou o fizeram apenas após a concretização do aborto, por temerem um retorno negativo. Este retorno, em muitos casos, sequer é vivenciado pela mulher, mas sua presunção já é suficiente para tornar o período do intervalo ainda mais árduo. Entre as participantes, o temor em expor sua condição para outras pessoas também esteve vinculado a questões alheias ao julgamento, como ao medo de precisar lidar com reações desesperadas que poderiam agravar seus próprios temores; ao receio de a informação acabar se espalhando e até mesmo por não desejarem que pessoas próximas as vissem como pessoas dignas de pena. Como afirmado por Alice: “não queria contar para minhas amigas, porque fiquei com receio que elas contassem para os namorados. Mas acho que também não queria que ficassem com dó, com pena de mim”. A partir disso, nota-se que as mulheres que decidem abortar também se veem obrigadas a “mover-se em zonas onde se impõe uma economia restritiva da palavra” (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 101), em que o

estigma cumpre um papel fundamental, na medida em que promove o silenciamento e o distanciamento, e assim perpetua a criminalização social.

A solidariedade feminina é uma forma crucial de resistência à estigmatização. De acordo com Duarte (2019), a consolidação de redes de apoio majoritariamente femininas é um dado já amplamente conhecido na literatura brasileira sobre o aborto, sendo através do contato com outras mulheres que as participantes obtêm apoio emocional e adquirem ou validam conhecimento adquiridos em outras fontes sobre práticas e métodos abortivos. Nos relatos de Iracema e Emília, o amparo das amigas foi compreendido como essencial para que pudessem viver a experiência do aborto de forma menos aterrorizante. Embora suas amigas nunca tivessem passado por um aborto, mostraram-se aptas e dispostas a oferecer ajuda e cuidado, construindo um espaço de acolhimento sem julgamentos.

Em outros casos, a inserção de personagens femininas na rede de apoio é fundamental, pois elas auxiliam suas companheiras na busca e acesso pelos métodos abortivos e técnicas seguras. Esse é o caso de Clara, que recorreu à sua irmã quando descobriu que estava grávida, porque havia acompanhado seu procedimento de aborto no ano anterior, o qual transcorreu sem maiores complicações. Assim, sabendo que a irmã já estava apropriada daquele saber, mesmo tendo feito buscas na internet a fim de entender um pouco melhor o processo que estava acontecendo em seu corpo, pediu para que ela entrasse em contato com a pessoa que havia vendido os medicamentos, por “ser de confiança”.

É a confiança que faz com que as mulheres assumam papéis tão importantes nos itinerários abortivos umas das outras, pois é a partir deste laço relacional que elas partilham segredos e compartilham cuidados. De acordo com Débora Diniz, “o aborto é vivido, mas não contado. O segredo protege e garante a soberania das mulheres em um arriscado campo de ilegalidade” (DINIZ, 2012, p. 13), no entanto, esse “segredo” possui uma dupla face, pois embora proteja as mulheres, também as relega à solidão. A apropriação deste campo do segredo por mulheres “sugere a possibilidade de que passe a existir um segundo mundo – se não outros – junto ao mundo presente, que seria influenciado e produzido secretamente pelos indivíduos que se encontram em relação” (PORTO, 2009, p. 131). Através da consolidação de redes de apoio, as mulheres conseguem acessar este segundo mundo, utilizando-se da solidariedade para transformar o aborto em uma questão coletiva, o que permite a consolidação de estratégias frente aos impedimentos legais e morais da prática.

De acordo com a pesquisa do Instituto Patrícia Galvão intitulada “Percepções sobre Aborto no Brasil”, é possível afirmar com certa segurança que cerca de metade dos brasileiros

conhece uma mulher que já abortou (GALVÃO, 2017). É a partir do encontro com esta mulher, que pode ser a mãe, tia, avó, amiga ou até mesmo apenas uma conhecida “de vista” ou das redes sociais, que as participantes acessam segredos e toda uma teia de conhecimentos fora da visibilidade de olhos menos atentos, onde conhecimentos e formas de vivenciar e administrar a experiência do aborto circulam às vistas de todos, mesmo que escondidos. Duarte et al. (2020), ao analisarem este espaço de trocas de informações, saberes e cuidados em que personagens femininos ocupam papel central, identificaram a presença frequente nos itinerários abortivos da mulher que já passou por um aborto e agora utiliza-se de seu conhecimento e experiência para auxiliar outras mulheres. As autoras chamam esta personagem-chave de “a amiga já que abortou” (DUARTE et al, 2020, p. 1694).

Nos relatos de Júlia, Diana, Beatriz, Laura, Heloísa, Gabriela e Alice, a “amiga que já abortou” assume papel de grande relevância, surgindo na maior parte dos casos no momento do intervalo, e mudando completamente o curso dos itinerários das participantes ao oferecer-lhes auxílio em acessar métodos, compartilhar recursos, informações e percepções e prestar cuidados (DUARTE et. al, 2020, p. 1694). Em alguns casos, as participantes já conhecem esta mulher antes mesmo de realizar o aborto, e em outros, as conhecem durante o percurso, sugerindo a existência e consolidação verdadeiras redes de amparo entre mulheres.

No caso de Heloísa, por exemplo, esta amiga foi sua própria mãe. A participante engravidou aos 19 anos de idade e havia recentemente mudado de cidade, de modo que não conhecia pessoas em quem podia confiar para adquirir medicamentos abortivos. Sem ter para onde correr, Heloísa revelou a gestação para sua mãe que, para sua surpresa, contou que ela própria já havia praticado um aborto quando era mais jovem. Assim, em seu processo para descobrir como realizar o aborto, Heloísa acabou descobrindo segredos de família, indicando a existência do que Diniz e Medeiros (2012) nomeiam de “cultura do aborto”, compartilhada e transmitida entre gerações de mulheres.

No relato de Diana, a intervenção de uma mulher que já havia passado pela experiência do aborto também foi crucial para o desenrolar do seu itinerário. A participante narrou que, assim que descobriu que estava grávida, lembrou que uma amiga de sua irmã havia praticado um aborto, tendo pedido o contato para a irmã e compartilhado sua condição com ela, que “ficou em choque, feliz e queria que eu levasse a frente a gestação a frente, mas me apoiou caso eu não quisesse, então me passou contato dessa colega dela”. Neste caso, a conhecida que já havia abortado enviou à participante o número de uma clínica clandestina, mas não conseguiram contato, então ela se dispôs a procurar um contato seguro para Diana, pois queria evitar que ela

caísse em um golpe. Além disso, ela passou o número de uma médica que era “a favor da causa”, com quem Diana conversou, relatando que “ela foi super humana, me apoiou no que fosse fazer, me falou do remédio, o que me deixou mais tranquila”. De acordo com a participante:

“Ela me passou o contato, era uma amiga dela que é médica ginecologista, eu falei que não ia conseguir marcar consulta e ela topou falar comigo rapidinho mesmo assim, pelo telefone. Fui e falei para a médica que não queria, ela me disse que não poderia me fornecer medicamento, mas que eu acharia em sites ou ONGS ‘negros’ para comprar, ela me explicou tudo como funcionava, das semanas e tudo mais, disse que se eu decidisse fazer, para fazer e ir lá depois para ela me avaliar e me passar medicação para tomar ou encaminhar para ultrassom” (Diana).

Nota-se, neste itinerário, a presença de três mulheres que foram cruciais para a construção de saberes de Diana: a irmã que ofereceu amparo, a conhecida que ofereceu ajuda e a médica que forneceu informações. A intervenção destas mulheres modificou completamente o itinerário da participante, que passou de uma posição de total desconhecimento para outra completamente diversa, em que estava munida de informações consideradas seguras. A vivência de Alice, por sua vez, foi completamente distinta. Ela informou ter descoberto que estava grávida, e logo após foi atrás de um ginecologista de confiança, para quem informou que não queria ter o bebê. Disse que o médico lhe passou um sermão, falando que não a ajudaria a tirar uma vida, e que se ela fizesse o aborto não era bem-vinda no consultório. De acordo com a participante, “saí da consulta me tremendo de medo, desamparada, não podia contar com ninguém, porque meu ex-namorado era extremamente contra aborto e não tinha nenhuma pessoa próxima a ponto de compartilhar que faria um aborto”.

A participante então recorreu a uma colega de trabalho, que acreditava ser capaz de oferecer-lhe algum tipo de amparo. No entanto, a mulher muito rapidamente manifestou sua opinião contrária ao aborto, e ofereceu uma opção à participante: ela lhe daria todo o suporte durante a gestação, e depois encontraria uma família adotante. Em pânico, vendo o tempo correr sem saber o que fazer, pois embora tivesse pesquisado sobre os métodos abortivos, estava com medo de realizar o procedimento medicamentoso de forma errônea, Alice procurou “uma menina da faculdade que eu não conhecia direito”, mas que sabia que havia abortado. E foi então que seu itinerário se modificou completamente, pois “ela foi um amor comigo, me ajudou com tudo”. Com a ajuda desta mulher, com quem criou amizade posterior, Alice conseguiu completar sua jornada mesmo com todas as adversidades e desafios.

A partir destes relatos, uma conclusão pode ser extraída: a construção de redes de contato nem sempre se dá de forma positiva para a mulher, pois como apontado por Lima (2014), “esta rede não é constituída apenas no sentido de confortar as mulheres, ela pode ser

composta também por omissões e julgamentos tornando a rede de apoio mais frágil e ampliando a sensação de solidão no processo de aborto” (LIMA, 2014, p. 113). Contudo, quando essas redes vão além de simples contatos e se transformam em verdadeiros laços de solidariedade, algo que ocorre com frequência quando mulheres adentram os itinerários umas das outras, o apoio mútuo emerge como uma ferramenta para confrontar a sensação de desamparo associada à subalternidade. Isso não apenas as torna sujeitas conectadas por uma causa comum, mas também as transforma em aliadas de gênero (CHANETON, VACCAREZA, 2011). Nos casos das participantes desta pesquisa, o contato com outras mulheres é tido como essencial não somente pelo repasse de informações, mas também porque foi através desses laços que as participantes conseguiram obter apoio emocional, facilitando assim a reconexão com os próprios corpos e vontades, permitindo que a resistência operasse de maneira coletiva.

Em diversas narrativas, o contato e criação de relações de apoio e amparo entre mulheres foi possibilitada através da internet, mais uma vez demonstrando a “contribuição das tecnologias de informação e comunicação para a ampliação da capacidade de solidarização e mobilização de recursos das redes sociais” (CASTELLS, 2006, apud. DUARTE, 2019, p. 111). Nos casos de Júlia e Gabriela, as amigas de sua rede primária assumiram um papel crucial durante o período do intervalo, pois foram as responsáveis por introduzir as participantes à representantes de ONGs feministas voltadas ao auxílio na realização de abortos provocados, que então passaram a compor sua rede secundária. Em seu relato, Júlia disse: “contei para uma amiga minha que é super a favor do aborto, para minha surpresa ela tinha o grupo de uma ONG feminista, e me passou o contato das meninas, que me enviaram vários relatos de meninas que já tinham abortado, me ajudou muito”. No mesmo sentido é a fala de Gabriela, que contou com o apoio de duas amigas durante o intervalo, que junto a ela utilizaram-se das redes sociais e da internet para encontrar meios para realizar o aborto. A participante disse que uma das amigas recebeu de uma conhecida o número de uma ONG feminista, com quem Gabriela imediatamente estabeleceu contato:

“Falei com algumas amigas de confiança e começamos a saga para descobrir como que fazia o aborto. Então, enfim, consegui o contato de um grupo clandestino, uma espécie de ONG. O apoio das mulheres que conheci foi essencial para eu conseguir superar tudo isso. A mulher mais desesperada do mundo, saí buscando na internet e com colegas de trabalho para tentar conseguir medicamento nas maternidades, nem sei o que teria sido de mim se alguém tivesse me denunciado. No outro dia com mais calma, li vários relatos desses grupos, falei com várias pessoas que já haviam passado pelo mesmo que eu e fui acolhida por elas” (Gabriela).

A pesquisadora Nanda Duarte (2019), em pesquisa que resultou em sua dissertação de mestrado, analisou o compartilhamento de depoimentos de usuárias brasileiras na plataforma online “Fiz um aborto”, do portal do grupo Women on Web (WoW), um dos diversos espaços virtuais destinados ao compartilhamento de relatos e informações sobre experiências abortivas. Ela constatou que plataformas virtuais que possibilitam a publicação de relatos e o contato entre mulheres têm se mostrado cada vez mais presentes e relevantes nos itinerários abortivos de mulheres brasileiras, atuando enquanto uma importante forma de acesso de vivências e métodos, e conseqüentemente promovendo maior segurança na realização dos procedimentos (DUARTE, 2019, p. 19). No presente estudo, diversas participantes mencionaram a utilização deste recurso em ao menos um momento dos seus itinerários:

“Eu me considero amiga de muitas meninas que conheci quando fiz o aborto. Porque foram elas que estavam comigo quando eu fiz o procedimento. Minha mãe disse que achou incrível essa rede de apoio de meninas, ela nem sabia que existia, disse que depois de tudo isso a visão mudou muito para ela” (Heloísa).

“Comecei a pesquisar na Internet, até que achei alguns grupos sobre aborto, entrei em alguns pela quantidade de membros, já com medo dos golpes, comecei a ler os relatos e indicações. Conversei com algumas meninas também, elas falaram como funcionava, o que eu ia sentir, quantos remédios comprar. Eu me senti muito cuidada, muito mesmo. Queria tanto que todas encontrassem um grupo de apoio como eu encontrei. Quantas meninas ou mulheres perdem a vida ou são criminalizadas todos os dias por não terem esse apoio. Nossa, esses grupos salvam vidas, e sei que tem muitos outros como esse por aí. Eu estava desorientada, procurando e vendo relatos em tudo que é site, mas todos com muito golpe. Naquele grupo eu me senti segura muito rápido” (Clara).

“Pesquisando na Internet, achei um site que tinha um vídeo de algumas mulheres falando sobre aborto, e na descrição do vídeo tinha os nomes das mulheres que fizeram o vídeo, uma delas brasileira, fui no Instagram, achei ela e ela me deu o contato de uma ONG. Nesse mesmo dia, entrei em contato. Elas me colocaram em um grupo com várias meninas que já tinham passado pelo aborto ou que iam abortar também. Eu me senti aliviada e tranquila, comecei a ler os relatos e isso me fez me sentir acolhida e ver que não estava sozinha”. (Iracema).

“É angustiante e enlouquecedora toda essa situação, não saber como seria o meu processo me deixava sem conseguir dormir e comer direito. Mas uma coisa essencial foi manter o pensamento positivo e acreditar que vai dar certo! Os relatos que li na internet me ajudaram muito a passar por isso, ver que cada uma reage de um jeito, como cada corpo e situação é única me tranquilizava um pouco” (Emília).

Conforme observado por Duarte (2019), a conexão entre mulheres por meio da divulgação de relatos de vivências abortivas tem se revelado uma verdadeira ferramenta de cuidado, influenciando diretamente na possibilidade de um procedimento abortivo ser mais ou menos seguro. Como já apontado, a solidão e o segredo são conseqüências explícitas da estigmatização, levando muitas mulheres a enfrentarem a interrupção da gestação sozinhas. No entanto, o acesso a relatos e experiências de outras mulheres através da rede tem o poder de

reverter essa dinâmica, pois este compartilhamento, ao abarcar métodos e técnicas, e também abordagens humanizadas e cuidadosas, permite uma apropriação do espectro do segredo e da solidão, o que se insere no campo do cuidado na medida em que, quando acompanhadas, as mulheres tendem menos a tomar decisões desesperadas e impensadas (DUARTE, 2019, p. 26). Ao facilitar a construção de redes de apoio através do acesso a relatos, vivências e contatos de mulheres que, em circunstâncias normais, talvez nunca pudessem se conhecer, elas passam a se enxergar não apenas como indivíduos enfrentando uma experiência complexa, mas como participantes de uma vivência compartilhada. Isso as une ao permitir que compartilhem significados, mesmo diante de experiências tão diversas.

A partir desse processo de construção de conhecimento e consolidação de redes de apoio, as mulheres desvendam segredos e desbravam caminhos, ingressando em um território que, para muitas delas, era completamente desconhecido até então. Essa jornada informativa e relacional não apenas as capacita a tomar decisões sobre qual método utilizar para interromper a gestação, mas também as permite compreender os efeitos e os riscos envolvidos na utilização de um ou outro método. A partir de então, as participantes passam a avaliar a viabilidade de cada método a partir de suas condições socioeconômicas, realidades e expectativas.

5.1.2 Métodos abortivos

Na busca por métodos que concretizem a interrupção da gestação, uma série de práticas são aplicadas e compartilhadas entre mulheres, criando um verdadeiro laço entre os saberes biomédicos e inter/intrageracionais que se misturam, confundem-se e complementam-se, dando sentido “à organização e reorganização das suas vidas no aspecto saúde/doença/reprodução” (PORTO, GALVÃO, 2023, p. 182). O método abortivo escolhido e utilizado por todas as dezesseis participantes da presente pesquisa foi o misoprostol, uma prostaglandina sintética originalmente desenvolvida com a finalidade de tratar úlceras gástricas. Em poucos casos, todavia, o uso deste fármaco se deu de forma isolada, tendo doze participantes também recorrido à ingestão de chás, líquidos, poções e substâncias para interromper a gestação. Ainda, seis mulheres precisaram recorrer a procedimentos hospitalares de esvaziamento uterino, mas somente em um segundo momento, quando já haviam feito uso do medicamento.

A utilização de métodos combinados, com prevalência do misoprostol, não é um dado novo na literatura sobre o aborto clandestino no Brasil. Segundo o estudo “20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil” (BRASIL, 2009), nos anos 1990, entre 50,4% e 84,6% das mulheres, sobretudo no Nordeste e Sudeste, abortaram utilizando misoprostol. Em pesquisa nacional

sobre o aborto realizada no ano de 2010, em que foram coletados dados de 2.002 mulheres alfabetizadas, de 18 a 39 anos, constatou-se que 15% delas haviam praticado um aborto e, entre essas, metade havia utilizado algum tipo de droga para interromper a gestação, tendo sido mencionada a importante posição do misoprostol enquanto fármaco mais conhecido e aplicado para essa finalidade (DINIZ, MEDEIROS, 2010). Na fase seguinte da pesquisa, foram procedidas análises das entrevistas realizadas com 122 mulheres, residentes em Belém, Brasília, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, e constatou-se que o principal método abortivo utilizado foi o misoprostol isolado ou combinado com chás, líquidos fitoterápicos e ervas, seguido de curetagem em clínicas privadas (DINIZ, MEDEIROS, 2012). Em nova pesquisa, realizada no ano de 2016, desenhada de modo que seus resultados fossem comparáveis aos da Pesquisa Nacional de Aborto de 2010, os dados se reproduziram, tendo novamente sido identificado que cerca de metade das mulheres entrevistadas abortou usando medicamentos (DINIZ, MEDEIROS, MADEIRO, 2016).

Diferentemente, na mais recente PNA, atinente ao ano de 2021, constatou-se que a proporção de mulheres que realizaram o aborto medicamentoso caiu de 47% para 39% (DINIZ, MEDEIROS, 2023). De acordo com os pesquisadores, uma explicação plausível para esta redução pode ser a elevação do número de mulheres, sobretudo brancas e com mais recursos financeiros, a realizar abortos em clínicas clandestinas, e acrescento a isso a maior incidência e popularização de programas que tem como finalidade levar mulheres ao exterior para realizar o aborto legal. Esta hipótese, no entanto, carece de análises específicas, tendo em vista a complexidade na obtenção destas informações, dado o contexto de criminalização do aborto no Brasil (DINIZ, MEDEIROS, 2023).

A presente pesquisa é pautada em análise qualitativa, não possuindo, portanto, viés totalizante. Além disso, não serão divulgadas as datas em que as participantes praticaram a interrupção da gestação, a fim de garantir o anonimato e segurança. Diante de todos estes fatores, entende-se que embora os resultados aqui obtidos não reproduzam os dados levantados na mais recente Pesquisa Nacional do Aborto (2023), tampouco os contrariam. Afinal, mesmo com a diminuição da taxa de mulheres a realizar o aborto medicamentoso no Brasil, a permanência da alta porcentagem demonstra que a interrupção de gestações por esta via segue sendo uma prática comum no país. Ainda, é notável a coexistência entre as concepções biomédicas e populares nos itinerários abortivos de mulheres brasileiras. De acordo com Diniz e Medeiros (2012), a utilização de métodos combinados é mais comum entre mulheres jovens, negras, com menor escolaridade e recursos financeiros, ao passo que, entre as mulheres brancas

e de classe média e alta, foram mais comuns relatos de procedimentos abortivos realizados em clínicas privadas.

No presente universo de pesquisa, das dezesseis participantes que fizeram uso do misoprostol, doze relataram também terem utilizado métodos caseiros e/ou naturais para concretizar a interrupção da gestação. Entre estas, seis participantes disseram terem feito uso de ervas e especiarias antes mesmo de descobrir a gestação, e cinco relataram terem se utilizado destes métodos quando já haviam confirmado a gravidez, com o intuito de interrompê-la sem recorrer a técnicas mais invasivas. Ainda, oito participantes fizeram uso de métodos naturais de forma concomitante ao uso do medicamento, com o fim de potencializar sua eficácia no procedimento abortivo, e sete também fizeram uso depois, como forma de facilitar o esvaziamento uterino e evitar a necessidade de recorrer a atendimento hospitalar.

As receitas caseiras e tradicionais utilizadas pelas participantes foram transmitidas a elas de forma geracional, através do contato com mulheres que compunham suas redes de apoio primária, e foram utilizadas para “fazer descer a menstruação”, abortar ou, ainda, facilitar o processo de eliminação de restos ovulares quando a mulher já se encontra em processo de abortamento. Na coletânea “Aborto e Contracepção: histórias que ninguém conta”, resultado de um estudo etnográfico em comunidades urbanas brasileiras, Motta (2012) aponta que os itinerários abortivos geralmente seguem etapas, que se iniciam com a ingestão de chás e beberagens para “descer as regras”, e evoluem até alcançar, se necessário, a utilização do misoprostol. De acordo com a autora:

A ingestão de supostos abortivos e outras práticas consideradas ineficazes pelo saber médico, constituem parte do processo, que inclui o aprendizado de técnicas, saberes, informações, enfim experiências a que estão associadas justificativas, reflexões, sentimentos, elaborações argumentativas que conduzem a e culminam com a provocação do aborto através de métodos eficazes como o Cytotec (MOTTA, 2012, p. 123).

A procura por métodos de forma gradativa está muito bem delineada nos itinerários que compõem a presente pesquisa, tendo as ervas, especiarias e substâncias sido utilizadas pelas participantes de formas diversas. Os chás foram mencionados com frequência, sobretudo o de canela, citado por nove participantes como sendo o principal escolhido para “fazer a menstruação descer”, preparar o corpo para o aborto e intensificar o efeito do misoprostol. A especiaria é popularmente conhecida por sua finalidade abortiva, mas é apontada como pouco eficiente em comparação a outras substâncias, não tendo sido utilizada de forma isolada por nenhuma participante que pretendia abortar apenas com métodos naturais. Entre estas mulheres,

também foi mencionada a utilização de ervas como a buchinha-do-norte; sena; boldo; arruda; artemísia e o mentrasto, em alguns casos misturados com substâncias não popularmente conhecidas como abortivas, como a coca-cola; quinoa; sal e medicamentos analgésicos. As receitas variam a depender das crenças e sabedorias regionais, culturais e familiares, mas é possível notar algumas características comuns na forma como são preparadas, como, por exemplo, o fato de serem ministradas quentes e conterem substâncias de sabor forte.

De acordo com Diniz e Medeiros (2012, p. 1676), “a etapa dos chás, líquidos e ervas permite uma negociação moral liminar entre práticas para descer a regra e abortar”. Assim, a utilização destes métodos possibilita uma mescla entre aquilo que está no campo da “regulação do ciclo” ou de “fazer descer a menstruação” e do que efetivamente é compreendido como um aborto. De acordo com Fabíola Rohden (2003), em “A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX”, embora a separação entre contracepção e aborto seja histórica, fruto do empreendimento médico-legal em distinguir as duas práticas de modo a definir o que constituiria crime, há um notável espaço de negociação moral entre os métodos aplicados para uma e para outra.

As participantes Júlia, Alice, Natália, Tainá, Maria, Beatriz e Heloísa disseram terem feito uso de ervas e especiarias antes mesmo de descobrirem a gestação, com o intuito de “fazer a menstruação descer”. Para elas, a utilização dos métodos caseiros não foi encarada como um problema, pois, como afirma Leal (1994), estas práticas são geridas “por um princípio de que o sangue que está dentro tem que sair, fluir. Isto é parte do equilíbrio das coisas, do pressuposto da necessidade de circulação de fluidos concebido como ordenador do corpo” (LEAL, 1994, p. 134). É a partir deste entendimento que a participante Tainá relatou ter feito uso de chás antes mesmo de descobrir a gestação:

“Antes de fazer o teste, comecei a tomar chá de canela, tomei por uma semana e nada, não desceu nem uma gota de sangue. Eu sabia que, se estivesse grávida, estava bem no comecinho ainda né, era mais fácil de impedir que segurasse tomando assim, bem no comecinho. Não era estranho minha menstruação atrasar, meu ciclo é bem chatinho, desregulado, às vezes tenho 28 dias de ciclo, às vezes 40, então se toda vez eu saísse achando que estava grávida, a única coisa que ia fazer por aí é teste de gravidez, né, menina [risadas]. Mas dessa vez foi diferente, porque passou vários dias e nada, então depois do chá de canela minha amiga me falou para tomar chá de buchinha-paulista, que é mais forte e mais certo, mas nada, não me deu sequer uma cólica. Aí fiz o teste e vi que estava grávida mesmo, que ia ter que fazer o aborto mesmo, aí vi que ia ter que comprar o remédio” (Tainá).

Discursos similares foram identificados na pesquisa de Porto e Galvão (2023), de nome “Itinerários abortivos e terapeutas populares: gênero, temporalidades e saberes localizados”, em que foram analisados percursos abortivos de mulheres residentes no Rio Grande do Norte e a

utilização de recursos caseiros como forma de reorganização dos seus processos reprodutivos. Ao acessar profissionais de saúde, usuários do SUS e “raizeiros” que vendiam seus produtos na feira livre de uma das cidades do interior do estado, as autoras identificaram não somente a importância de práticas ancestrais e naturais nas vidas e realidades das mulheres, mas também a utilização destes métodos como uma estratégia de afastamento do tom incriminador provocado pelo estigma do aborto (PORTO, GALVÃO, 2023). No entanto, de acordo com as autoras, a permissividade não é irrestrita, e até mesmo a utilização de produtos naturais não ocorre sem algumas ressalvas, sendo a principal delas o tempo do atraso da menstruação, através do qual seria possível identificar o que seria uma simples desregulação do ciclo e o que de fato configuraria uma gestação e, conseqüentemente, um aborto (PORTO, GALVÃO, 2023).

Na fala de Tainá, vê-se que a percepção do atraso menstrual não fez com que a participante recorresse imediatamente a um teste de gravidez, e sim a métodos naturais que já conhecia para impulsionar a chegada da menstruação. É interessante a forma como a sua fala transita entre a contracepção e o aborto, ora afirmando que tomou chás para fazer a menstruação descer (“minha amiga me falou para tomar chá de buchinha-paulista para fazer descer”), ora para realizar o aborto (“tava bem no comecinho ainda né, era mais fácil de impedir que segurasse tomando assim, bem no comecinho”). Tainá disse ter recorrido a este método por algumas semanas antes de fazer o teste de gravidez, afirmando que, com isso, tinha a pretensão de apenas ajustar seu ciclo menstrual, colocando sob o termo “aborto” somente as condutas praticadas após a realização do teste de farmácia. Para a participante, “impedir de segurar” pode não significar o mesmo que abortar, pois até então não havia a certeza da gestação, e sim apenas do atraso menstrual. Assim, entende-se que as mesmas substâncias podem ser utilizadas com finalidades diferentes, assumindo, com isso, significados distintos para as participantes. Neste sentido, de acordo com Motta (2012):

A própria definição de aborto presente nas falas das mulheres entrevistadas e observadas é variável conforme a situação, a posição do sujeito que fala e o fato motivador do discurso. Algumas falas, por exemplo, assimilam aborto a infanticídio ou abandono de bebês. Assim, condenam ‘aborto’ por terem em mente a morte de uma ‘criança’. No entanto, manifestam tolerância em relação aos chás abortivos, que, embora entendidos como tendo o potencial para fazer vir a menstruação, parecem não implicar exatamente ‘aborto’, por não envolver uma ‘criança pronta’ ou quase pronta (MOTTA, 2012, p. 114).

Esta noção também foi reproduzida nos itinerários abortivos de outras participantes. Alice relatou ter tentado “fazer a menstruação descer” utilizando-se de diversas receitas que encontrou na internet, mencionando a buchinha-do-norte, tintura de boldo e tintura de cravo.

Ao fim, disse que “se intoxicou para nada”. A participante ainda relatou que “eu sei que fui burra, devia ter feito o teste, ainda mais já tendo passado por isso. Mas às vezes a gente não quer acreditar, e se o chá poderia fazer minha menstruação vir, então não tinha por que não tentar”. Para ela, a utilização de chás também operou enquanto uma forma de evitar o estigma que recai sobre a prática abortiva, de modo que, mesmo se o sangue viesse, ele poderia ser interpretado como uma simples menstruação.

O caso de Beatriz é similar, pois após perceber a desregulação do ciclo, passou a tomar chás “de tudo quanto é tipo” para impulsionar a menstruação, tendo afirmado que chegou a “perder as contas” de quantos litros de chá de arruda ingeriu, erva culturalmente conhecida como abortiva. Ainda, a participante relatou ter ingerido cachaça com boldo e sal; quinoa no sal; chá de artemísia; cápsulas de prímula; vinho quente; chá de mentrasto; coca-cola quente com melhoral e “o satanás da cabacinha, que me fez vomitar até a alma”, evidenciando a variedade de substâncias, muitas delas dissociadas de funções habituais, que podem estar envolvidas em um processo de interrupção da gravidez. Beatriz reforçou diversas vezes em sua fala que, enquanto fazia a ingestão destas substâncias, não tinha plena convicção da gestação, e tinha como intuito apenas “fazer descer”. Após diversos dias fazendo uso das beberagens, ela realizou o teste de gravidez e, com a confirmação da gestação, buscou uma última alternativa caseira, a garrafada:

“[...] eu tomei tudo que é tipo, até uns que são perigosos e tóxicos para nossa saúde, e não fez nem cócegas. Um amigo me passou o contato de uma aborteira bem conhecida na cidade, que supostamente fazia em casa, mas aí quando conversei com ela, ela disse que não, mas que ela tinha uma garrafada ‘tiro e queda’, e foi tiro e queda mesmo, porque eu quase morri. Foram três litros de um negócio horróroso, que eu nem sabia o que tinha dentro, só sabia que tinha gosto e cheiro de morte. Passei um mal do cão e nada de aborto. Foi aí que ela quis me dar mais quatro litros, e eu me recusei a tomar e resolvi que era hora de procurar um outro jeito” (Beatriz)

As garrafadas, também conhecidas como “mesinhas” ou “lambedores”, consistem em misturas de plantas medicinais com bebidas alcoólicas e outros compostos, como mel, vinagre e água (PASSOS et. al, 2018, p. 02). Não existe regulamentação sanitária sobre estes produtos no Brasil, diferentemente da água inglesa, que embora também seja um composto alcoólico com ervas, possui registro na Anvisa, sendo comercializada em farmácias e comumente utilizada por mulheres após a prática do aborto. As garrafadas geralmente são produzidas e comercializadas por pessoas conhecidas nas comunidades pelos seus poderes de cura e profundo conhecimento da natureza (PORTO, GALVÃO, 2023; PASSOS et. al, 2018) e a confiança das mulheres na eficácia dos produtos parece advir deste fato, o que denota “um traço

de sincretismo religioso e de gênero que constroem a realidade local frente ao aborto por meio da fé no poder curativo das ervas, que transcende a biomedicina” (PORTO, GALVÃO, 2023, p. 173). Beatriz, por exemplo, relatou ter comprado a garrafada com uma aborteira conhecida na cidade, ingerindo sem sequer saber a composição. No mesmo sentido é a fala de Heloísa:

“Procuramos um método caseiro, já sabíamos que se abortava com pílula, mas não sabíamos onde e nem como comprar, então comecei a procurar a tal da garrafada. Comprei em uma feira com uma moça que falaram que era de confiança, que ela sabia das coisas. Comecei a tomar e estávamos com esperanças que iria dar certo, mas óbvio que não deu. Tomei por um tempo, era horrível o gosto, enjoava e vomitava toda vez que tomava, e aí tinha que tomar de novo, todo dia. Foi bem difícil, mas o tempo passou e não estava vendo resultado, foi aí que percebi que não iria dar certo” (Heloísa).

Percebe-se que diferentemente dos chás, que foram utilizados por algumas participantes com o intuito de regular a menstruação, as garrafadas foram adquiridas por Beatriz e Heloísa conscientemente como método abortivo. Nos relatos das participantes, seu uso parece demarcar um segundo momento de seus processos de escolha, pois já sabiam que estavam grávidas, mas ainda não queriam recorrer ao aborto medicamentoso. Isso também se fez presente nos discursos de outras participantes, e ao serem questionadas por que razão recorreram aos métodos naturais em um primeiro momento, mesmo quando já sabiam da gravidez, as respostas foram bastante similares: algumas informaram terem dado preferência aos chás e garrafadas porque são métodos de baixo custo, muito inferior ao do medicamento; outras disseram que acreditavam que os métodos caseiros eram mais seguros, e a sua utilização permitiria que o aborto fosse mantido em segredo. Assim, verifica-se que a busca pelos métodos naturais entre as participantes foi condicionada pela sua realidade socioeconômica e pelo interesse em garantir maior controle sobre seus corpos e vivências reprodutivas.

O caso de Tainá, mulher negra e de camadas populares, exemplifica as questões trazidas, tendo a participante relatado que a utilização de chás se deu devido à sua condição econômica e pela sua intenção de realizar o procedimento da forma mais secreta possível. A participante apresentou um dos relatos mais sinuosos do presente estudo: à época do aborto, ela tinha 25 anos e dois filhos, quando passou pela sua terceira gestação, que culminou em abortamento, ainda era casada com o pai do segundo filho, que era usuário de cocaína e a agredia. Ela contou ter recorrido a diversos chás porque era um método que já conhecia, e frente ao desespero, temia não possuir tempo hábil para realizar o aborto de outra forma, considerando-se sobretudo que precisava escondê-lo do marido. De acordo com a participante:

“Eu fiquei com medo de tomar remédio e morrer, porque se eu morresse, quem que ia ficar com meus filhos? Minha mãe tinha que cuidar do meu pai, que é doente especial, na época já corria dobrado com meu filho mais velho, e o meu ex não tinha a menor condição, não tinha como contar com ele. E também é caro, não é um dinheiro que você só tira assim do nada, minha mãe me ajuda com uma grana, mas vai tudo para os meninos, então eu tive que ficar sem comer por duas semanas, vendi algumas coisas minhas e fiz um empréstimo de R\$ 300,00 com minha prima para conseguir pagar. Então assim, claro que torci muito para dar certo com os chás né, mas acho que no fundo a gente sabe que não dá, quando pega mesmo não tem jeito de tirar só com chá não” (Tainá).

A fala de Tainá revela a extensão das violações aos seus direitos humanos sofridas no decorrer de sua vida. A participante vivenciou a primeira gestação quando tinha 14 anos de idade; viveu um casamento precoce, aos 17 anos, época em que engravidou do seu segundo filho, e relatou ter sofrido diversas formas de negligência, violência e precariedade na adolescência e início da vida adulta. Quando descobriu que estava grávida pela terceira vez, em meio a um relacionamento abusivo, a participante buscou por métodos caseiros porque não possuía recursos para adquirir os medicamentos sem que isso prejudicasse seus direitos básicos de existência, o que acabou acontecendo em um segundo momento, pois precisou ficar duas semanas sem se alimentar propriamente para poder adquirir o medicamento abortivo sem interferir no bem-estar dos seus filhos. Além disso, a participante acreditava que os métodos caseiros eram mais seguros, e a segurança por ela referida não está associada ao seu desejo de resguardar a sua saúde reprodutiva, e sim ao fato de que precisava garantir a sobrevivência dos filhos, de modo que não podia correr o risco utilizar um medicamento que acreditava ter o poder de matá-la, pois isso significaria deixá-los sem mãe.

Nas vivências de Natália e Beatriz, ambas mulheres negras e com condições financeiras desfavoráveis, a utilização de métodos caseiros também esteve relacionada ao alto custo do medicamento abortivo e à necessidade de manter o procedimento um segredo. Beatriz engravidou de uma pessoa com quem não tinha intimidade e que não prestou nenhum tipo de suporte ao descobrir a gestação. Para a participante, a tentativa de abortar com métodos caseiros deu-se por não possuir recursos suficientes para adquirir o medicamento sem prejudicar outras esferas da sua vida íntima. Após a falha do método, ela precisou vender sua televisão e emprestar dinheiro de um amigo para conseguir comprar o medicamento. Natália, por sua vez, pôde contar com a ajuda do parceiro, indivíduo com quem possuía relacionamento afetivo. No entanto, à época do aborto, ela ainda morava com seu ex-marido, de modo que recorreu à métodos naturais para que ele não desconfiasse da gestação. Ao fim, a participante utilizou o medicamento e precisou passar por internação hospitalar, tendo os seus medos concretizados, pois o ex-marido tomou conhecimento de que ela estava grávida de outra pessoa e, como

resultado, tratou-a de forma cruel no momento em que ela mais precisava de amparo. Assim, nota-se que ao escolher recorrer a métodos naturais, as mulheres muitas vezes têm consciência de sua menor eficácia, mas ainda assim decidem arriscar para poderem resguardar outros aspectos de suas vidas.

Entre as cinco mulheres que tentaram abortar utilizando isoladamente chás e garrafadas, todas eram de classe baixa e quatro eram negras. A recorrente utilização destes métodos por mulheres racializadas e com menores condições financeiras não é um dado novo na literatura (DINIZ, MEDEIROS, 2012; PORTO, GALVÃO, 2023; MENEZES, 2015), sendo essas as pessoas que mais sofrem com os efeitos biopolíticos da clandestinidade, bem como as que praticam abortos com maiores idades gestacionais e que mais precisam recorrer a atendimento hospitalar por enfrentarem complicações. Ainda, o momento em que os chás são aplicados também é distinto ao considerar-se critérios de raça e classe. Embora algumas mulheres brancas e de classe média tenham recorrido a estes métodos, nota-se que elas foram aplicadas durante o processo abortivo medicamentoso e nos dias seguintes, como forma de auxiliar o efeito do misoprostol. Para elas, nunca houve a intenção em realizar o aborto somente com métodos caseiros, na medida em que possuíam recursos para adquirir os medicamentos sem que isso prejudicasse de forma substancial as suas rotinas e dos seus filhos. Essa não foi a realidade das mulheres negras e de classe baixa, que fizeram uso de mais ervas e substâncias, com mais frequência e por períodos mais longos, com o intuito de não precisar recorrer ao medicamento, o que também corroborou no fato de seus itinerários abortivos terem sido mais demorados e sofridos.

Entre as participantes que tentaram realizar o aborto com substâncias naturais, nenhuma delas conseguiu obter êxito. Isso não quer dizer, no entanto, que estes métodos não funcionam de nenhuma forma. A ampla incidência dos métodos caseiros, mesmo que todas as participantes tenham, ao fim, recorrido ao misoprostol, permite constatar que “o discurso médico, embora presente e disseminado [...] não é identificado como uma única possibilidade de explicação de processos como dores, sintomas e o que é o nosso foco aqui, a reprodução humana” (LEAL, 1994, p. 129). Assim, estas práticas populares não podem ser desqualificadas, sob o risco de que a invalidação do conhecimento desautorizado reforce a falsa naturalidade da supremacia do saber médico e deslegitime métodos que integram a cultura feminina de forma histórica e geracional (MENEZES, 2015, p. 05).

Ao passo que os métodos caseiros são mais difundidos entre mulheres com menores condições financeiras, Diniz e Medeiros (2021) apontam que muitas mulheres, sobretudo

brancas e de classe média, recorrem a clínicas clandestinas a fim de realizar a interrupção de suas gestações. Embora nenhuma mulher do presente *corpus* tenha realizado o procedimento de interrupção da gestação em clínicas privadas, as participantes Júlia, Amanda, Clara e Diana informaram terem conseguido contato com ao menos um local que prestava este tipo de serviço. Júlia informou ter conseguido contato com duas clínicas, uma na cidade em que residia e outra na capital do estado vizinho, no entanto, ficou assustada e preferiu recorrer ao medicamento, “por causa das histórias que a gente escuta de mulheres que fizeram em clínica clandestina, aí não conseguia sentir confiança. Só vinha na minha cabeça imagem de mulher morrendo com instrumentos enfiados no útero”. No mesmo sentido é o relato de Amanda, que embora tenha conseguido entrar em contato com uma clínica, indicada por uma amiga do trabalho, ficou com receio de realizar o procedimento no local:

“A gente sabe que a polícia quer bancar a justiceira, então vão atrás de quem fornece, de clínica clandestina e tal. Todas as reportagens que já vi sobre aborto era sobre clínica clandestina, sobre clínica que matavam mulheres. Achei melhor fazer com o remédio, menos chance de depois ser descoberta, porque fica tudo registrado né, e como a gente vai saber onde vão parar esses registros? Além disso, já ouvi falar de médico que faz coisas horríveis, não dá para confiar, a gente nunca sabe quem está por trás do jaleco. Para eles não tem empatia não, aborteira é tudo igual, tudo puta, vagabunda. E nesses lugares eu sei que eles fazem sucção, tiram pelos pedaços, e você vê tudo acontecendo. Sem contar o preço, que é uma coisa absurda. Eu gastei uns R\$ 3.000,00 com os meus dois abortos juntos, isso que no segundo eu tentei várias vezes, então foi um monte de leva de medicamento, de exame, de remédio para dor, absorvente. Na clínica tavam cobrando R\$ 5.000,00 até o primeiro trimestre, e pediam para levar o beta e a ultrassonografia já. Imagina, com o que eu gastei nos dois abortos não ia ter como pagar nem um em clínica” (Amanda).

As falas das participantes mesclam temores, crenças populares e dados coletados por meio das mídias e das redes de socialização e contato a que tiveram acesso ao longo de suas vidas. Ambas mencionaram terem “ouvido histórias” ou lido reportagens acerca dos perigos inerentes à interrupção de gestações em clínicas clandestinas. No discurso de Júlia, há confusão entre o que configura uma clínica privada e uma “casa de aborteira”, definida por Diniz e Medeiros (2012) como “espaços domésticos em que curiosas as auxiliaram com sonda ou outros apetrechos na clandestinidade” (DINIZ, MEDEIROS, 2012, p. 07). Por sua vez, Amanda refere-se às clínicas como locais que “matam mulheres” e que retiram fetos “pelos pedaços”, indicando inclusive que esta constatação não é derivada de seus conhecimentos de vida ou de experiências passadas, mas sim de notícias e informações com que já havia se deparado e que embasaram a sua percepção. Nota-se que os temores relatados pelas participantes se baseiam no desconhecimento geral sobre como de fato operam as clínicas privadas e como são realizados os procedimentos cirúrgicos de abortamento.

Embora ainda sejam escassas as pesquisas que tratam do aborto clandestino em clínicas privadas no Brasil, ante a dificuldade de coleta de dados, Paloma Silveira e colaboradoras (2016) identificaram em estudo qualitativo realizado nos municípios de Recife-PE e Salvador-BA que o desconhecimento acerca da forma como as clínicas privadas operam serviços de abortamento é mais um dos efeitos da clandestinidade, responsável por criar a ideia de que a experiência das mulheres que realizam abortos é homogênea. As pesquisadoras realizaram entrevistas com mulheres de diferentes classes sociais que realizaram abortos em clínicas, e ao passo que algumas relataram terem sido atendidas de forma humanizada e adequada, outras foram mal assistidas e maltratadas pelos profissionais, tendo sido notado que a qualidade dos serviços prestados variou conforme a localização geográfica, os preços aplicados e a infraestrutura da clínica, o que vincula-se diretamente à forma como a mulher que busca por esses serviços está inserida socioeconomicamente (SILVEIRA et. al, 2016, p. 07). A ausência de padronização na prestação destes serviços e o fato de operarem na clandestinidade faz com que algumas mulheres associem esses locais a um ambiente seguro, pois permitem que o aborto seja praticado de forma cirúrgica, sem a sua interferência, enquanto outras os enxergam como espaços projetados para, como afirmado por Amanda, matar mulheres.

Os discursos de Amanda e Júlia denotam que a impressão de desumanização imbutida às suas composições imagéticas do aborto em clínicas clandestinas se deu, sobretudo, pelo estigma da criminalização, como é possível extrair da pesquisa de Camila Sampaio (2013), que ao narrar os percalços e dificuldades enfrentadas por doze mulheres com quem conversou no interior de uma clínica clandestina em uma das maiores cidades do país, concluiu que as clínicas são lugares onde se “vende criminosas” (SAMPAIO, 2013, p. 06). Além de não confiar nos profissionais, muitas vezes as mulheres também não conseguem confiar no procedimento que, além de desconhecido por muitas delas, também é invasivo e depende de atendimento hospitalar e assistência médica. Para muitas mulheres, o medicamento representaria uma opção mais segura, proporcionando maior privacidade e menores riscos.

A maior parte das mulheres entrevistadas na presente pesquisa sequer teve acesso a uma clínica clandestina. Embora algumas delas, sobretudo brancas e com melhores condições financeiras, tenham relatado que procuraram por contatos na internet e com amigas, não obtiveram sucesso. Alice informou que, embora tenha conseguido o contato de uma clínica privada em sua cidade, tentou ligar diversas vezes e não foi atendida. Helena, por sua vez, pretendia em um primeiro momento realizar a interrupção da gestação em uma clínica, mas foi informada por uma amiga que o local “de confiança” seria em outra cidade, na capital do estado

em que vivia, de modo que a participante teria que fazer uma viagem de mais de três horas, não possuindo condições financeiras para isso. É importante apontar, ainda, que grande parte das mulheres sequer buscou entrar em contato com clínicas privadas, e isso se deu tanto por terem conhecimento de que não teriam como arcar com os custos, quanto por terem sido informadas da eficácia e segurança do medicamento assim que iniciaram suas buscas pelo método abortivo.

Isso foi apontado por Clara, mulher branca e de classe média, que nos disse “eu fui em uma médica pelo plano, consultório lindo, bem no centro. Você não tem ideia do quanto de mulher que faz aborto com as próprias médicas. Inclusive, um dos contatos que recebi foi de um gineco que fazia, mas como eu não conhecia, optei pelo medicamento, por questão de segurança”. O relato da participante demonstra que ela pôde contar com um amplo leque de opções, na medida em que contou com auxílio médico, mas ainda assim optou pela autoadministração do medicamento, entendendo ser um método mais seguro. Diana, por sua vez, mulher branca e de camadas populares, disse: “quando descobri queria ter feito em clínica, estava com pavor de fazer sozinha e morrer, mas não tinha como pagar, aí fui lendo, fui sabendo que o remédio é seguro sim”. Nota-se que, embora Diana tenha vivido um percurso mais sinuoso, pois pretendia inicialmente recorrer a um método pelo qual não tinha como pagar, ainda assim ao final foi mencionada a segurança como fator fundamental na motivação de sua escolha pelo medicamento. Isso também pode ser extraído do relato de Laura:

“As responsabilidades de criar outro ser humano ficaram me aterrorizando, o medo de dar errado, de morrer, de não conseguir, de desistir no meio. Na internet você vê todo tipo de história terrível sobre aborto, hemorragia, infecção e mortes. Mulher que é presa com coisa enfiada no útero, que fica algemada na maca do hospital. Mas é aquilo né guria, estamos em um país que nega informações seguras, então eu acho mesmo que a intenção é que a gente fique com tanto medo que desista. Por isso eu entrei tão fundo na pesquisa, meu marido não queria, mas concordou, disse que precisávamos ler mais a respeito para entender mesmo. Não dá para confiar no que você acha na primeira página do Google. Então foram alguns dias lendo de tudo, matéria de jornal, de revista, artigo, trabalho de faculdade. A gente viu um monte de vídeo, procurou tudo que é fórum e grupo em rede social, até de outros países, em que o aborto é legal...Tudo indicava que interromper em casa com medicação é seguro mesmo” (Laura).

Em sua pesquisa, Lima (2014) aponta que a preferência das participantes pelo misoprostol enquanto método abortivo “não é um mero detalhe e não está associada apenas ao baixo custo deste frente aos gastos necessários para realizar o aborto em uma clínica clandestina” (LIMA, 2014, p. 121), sendo que, pelo contrário, as mulheres relatam com frequência terem recorrido ao medicamento porque ele representou, para elas, um método mais seguro, secreto e acessível. De acordo com Débora Diniz, o misoprostol têm sido registrado

como componente dos itinerários abortivos de mulheres brasileiras desde o início dos anos 90, quando houve uma alteração na “epidemiologia do aborto” no Brasil (DINIZ, MEDEIROS, 2012, p. 1672), pois se até então as mulheres com maiores condições financeiras realizavam abortos em clínicas privadas, enquanto mulheres pobres recorriam a métodos caseiros, muitas vezes perigosos e insalubres - como inserir agulhas de tricô, cabides, raízes de planta, objetos pontiagudos e sondas no útero; ingerir misturas cáusticas ou performar pequenos “acidentes”, como pancadas e quedas - e depois finalizavam o aborto em hospitais, este cenário começou a modificar-se a partir de 1986, quando o misoprostol foi registrado no Brasil sob a marca Cytotec e teve seu uso aprovado para o tratamento de úlceras gastrointestinais (DINIZ, MEDEIROS, 2012, p. 1672).

Atualmente, apenas um medicamento à base de misoprostol é comercializado no Brasil, sob a marca Prostokos, pelo laboratório Hebron. Todavia, conforme observado por Diniz e Madeiro (2012), o termo “Cytotec” extrapolou os limites da esfera biomédica, adentrando o domínio dos conhecimentos e saberes partilhados entre as mulheres. Por isso, foi comum que as participantes da pesquisa, ao serem questionadas qual método abortivo utilizaram, tenham feito referência ao termo “Cytotec” e, ainda, muitas participantes chamaram o fármaco de “vitamina”, inclusive alegando desconhecer o nome “misoprostol” e a atual marca do medicamento. Esta constatação indica a integração de mulheres através das redes de comunicação a que têm acesso durante o período do intervalo, pelas quais acabam por compartilhar e transmitir termos, signos e ideias que gradativamente passam a compor um vocabulário comum. É notável a substituição de termos carregados de estigmas por outros, geralmente relacionados a elementos e situações cotidianas (DINIZ, 2003, p. 19). De acordo com Souza (2021), isso ocorre porque “ao nomear algo que não integra o dia a dia das mulheres, elas estabelecem uma estratégia para desdramatizar o aborto e aproximá-lo de uma experiência segura e informada [...] desconstruindo o estigma e contribuindo para combater os medos associados ao tema” (SOUZA, 2021, p. 161).

Em sua tese de doutorado “De revolução da medicina a vilão social: o caso do misoprostol no Brasil”, Thayane Lopes Oliveira (2023) aponta que embora seja difundida a crença de que o potencial abortivo do misoprostol foi descoberto por acidente, na realidade este já era conhecido desde os seus primeiros testes, pois assim como toda prostaglandina, o misoprostol age sobre a musculatura uterina, induzindo o parto e sangramentos em mulheres gestantes (OLIVEIRA, 2023, p. 26). A sua comercialização foi possível, mesmo com seu efeito paralelo, porque os cientistas e médicos acreditavam terem descoberto um fármaco que poderia,

além de cumprir sua “finalidade principal”, também auxiliar nos processos de esvaziamento uterino nos casos de abortos terapêuticos e permitidos por lei, o que promoveria a diminuição do abalo psicológico vivenciado pelas mulheres que passavam por estas situações, sendo reconhecido como uma via que oferecia menores riscos, colaborando com a redução da mortalidade materna e das complicações pós-aborto (OLIVEIRA, 2023, p. 229).

No entanto, logo nos primeiros anos de sua implementação, o medicamento teve seu uso desviado, tendo sido apropriado por mulheres, a quem historicamente foram tolhidos os direitos sobre os próprios corpos e escolhas reprodutivas, que modificaram sua finalidade para acessar a prática do aborto clandestino e autoadministrado. Não é possível rastrear-se a origem da disseminação da potencialidade abortiva do misoprostol, pois, de acordo com Barbosa e Arilha (1993, p. 14), “as farmácias, os médicos, o laboratório, as próprias mulheres e a mídia impressa e televisiva fizeram parte de uma grande cadeia que cresceu num processo de complementaridade”. Assim, embora saiba-se que grande parte da disseminação deu-se entre as próprias mulheres, que no boca-a-boca tornaram os efeitos e técnicas de ministração do remédio parte de um conjunto de saberes e segredos, não se pode ignorar a influência de profissionais de saúde (como médicos e farmacêuticos) e da mídia no processo de transmissão destes conhecimentos, o que muitas vezes deu-se, inclusive, de forma indireta e acidental, havendo registros de que seu potencial foi divulgado até mesmo por meios que condenavam o “uso indevido” e, ao mesmo tempo, acabavam fornecendo informações sobre a sua eficácia (OLIVEIRA, 2023, p. 111).

A implementação do medicamento nas vidas reprodutivas de mulheres brasileiras muito rapidamente modificou as fronteiras até então conhecidas entre contracepção e aborto. Isso porque o misoprostol nem sempre foi compreendido pelas mulheres necessariamente como um método abortivo. Na investigação de Assis e Erdmann (2021), há registros de que mulheres que, já nos últimos anos da década de 80, utilizaram o Cytotec como forma de regulação da menstruação para prevenção da gravidez, para liberar o sangue “coalhado” (ASSIS, ERDMANN, 2021, p. 02). Diferentemente de outros métodos abortivos, a ação do Cytotec encobertava o aborto, tanto para a mulher quanto para a sociedade, pois fazia com que ele fosse situado sob a roupagem da “regulação da menstruação”, o que, de acordo com Oliveira (2023), “mascara a finalidade abortiva de produtos em uma sociedade, como o Brasil, em que a prática é não apenas ilegal nos termos do Código Penal, mas também imoral quando se pensa os valores da sociedade” (OLIVEIRA, 2023, p. 69). Além disso, a inserção do Cytotec nas realidades das mulheres revolucionou sua autonomia sobre seus corpos e vidas reprodutivas, ampliando de

forma considerável o seu campo de escolha e, principalmente, a segurança dentro destas escolhas.

De acordo com Regina Maria Barbosa e Margareth Arilha (1993), o uso do Cytotec trouxe efeitos positivos às trajetórias reprodutivas das mulheres, promovendo uma modificação no perfil da mortalidade e morbidade por aborto. As autoras apontaram que, desde o início dos anos 1990, constatou-se que mulheres com abortos incompletos que recorriam ao atendimento hospitalar após utilizar o medicamento apresentavam quadros menos graves do que aquelas que utilizavam outros recursos, na medida em que “o sangramento uterino, principal complicação de seu uso, na opinião dos ginecologistas, é um evento de menor gravidade e dissolução médica mais fácil do que a perfuração uterina e a infecção pélvica, complicações comumente associadas a outros tipos de abortamento” (BARBOSA, ARILHA, 1993, p. 417). Com a disseminação deste saber e a apropriação do fármaco, o aborto medicamentoso tornou-se cada vez mais frequente no país.

Além disso, fez-se cada vez mais notável que, além de eficiente, o medicamento era acessível, fácil de utilizar, manipular e armazenar e, em comparação a abortos praticados em clínicas privadas, o Cytotec também possibilitava o sigilo e a ministração no espaço doméstico, onde as mulheres poderiam recorrer inicialmente a sua rede de apoio primária e, apenas se necessário, buscar ajuda institucional (OLIVEIRA, 2023, p. 120). A sua popularização crescente nos últimos anos da década de 80 e início da década de 90 demonstrou que a possibilidade de utilizá-lo facilitava a decisão pelo aborto e o processo de abortamento, por permitir maior privacidade e diminuir a carga traumática que recaía sobre as mulheres, mas também era mais acessível e oferecia maior segurança, o que foi fundamental nas realidades de mulheres com menores recursos financeiros, que até então apenas conheciam a realidade do aborto inseguro (BARBOSA, ARILHA, 1993).

Embora a eficácia do medicamento e a maior segurança em sua utilização quando comparado a outros métodos seja reconhecida desde a década de 90 (BARBOSA, ARILHA, 1993), isto não significa que o posicionamento sobre o misoprostol como fundamental para a saúde reprodutiva é pacificado desde então. As autoras demonstraram que, à época, a implementação do misoprostol passou a fazer parte de um conjunto de temas que transcenderam o espaço de debate da saúde e adentraram nos mais distintos círculos discursivos, provocando disparidades ideológicas entre os campos científicos e sociais (BARBOSA, ARILHA, 1993). Embora no campo médico as potencialidades do misoprostol tenham sido lidas de forma positiva desde sua descoberta, havendo a compreensão de sua essencialidade na indução de

partos e abortos, as instituições vinculadas à vigilância medicamentosa e alas sociais mais conservadores foram resistentes à livre utilização do medicamento pelas mulheres, insistindo em sua retirada do mercado, pois este representaria “riscos para a saúde pública brasileira, ora através do aumento do número de abortos, ora do potencial teratogênico do medicamento” (OLIVEIRA, 2023, p. 230). Neste campo, destacou-se a atuação do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM), vinculado à Universidade Federal do Ceará, que relacionou a utilização do misoprostol à malformação fetal e, a partir disso, buscou promover o uso controlado do medicamento. Embora a base científica desses estudos tenha sido questionada, a ideia de “epidemia do misoprostol” foi apropriada por movimentos e grupos antiaborto, ganhando destaque inclusive em âmbito internacional (OLIVEIRA, 2023, p. 240).

A partir destas vozes opositoras, ganhou força na década de 90, inicialmente dentro do campo da saúde pública, a noção de que o aborto clandestino era um sinônimo de aborto inseguro. Cardoso e colaboradores (2020) sustentam que esta percepção foi endossada pela própria Organização Mundial de Saúde, que definiu o aborto inseguro como “um procedimento para o término da gestação, realizado por pessoas sem a habilidade necessária ou em um ambiente sem padronização para a realização de procedimentos médicos, ou a conjunção dos dois fatores” (CARDOSO, et. al, 2020, p. 02). De acordo com os autores, embora esta definição fizesse certo sentido até a década de 80, na medida em que a realização de procedimentos de interrupção da gestação nestes termos realmente apresentava risco à vida e saúde da mulher, ela certamente tornou-se ultrapassada com o advento do misoprostol. Ao ignorar a popularização do aborto medicamentoso pouco invasivo e relativamente seguro, sobretudo em países menos desenvolvidos e com leis mais restritivas, a OMS incentivou que a interrupção da gestação fosse julgada a partir de sua condição de ilegalidade, e não por conta do seu efetivo risco (ASSIS, ERDMANN, 2021, p. 12), corroborando na construção da imagem de perigo associada ao misoprostol. Neste sentido, esclarece Oliveira (2023):

O Cytotec se transformou, em pouquíssimo tempo, de “revolução da medicina” para “vilão social”. O campo científico que defendeu a inovação do misoprostol para o tratamento das úlceras pépticas com vantagens em cima de todos os outros métodos, foi o mesmo espaço da ciência que construiu as pesquisas que levaram ao processo de normatização do medicamento no Brasil, embasando “cientificamente” uma questão que também era social, ou seja, os debates entre legalidade e ilegalidade do aborto (OLIVEIRA, 2023, p. 85).

Este movimento gradativamente promoveu um processo de normatização da comercialização e do uso do Cytotec, que se manifestou inicialmente por meio de restrições no acesso e disponibilidade do medicamento, estabelecidas a partir de portarias e resoluções de

abrangência estadual. De acordo com Pazello (2010, p. 84), este conjunto de disposições “não apenas baniu o misoprostol das farmácias do país, mas também limitou seu uso aos hospitais cadastrados, criando uma rotina altamente burocrática para sua aquisição e emprego, além de proibir a divulgação de informação, por qualquer meio, sobre esse medicamento para o público em geral”. Diante destas restrições, a oferta do medicamento tornou-se cada vez mais escassa nas farmácias, o que culminou na diminuição da produção da medicação no Brasil pela indústria farmacêutica (OLIVEIRA, 2023). Não se pode ignorar que estas restrições se deram em um contexto de iminente disputa de poder, sobretudo ao considerar-se que as vozes opositoras eram majoritariamente compostas por instituições católicas, que tinham seus saberes invalidados pelo desvio de finalidade de um medicamento. Assim, é possível falar que as discussões do tema nem sempre tinham como enfoque a segurança ou insegurança do aborto, e sim a necessidade de retomada e manutenção do poder.

Ainda na década de 90, sobretudo após as Conferências do Cairo (1994) e de Pequim (1995), os argumentos de defesa da importância da disponibilidade do misoprostol, que haviam sido silenciados com a implementação abrupta de medidas restritivas em todos os estados do país, tornaram a disputar espaço no debate público. Conforme Barbosa e Arilha (1993), a escolha do Cytotec enquanto método abortivo estava se mostrando cada vez mais frequente pelas mulheres ao redor de todo o mundo. Na Europa, o misoprostol passou a ser utilizado em conjunto ao RU-486, composto de mifepristona, medicamento com a capacidade de bloquear o hormônio progesterona e impedir a implantação do embrião no útero, e ambos os medicamentos foram legalizados e utilizados de forma complementar em casos de abortamento. A discrepância entre as realidades de outros países e a brasileira inflamou discursos, projetos de lei e mobilizações feministas voltadas à garantia de direitos sexuais e reprodutivos, motivando o ataque contrário de grupos antiaborto, que focaram seus esforços na apresentação de uma questão: o acesso indiscriminado do medicamento, além de violar a moral, tornava a legislação proibitiva sobre o aborto inválida e ineficaz (OLIVEIRA, 2023, p. 230).

Neste ponto, importante apontar que, até o ano de 1998, mesmo com as restrições, a compra e venda do medicamento não era considerada crime. Isso foi modificado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que se aproveitando que o enfoque das alas feministas estava voltado ao debate legislativo e ideológico acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, executou uma verdadeira manobra normativa para definir o destino do misoprostol, incluindo-o na Portaria nº 344/1998, que dispõe sobre o controle de substâncias no território nacional, enquanto substância sujeita a “controle especial” (BRASIL, 1998). A

partir disso, o misoprostol foi adicionado a uma lista de substâncias que passaram a ter sua comercialização restrita a hospitais registrados, condicionada a uma série de regras para a produção, importação, distribuição e embalagem. Com a normativa, a comercialização do misoprostol passou a ser tipificado como crime contra a saúde pública, conforme o artigo 273 do Código Penal, que dispõe sobre a “venda ou distribuição para o consumo de medicamento sem registro no órgão de vigilância sanitária ou de procedência ignorada” (BRASIL, 1940). A conduta é categorizada como crime hediondo, e possui pena de prisão de dez a quinze anos e multa, superior à pena inicial prevista para homicídio, estupro e, inclusive, o próprio aborto.

Sob a camuflagem da necessidade de resguardo da saúde pública, essas restrições e proibições tinham como principal objetivo tornar o medicamento inacessível a mulheres que pretendessem utilizá-lo de “forma indevida”, sendo notável seu caráter disciplinador. No entanto, a proibição do medicamento não foi capaz de impedir seu uso para a prática do aborto clandestino, pois mesmo com fabricação suspensa, o produto chegava ao Brasil por meio do contrabando, demonstrando a operacionalidade do comércio clandestino e ilegal, bem como que as mulheres, mesmo duplamente taxadas como criminosas (pelo Código Penal e pela nova regulamentação), seguiram elaborando estratégias para ter acesso ao aborto em condições mais seguras (OLIVEIRA, 2023, p. 225).

Com o passar dos anos, as diferenças nas tratativas do uso do misoprostol em países com legislações abortivas mais e menos flexíveis tornou-se extrema. Ao passo que a maior parte dos países, sobretudo europeus, passou a reconhecer o medicamento como essencial para a garantia de uma vida sexual e reprodutiva segura às mulheres, outros mantiveram se escondendo sob a lógica proibicionista. Isto tornou-se ainda mais evidente quando, em 2005, o misoprostol e a mifepristona foram incluídos na lista de medicamentos essenciais da OMS. Embora esta inserção tenha se dado de forma complementar, entendendo-se que os medicamentos dependiam de “supervisão médica rigorosa” para serem ministrados (ASSIS, ERDMANN, 2021, p. 14), este passo ainda assim foi extremamente relevante.

Seguindo este movimento, o Brasil foi um dos primeiros países a inserir o misoprostol em sua Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), bem como iniciou a produção local do medicamento genérico imediatamente após a perda da patente do Cytotec (ASSIS, ERDMANN, 2021). No entanto, a disponibilização do medicamento seguiu sendo exclusivamente para uso hospitalar, e o novo entendimento global acerca da eficácia do misoprostol não fez com que a regulamentação brasileira se tornasse menos rígida. Pelo contrário, com a fabricação local, a Anvisa publicou, no ano de 2006, a Resolução 911

(corrigida posteriormente pela Resolução 1.050), a fim de dificultar o acesso e a divulgação do potencial abortivo do misoprostol. De acordo com o documento, seu objetivo seria:

Determinar a suspensão em todo território nacional das publicidades veiculadas por meio de fóruns de discussões, murais de recados e sítios na Internet, dos medicamentos a base de misoprostol divulgados com denominações tais como Cytotec, Citotec e Prostokos, bem como materiais e equipamentos indicados para práticas abortivas, uma vez que esses medicamentos que estão sendo anunciados não são registrados na ANVISA, bem como não podem ser divulgados ao público leigo por serem de venda sob prescrição médica e restrito ao uso de hospitais (BRASIL, 2006).

Assim, além de o acesso ao medicamento ser proibido e sua comercialização ser considerada crime, as discussões sobre aborto legal e medicamentoso foram ocultadas do debate público. De acordo com Pazello (2010), toda esta movimentação faz “parte do jogo de politização do debate em torno do aborto para obstaculizar a revisão da legislação punitiva, se alinham com a tendência no Legislativo de elaborar propostas sob a ótica da criminalização de condutas na esfera da regulação da Internet, da saúde reprodutiva e da sexualidade” (PAZELLO, 2010, p. 102). Assim, ao mesmo tempo em que debates sobre a liberdade de acesso ao medicamento eram reprimidos, surgiram propostas de lei e ações destinadas a limitar os direitos das mulheres em relação ao aborto, inclusive ao aborto permitido por lei.

O resultado de todos estes fatores foi uma verdadeira criminalização social do aborto, que além de ser compreendido na realidade brasileira a partir de um viés moralista e muitas vezes voltado à percepção religiosa de vida e concepção, passou a ser tratado sobretudo sob ótica policial, em que as mortes de mulheres decorrentes da negação do direito à informação e da ausência de atendimento hospitalar e a carência de educação sexual adequada são retiradas de primeiro plano, tidas como questões de menor importância quando comparadas à necessidade social de aplicação de pena a duas figuras muito bem consolidadas: a do traficante, responsável pela venda ilegal de medicamentos abortivos, e a da aborteira, a sujeita que abortaria indiscriminadamente, quantas vezes quisesse, caso não ocorresse um recrudescimento na aplicabilidade lei penal. Esta configuração ignora a seriedade de outras questões que cercam o debate sobre criminalização, como a alta taxa de mortalidade materna devido a abortos inseguros no país, uma consequência direta da criminalização e da restrição ao acesso ao misoprostol.

No ano de 2019, a OMS transferiu o misoprostol e a mifepristona à lista principal de medicamentos essenciais, retirando a exigência de supervisão médica rigorosa, de modo que “as diretrizes e revisões sistemáticas da OMS são agora amplamente utilizadas para apoiar um

parto menos medicalizado, exigindo geralmente acesso a medicamentos de qualidade, instruções sobre como usá-los e informações sobre quando e onde procurar ajuda” (ASSIS, ERDMANN, 2021, p. 16). Este processo de regulamentação promoveu, além da popularização do medicamento, a criação de protocolos padronizados sobre a sua utilização e posologia. Atualmente, a posologia recomendada para indução de aborto com o misoprostol é de “três doses, de 800mcg cada, com intervalo de três a doze horas, até nove semanas de gestação, administradas por via vaginal, sublingual ou oral” (BRASIL, 2012), sendo seu efeito potencializado quando combinado à mifepristona.

Na Diretriz sobre Cuidados do Aborto, publicada em 2022 pela OMS, a posologia indicada modifica-se de acordo com o método utilizado pela mulher e a sua idade gestacional, havendo seção de recomendação de melhores práticas que categoriza o aborto (cirúrgico e farmacológico) e a eficiência de posologia de medicamentos de acordo com as semanas de gestação, havendo menção não somente ao primeiro trimestre, mas também a abortos realizados entre 14 e 28 semanas de gestação, o que reflete um novo enfrentamento sobre a ideia do que de fato configura um aborto seguro ou inseguro. Neste sentido, consta na própria cartilha que:

O aborto é uma intervenção de saúde segura e não complexa que pode ser eficazmente gerida usando medicamentos ou um procedimento cirúrgico em vários contextos. As complicações são raras tanto com o aborto farmacológico como no cirúrgico, quando os abortos são seguros - o que significa que são realizados utilizando um método recomendado pela OMS, adequado à idade gestacional, e por alguém com as competências necessárias [...] O aborto farmacológico revolucionou o acesso a cuidados de qualidade no aborto a nível mundial. Os medicamentos para o aborto podem ser administrados de forma segura e eficaz numa unidade de saúde ou auto-administrados fora da unidade de saúde (por exemplo, em casa) por pessoas com uma fonte de informação precisa e com medicamentos de qualidade garantida (OMS, 2022, p. 04).

Em países com legislações menos restritivas em relação ao aborto, que atualmente são maioria, estas diretrizes muitas vezes são estabelecidas inclusive em documentos oficiais. Este não é o caso do Brasil que, embora tenha sido um dos primeiros países a inserir o misoprostol em sua Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), segue sendo um dos países a impor o maior número de restrições na sua utilização e a estigmatizar a prática do aborto (ASSIS, ERDMANN, 2021, p. 15). Nos países da América Latina e no Caribe, o misoprostol está aprovado para uso e inserido no mercado normalmente, até mesmo nos locais com legislações mais restritivas. Na Argentina, Bolívia, Colômbia, Uruguai e México, o misoprostol e a mifepristona são acessíveis gratuitamente em serviços de saúde, sendo possível sua aquisição mediante apresentação de receita médica em farmácias (DE ZORDO, 2016). Essas nações são reconhecidas por adotarem políticas mais avançadas em relação ao aborto. Já no

Chile, por exemplo, o misoprostol e a mifepristona são de uso exclusivo em hospitais, da mesma forma que ocorre no Brasil, com exceção que aqui a mifepristona sequer é disponibilizada e regulamentada (DE ZORDO, 2016, p. 23).

Em várias nações da América Latina, África e Ásia, o acesso ao misoprostol é viável mesmo em regiões com restrições mais severas em relação ao aborto, sendo que sua compra pode ser feita de forma virtual, através de servidores internacionais que, além de possibilitarem o acesso ao medicamento, também fornecem informações baseadas em evidências científicas sobre o aborto medicamentoso (DUARTE, 2019). Um deles, o Women on Web, fornece informações e aconselhamento clínico online desde o ano de 2005, bem como envia medicamentos às mulheres em diversos países, em troca de um valor simbólico (DE ZORDO, 2016, p. 25). Esta iniciativa foi fundamental até mesmo em países em que o aborto era permitido, pois nem sempre o serviço de aborto é acessível a todas as mulheres. No Brasil, no entanto, a aquisição de medicamentos por essa via não é possível desde o ano de 2013, tendo em vista o recrudescimento da fiscalização aduaneira e as resoluções da Anvisa que desde o ano 2000 regulamentam o *e-commerce* (DUARTE, 2019, p. 56).

Ainda, importante frisar que, não obstante o misoprostol esteja previsto na RENAME, o seu acesso nem sempre é amplo, até mesmo pela via legal. De acordo com reportagem publicada no ano de 2021 no Portal Catarinas, no ano de 2018 apenas 1.180 estabelecimentos de saúde no Brasil realizaram a compra do misoprostol diretamente com o laboratório Hebron (CATARINAS, 2021). Ainda, no ano de 2019, a Folha de São Paulo publicou uma reportagem noticiando que a compra do misoprostol pelo Ministério da Saúde estava seis meses atrasada, pois para não haver escassez naquele ano, a licitação para compra deveria ter iniciado em setembro de 2018, o que não ocorreu (FOLHA DE S. PAULO, 2019). A escassez se dá principalmente, pela aquisição do medicamento esbarrar diretamente na regulamentação restritiva da Anvisa, que impõe uma complexa burocracia para aquisição do medicamento (CATARINAS, 2021). Em entrevista para a Folha de São Paulo, o médico ginecologista Olímpio Barbosa de Moraes Filho, presidente da Comissão de Assistência ao Pré-Natal da Febrasgo, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, afirmou que, entre as possíveis consequências decorrentes da falta do medicamento, estaria a necessidade de realizar cesarianas em cerca de 70% dos partos que poderiam ser normais, o que violaria as medidas de redução do alto índice de partos cirúrgicos recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (FOLHA DE S. PAULO, 2019). Além disso, no caso de abortamentos, a escassez do medicamento também pode aumentar o número de curetagens e de mortes de

mulheres por complicações. Diante de todo esse cenário de restrições e proibições, há diversos relatos de que, ao redor do mundo, não há situação tão complexa e desesperadora para mulheres que querem abortar quanto a do Brasil (DUARTE, 2019, p. 62).

De acordo com Silvia de Zordo (2016), no artigo “A biomedicalização do aborto ilegal: a vida dupla do misoprostol no Brasil”, essa realidade faz com que o misoprostol transite, no Brasil, entre duas vidas distintas, ora considerado um medicamento essencial, ora um abortivo clandestino, o seu acesso não está apenas limitado pela estigmatização do aborto, mas também pela variação dos marcos regulatórios que sobre ele recaem a depender do contexto em que é situado. Ao mesmo tempo em que, dentro dos hospitais, o misoprostol é considerado um artefato científico fundamental para a garantia da saúde reprodutiva das mulheres brasileiras, tendo seu uso possibilitado e regulamentado para uma série de procedimentos obstétricos e ginecológicos, incluindo algumas modalidades de aborto, a partir do momento em que se escapa dos intramuros da instituição médica, ele ganha um estatuto completamente distinto, “vivendo e prosperando na clandestinidade” (DE ZORDO, 2016, p. 20), assumindo uma verdadeira “dupla cidadania”, na medida em que, neste âmbito, seu acesso e distribuição são considerados crimes (DE ZORDO, 2016, p. 20).

De acordo com Arilha (2012), a criminalização não impede que mulheres tenham acesso ao medicamento, mas “o uso clandestino ou ilegal do misoprostol obriga sua inserção, assim como a de suas usuárias, a um universo em que os limites entre legal e ilegal são frágeis e tênues, quase inexistentes” (ARILHA, 2012, p. 1791), pois a restrição na comercialização do misoprostol faz com que seja inserido no mercado clandestino como uma droga. É nesta medida em que a vida dupla do medicamento demonstra sua faceta mais perigosa, pois para adquiri-lo as mulheres precisam, de alguma forma, aproximar-se do narcotráfico (ARILHA, 2012) o que torna o acesso arriscado, pois as mulheres precisam trilhar caminhos muitas vezes perigosos para conseguir ter em mãos o único meio enxergado como viável para encerrar uma gravidez indesejada. Além disso, a ilegalidade do acesso e a conseqüente aproximação da distribuição do medicamento com o tráfico de drogas faz com que os produtos sejam comercializados sem nenhum tipo de regulamentação ou fiscalização.

Nos mercados clandestinos, a qualidade dos comprimidos de misoprostol não é assegurada, e tampouco a garantia de que se trata, efetivamente, do medicamento. De acordo com Assis e Erdmann (2021), a criminalização, além de obrigar mulheres a recorrerem a substâncias que não conhecem para interromper a gestação, também impede que obtenham algum tipo de comprovação de que o produto adquirido contém misoprostol, pois “tal prova é

a própria condição que atrai a responsabilidade criminal” (ASSIS, ERDMANN, 2021, p. 18). Por essa razão, um dos maiores temores mencionados pelas participantes no momento do intervalo é o de sofrer um golpe no momento da aquisição do medicamento, o que foi referido nos relatos de diversas participantes.

No caso de Júlia, ela e seu marido acessaram diversas redes de contato para tentar adquirir o medicamento, e após deparar-se com “todas as portas fechadas”, acabaram comprando o Cytotec através de um contato que localizaram em uma rede social. O casal adquiriu quatro pílulas, “porque a gente viu na internet que esse era o certo”, e efetuaram o pagamento de R\$ 600,00. A participante disse que estranhou em um primeiro momento, pois o vendedor não cobrou frete, mas acreditando que o valor estava incluso no preço total, acalmou-se. No entanto, após alguns dias, suas inquietações retornaram, pois não conseguiram mais estabelecer contato com o vendedor, que parou de responder às mensagens e não enviou código de rastreio. Após uma semana, o casal percebeu que havia sofrido um golpe: “ficamos arrasados, pois tiramos dinheiro das nossas economias que estávamos juntando. Aí no desespero eu comecei a tomar vários chás, fiquei mal por dias e nada”. A participante então começou a procurar novos fornecedores, decidida a “resolver aquilo de um jeito ou de outro”. Em certo momento, conseguiu contato com um grupo de mulheres que haviam adquirido o medicamento com o mesmo fornecedor, o que fez com que sentisse confiança. No entanto, a partir de então iniciou-se outro problema, pois Júlia não tinha dinheiro para realizar uma nova compra, e teve de esperar outras duas semanas até receber o salário. No caso de Gabriela e Natália, vê-se uma situação similar:

“Não conhecia nada sobre o remédio, e nem tinha ideia da quantidade de mulheres que queriam abortar e procuram por aborto. Me assustei de verdade, é muito maior do que a gente pensa, toda a estrutura, eu digo. Fui atrás de achar alguém que vendia, até entender onde estava pisando caí em dois golpes, um de R\$500,00 e outro de R\$700,00 reais. Comprei com um cara na internet, chegou pelo correio, mas não saiu uma gota de sangue. Aí eu surtei de novo, procurei igual doida outra pessoa que pudesse fornecer e encontrei um grupo com várias meninas, aí nisso uma mulher me abordou pela internet, disse que era administradora do grupo e que poderia mandar os comprimidos. Me mandou foto, vídeo, aí quando fiz o pix e pedi código do correio ela me bloqueou, e só então descobri que ela não era administradora. Quando eu finalmente consegui falar com uma pessoa confiável, não tinha mais dinheiro, então tive que entrar em contato com o ‘paizão do ano’ [...] depois de um tempo insistindo, muita briga e discussão, ele disse que iria me ajudar com R\$300,00. Precisei aceitar, pois estava desesperada, e o restante arrumei com uma amiga. Eu gastei uns R\$2.000,00 com tudo, ele me ajudou, muito de mal gosto, com R\$300,00” (Gabriela).

“Caí em um golpe de besta mesmo, no desespero, queria comprar rápido, quando chegou eu vi que era bupropiona. O grande lance é sacar quando são muito insistentes e fazem o primeiro contato. É muito fácil estarmos fadadas a este tipo de enganação, nossa cabeça não é nada racional nos momentos de desespero, quando mais

precisamos ser, né? Sem contar que, querendo ou não, nesse momento a gente fica tão desesperada que a gente só quer achar alguém para poder confiar, aí você conhece uma pessoa, ela te passa um telefone, finge ser seu amigo e ter empatia, e no final você é enganada. Aí quando você acha alguém que realmente dá para confiar, você fica com medo, com receio, achando que é outra pessoa vindo passar o papo. No meu caso, depois do golpe, eu fiquei com muito receio de comprar de novo, parecia que todo mundo que aparecia era alguém tentando me enganar” (Natália).

Devido aos golpes, praticados tanto pela internet quando em compras realizadas pessoalmente - casos em que o medicamento não traz os efeitos esperados ou sequer são entregues -, é comum que mulheres utilizem doses sucessivas de misoprostol, o que aumenta os sofrimentos por elas sentidos e também o risco na prática abortiva, pois são obrigadas a praticar procedimentos com idade gestacional mais avançada. Essa questão afeta principalmente mulheres com condições financeiras desfavoráveis, que precisam aguardar longos períodos para conseguir obter dinheiro para comprar o medicamento novamente, reforçando o fato de que são essas as mulheres que geralmente sofrem de forma mais marcante com os efeitos da ilegalidade.

Uma outra intrincada questão relacionada ao mercado informal é o fato de que muitas mulheres são deixadas à própria sorte ao utilizar o medicamento, sem receber qualquer orientação. Esse cenário é particularmente preocupante, especialmente ao considerar-se as restrições de acesso a informações no Brasil. A bula do medicamento, disponibilizada na internet, possui conteúdo bastante limitado, podendo fornecer informações desatualizadas ou contraditórias, como desaconselhar o uso durante a gravidez. De acordo com Assis e Erdmann (2021), “essas bulas são um testemunho documental da vida dupla do misoprostol”, e seu acesso muitas vezes faz com que mulheres interpretem erroneamente os sintomas que estão vivenciando e deixem de procurar cuidados quando precisam (ASSIS, ERDMANN, 2021, p. 18). Embora muitas participantes tenham informado que obtiveram a informação sobre o uso do medicamento com os próprios vendedores, nem sempre a prescrição por eles repassada estava correta. Ainda, algumas informaram terem buscado informações exclusivamente na internet, que embora possua fontes de informação segura, também possui locais em que a posologia é indicada de forma equivocada, o que pode fazer com que a mulher utilize mais ou menos comprimidos que o necessário, como foi o caso de diversas participantes do presente estudo:

“Compramos de um cara aqui da minha cidade, fiz o procedimento sem nenhuma instrução, só com o que achei na Internet, estava muito insegura e morrendo de medo. Fiz jejum, mas as cólicas foram leves e tive pouquíssimo sangramento, não saiu nada com aqueles primeiros comprimidos. Uns dias depois fiz um ultrassom e estava lá,

deu para ouvir até o coração, fiquei sem chão, me desesperei porque eu não ia ter dinheiro para comprar mais comprimidos” (Helena).

“A primeira tentativa eu usei metade da quantidade indicada, porque me falaram que todo mundo usava sempre a mesma quantidade, o que não é verdade. Fiz com a orientação errada também, comi antes do procedimento, o que me fez vomitar muito. Na segunda tentativa, também fiz com a orientação errada, coloquei os comprimidos com pomada, mas não aconteceu nada. Depois disso, entrei em pânico, não sabia mais o que fazer, pensei até em me matar, só não fiz isso por causa dos meus filhos. Nunca me senti tão perdida. Na última tentativa, graças a deus, eu tive orientação e deu tudo certo” (Tainá).

“Apesar de estar muito ansiosa, me sentia confiante, porque já sabia como era, mas eu cometi um erro na segunda vez: não fiz a ultrassom e calculei o número de semanas de forma errada, vi na internet de um jeito errado. Aí os remédios foram insuficientes para mim. Fiz um ultrassom alguns dias depois, e a gestação seguia normal. Percebi ali que o tempo de gestação era maior do que eu pensava e, então, concluí que realmente as vitas foram insuficientes. No elevador do hospital já fiz o pedido das novas vitas, comprei mais do que da outra vez, para não correr o risco, e me programei para um novo procedimento” (Amanda).

Outra questão bastante problemática é o custo do medicamento no mercado informal. Estudos que buscaram rastrear os caminhos percorridos por mulheres brasileiras para acessar o Cytotec (LIMA, 2014; ARILHA, 2012; DINIZ, MEDEIROS, 2012; DINIZ, MADEIRO, 2012; SOUSA, 2016) mostram que o seu valor varia de acordo com a região e o local em que é procurado. Neste universo de pesquisa, a maior parte das participantes pagou entre R\$ 80,00 e R\$ 150,00 por unidade de misoprostol, tendo todas utilizado ao menos quatro comprimidos. Os preços elevados fizeram com que muitas mulheres utilizassem menos comprimidos que o necessário. Esse foi o caso de Beatriz:

“Eu comecei a pagar as vitas com meu salário, mas não ia ser suficiente, aí eu falei com a minha mãe. Ela negou, queria que eu tivesse o bebê de todo jeito, mas depois de tanto eu encher o saco dela, ela me emprestou uma parte do dinheiro, e o resto eu pedi para uma amiga. Só que nisso tudo passou um monte de semanas, e aí acabou que tinha que comprar mais vitas, e eu não tinha dinheiro de novo. Foi por isso que não deu certo” (Beatriz).

A partir das vivências das participantes, vê-se que o processo de aquisição do medicamento pode envolver caminhos e estratégias distintos, variando de acordo com o contexto social em que as mulheres estão inseridas, os recursos a que tem acesso e às redes de apoio que consolidaram durante o intervalo (ARILHA, 2012). A combinação entre estes fatores faz com que a aquisição e utilização de métodos abortivos seja diferente para cada mulher, o que também modifica o desfecho dos seus itinerários. Algumas participantes conseguiram acessar redes de confiança e comprar o número correto de medicamentos já na primeira tentativa, de modo que seus itinerários transcorreram com maior rapidez e menores complicações. No entanto, outras precisaram recorrer a estratégias dolorosas, degradantes e

complexas, envolvendo uma rede de esquemas e negociações, para conseguirem este mesmo acesso. Isso pode ser observado nos seguintes relatos:

“Eu já estava em uns grupos, mesmo sem nunca ter feito aborto, nem lembro quando foi que eu entrei, mas sempre pensava que era importante, caso precisasse um dia. Quando descobri, estava bem avançado, aí entrei nesse grupo mesmo, mandei mensagem para uma menina que vendia o remédio, que disse que eu teria que fazer o procedimento ainda naquela semana, ela passou os preços. Meu boy deixou de pagar uma parcela do carro para conseguir o dinheiro, e se não desse certo de primeira a gente não sabia como que ia recomprar, porque eu não tinha como tirar dinheiro sem meu ex-marido saber. No fim caímos em um golpe, foi assustador, uma correria absurda para juntar mais dinheiro, e isso me deixou maluca” (Natália).

“No primeiro procedimento eu achei quem vendesse os remédios em um grupo, comprei e chegou certinho. Só que depois eu engravidei de novo, e dessa vez não pude falar para o meu marido, porque senão certeza que ele ia me largar. Acabei fazendo o procedimento com um terço das vitas que precisava. Já imaginava que meu organismo seria resistente às vitas. Fiz o procedimento certinho, mas no fim das contas não deu certo. Estava muito cansada, fiz pouco exercício e, como te falei né, tinha calculado errado. Senti umas dores de cólica, e tive um pouco sangramento [...] entrei em pânico! Não sabia o que fazer, não tinha mais dinheiro, não tinha apoio do meu marido. Para mim, era o fim da minha vida, pensei até em tirar minha própria vida, mas só pensava no meu filho, que meu filho precisava de mim. Não tinha mais coragem de fazer outra tentativa, cogitei na possibilidade de ter o nenê. Mas fiquei pensando que depois de tantas vitas poderia nascer com alguma sequela e eu seria culpada pelo resto da vida” (Amanda).

“Nunca vou esquecer dessa gravidez, porque foi o pior momento da minha vida. Depois de dois procedimentos que deram errado, eu fiquei totalmente sem dinheiro. Aí minha amiga sempre vai para um cabaré no município vizinho, aí falei para ela que iria com ela, pois bem, fui porque precisava do dinheiro, o dinheiro do salário não daria, aí lá vai eu fazer um programa, cobrando R\$ 150,00. Mas na hora eu não consegui, arreguei mesmo, na frente do carinha. Saí de lá chorando, pensando ‘inútil, nem o programa eu consegui fazer’. Minha expectativa era fazer pelo menos uns três programas naquele dia, mas não consegui fazer nenhum, fiquei com nojo de mim. Voltei para casa com uma mão na frente e outra atrás, me sentindo uma puta, me sentindo nojenta. Aí foi onde decidi pegar o dinheiro das mercadorias que eu vendo para comprar as vitas, mesmo sem ter como repor, o que fez com que eu perdesse meu trampo e ficasse um bom tempo desempregada. Essa gravidez me fez passar por isso, eu não esqueço” (Beatriz).

De acordo com Arilha (2012), as redes de escolha e apoio a que as mulheres têm acesso e se vinculam tem o poder de aumentar ou diminuir suas chances de obter um medicamento verdadeiro; de sofrer ou não golpes; de acessar informações precisas ou não sobre como utilizar os medicamentos, interferindo diretamente na segurança de cada procedimento. No entanto, a facilidade da mulher em acessar essas redes está diretamente vinculada aos marcadores sociais que carrega em seu corpo. A combinação destes fatores ou a carência deles é o que faz com que os itinerários tenham desfechos positivos ou negativos, bem como que sejam mais ou menos intrincados. Ao passo que algumas mulheres puderem adquirir o número correto de medicamentos com rapidez e interromperam a gestação no primeiro procedimento, outras

precisaram realizar mais de uma intervenção, e a cada tentativa falha o desespero fez com que tomassem decisões mais perigosas, como a descrita por Beatriz, que por não possuir recursos financeiros para realizar o terceiro procedimento consecutivo, cogitou recorrer à prostituição. Assim, conclui-se que, conforme apontado por Diniz e Madeiro, o atual regime regulatório no Brasil, “mantém as mulheres reféns entre o risco de falsificação do produto e o receio de denúncia se procurarem o auxílio médico, perpetuando histórias de medo e tortura silenciosas que parecem não ter fim” (DINIZ, MADEIRO, 2012, p.1803).

No *corpus*, em relação aos métodos utilizados pelas participantes para acessar o Cytotec, nota-se que a obtenção do medicamento segue duas vias comuns: as participantes o adquirem pessoalmente ou através da internet. Entre as mulheres que realizaram a compra de forma virtual, a maior parte delas contou com o auxílio de uma pessoa próxima, geralmente uma amiga que já havia abortado ou que conhecia alguém que já havia realizado o procedimento, de modo que possuíam um “contato de confiança” para indicar. Nos casos em que as mulheres buscaram o contato sozinhas pela internet, os relatos foram mais sinuosos, pois foi neste contexto que muitas participantes sofreram golpes. A aquisição do medicamento de forma virtual não foi encarada da mesma forma por todas as mulheres. Júlia relutou em adquirir os medicamentos por esta via, pois “preferia algum lugar que eu pudesse só chegar e pegar o medicamento, que não precisasse dar meu endereço e nem nenhuma forma de me rastrear”. No entanto, algumas participantes, sobretudo aquelas que não puderam contar com o apoio dos parceiros no momento do intervalo, afirmaram que a realização da compra de forma virtual fez com que se sentissem mais seguras e afastadas do contexto de criminalização.

Nos demais casos, as participantes recorreram a estratégias distintas para tentar adquirir o medicamento, envolvendo a compra presencial. Diniz e Madeiro (2012), em pesquisa que analisou o comércio ilegal de misoprostol através de autos judiciais distribuídos entre 2004 e 2010 no Distrito Federal, identificaram a prevalência de homens no mercado informal dos medicamentos abortivos, tanto na venda quanto na aquisição dos produtos. De acordo com os autores, as figuras que realizam a comercialização são apresentadas sob duas identidades, a do intermediário, que é um indivíduo da comunidade, geralmente representado pela figura do funcionário de farmácia, motoboy e vendedor ambulante; e a do fornecedor, comumente descrito como traficante de medicamentos ilegais, com quem as mulheres não estabelecem contato direto e que geralmente atuam através da internet (DINIZ, MADEIRO, 2012).

A existência destas figuras permite concluir o que já havia sido apontado por Assis e Erdmann (2021), de que “a comercialização de Cytotec é um negócio de senhores, um universo

masculino construído para atender uma demanda feminina que o Estado se nega a responder” (ASSIS, ERDMANN, 2021, p. 18). Isso se concretiza de forma ainda mais visível ao abordar-se a participação de homens no momento da aquisição do medicamento. Entre as mulheres que realizaram a compra do medicamento pela internet, muitas passaram por todo o processo de interceptação do vendedor, contato e aquisição de forma solitária, com pouca ou nenhuma interferência do companheiro, cuja participação limitou-se a contribuir com recursos financeiros. No entanto, nos casos em que a aquisição se deu pessoalmente, foi comum o envolvimento dos homens, conforme constatado por Arilha (2015), que afirma que “o processo de decisão de compra do misoprostol ocorre por iniciativa das mulheres [...] No entanto, a concretização deste processo parece trazer para o centro da cena o componente masculino” (ARILHA, 2015, p. 1785)”. Conforme Sousa (2016) argumenta, uma explicação plausível para a presença masculina neste ponto específico dos itinerários está relacionada à discrepância moral e legal na interpretação do envolvimento de homens e mulheres em atividades criminais e na aquisição de medicamentos abortivos, sobretudo ao considerar-se que a culpabilidade recai sobre ambos de forma distinta.

Ao buscar o medicamento abortivo de forma presencial, uma mulher acaba por atestar sua gravidez ao intermediário ou fornecedor a quem recorre, o que faz com que sofra consequências morais muito maiores que homens, que dispõem de uma certa liberdade para transitar entre cenários de ilegalidade (SOUSA, 2016). Além disso, quando de fato há a interceptação de indivíduos pelo Sistema de Justiça Criminal pela prática do aborto é comum que a responsabilidade seja imputada exclusivamente às mulheres, enquanto os homens, mesmo que frequentemente envolvidos na decisão e até mesmo na aquisição dos medicamentos, são considerados apenas partícipes do ato criminoso, recebendo, portanto, penalidades mais brandas (OLIVEIRA, 2023, p. 219). Desta forma, evidencia-se que é a mulher que enfrenta de maneira mais direta as implicações legais da criminalização do aborto e da comercialização de medicamentos abortivos, e este conhecimento faz com que muitas delas tenham solicitado aos seus parceiros que realizassem a compra dos medicamentos, na medida em que sua presença é invisibilizada, tanto no campo do julgamento moral quanto no da legalidade.

Quando a aquisição dos medicamentos abortivos é realizada pelos homens, algumas mulheres manifestaram terem se sentido protegidas, especialmente quando envolvidas em relacionamentos estáveis. No entanto, também ocorreram situações em que homens agiram de forma negligente e constrangedora nesse estágio do processo abortivo, expondo as mulheres a situações de risco ainda maiores. Este foi o caso de Beatriz, mulher negra de classe baixa, que

se envolveu em uma série de discussões e negociações com o parceiro ao descobrir a gravidez. Conforme acordado entre eles, o parceiro assumiria a responsabilidade pela compra do medicamento, o que se deu exclusivamente porque não confiava que ela realmente usaria seu dinheiro para este fim. De acordo com a participante:

“Ele falou que não ia dar o dinheiro, porque não tinha como saber se eu não tava mentindo só para tirar dinheiro dele, falou que ele mesmo ia comprar os remédios, que sabia de um traficante que vendia. Passando os dias e ele me pedindo calma, que tinha que esperar, que o tal do cara estava buscando, e eu falando ‘homem, dê um jeito de arrumar os remédios para ontem, isso não é palhaçada não’. Ele foi lá, todo na calma, e os dias passando, e ele só dizendo que o cara não conseguiu, que tava procurando outra pessoa, quando encontrou a pessoa, comprou quatro vitas, veio deixar dias depois e falou para tomar com refrigerante, com coca-cola, e ficar com as pernas para cima o máximo que aguentasse, e eu sem paciência com a ladeira fiz como a criatura falou e nada, nadinha, parecia que tinha bebido apenas água. Quando acordei pela manhã apenas uns raios de sangue no absorvente. Vi na internet que tinham sido poucas para as semanas que eu já estava, falei para ele e ele deu para trás, falou que não tinha mais grana. Fui lá peguei o meu último dinheiro suado e comprei oito vitas, fiz de novo, bebi metade com coca, metade vaginal [...] de novo, só umas manchas de sangue marrom no absorvente. Quando vi que deu errado eu estava num desespero total, me sentindo envergonhada, usada, nojenta por ter deixado ele fazer aquilo comigo. Estava com muito medo de ser enganada de novo ou ser resistente às vitas. Eu estava muito tensa, sem dinheiro, sem apoio, só pensava o quanto eu não queria aquilo que não parava de crescer dentro de mim” (Beatriz).

Na vivência de Beatriz, o envolvimento do parceiro no momento de aquisição do método acabou trazendo mais obstáculos à concretização do procedimento pela participante. Esta situação resultou não apenas em um procedimento realizado em uma fase mais avançada da gestação, mas também em duas tentativas realizadas com quantidades insuficientes de medicamentos, cuja aplicação se deu desprovida da orientação adequada. Ainda, após a primeira tentativa malsucedida, o homem se retirou da situação, deixando a participante em uma posição vulnerável, privada de recursos financeiros para adquirir os medicamentos e com receio de recorrer sozinha a indivíduos que comercializam o misoprostol de forma ilegal, devido ao receio de punição legal. Quando finalmente conseguiu juntar dinheiro suficiente, Beatriz se viu obrigada a buscar o medicamento em farmácias:

“[...] fui em uma farmácia, o atendente não tinha como me ajudar, mas me passou um contato de Rio de Janeiro para eu conversar. Mandeí mensagem, e aí salvou a foto de uma mulher, ela respondeu perguntando se eu queria dar o bebê para doação. Fiquei com muito medo, nem respondi e bloqueei. Mas aí comecei a receber um monte de mensagem de outros números, tudo pedindo para que eu não fizesse o aborto, para eu doar, e eu fiquei tipo ‘meu Deus, eu vou ser presa’. Me mandaram link de vídeo, um monte de áudio, até foto de feto na privada, uma coisa horrível. Disseram que eu poderia dar meu filho, que era seguro, que tudo seria em sigilo, tudo feito da forma correta para eu dar para adoção, para alguém que fosse amar, que fosse criar [...] depois de um tempo falei com um outro cara da farmácia que eu conhecia que eu sabia que vendia remédio sem receita, o cara me cobrou R\$ 1.500,00 por quatro comprimidos e ainda disse que eu teria que transar com ele quando ele quisesse, disse

‘e vai ser quando eu quiser, porque agora você depende de mim e da minha boa vontade’. Eu estava em pânico né, então cheguei a concordar com essa proposta, mas não sabia o que fazer, porque só conseguia pensar que ia ficar devendo para esse cara pelo resto da vida, senão ele podia mandar me prender. Por sorte, falei com uma amiga advogada, ela me falou que o que o cara da farmácia estava cometendo um crime, e que se eu concordasse meu psicológico ia ficar muito abalado, ia acabar com a minha vida e ainda assim ele poderia me entregar para a polícia quando quisesse, porque teria provas. Ela disse que ia pesquisar outros jeitos, foi quando achamos na internet umas meninas que vendiam. Eu peguei o dinheiro dos meus produtos e ela complementou, disse que eu não precisaria devolver, que nós mulheres precisamos nos ajudar” (Beatriz).

O relato de Beatriz está marcado por múltiplas formas de violência, começando pelo fato de que ela precisou submeter-se ao procedimento abortivo três vezes. Em meio a uma situação de desespero, ante a ineficácia dos medicamentos adquiridos nas duas primeiras vezes e a absoluta falta de recursos financeiros, Beatriz considerou a possibilidade de se envolver na prostituição, como já mencionado. Após finalmente angariar fundos para adquirir novamente os comprimidos, a participante enfrentou novas dificuldades ao estabelecer negociações com homens que cruzaram a sua jornada e acabaram por dificultá-la. O primeiro deles foi um funcionário de farmácia que revelou a condição da participante a um grupo antiaborto após ela ter pedido por ajuda, tendo um dos seus representantes contatado Beatriz na tentativa de dissuadi-la de praticar o aborto, afirmando que ela poderia entregar-lhe o bebê após o nascimento. Esta vivência gerou temores significativos na protagonista, que receou ser denunciada e sentiu-se moralmente ofendida. O segundo homem foi outro funcionário de farmácia, que concordou em vender os medicamentos a um preço exorbitante e sob uma condição: Beatriz precisaria manter relações sexuais com ele, uma vez que, segundo ele, ela se encontrava em posição de dependência.

A criminalização da venda do misoprostol coloca os corpos das mulheres em um estado de vulnerabilidade extrema, mergulhando-os em profundos graus de precariedade. A participante, vivendo momentos de completa angústia e desespero, enfrentou uma série de desafios em seu caminho, nos quais se viu obrigada a utilizar seu próprio corpo enquanto meio de transação para obter acesso aos medicamentos, evidenciando que as mulheres, encurraladas na obscuridade da clandestinidade, são alvos de inúmeras formas de opressão que não se limitam à restrição no direito ao aborto. Elas se tornam prisioneiras não apenas de produtos adulterados e de acesso ilegal, mas também de homens que, aproveitando-se de seu desespero, exploram sua vulnerabilidade para obter livre acesso a seus corpos.

Assim, o relato de Beatriz evidencia que o “campo” do aborto clandestino se consolida de forma palpável a partir da identificação da zona de comercialização de medicamentos, de

modo que a clandestinidade opera como uma espécie de zona de exceção, conforme conceituado por Agamben (2007). Neste espaço, delinea-se uma clara separação entre o humano e o inumano, entre as mulheres que conseguirão adquirir os medicamentos de forma relativamente segura e distanciada, e daquelas que sofrerão golpes ou precisarão enfrentar diversos obstáculos para ter acesso aos métodos abortivos. No campo, as mulheres, privadas do exercício de seus direitos sob a proteção da lei, são relegadas às margens da sociedade, desprovidas de qualquer amparo, compelidas a buscar meios precários para salvaguardar, em certa medida, sua autonomia (NIELSSON, CARRION, 2020). É nesta medida que Beatriz, mulher negra e pobre, foi forçada a ingressar de maneira precária no campo e submeter-se a complexas relações de poder permeadas pela estrutura patriarcal de dominação de corpos, que imprime sobre ela a marca da soberania, como destacado por Nielsson e Carrion (2022, p. 11): “a marca biopolítica gravada sobre estes corpos é a de que a única alternativa de sobrevivência para cada mulher é a de sujeição de sua capacidade reprodutiva, seu corpo, seu útero, sua vida, ao biopoder”.

Assim, em um país já fortemente marcado pela desigualdade, as discrepâncias no acesso a métodos e informações acabam por acentuar ainda mais vulnerabilidades de corpos oprimidos, potencializando riscos para as vidas e saúde reprodutiva de mulheres, sobretudo as racializadas e com menores condições econômicas, como Beatriz. Ao passo em que as mulheres de classe média e alta conseguem acessar o serviço de aborto ilegal com maior segurança, seja por recorrerem à clínicas privadas, ou por terem acesso a informações mais precisas sobre os regimes posológicos e cuidados do misoprostol, bem como por conseguirem adquirir os comprimidos com mais facilidade, as mulheres com menores condições financeiras têm o acesso a estas informações dificultado, o que as relega a condições maiores de precariedade, na medida em que precisam trilhar caminhos sinuosos entre o processo de decisão e implementação do método, recorrendo a negociações e estratégias informais, nem sempre seguras.

De acordo com Porto e Sousa (2017), em pesquisa realizada no município de Natal-RN, a aquisição de medicamentos abortivos com pessoas que trabalham em farmácias, bem como com traficantes de entorpecentes, foi recorrente, mas também apontada como sendo uma das mais complexas, pois o acesso geralmente depende da intermediação entre a mulher e o vendedor por outra pessoa. De acordo com os autores, a busca por este tipo de produto de forma aberta pode inclusive causar episódios de desconforto, como expulsões do estabelecimento ou ameaças (PORTO, SOUSA, 2017, p. 600). Na presente pesquisa, Beatriz não foi a única

participante a tentar adquirir medicamentos abortivos com figuras intermediárias. Outras duas mulheres recorreram sozinhas a intermediários, e receberam tratamentos distintos. Uma delas foi Emília, mulher branca, de classe média. A participante relatou que, assim que descobriu estar grávida, recorreu a uma farmácia, pois não tinha conhecimento de que a venda do misoprostol era proibida:

“Na internet, achei um monte de informação sobre o Cytotec. Só que assim, eu era bem leiga né, não sabia das coisas, em um primeiro momento nem entendi que misoprostol e Cytotec era a mesma coisa, li tudo meio rápido porque só queria arrumar uma solução logo. Então dei uma olhada no site da OMS, e eles falam do misoprostol, de como utilizar. Aí eu entrei numa farmácia perto de casa e falei ‘ô moça, tem Cytotec’. Na hora eu já sabia que tinha falado besteira [risos], porque ela ficou branca, abriu a boca assim, meio sem saber o que falar. Ela só disse ‘aqui não vende remédio para isso não’. Só depois eu fiquei sabendo que tinha corrido risco, que ela podia ter me mandado embora, podia ter chamado a polícia. Mas no desespero a gente faz qualquer coisa, né” (Emília).

Na fala de Emília são perceptíveis os complexos efeitos da desinformação. Mesmo narrando o episódio de forma descontraída, ficam evidentes as problemáticas envolvidas em seu discurso. A participante, com medo, recorreu a uma farmácia e pediu o medicamento à primeira pessoa que viu, expondo assim sua condição e sua intenção, mesmo sem falar uma palavra sobre gestação ou aborto. Embora soubesse que o aborto é ilegal, a participante não tinha nenhum conhecimento de que o acesso ao medicamento também era criminalizado, e confundiu-se ao acessar informações na internet, que a levaram a crer que o medicamento poderia ser adquirido em farmácias, porque diziam respeito a recomendações da Organização Mundial de Saúde, que não se aplicam à realidade brasileira. De forma distinta, no caso de Tainá, mulher negra, de classe baixa, as buscas ocorreram com traficantes de entorpecentes. De acordo com a participante:

“Fui na boca mesmo, no desespero, não tinha para onde ir. Comprei quatro comprimidos, me falaram para colocar duas dentro e tomar duas, que era normal sangrar muito, que não devia procurar hospital de jeito nenhum, e fiz o procedimento. Não deu certo, passou mais três dias, fui lá novamente e falei que não tinha dado certo. Ele me vendeu mais quatro, e não deu certo novamente. Não reclamei de novo, fiquei sem saber o que fazer, porque ia falar com quem? Para quem eu ia chegar e falar que o traficante tava vendendo produto falso?” (Tainá).

A comercialização de medicamentos falsificados é uma complexa faceta dos mercados clandestinos. Sem ter a quem recorrer em caso de medicamentos que não funcionam, mulheres com poucos recursos financeiros e em condições de vulnerabilidade social precisam fazer diversas compras, o que mais uma vez facilita a probabilidade de o procedimento ser realizado com uma maior idade gestacional, gerando maiores riscos. Ainda, outro ponto relevante na fala

de Tainá são as orientações recebidas (“me falaram para colocar duas e tomar duas, não procurar hospital de jeito nenhum”), que se fizeram presentes também nas falas de outras participantes. De acordo com Diniz e Madeiro (2012, p. 05), os intermediários e os homens são figuras influentes nos itinerários abortivos das mulheres, pois muitas vezes eles orientam as mulheres sobre como usar o medicamento, mas não as auxiliam quando o procedimento dá errado e desestimulam que busquem serviços de saúde. Como consequência disso, têm-se o fato de as principais causas de mortalidade materna se darem por conta da demora no acesso aos serviços de saúde (DE ZORDO, 2016, p. 23).

Todavia, em alguns casos, as participantes relataram terem recebido tratamento atencioso e adequado. Nos casos de Natália, Júlia e Clara, há a menção da participação de mulheres enquanto intermediárias. Natália relatou que já fazia parte de um grupo em rede social de apoiadores do direito ao aborto, e na procura por métodos abortivos, conseguiu entrar em contato com uma mulher que vendia os medicamentos. Nos casos de Júlia e Clara, os contatos de mulheres foram repassados por pessoas próximas, e afirmaram terem recebido atendimento acolhedor e atencioso. As três participantes relataram que, após a aquisição do medicamento, receberam das intermediárias informações específicas sobre dosagens, horários de aplicação, cuidados pré e pós abortamento, efeitos colaterais e dicas caso houvesse a necessidade de buscar unidades de saúde.

Estes dados se assemelham aos obtidos por Tornquist et. al (2012) em pesquisa etnográfica realizada no município de Florianópolis-SC, na qual constatou-se que a venda do misoprostol na região se dava no próprio comércio local da cidade, tendo mulheres como principais intermediárias. De acordo com os autores, as intermediárias a que tiveram acesso mostraram-se cuidadosas e preocupadas com a condição da mulher e com a eficiência dos medicamentos (TORNQUIST et. al, 2012). Na pesquisa de Sousa (2016), por sua vez, embora os intermediários contatados tenham sido homens, também se notou a preocupação em repassar orientações às mulheres e dar garantias da autenticidade do medicamento, tendo ainda sido fornecidas instruções sobre medicações para serem utilizados após o abortamento e reforçada a necessidade em buscar-se atendimento hospitalar em caso de complicações.

Assim, nota-se que a participação dos intermediários não se limita à venda do medicamento, englobando também o fornecimento de informações e estratégias sobre como utilizá-lo. A forma como estes dados são repassados afetam diretamente o restante do curso dos itinerários das participantes. Desta forma, entende-se que, no mercado informal, os vendedores passam a compor as redes secundárias de contato e apoio das mulheres, o que, como

apresentado, pode se dar de forma positiva ou negativa. Na presente pesquisa, como apresentado, diversas mulheres foram obrigadas a enfrentar percursos mais intrincados por terem recebido informações equivocadas ou insuficientes. Por sua vez, outras puderam realizar procedimentos mais seguros e protegidos após terem sido guiadas pelos intermediários a que tiveram acesso. Nesse contexto, é possível inferir que, apesar da ilegalidade que permeia o mercado informal de misoprostol, em diversos casos ele se apresenta como uma resposta às limitações legais impostas às mulheres no que diz respeito à gestão de sua saúde sexual e reprodutiva. Esta dinâmica pode constituir um domínio de ação coletiva no qual os elementos formais e informais dos cuidados relacionados ao aborto se entrecruzam, emergindo e consolidando-se nas fronteiras delineadas pela omissão do Estado.

Assim, de acordo com Assis e Erdmann (2021, p. 21), “o papel do Estado não é nem ignorar nem eliminar estes mercados, mas sim apoiar o fornecimento, a informação e a utilização seguros dentro deles”. Contudo, a realidade apresenta uma dinâmica diametralmente oposta, na qual se observa uma mudança de foco do aborto como uma questão de saúde pública para a cobertura da contenção do misoprostol nos mercados ilegais e sua utilização para a prática do aborto clandestino. De acordo com os autores, a mídia brasileira está cada vez mais deixando de lado o debate de teor moral em relação ao aborto e suprimindo as vozes de profissionais da saúde e movimentos feministas, para se concentrar em reportagens sobre denúncias e apreensões de medicamentos comercializados de forma ilícitas (ASSIS, ERDMANN, 2021). Esta conjuntura, aliada à ausência de divulgação de informações sobre os benefícios do misoprostol na redução da morbimortalidade materna, obscurece a abordagem do aborto seguro como uma questão de saúde e um direito das mulheres (DINIZ, CASTRO, 2011, p. 07).

Todo esse contexto culmina na compreensão de Assis e Erdmann (2021) de que a criminalização do aborto “não é a causa, mas sim a consequência da vida dupla do misoprostol” (ASSIS, ERDMANN, 2021, p. 01). Os autores examinam as implicações legais da dualidade na utilização do misoprostol por meio de uma análise qualitativa da jurisprudência brasileira, identificando que os tribunais do país se fundamentam em uma retórica de proteção à saúde pública frente ao aborto inseguro para criminalizar a distribuição e o acesso ao misoprostol no mercado informal (ASSIS, ERDMANN, 2021, p. 07). Esta retórica, além de estigmatizar o fornecimento informal do misoprostol como uma ofensa mais grave do que o comércio ilegal de substâncias controladas (ASSIS, ERDMANN, 2021, p. 07), ao criminalizar a distribuição de um medicamento essencial para a saúde reprodutiva de mulheres, perpetua um discurso

antiquado sobre o aborto clandestino e ilegal como sendo inerentemente inseguro. Como consequência disso, as mulheres são colocadas em situações de precariedade, inseridas no campo de indistinção é reduzidas à qualidade de *hystera homo sacer* (NIELSSON, 2020), sendo obrigadas a enfrentar dificuldades adicionais ao buscar atendimento e cuidados pós-aborto em instituições de saúde públicas, onde frequentemente são estigmatizadas e discriminadas (DE ZORDO, 2016, p. 20). Isso, muito mais do que o acesso ao medicamento, aumenta consideravelmente o risco de complicações e mortes, especialmente entre mulheres pobres e racializadas. Diante dessa realidade, Assis e Erdmann (2021, p. 15) argumentam que a regulamentação atual de acesso ao misoprostol não atende sua função manifesta de erradicar o aborto inseguro, sendo disfuncional, na medida em que relega mais mulheres a praticar abortos em condições precárias. Para os autores, não é o fornecimento informal de misoprostol que torna o aborto inseguro, mas sim a criminalização na sua distribuição e uso, evidenciadas neste estudo (ASSIS, ERDMANN, 2021, p. 16).

Os itinerários abortivos analisados demonstram que o período do intervalo e, mais especificamente, os percursos trilhados para a obtenção de métodos abortivos, são fortemente demarcados pelos perigos e instabilidades impostos pela criminalização. Os temores relatados pelas participantes relacionados a este espaço de tempo estão relacionados à incerteza acerca da veracidade das informações obtidas e ao desconhecimento do método escolhido. De acordo com Diana, o período entre a decisão e a realização do aborto foi o momento mais difícil do seu itinerário, porque “parece que você não vai poder confiar em ninguém, porque parece que tudo e todos estão contra você, que se você pisar em falso vai morrer, ou vai ser levada presa, ou vai cair em um golpe e não vai conseguir fazer o aborto”.

Embora os temores tenham sido abordados enquanto componente comum em todos os momentos do processo pelo aborto, a sua menção é ainda mais expressiva ao tratar-se do período do intervalo, principalmente por ser o momento em que as mulheres estão constituindo suas redes de apoio e iniciando a busca pelo método abortivo que farão uso. A escolha pelo método abortivo e a obtenção de informações sobre como utilizá-lo parece ser o primeiro momento do intervalo em que as mulheres sentem algum tipo de segurança. Regina, em seu relato, contou que este foi o momento em que “voltou a respirar”:

“Na hora que eu soube já começou a correria né, já joguei direto no Google: como fazer um aborto. Mas as informações que aparecem de primeira não ajudam muito, tem que ir fuçando, ir procurando em outros lugares, e aí de lugar em lugar você acaba encontrando informações, acaba encontrando relatos e depoimentos e vai entendendo um pouco como funciona. Tem muita coisa na internet, muita coisa mesmo. Você vai conhecendo e encontrando gente e vê que é uma rede muito maior do que a gente

imagina. Só que tem muita gente ruim também, não dá para confiar em qualquer um. Eu só consegui voltar a respirar mesmo quando decidi que ia abortar com o Cytotec e achei quem me vendesse os remédios, quando recebi o código de rastreio e 'plau', vi que chegaria em determinado dia, que era verdade. Antes disso parecia o tempo todo que alguma coisa ia dar muito errado” (Regina).

É evidente que, embora a criação de redes de apoio e a escolha do método abortivo não garantam um procedimento seguro, as participantes encontram certo alívio ao final do período do intervalo, ao perceberem que retomaram algum controle sobre seus corpos e seus futuros. Isso demarca a entrada no domínio da reversibilidade do poder, no qual, com o medicamento em mãos, elas passam a aguardar o momento mais crucial do itinerário abortivo: o procedimento.

5.2 PROCEDIMENTO

Após a aquisição dos comprimidos, é chegada a hora da intervenção, ou *procedimento*, como referido por muitas participantes. Este momento dos itinerários abortivos foi fortemente inscrito nas memórias das mulheres que compõem esta pesquisa. Nas entrevistas, foi comum que, no trilhar das histórias, sobretudo naquelas contadas após alguns anos, os detalhes escapassem. No entanto, isso raramente ocorreu nas ocasiões em que falaram sobre o procedimento, tendo sido oferecidas descrições detalhadas sobre os condimentos e chás que tentaram utilizar para realizar o aborto de forma caseira; as técnicas, instrumentos e dosagens adotadas para a prática do aborto medicamentoso e as sensações e percepções vividas quando houve a necessidade de recorrer à atendimento hospitalar. Ainda, as narrativas transcenderam a mera descrição de métodos e técnicas, tendo sido trazidos sentimentos intrincados, interligados e ocasionalmente tumultuosos experimentados pelas participantes, cuja descrição foi absolutamente crucial para a plena compreensão das narrativas em seu aspecto multidimensional, pois ao mesmo tempo que em tratam de uma experiência social, também abordam questões particulares de cada uma das participantes.

Nos relatos de algumas das mulheres, nota-se que o procedimento se inicia logo após a chegada dos comprimidos, com a preparação do corpo. Este corpo que, já acostumado a sangrar, é agora obrigado a se preparar rapidamente para adentrar no território do desconhecido, do temerário. Neste sentido é o relato de Júlia, que havia tentado abortar com uma série de chás e tinturas, mas apenas entendeu como *procedimento* a tentativa medicamentosa. No momento em que recebeu os comprimidos, embrulhados em um envelope de papel, sentiu-se entrar em uma espécie de transe, algo diferente do que havia experienciado enquanto tentava abortar com

métodos caseiros, pois “a partir dali eu sabia que ia funcionar, é bizarro, porque eu estava bem certa da minha decisão, mas na hora que o remédio tá na sua mão é como se você olhasse para um caminho bifurcado, assim, e dá muito medo. E aí você pensa se é isso mesmo”. Para outras participantes, no entanto, o início do procedimento ocorreu antes mesmo do recebimento dos medicamentos, a cada nova tentativa de realizar o aborto com chás e beberagens, a cada nova manhã em que acordavam com esperança de que seria a última e dormiam com a brutalidade de uma certeza que as arrancava qualquer tranquilidade: ainda estavam grávidas.

Este é o caso de Heloísa, que inicialmente tentou praticar o aborto com chás e substâncias: “foi muito difícil, porque eu acordava e falava ‘agora vai, amanhã não vou mais estar grávida’, e aí ia dormir chorando, porque sabia que não tinha dado certo”. No momento em que adquiriu os comprimidos, a participante sentiu que finalmente podia respirar, pois “sabia que na manhã seguinte voltaria tudo ao normal, fiquei feliz, mas também triste, com medo”. Da mesma forma, para Diana, o dia do procedimento chegou trazendo uma série de emoções complexas: “eu senti um alívio enorme, mas também pensei muito se eu realmente queria correr esse risco, se não era mais fácil só deixar continuar, fiquei com muito medo de morrer, de ter que ir para o hospital e ser presa”.

De acordo com Duarte (2019), essa simultaneidade de emoções conflituosas e originalmente opostas é o resultado do conflito entre as vontades e necessidades da mulher que planeja interromper uma gestação indesejada e as expectativas e normas sociais que precisou seguir por toda a sua vida (DUARTE, 2019, p. 83). Embora Júlia, Heloísa e Diana tenham decidido pelo aborto no mesmo momento em que descobriram que estavam grávidas, a atribuição histórica da maternidade como destino inescapável e o estigma do aborto fez com que fossem situadas em posição de ambivalência, em que a ação de abortar rompeu “a ordem jurídico-cultural que define e proporciona a elas – e a todos – um lugar social adequado” (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 131) e, conseqüentemente, fez com que entrassem em conflito consigo mesmas e com tudo que, até então, tomavam enquanto verdade.

O resultado deste confronto foi o *medo*, termo utilizado pelas três participantes para nomear o conjunto de sentimentos que experienciaram quando tiveram em suas mãos os comprimidos de misoprostol. Este medo já não era mais o mesmo que sentiram no momento da descoberta da gestação e no período do intervalo, pois se em um primeiro momento o sentimento aparecia como “resposta à incredulidade frente à suspensão da normalidade de suas vidas” (DUARTE, 2019, p. 85), e posteriormente, no intervalo, tomava forma ante o temor de não conseguir os meios necessários para realizar o aborto, neste momento ele está associado a

possíveis intercorrências no curso da interrupção. Assim, no momento em que o corpo novamente ocupa papel central, o medo passa a estar relacionado àquilo que pode acontecer com ele. Esta compreensão dos múltiplos sentidos do medo dentro dos itinerários abortivos de mulheres brasileiras também compõe outras pesquisas (DINIZ, MEDEIROS, 2012; DUARTE, 2019; GONZAGA, 2015), e ele permite a ilustração das condições de ilegalidade e clandestinidade a que as participantes estiveram submetidas.

Entre as mulheres do presente *corpus*, o medo mencionado com mais frequência foi o de precisar ir ao hospital durante a realização do procedimento. De acordo com Alice, “fiquei com muito medo de ter alguma complicação, pois nunca tinha utilizado a medicação, e precisar ir para o hospital. Preferia qualquer coisa, acho, a ter que ir para o hospital. A gente escuta cada coisa”. No mesmo sentido é o relato de Iracema, que ao abordar os pormenores do seu procedimento, disse “eu pensei que fosse morrer de verdade, pensei em ir para o hospital nesse momento, mas eu não podia, eu preferia morrer ali do que ser presa”. A partir desses excertos, entende-se que, para as mulheres, o medo de precisar recorrer a atendimento hospitalar durante a prática abortiva está diretamente relacionado ao receio de ser criminalizada.

De acordo com Diniz e Madeiro (2012), o hospital público é visto pelas mulheres como um espaço hostil, campo biopolítico por excelência, ao qual temem recorrer, pois acreditam que, ao buscar assistência, correm o risco de serem denunciadas à polícia. Assim, para as mulheres, o medo de precisar recorrer ao hospital está diretamente vinculado aos “efeitos tanto do estigma social do aborto, a partir da presunção de um julgamento moral dos profissionais de saúde, quanto da ilegalidade” (DUARTE, 2019, p. 84). Este temor não é abstrato e tampouco aleatório, sobretudo ao considerar-se que, no Brasil, a maior parte das mulheres que são capturadas pelo Sistema de Justiça Criminal após a prática de abortos são justamente as que buscam por atendimento hospitalar ao constatar complicações, sendo comum que as denúncias partam da própria equipe de saúde (PRATEANO, ARGUELLO, 2021).

Além disso, foram recorrentes as menções ao medo de morrer durante a realização do procedimento. Para algumas mulheres, este medo foi anterior à aplicação dos comprimidos, e para outras ele surgiu em decorrência dos efeitos do medicamento. Helena, por exemplo, relatou ter experienciado contrações tão fortes em seu primeiro procedimento que “pensei que iria morrer de tanto sangrar, quase fui para o hospital, mesmo sabendo das consequências, mas o pânico foi tão grande que eu suspendi o procedimento, não tomei as outras doses, tomei remédio para dor e parei”. No entanto, após alguns dias, Helena comprou outros comprimidos para realizar uma nova tentativa, e dessa vez, “estava pronta para o que fosse”. O segundo

procedimento da participante, no entanto, também foi bastante sofrido, o que fez com que o medo que já havia experienciado retornasse:

“Sinceramente eu sofri demais, demais da conta. Comecei a sentir muita dor e muita dor mesmo, muitas dizem que não sentem quase nada, mas eu pensei que fosse morrer de verdade, chegou em um ponto que eu pensei em ir para o hospital, só queria que parasse de doer, eu fazia tudo que é tipo de posição e nada, não melhorava. Sério, pode pensar que foi frescura minha, mas eu rolava no chão, gritava que eu ia morrer, sentia que ia morrer. Mas aguentei firme. Eu fiquei com medo na primeira, mas na segunda eu vi que preferia morrer do que continuar grávida, e de uma forma muito estranha isso acabou me tranquilizando” (Helena).

De acordo com Duarte (2019), o medo de morrer “opõe o contexto de realização do aborto medicamentoso em situação de clandestinidade aos indicadores de segurança e eficácia do amplo e assistido uso do método farmacológico em países onde o aborto é legalizado” (DUARTE, 2019, p. 84). Assim, não é coincidência o fato de, entre as mulheres que alegaram terem sentido medo de morrer, a maioria possuir pouca escolarização, situações financeiras instáveis e estarem inseridas em graus distintos de precariedade, tendo feito o aborto sem acompanhamento especializado e sem ter conhecimento das dosagens adequadas e dos métodos mais eficientes e seguros. No entanto, em nenhum dos relatos a vivência destes temores impediu as participantes de realizarem o procedimento, novamente denotando o fator *necessidade* dentro dos itinerários. Mesmo em condições em que temem pela própria vida, as mulheres decidem pelo aborto.

Além dos receios mencionados, as participantes também frequentemente expressaram o temor de que o procedimento não fosse bem-sucedido. Embora esse receio tenha sido mais comumente relatado por mulheres que passaram por abortos retidos, nos quais o produto da concepção não foi expelido imediatamente pelo corpo, várias participantes também manifestaram o medo de que o procedimento falhasse antes mesmo de começar. Isso ocorreu principalmente devido à utilização de uma quantidade insuficiente de comprimidos em relação à idade gestacional e à falta de conhecimento sobre os métodos adequados. Algumas mulheres não receberam informações precisas sobre como administrar o misoprostol e o utilizaram de maneira intuitiva, e outras receberam orientações equivocadas dos fornecedores ou de pessoas que compunham suas redes de apoio.

Das dezesseis mulheres que compõem o *corpus*, sete realizaram o procedimento com menos medicamentos que o indicado. Em três casos, isso ocorreu porque as participantes foram obrigadas a administrar doses sucessivas de Cytotec, pois sofreram golpes ou passaram por procedimentos que não deram certo. Entre estas falas, destaca-se o itinerário de Amanda, que

embora possuísse recursos financeiros favoráveis, que permitiram que realizasse o seu primeiro aborto com segurança e rapidez, foi inserida em um contexto complexo de vulnerabilidade na prática do seu segundo procedimento, que apenas foi concluído após a quarta tentativa. A participante realizou seu primeiro aborto sozinha, embora com o conhecimento do parceiro, que não apoiou a conduta e chegou a sair de casa quando soube que a participante interromperia a gestação. Após um mês, quando descobriu que estava grávida novamente, ela optou por não informar o companheiro, realizou um exame de ultrassonografia e comprou novos medicamentos, pois estava decidida a abortar novamente. No entanto, o procedimento falhou, o que fez com que Amanda passasse a realizar procedimentos cada vez mais perigosos e apressados, pois contava com menos tempo e dinheiro:

“[...] depois que não deu certo o primeiro, fiquei numa sinuca de bico, porque não tinha dinheiro para comprar a quantidade certa sem meu marido descobrir. Comprei menos e não deu certo de novo, saiu só um tantinho assim de sangue. Fiz um ultrassom, estava lá, mais uma vez com batimentos. Já saí de lá, voltei para casa e comprei mais vitas, dessa vez comprei a quantidade certa, fiz um empréstimo no banco. No terceiro procedimento, só sangrou três dias depois, sem coágulos, e muito pouco. Eu, nervosa, pensei comigo: não deu certo, e já estou destruindo meu corpo por dentro. A impressão que dava é que eu estava me envenenando [...] pedi dinheiro emprestado de uma amiga. Nem quis fazer outro ultra, porque senão ia faltar para as vitas [...] no último, já tinha perdido as contas de quantas semanas estava, comprei o que dava com o dinheiro que tinha, estava morrendo de vergonha de mim mesma por fazer tantos procedimentos [...] esse último procedimento foi o pior, porque demorei mais para fazer, me senti um monstro, foi a pior sensação da minha vida. Mas, depois de quatro tentativas, deu certo” (Amanda).

O relato de Amanda apresenta uma série de obstáculos que complicaram o processo de aborto durante sua segunda gestação indesejada. Além da falta de apoio do marido, ela enfrentou restrições financeiras devido à necessidade de manter o aborto em segredo. Essas circunstâncias prolongaram seu percurso, levando-a a realizar procedimentos com menos comprimidos do que o recomendado e sem realizar exames diagnósticos adequados. Essa situação gerou sentimentos de medo e vergonha, tendo a participante cogitado, em certo momento, seguir com a gestação, mas “fiquei pensando que depois de tantas vitas poderia nascer com alguma sequela e eu seria culpada pelo resto da vida”. Outras mulheres que, assim como Amanda, tiveram que recorrer a tentativas de abortamento com doses insuficientes de comprimidos ou sem conhecimento preciso da idade gestacional relataram frequentemente a sensação de começar o processo em desvantagem.

Isso evidencia que os temores manifestados pelas participantes em relação ao sucesso dos procedimentos não são apenas conceitos abstratos, na medida em que estão intimamente ligados às suas circunstâncias sociais e econômicas, aos seus contextos de apoio e redes de

contato, à quantidade de medicamentos que conseguiram obter e à qualidade das informações que possuíam sobre o procedimento (DUARTE, 2019, p. 85). Nos relatos, é perceptível que as mulheres que conseguem atender a mais desses critérios, embora tenham experimentado receios e temores, possuíam uma perspectiva de sucesso que lhes promoveu a sensação de esperança e possibilidade. Por outro lado, para aquelas com recursos mais limitados e redes de apoio menos sólidas, o cenário de clandestinidade se torna mais proeminente, o que se reflete em itinerários carregados de ansiedade e medo, que mais se assemelham à imagem tradicionalmente associada aos abortos clandestinos.

O acesso (ou não) a estes múltiplos recursos também fez com que o dia do procedimento chegasse de forma diferente para cada uma das mulheres. Para Emília, mulher branca e de classe média, chegou trazendo o alívio que não sentia desde o momento em que descobriu a gravidez indesejada, pois apenas quando teve em suas mãos a embalagem contendo os característicos comprimidos brancos e hexagonais, sentiu que “finalmente aquele pesadelo ia acabar”. A participante disse não lembrar em que dia fez o procedimento, se fazia sol ou chuva, ou quais roupas utilizou para ir ao trabalho. No entanto, disse lembrar-se com clareza da boca seca e do estômago roncando, resultado das vinte e quatro horas de jejum; das unhas roídas pelo nervosismo e do insistente aperto no peito que agia como um relógio, intensificando-se à medida que as horas iam passando e a deixavam mais próxima do momento da intervenção. Como disse, “tudo ficava mais real a cada minuto, não tinha mais volta, eu só pensava ‘faltam duas horas’, ‘falta uma hora’, é agora ou nunca, e tinha que ser agora”.

A certeza de que os comprimidos estavam em casa, guardados em um local seguro pelo seu namorado, que já havia ido até a farmácia e ao mercado para comprar os itens que seriam utilizados durante o procedimento, fizeram com que, para Emília, a certeza da interrupção se tornasse palpável, mesmo que não imediata. É notável no discurso da participante a confiança que depositou nas pílulas cuja origem desconhecia, mas que havia comprado de “pessoas de confiança”. Como disse: “outras pessoas que compraram no mesmo lugar que eu me falaram que funcionou, era um relato ou outro que as meninas diziam que não funcionava, então não tinha por que não funcionar comigo, e foi nisso que eu me prendi”. Mesmo inserida em um contexto de ilegalidade, os privilégios de Emília fizeram com que chegasse ao dia do procedimento sentindo confiança. O seu maior medo era que a tentativa de interrupção não desse certo, pois então “precisaria passar por tudo aquilo de novo”.

Distinto foi o caso de Tainá, mulher negra e de classe baixa. Ela possuía quase a mesma idade de Emília à época do aborto: tinha 25 anos, ao passo que a outra jovem tinha 23. O aborto

da participante apenas foi concluído na terceira tentativa, e os dois primeiros procedimentos foram realizados em casa, na companhia do marido, sem que ele soubesse. Ela contou que, no dia do terceiro procedimento, precisou carregar os comprimidos consigo “para lá e para cá”, enquanto trabalhava como diarista, por receio que eles fossem encontrados pelo marido se os deixasse em casa. Após encerrar uma jornada de doze horas de trabalho, a participante decidiu não voltar para casa: pediu para a mãe ficar com seus filhos pela noite, inventou uma desculpa para o marido, pagou por um quarto de motel com o dinheiro que havia recebido, e ali fez o procedimento, completamente sozinha.

Para Tainá, o dia do procedimento não despontou com as esperanças e com a confiança relatadas por Emília. Ela precisava que desse certo, pois não tinha dinheiro para comprar mais comprimidos. A participante não fez jejum, porque não sabia que precisava. Ninguém lhe informou. Para afastar os temores, diferentemente de Emília, que contava as horas para o procedimento chegar, Tainá fez o possível para esquecer-se dos comprimidos que estavam escondidos em sua bolsa: “não podia pensar muito não, senão eu ficava triste, já começava a pensar que não ia dar certo de novo. Trabalhar ajudou a tirar a cabeça disso um pouco, mas depois foi barra”. Disse que, quando começou a sangrar, sentiu medo de morrer e não ter com quem deixar seus filhos, pois o marido era usuário de drogas e os agredia com frequência, de modo que sabia não poder contar com ele para garantir a segurança e o conforto das crianças.

A menção a estas realidades tão distintas tem a intenção de demonstrar as diversas formas que o medo é sentido por mulheres no curso dos processos de interrupção de suas gestações, e as formas distintas que os corpos femininos que abortam em contextos de clandestinidade são alçados à condição de vida (AGAMBEN, 2007). Estes corpos que, até então, estavam imersos no período do intervalo, adentram em um novo momento de suspensão, em que o tempo de aquisição de saberes e técnicas; de vivências de enganos, golpes, negociações e violências, mas também de consolidação de apoios e recebimento de afetos, dá lugar a um tempo inteiramente novo. Estes corpos não apenas sangram de formas distintas, em suas realidades e singularidades, mas também *temem* de formas diferentes. Emília ficou com medo do que poderia acontecer com seu corpo se precisasse fazer o procedimento mais de uma vez. Além disso, temia que seus pais descobrissem o que estava fazendo, pois “nunca mais eles me veriam do mesmo jeito”. Tainá, por sua vez, teve medo de morrer e precisar deixar seus filhos com o companheiro, que era usuário de drogas e a agredia. O modo como estes medos foram sentidos marcou as memórias e subjetividades das participantes. De acordo com Emília:

“Hoje, quando penso nisso, ainda me dói. Mas me dói porque eu penso que tem muita mulher que sofre muito mais que eu, porque não tem as condições, não tem como pagar pelos comprimidos e não tem ninguém que ajude. Eu tive muito privilégio, o dinheiro não me fez falta, fiz tudo acompanhada do meu namorado, pude fazer todos os exames depois, logo depois coloquei o DIU e tive tempo e espaço para a vida crescer em volta disso, para eu poder ressignificar de uma forma que doesse menos. Eu tive muita sorte, uma sorte que sei que muita gente não tem e não teve, e acho que para mim é isso que mais machuca, pensar o quanto de gente que tem a vida inteira destruída por uma coisa que não deveria ser tão ruim assim” (Emília).

O aborto de Emília foi realizado em sua residência, onde pode fazê-lo com privacidade. Além de contar com o apoio do seu namorado, que esteve presente em todos os momentos, a participante também foi auxiliada de forma virtual por uma acompanhante feminista que conheceu durante o percurso do intervalo. Ainda que tenha sido afetada por diversos medos e sofrimentos no momento da interrupção, ela não precisou recorrer a atendimento médico-hospitalar e nem sofreu sequelas físicas. Em sua fala, Emília reconhece a linearidade de sua trajetória, afirmando que atualmente seus sentimentos mais complexos derivam do conhecimento de que outras mulheres estão passando pela mesma situação que viveu, mas em condições de precariedade. Mulheres como Tainá, que disse:

“É um momento que vou levar como lição para minha vida toda, foi uma experiência muito sofrida que eu não desejo para ninguém ter que passar por isso, não sei como eu passei por isso, porque eu sentia dor e chorava muito, pensava nos meus filhos enquanto eu fazia aquela coisa horrível. Pensei no quanto já errei com eles na minha vida, e que aquela era a cereja do bolo. Pensei na minha filha falando que sempre quis uma família grande, que queria um outro irmãozinho, e eu abortando sozinha. Quando precisamos de alguém nesses momentos complicados, não temos. No dia seguinte eu ainda trabalhei o dia todo, infelizmente minha rotina não me permite parar” (Tainá).

A fala de Tainá demonstra de forma clara a inequidade de classe por trás da clandestinidade e da conseqüente insegurança do aborto (CHANETON, VACCAREZA, 2011). Nos relatos de mulheres com maiores condições econômicas, como é o caso de Emília, o procedimento é trazido à tona através da construção de um cenário de amparo e cuidado. Embora o medo, em suas diversas formas, também faça parte destes discursos, a existência de redes de apoio, de ambientes confortáveis e do acesso a técnicas adequadas permite que estes itinerários sejam, na maior parte dos casos, pautados na segurança. Entre estas participantes, foi comum que, além de poderem contar com familiares, amigos próximos e o companheiro, também tiveram o apoio de profissionais de confiança, ou de pessoas com conhecimento idôneo. Na maior parte dos casos, os procedimentos ocorreram ainda dentro do primeiro trimestre de gestação, e a intervenção ocorreu em um contexto adequado e seguro, mesmo que não em nível médico-hospitalar. Esse contexto fez com que a revisitação do procedimento se dê com menos sofrimentos.

Diferentemente, para Tainá, assim como para outras mulheres em condições similares às suas, o aborto foi uma “coisa horrível”. A participante precisou realizar o procedimento sem nenhuma técnica adequada, em um contexto em que ninguém mais atentava-se para sua condição e para sua saúde. Ela estava sozinha, cuidando de si mesma. Mulheres como ela, inseridas em condições de precarização social, deixadas à morte, precisam suportar não apenas as dores características de um procedimento abortivo, mas também a ausência do apoio e assistência da família, amigos e companheiros, e o uso dos medicamentos sem ter conhecimento da posologia adequada ou dos métodos de preparação do corpo. Como consequência disso, acabam passando por maiores complicações e vivenciando situações com maiores cargas traumáticas. Assim, observa-se que os relatos provenientes dos estratos sociais mais desfavorecidos indicam um processo substancialmente mais sinuoso para alcançar a realização do aborto, caracterizado por desafios consideráveis e uma maior sensação de precariedade.

Todas as participantes relataram terem decidido realizar o procedimento no mesmo dia, ou poucos dias após a aquisição do medicamento, em um período que variou entre um dia e uma semana. Nos itinerários com períodos de espera mais longos, este se deu para que as participantes pudessem iniciar a intervenção no final de semana, como no caso de Júlia, que disse “fiz o procedimento no domingo, porque durante a semana estaríamos trabalhando e não tem como folgar nem faltar”. Para outras participantes, a espera se deu para que pudessem ter algum tipo de privacidade ou, contrariamente, de companhia. No caso de Diana, o procedimento foi realizado três dias após a aquisição do medicamento, pois “meu marido iria ficar em casa para ficar com nossas filhas enquanto eu fazia o procedimento”. De forma contrária, de acordo com Emília, “tive que esperar dois dias, para o jejum e para que meu irmão não estivesse em casa. A gente compartilha banheiro e não ia ter como fazer com ele ali”.

Algumas participantes apresentaram percursos sinuosos para encontrar um local para realizar o procedimento, pois não puderam abortar em seus próprios lares. De acordo com Lima (2014, p. 120), a localização de um espaço propício para a realização de um aborto muitas vezes pode ser problemática, pois para muitas mulheres a gravidez indesejada é um segredo não compartilhado com outras pessoas. Ainda, para algumas mulheres, suas residências não são espaços confortáveis ou minimamente adequados para a realização de um aborto, seja pela condição do local, seja pelas pessoas com quem a mulher convive. Este é o caso de Beatriz, que embora não tivesse muita proximidade com o parceiro de quem engravidou, tendo o chamado diversas vezes de “doador de esperma”, aceitou a oferta de realizar o aborto em sua casa, enquanto ele não estava, “pois ele mora sozinho e eu poderia ficar mais à vontade sem levantar

suspeita, pois morava com a minha mãe”. Algumas participantes também realizaram o procedimento nas casas de amigas, como é o caso de Iracema, que não queria que o companheiro soubesse da gravidez. A participante considerou-se sortuda por poder contar com a amiga, pois “li relato de tanta mulher que aborta em hotel, na rua, porque não tem para onde ir. Foi muito importante para mim ter feito isso na casa da minha amiga. Eu me senti segura”.

Algumas participantes, no entanto, não puderam contar com a solidariedade daqueles que acreditavam compor suas redes de apoio. Neste ponto, merece destaque o relato de Alice, que foi privada de realizar o procedimento em todos os locais com que possuía alguma familiaridade e onde sentia segurança. A participante vivia um relacionamento abusivo com seu companheiro que, após a descoberta da gravidez, realizou diversas chantagens para que ela mantivesse a gestação, tendo chegado a ameaçar entregá-la para a polícia. Alice planejava realizar o aborto em casa, quando ele não estivesse, mas foi expulsa assim que adquiriu os comprimidos. Desamparada, ela tentou recorrer a uma amiga próxima, “amiga da onça”, como referiu-se posteriormente, pois embora morasse sozinha, fechou as portas para a participante assim que ela informou a razão pela qual precisava de abrigo, dizendo “que não ia fazer a casa dela ser cena de crime, e que depois quem ia conviver com o espírito do meu filho morto seria ela”. Em uma última tentativa, Alice recorreu à sua mãe, mas também teve uma resposta negativa. Além de não ceder a casa, a mãe de Alice tentou fazer com que ela mantivesse a gestação. Assim, não tendo outra pessoa a quem recorrer, a participante realizou o aborto em um quarto de hotel:

“Peguei um quarto em um hotel perto de um hospital e de um mercado, porque ia fazer tudo sozinha, então precisava ter o máximo de recursos possíveis se eu precisasse de alguma coisa, né. Foi estranho, porque eu estava lá, no quarto limpinho, lençol branquinho, e eu fazendo um aborto. Não é uma imagem que a gente associa a um aborto. Mas no fim das contas, foi tranquilo, apesar da minha ansiedade, eu reagi bem. Já sabia como era a dor que ia passar novamente, e por isso estava tranquila. E a médica me acalmou muito também, conversou comigo o tempo todo” (Alice).

Durante o procedimento, Alice, que já havia feito um aborto quando era mais nova, foi orientada por uma médica que, embora não tenha auxiliado o procedimento diretamente, lhe repassou informações sobre a posologia e possíveis sintomas. Assim, embora o relato da participante tenha sido marcado pelo sofrimento e pela rejeição, sendo nítido o estranhamento que sentiu por não poder abortar em sua própria casa, como havia feito na primeira vez, ou em um local considerado familiar, as condições financeiras que possuía fizeram com que, mesmo assim, pudesse sentir algum tipo de tranquilidade no ambiente desconhecido. Neste sentido, são

profundas as discrepâncias entre o relato de Alice e de mulheres em contexto social de marginalização que compartilharam experiências de falta de acesso a locais seguros para aborto.

Laura, por exemplo, assim como Alice, não pôde realizar o seu primeiro procedimento em sua própria casa, pois morava com os pais, que não sabiam de sua gravidez. De acordo com a participante, “meu pai não podia saber, eu tenho certeza que ele ia me matar. Não tinha a menor condição de ter mais uma pessoa vivendo e comendo lá em casa, e eu não tinha como sair e criar um filho”. No dia do procedimento, a participante inventou uma desculpa para conseguir passar o dia todo fora de casa, e então dirigiu-se até um local em que havia “arrumado um quarto”. Assim que chegou no espaço, ela disse ter sentido desespero, pois “era um buraco todo sujo, não tinha água e não tinha cama, então tive que ficar na rede”. O procedimento durou mais tempo que o esperado, de modo que a participante teve que voltar para casa, de ônibus, enquanto sentia dores e sangrava. Em casa, sem poder ir ao banheiro com a frequência necessária, para não causar desconfiança no pai, a participante concluiu o procedimento sentada em um balde, suja de fezes e trancada em seu quarto:

“Logo depois da cólica veio uma diarreia horrível, impossível de controlar. Comecei a sangrar um pouco e deitei de novo, mas quando tentei levantar, eu não consegui, a dor aumentou muito, de um jeito que eu nem conseguia me mexer. Fiquei assim o máximo que deu, mas já era quase hora de voltar para casa, porque tinha que voltar antes que meus pais chegassem e eu estava me sentindo muito fraca e ainda estava com diarreia. Quando cheguei em casa começou a descer mais sangue, eu não tinha banheiro no quarto, e comecei a sangrar tanto que sujou lençol, sujou tudo. Nisso passou mais horas, meus pais chegaram, veio mais diarreia e tive que fazer em um balde, morrendo de medo que meu pai resolvesse entrar no quarto. Eu sentia muita dor, não ia ter nem como fingir, achei que não ia dar certo e eu ia morrer. Durou horas, muitas horas, e eu fiquei sentada no balde, em cima da diarreia, porque não conseguia levantar. Aí já de madrugada começou a descer coágulos, e eu no escuro, para ninguém me ver acordada, até que senti um negócio pendurado, corri para o banheiro e tinha uma bola saindo, meio coberta de sangue, eu não sabia o que era, fazia força e não saía, tentei puxar com a mão, mas também não consegui. Fiquei sentada na privada por horas, no escuro, fazendo força, depois voltei para o balde, o negócio não saía por nada no mundo, eu comecei a chorar e a me desesperar, estava sangrando muito, muito mesmo, tanto que uma hora eu parei de fazer força e achei que ia desmaiar. Aí, do nada, desceu aquela bola e parou a dor” (Laura).

Também são profundos os contrastes no acompanhamento obtido por cada uma das mulheres no momento de realização do aborto. Entre as participantes, sete relataram ter realizado o aborto sozinha (Alice, Gabriela, Natália, Tainá, Beatriz, Helena e Maria). Entre as demais, três delas contaram com o apoio do companheiro (Júlia, Diana e Emília) no momento da interrupção e duas de amigas (Regina e Iracema). Apenas Heloísa realizou o aborto com a mãe, e Clara foi acompanhada de sua irmã. Nos casos das participantes que passaram por mais de um aborto, Laura realizou o primeiro procedimento sozinha, o segundo com o marido e o

terceiro sozinha. Amanda, por sua vez, realizou o primeiro procedimento e as três primeiras tentativas do segundo procedimento sozinha, e a quarta tentativa do segundo procedimento com uma tia.

A solidão é um aspecto de suma importância a ser analisado na presente pesquisa, na medida em que, nos discursos das participantes, ela assume distintas formas. Na maior parte das narrativas de solidão, esta se deu justamente pela impossibilidade de compartilhar a condição com outras pessoas, por medo de reprimendas ou julgamentos. De acordo com Chaneton e Vaccarezza (2011), a solidão é “um efeito recorrente nos diferentes segmentos que constituem a sequência do incidente; no entanto, é nas cenas da intervenção quando sua referência no relato alcança a maior intensidade comunicativa” (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 118). Isso porque, no momento do procedimento, as condições de clandestinidade e criminalização se aprofundam, restringindo a possibilidade de contar-se com apoios afetivos.

É a partir da forma como a criminalização é sentida e aplicada de forma seletiva para cada um dos segmentos sociais que a solidão também é inserida nos itinerários. Nota-se que, na pesquisa, as mulheres negras e de classes baixas foram as que trouxeram os relatos mais solitários acerca do momento da interrupção, dado também encontrado por Diniz e Medeiros (2012, p. 1877), em que: “dez mulheres informaram ter abortado sozinhas e sem auxílio, quase todas eram negras e com baixa escolaridade (ensino fundamental) e, quatro delas, mais jovens que 21 anos”. De acordo com Lima (2014), além de relatarem maior solidão no momento da interrupção, estas mulheres enfrentam a solidão especialmente no momento de recorrer a serviços de saúde. Essa noção ilustra a compreensão de que mulheres negras, com níveis educacionais mais baixos e jovens, frequentemente enfrentam o processo de aborto de forma solitária, desprovidas do suporte do parceiro, amigos, familiares ou profissionais de saúde, aumentando sua vulnerabilidade aos riscos.

Este é o caso de Beatriz, mulher negra e de classe baixa, para quem o procedimento foi um momento solitário, pois “eu estava com muito medo, só queria que alguém estivesse ali para cuidar de mim”. Embora tenha realizado o procedimento na casa do parceiro, com quem não possuía relação afetiva, ele a deixou sozinha: “ele foi para a *rave*, mesmo sabendo do procedimento, porque me disse que já tinha pago o ingresso e não podia perder”. O relato da participante é sinuoso. Antes da tentativa exitosa, já havia tentado abortar outras duas vezes, mas sem sucesso. Ela disse que acreditava que os comprimidos, que haviam sido adquiridos nas duas outras ocasiões pelo parceiro, “eram falsos, era farinha pura. Tomei com Coca-cola e foi a mesma coisa que não tomar nada”. Quando entrou em contato com o parceiro informando,

pela segunda vez, que não havia dado certo e que precisavam procurar comprimidos em outro lugar, ouviu que “se eu tinha tentado duas vezes e não tinha abortado, é porque era a vontade de Deus, aí ele disse que depois me ligava, e só apareceu de novo quando eu pedi ajuda para procurar um lugar para abortar”. A partir de então, ela se viu completamente sozinha.

A solidão também é narrada por Maria, mulher negra e de classe baixa, que não a vivenciou somente no momento da interrupção, mas em todo o curso do seu itinerário abortivo: “fiquei bem firme na minha escolha de não contar para ninguém [...] não é que eu não quisesse, é que quando a situação é que nem a minha, parece que você não pode confiar em ninguém”. Como já apontado, Maria engravidou após ter sofrido violência sexual de um parente. Em sua entrevista, ela expressou em diversas ocasiões a escolha de não compartilhar a situação com nenhuma outra pessoa. No entanto, é no momento da interrupção que a solidão ganha seus contornos mais densos, ante o desconhecimento do que está acontecendo com o próprio corpo. A participante disse que, cerca de vinte minutos após ter introduzido o remédio: “eu ouvi um ‘ploc’ e senti minha barriga encher, aí na mesma hora começou a descer água e eu fiquei muito assustada. Peguei meu celular no impulso, querendo ligar para alguém e pedir ajuda, mas não tinha ninguém”. As palavras dessas mulheres ecoam com um desespero cruel, onde a solidão se apresenta como uma sombra constante. Elas clamam por um apoio com o qual, por motivos diversos, não puderam contar. No entanto, é evidente que a solidão não se manifesta de maneira uniforme em todas as mulheres. Para Diana, ela assumiu um significado completamente distinto, tendo sido encarada como uma forma de garantir o controle sobre o procedimento:

“Parece que os astros se alinharam para que eu conseguisse fazer o procedimento em paz, porque no dia meu marido saiu com minhas meninas, passou o dia passeando com elas. Fiz tudo sozinha, e ia avisando tudo para ele pelo celular. Preferi fazer sem meu marido junto, porque por melhor que ele seja, homem nessas horas acaba mais atrapalhando do que ajudando, eles se desesperam, não entendem nada, e fazem a gente se desesperar também. Além disso, precisava que ele cuidasse das crianças, deixasse elas longe disso. E foi melhor assim, sem ninguém para pesar na minha cabeça” (Diana).

Este também foi o caso de Amanda, que relatou de forma bem-humorada que se algum dia eu precisasse realizar um aborto, “chute todo mundo para longe”. A participante, ao comparar as duas vezes em que realizou o procedimento (sendo que na segunda gravidez o aborto apenas foi concretizado na quarta tentativa), percebeu ter se sentido “infinitamente melhor” nas ocasiões em que realizou o procedimento sozinha. De acordo com a participante, “na vez que eu fiz o procedimento sozinha foi a mais tranquila, terminou rápido, sem comentário, sem opinião. Às vezes quem está de fora só acaba te deixando mais nervosa”. A

participante disse que, na ocasião em que realizou o aborto na companhia de sua tia, acabou ficando ainda mais estressada, pois “ela ficava o tempo todo perguntando se dava certo, se eu estava sentindo dar certo, e eu só pensando, meu deus, cala a boca”. Disse ainda que, nessa ocasião, precisou segurar algumas reações de dor, para não demonstrar que estava mal, pois a parente queria levá-la ao hospital contra sua vontade.

A solidão enquanto escolha também foi relatada por Laura que, ao falar do seu último procedimento, disse “fiz o processo todo sozinha, com os meus filhos em casa, sem nenhum problema, o meu esposo só chegou do trabalho no final, quando já tinha acabado. Não tem porque ter neura nem se preocupar, nós mulheres somos fortes, muito mais do que pensamos, e o processo todo não é um bicho de sete cabeças”. É notável o quanto as falas dessas mulheres divergem das apresentadas anteriormente, em que a solidão foi vista como um fator diferencial entre um processo seguro e inseguro. Não se pode ignorar que, no caso destas participantes, a tranquilidade na solidão está diretamente conectada ao fato de terem vivido procedimentos sem maiores intercorrências. Ainda, as três participantes estavam em relacionamentos estáveis com os companheiros ou possuíam pessoas com quem contar, de modo que puderam realizar o procedimento em suas próprias casas, com orientações adequadas. Nesses casos, a solidão é uma escolha, pautada nos desejos da mulher, cenário bastante distinto daqueles em que as participantes de fato não puderam contar com ninguém.

De modo geral, nos relatos em que as participantes puderam contar com algum tipo de apoio e presença, estes são lidos como fundamentais. Em seu relato, Regina conta que sua ideia inicial era fazer o procedimento sozinha em casa, mas sua amiga foi “teimosa”, chegou em sua casa e a acompanhou até o final. A participante afirmou ter ficado muito grata com a ajuda da amiga, porque “eu acho que não aguentaria sozinha, o apoio dela fez toda a diferença”. De acordo com a participante, o apoio da amiga foi fundamental para que ela pudesse manter a calma, “sem julgamento ou opinião desnecessária”.

Esse também foi o caso de Iracema, que realizou o procedimento na companhia de uma amiga, afirmando que o apoio foi muito importante, pois “me senti mais segura, protegida, é sempre bom ter alguém que podemos contar e eu sou muito grata por isso”. Em outros relatos, o apoio de terceiros também é apontado como necessário em seu aspecto funcional, não sendo raros os relatos em que os acompanhantes ajudam a esquentar bolsas de água quente, preparar chás, comida, fazer massagens, ajudar a segurar e dar banho nas participantes, tornando o processo mais humanizado. Ainda, algumas participantes relataram terem precisado contar com

apoio de terceiros por conta dos efeitos do medicamento, como é o caso de Clara, que desmaiou em certo momento do procedimento, tendo contado com o apoio de sua irmã.

Muitas participantes também afirmaram que o apoio foi fundamental porque precisavam de alguém que cuidasse dos seus filhos. Algumas deixaram os filhos com outras pessoas, mas muitas não puderam contar com esse apoio, de modo que precisaram realizar o procedimento enquanto exerciam práticas de cuidado. No relato de Diana, “graças a deusas o meu marido saiu com as crianças, não teria conseguido fazer tudo aquilo enquanto cuidava delas”. Diferentemente, Helena disse que “eu fiz com minha filha em casa, só falei para ela que a mamãe estava com um pouco de dor e que tinha que ficar quietinha, e na hora dos exercícios peguei ela e agi como se fosse uma brincadeira, ela nem percebeu nada”. Em outros casos, a conciliação entre práticas de cuidado e as dores do procedimento abortivo não foram simples, como foi o caso de Maria, que relatou que quando já estava sentindo dores intensas, “meu filho começou a vomitar e tive que cuidar dele enquanto sentia que estava morrendo, ajudei meu menino enquanto continuava com o procedimento”.

Neste ponto, nota-se a ausência dos companheiros no momento da intervenção. Embora a maior parte das participantes tivesse algum tipo de relacionamento com o parceiro, eles não se fizeram presentes na maioria dos casos. A partir das narrativas das participantes, percebe-se que entre o momento da decisão e o momento da interrupção da gestação, a presença dos parceiros vai se tornando cada vez menos frequente. No momento do procedimento, apenas quatro mulheres contaram com a presença dos companheiros. No caso de Laura, o primeiro aborto foi realizado na companhia do parceiro e o segundo sozinha, a pedido dela. A participante Diana, por sua vez, era casada com o companheiro, tendo contado com seu apoio desde o primeiro momento. Embora no momento do intervalo a figura do parceiro se faça ausente, tendo a participante recorrido sozinha a formas de localizar o medicamento, ele retorna logo em seguida, no momento da intervenção. Para a participante, o apoio do parceiro foi fundamental. Já para Emília, que estava se relacionando com o parceiro havia apenas três meses, o apoio assumiu uma forma distinta. De acordo com a participante, conseguiu perceber que, durante o procedimento, a maior preocupação do companheiro era o seu bem-estar e fazer com que sentisse que estava amparada e acompanhada:

“Foi muito legal tudo que ele fez por mim. Claro que nunca tem como ser uma experiência meio a meio, porque eles não vão nunca saber como é para a gente. Mas ele fez questão de estar comigo em todos os momentos, ficou deitado comigo vendo série nas duas primeiras horas de repouso, depois fez os exercícios comigo, sempre me motivando. Quando eu comecei a chorar de dor, achando que ia morrer, ele segurou bem firme na minha mão, falando que eu ia conseguir, mesmo eu sabendo

que ele estava morrendo de medo, porque ele também estava chorando. E no final, quando eu achei que não deu certo, quando minhas pernas já estavam fracas demais para subir mais um lance de escadas, ele me carregou enquanto eu chorava e gritava. Ele literalmente me carregou quando eu mais precisei” (Emília).

Embora a presença do companheiro tenha sido compreendida como crucial para algumas participantes, alguns relatos ilustram que nem sempre a presença é sinônimo de auxílio e amparo. Em alguns casos, as participantes avaliaram a presença do parceiro como negativa. No caso de Laura, embora o parceiro estivesse em casa durante o primeiro procedimento, não a ajudou. Ela disse que “ele ficou o dia inteiro dando volta para não precisar encarar de ver o procedimento. E depois, quando eu mais precisava, ele dormiu”. A participante, então, sangrou em sofrimento, sozinha, sem poder contar com o parceiro, e tendo que cuidar dos filhos pequenos “com as pernas arrebitadas e chorando de dor”. De acordo com Souza e Diniz (2011), a ausência do parceiro em casos de abortamento é mais uma demonstração de como a responsabilidade pela gestação é atribuída unicamente à mulher, independentemente do seu desfecho. Não são incomuns relatos de mulheres que são completamente abandonadas, tidas como únicas responsáveis sobre os processos que dão lugar em seu corpo, mesmo quando se encontram em relacionamentos estáveis e moram com os companheiros. O homem, por vivenciar algo que não ocorre em seu corpo, adota para si o direito de eximir-se, afastar-se, seja durante a gestação, seja durante o aborto.

Ainda, algumas participantes disseram terem contado com acompanhamento virtual de pessoas especializadas. Alice relatou ter sido orientada e auxiliada por uma médica com quem possuía vínculo de amizade, e Júlia, Regina, Laura, Iracema e Emília disseram ter contado com o apoio virtual de acompanhantes feministas, que faziam parte de grupos criados com a intenção de auxiliar mulheres em seus processos de abortamento. Marcelle Cristine de Souza (2021), em sua tese de doutorado “No estás sola: aborto seguro e acompanhado como estratégia feminista para descriminalização social na América Latina” aponta que, na atualidade, diversos países da América Latina possuem grupos de ativismo organizado que, por meio da consolidação de coletivos feministas, criam cartilhas, protocolos e canais de comunicação com o intuito de disseminar informações seguras acerca do aborto clandestino e direitos sexuais e reprodutivos (SOUZA, 2021, p. 189). Além disso, esses grupos atendem mulheres que buscam interromper gestações por meio do uso autoadministrado do misoprostol e da mifepristona, auxiliando em seus procedimentos de modo a possibilitar a produção de discursos alternativos e práticas seguras no que diz respeito ao aborto. Esta modalidade de movimento social consolida o que se entende por “socorrismos”. De acordo com Burton (2021):

[...] uma particularidade que apresentam os grupos socorristas é a incessante reflexão que fazem ao redor de suas próprias práticas. Sustentam a ideia de que as ações coletivas que desempenham nos socorros implicam a construção de um “outro” feminismo. É um jogo de palavras em relação ao que fazem, se assumem e definem como parteiras de novos feminismos. Estes estão ancorados nas experiências situadas das mulheres a quem acompanham, de propor o corpo como a divisão fundamental onde as experiências ocorrem e do lugar de onde se constrói a prática feminista, socorrista e aborteira (BURTON, 2021, p. 12).

De acordo com Burton, os “socorros” buscam desconstruir concepções convencionais e generalizadas sobre o aborto e reinterpretá-lo como um direito coletivo a ser alcançado (BURTON, 2021, p. 13). Estes coletivos adotam uma abordagem que enfatiza a disseminação de conhecimento e assistência, com o objetivo de conferir à prática um caráter pedagógico de exercício de autonomia corporal e soberania, em contraste com a associação exclusiva à dor, ao sofrimento, ao pecado e à culpa (BURTON, 2021, p. 13), entendendo que, desta forma, as mulheres podem retomar os poderes e saberes que lhes foram subtraídos pelo patriarcado. Ao integrar saberes coletivos e experiências individuais de mulheres, esses grupos buscam facilitar procedimentos seguros, especialmente em cenários onde o acesso é restrito, visando mitigar riscos por meio da divulgação ampla de informações sobre saúde corporal (SOUZA, 2021, p. 183).

Na presente investigação, como apontado, algumas participantes mencionaram terem recebido assistência de acompanhantes feministas associadas a grupos voltados a auxiliar mulheres em procedimentos abortivos. A partir de suas narrativas, torna-se evidente que o papel dessas acompanhantes foi crucial no percurso das participantes em direção ao aborto, pois foram elas que lhes ofereceram orientações sobre a administração segura de medicamentos abortivos, incluindo instruções sobre dosagem e horários de uso, bem como conselhos sobre técnicas e exercícios para facilitar o procedimento. Além disso, as acompanhantes forneceram informações sobre os procedimentos a serem seguidos durante a expulsão do feto, cuidados pós-aborto e instruções sobre quando buscar atendimento hospitalar, se necessário. Estas observações são claramente evidenciadas nos relatos seguintes:

“Eu queria fugir, queria chorar, queria voltar no tempo e não me colocar naquela situação. Falei para minha auxiliar que não aguentava mais, e ela me falou ‘você aguenta sim, você tem que aguentar, você não tem opção’. Eu pensei sim, eu consigo, eu consigo. Minha mente estava confiante, mas meu corpo não aguentava mais. Fiquei uma hora sentada embaixo da água quente, sem conseguir me mexer muito, parecia que minha alma saía e voltava para o corpo, o tempo todo pensava ‘vai dar certo, vai dar certo, eu consigo, eu consigo’. Ela me dizia o tempo todo, ‘você não está sozinha’, e essa frase, nesse momento que me sentia mais só do que nunca, é muito forte” (Laura).

“Segui fazendo o que a minha auxiliar me orientava, e sério, ela foi incrível, me passou uma segurança que parecia que ela estava do meu lado fisicamente, mesmo sendo por chamada de celular. Arrumei tudo que ela pediu e coloquei do meu lado, minha amiga me ajudou com bolsa de água quente, chá, tudo que tinha sido indicado pela auxiliar. Nas primeiras duas horas eu não senti nada e já começou a preocupação, porque achei que sentiria algo, dor ou cólicas. Eu perguntei a ela se era normal não sentir nada, ela disse que sim, de um jeito muito calmo e paciente, disse que muitas meninas não têm dor nenhuma no procedimento inteiro. Fiz tudo certinho e nada de dor, me desesperei, mas ela continuou me acalmando e me incentivando. Fico me perguntando como essas meninas existem, por que elas fazem isso pela gente. Porque a gente não paga nada além do remédio, e outras amigas que já abortaram não tiveram nenhum suporte desse tipo, ninguém fica te alertando ‘daqui a pouco você vai fazer isso’, ou ‘daqui a pouco é normal sentir isso’, nunca nem ouvi falar de um tratamento tão humano, e elas se dedicam e se importam” (Iracema).

“Achei o grupo na internet, quando estava procurando informações, preenchi um formulário e no mesmo dia entraram em contato. Aí que eu entendi que era um grupo de apoio, que era feito com a intenção de auxiliar mulheres na hora do aborto. Eu fiquei meio cabreira, achei que poderia ser falso ou mais um jeito de levar golpe, mas no mesmo dia comecei a conversar com a minha auxiliar e ela me explicou tudo certinho, me passou um passo-a-passo do que eu precisava fazer, do que eu precisava comprar, e me colocou em um grupo com outras meninas que já tinham abortado ou que iam abortar. No dia, ela ficou o tempo todo falando comigo por mensagem, me falou tudo que tinha que fazer, e eu surtando com tudo, mandando um monte de mensagem desesperada, e ela falando para me acalmar, porque tudo aquilo era normal. Meu aborto foi retido e eu surtei, achei que tinha dado errado, e nos dias seguintes ela continuou me mandando mensagem, me falando que já tinha dado certo, que eu tinha que pensar positivo, porque agora era só confirmar, isso me ajudou muito. Nessas horas tudo que a gente precisa é de alguém que saiba o que está fazendo” (Emília).

As informações fornecidas pelas participantes não foram suficientes para uma compreensão abrangente da operacionalidade desses grupos de mulheres, o que destaca a necessidade de investigações mais amplas e específicas neste sentido. Embora os detalhes sobre a organização dos grupos não tenham sido fornecidos, é perceptível que eles compartilham os ideais do “socorrismo” ao promoverem orientações específicas sobre o uso de medicamentos abortivos e assistência ao longo de todo o procedimento do aborto autoadministrado, permitindo que mulheres tenham mais controle sobre suas vidas e experiências reprodutivas.

Souza (2021) aponta que a configuração de grupos no Brasil difere-se de forma significativa de outros países da América Latina. Em países como Argentina, Chile e México, a atuação de muitos coletivos feministas é pública e se dá com o intuito de combater o estigma e promover a descriminalização social do aborto, sendo que alguns deles inclusive fomentam a criação de políticas públicas institucionais que garantam o aborto seguro e gratuito através de diálogos com o Estado (SOUZA, 2021). No Brasil, dado o cenário de ilegalidade e estigmatização, estes grupos ainda são pouco conhecidos e atuam na clandestinidade. Nota-se que, mais do que buscar arquitetar uma manobra política, estes grupos, pelo menos os descritos pelas participantes, focam suas ações em ajudar a promover a autonomia das mulheres e o

aborto independente e seguro, não tendo a intenção de tornar-se públicos justamente porque é sua clandestinidade que permite que continuem atuando de modo a resguardar as vidas de mulheres que sofrem com os efeitos da criminalização (LAUTERBACH, 2018, p. 13). Assim, como apontado por Souza (2012, p. 189), é possível concluir que a atuação destes grupos se dá a partir de uma ramificação entre ilegalidade e legalidade:

[...] é na fronteira que essas mesmas grupos criam uma heterotopia, ou seja, espaços de viabilização do “impossível”, do aborto seguro, apesar de ilegal [...] Essas dobras são espaços de tensão e de conflito, onde é possível questionar as leis em vigor e promover a segurança de procedimentos, mesmo que realizados fora do ambiente hospitalar, mesmo com o risco de prisão. Estabelecidas na fronteira, as coletivas se estabelecem como pontos de resistência à criminalização, pensando a segurança e a legitimidade do aborto não sob uma ótica fixa e ahistórica, e sim processos em disputa e construção (SOUZA, 2021, p. 189).

Nas situações em que o acompanhamento virtual foi disponibilizado, as mulheres relataram terem se sentido mais seguras durante o procedimento abortivo, pois além de receberem informações confiáveis, também foram apoiadas emocionalmente. Inclusive, para algumas participantes deste estudo, o modelo de assistência descrito foi sua única fonte de cuidado durante o procedimento abortivo. Embora isso não signifique que essas mulheres não tenham sentido dores ou passado por sofrimentos, esse suporte respeitoso e eficaz proporcionou, para algumas, a única oportunidade de realizar o procedimento em ambientes nos quais se sentiram amparadas. Suas necessidades e dúvidas foram ouvidas, e seus sofrimentos e angústias foram levados em consideração. Essa combinação de elementos permitiu a promoção do autocuidado de maneira coletiva, não tendo sido incomum que as mulheres que buscaram esse tipo de apoio tenham se referido às suas experiências de forma plural, reconhecendo a presença constante de suas aliadas de gênero em suas práticas abortivas.

Esta presença possibilitou uma reconfiguração da experiência do aborto autoadministrado para algumas das mulheres, não mais como um evento solitário e doloroso, mas como um momento compartilhado. É notável que se outras mulheres, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade socioeconômica, tivessem acesso às informações fornecidas por esses coletivos desde o início, suas experiências abortivas poderiam ter sido menos problemáticas, especialmente ao considerar-se que os maiores obstáculos trazidos aos itinerários abortivos destas mulheres estiveram relacionados métodos ineficazes e falta de informação segura e acompanhamento eficiente e especializado.

Os dados trazidos até então permitem compreender que muitas questões permeiam o momento do procedimento abortivo de uma mulher. O local de realização da intervenção, o

intervalo entre a aquisição dos medicamentos e a prática, o acompanhamento e auxílios a que tem acesso, todos esses fatores são fundamentais para fazer com que um procedimento seja mais ou menos seguro. Nota-se que, dada a amplitude da discussão e dos significados interpretados por cada mulher do aborto enquanto prática social, é possível observar que, de maneira geral, as participantes demonstram ter experienciado graus diversos de carência e precariedade durante seus procedimentos, o que afetou diretamente a forma como as experiências foram percebidas e interpretadas.

Em relação ao procedimento, o primeiro ponto a ser trazido é a quantidade e dosagem de medicamentos utilizados pelas participantes. De acordo com Diniz (2012), o método de utilização do Cytotec entre mulheres brasileiras segue um padrão, que é a utilização de quatro comprimidos, metade por via oral e outra metade por via vaginal. Lima (2014) entende que este é o uso popular do misoprostol, adotado principalmente por mulheres jovens e com menores condições financeiras, independentemente da sua idade gestacional. Na presente pesquisa, cinco participantes adotaram esta posologia em pelo menos um dos seus procedimentos, por entenderem que era o meio correto, ao qual tiveram acesso principalmente por meio de amigas ou conhecidas que já haviam abortado. Entre as mulheres com maiores condições financeiras, o número de medicamentos utilizado variou de acordo com sua idade gestacional, tendo sido comum que mulheres com gestações mais avançadas tenham utilizado mais comprimidos. Além disso, entre elas, os medicamentos foram aplicados em doses, com espaçamento de horas entre uma inserção em outra, aproximando-se mais das indicações médicas.

De acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde, a utilização do misoprostol não deve ultrapassar seis doses de 400 mcg, dentro dos espaçamentos de três horas. Nos casos em que o abortamento não é concluído nessas condições, o procedimento deve ser repetido em uma data posterior, ou finalizado com o auxílio de um profissional de saúde (OMS, 2022). Na presente pesquisa, sem poder contar com auxílio e orientação profissional e com receio de o medicamento não ter o efeito esperado, algumas mulheres utilizaram doses altas e sucessivas do misoprostol, bem como estenderam as aplicações por períodos mais longos. O caso mais emblemático é o de Natália, que informou ter ingerido vinte e sete comprimidos de misoprostol: “eu comecei com quatro comprimidos e achava que não estava dando certo, a cada três horas eu colocava mais quatro comprimidos para dentro”. Esta situação demonstra que a ilegalidade do aborto no Brasil, além de impedir que mulheres tenham acesso a orientação segura sobre o uso do misoprostol, também faz com que, em meio ao desespero, derivado das

condições de vulnerabilidade socioeconômica em que estão inseridas, utilizem o misoprostol em doses mais altas.

Ainda em relação ao procedimento, discrepâncias também foram notadas no que diz respeito aos cuidados e preparos praticados pelas participantes antes e durante a sua execução. O principal preparo do corpo, referido por treze participantes, foi o jejum antes da utilização do medicamento. Todas as participantes de classe média fizeram jejum, alegando terem tomado conhecimento da necessidade da prática através da internet, dos fornecedores de medicamentos ou das acompanhantes feministas. Contrariamente, apenas quatro mulheres com condições financeiras desfavoráveis fizeram jejum, na maior parte dos casos porque não tinham conhecimento de sua necessidade. Laura, por exemplo, realizou seu primeiro procedimento sem receber nenhum tipo de orientação acerca da necessidade de preparo do corpo: “tomei por conta própria, nem sabia que tinha que fazer jejum e tinha acabado de comer, o que acabou fazendo com que eu vomitasse muito”. Entre as mulheres com menores condições, foram realizados jejuns de períodos mais curtos, o que acreditam ter interferido no sucesso e curso de alguns procedimentos.

Em geral, assim como identificado por Diniz e Medeiros (2012), as participantes utilizaram os medicamentos durante à noite e expulsaram o produto da concepção durante a madrugada. Os autores apontam que a maior parte das participantes de seu estudo etnográfico buscou serviços de saúde ao amanhecer (DINIZ, MEDEIROS, 2012), o que não se reproduziu no presente estudo, tendo a maioria das mulheres recorrido a estes serviços em momentos posteriores. A escolha pela realização do procedimento durante a noite deu-se, sobretudo, para que o procedimento não afetasse os horários de trabalho e os cuidados dos filhos durante o dia. Entre as participantes com maiores condições financeiras, no entanto, foi notada uma maior possibilidade de flexibilização destes horários, havendo a menção de procedimentos iniciados pela manhã, pois assim poderiam realizar parte do jejum durante o sono e despenderiam de mais energia para realizar o procedimento durante o dia.

As horas de espera pelo efeito do medicamento foram vividas de formas distintas. Diversas participantes relataram terem seguido indicações de repouso com as pernas para cima, encostadas na parede, o que já havia sido identificado nos dados coletados na primeira Pesquisa Nacional do Aborto, de 2010. Algumas mulheres não tinham conhecimento desta prática, e outras, embora soubessem, não puderam segui-la, pois precisaram realizar atividades domésticas e de cuidado enquanto realizavam seus procedimentos abortivos. Ainda, algumas participantes tiveram de simular normalidade para esconder a prática do aborto de outras

pessoas que se encontravam na mesma residência. Este foi o caso de Natália, que relatou que após inserir os medicamentos, precisou deslocar-se até a casa de sua tia e cuidar dos seus sobrinhos, pois assim receberia o dinheiro que estava faltando para pagar os remédios que havia adquirido. Tainá, por sua vez, realizou os dois primeiros procedimentos em casa, mas sem informar seu marido, de modo que precisou seguir com suas tarefas cotidianas mesmo enquanto aguardava os efeitos do medicamento.

Após a utilização da primeira dose de misoprostol, a maior parte das mulheres relatou ter começado a sentir sintomas que envolveram calafrios, cólicas abdominais, tonturas, náuseas, vômitos, febre e diarreia. Com a percepção dos primeiros sintomas, foi mencionada a adesão a práticas diversas, tendo diversas participantes apontado a realização de exercícios físicos intensos e por longos períodos, massagens, banhos, compressas e ingestão de chás. Nota-se que, entre as participantes que foram auxiliadas por acompanhantes feministas, estas práticas foram realizadas em ciclos, acompanhadas a todo tempo pelas auxiliares, que informavam à cada instante o que as mulheres deveriam fazer. Entre as participantes que praticaram os abortos sozinhas e com poucas informações, algumas destas práticas foram adotadas de forma intuitiva, ou baseadas em experiências de gestações ou abortamentos passados.

Ainda, nas entrevistas, diversas participantes mencionaram terem sentido medo de não sentir dores ou apresentar sangramentos, como apontado por Emília: “a todo momento só queria sentir a dor, queria sentir cólica, ver o sangue, para saber que estava dando certo”. Durante o procedimento, o sangue é visto com alívio pelas mulheres, sendo uma indicação de que o procedimento está dando certo, que o remédio é eficaz e que não precisam repetir o procedimento. A participante Júlia relatou ter iniciado seu procedimento sentindo confiança, mas com o passar das horas e a ausência de dores e sangramentos, começou a se preocupar. Ela seguiu todas as orientações da acompanhante feminista que a auxiliou, e após o terceiro ciclo de exercícios físicos, finalmente começou a sangrar: “os olhos brilharam, ficamos muito felizes e começamos a comemorar, porque sabia que isso significava que estava dando certo”.

De acordo com Duarte (2019), o alívio trazido com a presença do sangue advém de uma experiência ambígua, pois ao mesmo tempo que os sangramentos excessivos são as razões pelas quais a maior parte das mulheres recorre ao hospital em um segundo momento, muitas delas relatam que, inicialmente, não apenas esperavam, mas também ansiavam por um sangramento abundante. Em seu relato, Heloísa disse: “eu não me importava com mais nada, só queria sangrar e sangrar até sair tudo que estava dentro de mim, mas depois, quando o sangue não parou, eu fiquei com medo”. Nota-se, a partir disso, que assim como em muitos outros

momentos do itinerário, a experiência do sangue faz com que as mulheres sintam, ao mesmo tempo, alívio e medo (DUARTE, 2019, p. 86).

Nos casos em que as dores e sangramentos não aparecem no tempo esperado, foram comuns os relatos de desespero, sobretudo quando as participantes comparavam suas situações com as de outras pessoas ou com seus próprios abortamentos anteriores. Este foi o caso de Laura: “não estava sangrando e eu entrei em pânico, porque no primeiro começou a sangrar rápido. No fim das contas, não valeu de nada meu pânico, porque os procedimentos foram completamente diferentes”, bem como de Iracema, que disse ter se desesperado com a ausência de sangue, pois “comecei a comparar com os relatos que havia visto e pelas horas já era para ter quase terminado”. Entre as participantes que puderam contar com acompanhamento feminista, nota-se uma tentativa das acompanhantes em fazer com que as mulheres percebessem a singularidade dos seus procedimentos, como apontado na continuação da fala de Iracema: “comecei a me desesperar, mas a auxiliar foi um anjo e me acalmou, falou que era normal não sangrar ou demorar, e que já estava dando certo e logo ia acabar”. No entanto, nos casos em que as participantes não puderam contar com acompanhamento, o desespero levou a reações desesperadas e, muitas vezes, perigosas, como a utilização de doses elevadas e repetidas de misoprostol, conforme já apontado anteriormente.

Além disso, foram citados outros casos em que condutas extremas foram aplicadas pelas participantes, como foi o caso de Beatriz, que após passar por seis horas em procedimento sem constatar a presença de sangue, passou a fazer uso excessivo de bebida alcoólica: “eu entrei em desespero, achei que não ia dar certo, aí comecei a beber pinga, bebi um tanto assim, porque falaram que ajudava a sangrar”. Ainda, Heloísa disse que “não estava sentindo nada, então me joguei da rede duas vezes, de barriga, porque ouvi que tinha gente que tinha perdido bebê assim”. A partir destes relatos, nota-se que os prejuízos advindos do abortamento induzido no Brasil estão diretamente associados à criminalização e à ausência de orientações formais em relação aos procedimentos abortivos auto-administrados. As mulheres, pautando-se nas vivências umas das outras por não terem acesso às informações oficiais e seguras, colocam em risco suas próprias vidas com a intenção de fazer com que seus procedimentos deem certo.

Mesmo com os temores e receios supracitados, as dores foram relatadas por todas as mulheres, em graus e durações distintas, nos procedimentos que de fato culminaram em abortamento. Algumas participantes narraram terem vivenciado momentos de intensa dor e sensações de inconsciência, que em muitos casos levaram ao desespero e ao medo de sofrer complicações. Clara disse que uma hora após utilizar a primeira dose do medicamento, “eu

vomitei, não estava aguentando de tanta dor, senti como se meus órgãos estivessem caindo de dentro de mim, um certo momento eu apaguei, acredito que tenha desmaiado de tanta dor”. No mesmo sentido é o relato de Gabriela, que disse ter perdido a consciência diversas vezes durante o procedimento: “só conseguia pedir para alguém fazer a dor passar, para tirarem o feto de dentro de mim, era uma loucura, a dor me deixava maluca, me tirava da sanidade”. De forma diametralmente oposta, Amanda descreveu o seu primeiro procedimento como tranquilo, afirmando ter acreditado que sentiria mais dores: “no final, o mais difícil mesmo foram os medos que minha própria mente criou”, assim como Maria, que disse ter se preparado para uma dor extrema, e “no final não teve um terço dessa dor, a dor que mais tive foi depois, mas na verdade era mais uma cólica e uma sensação ruim quando saía o coágulo”.

Nota-se, a partir destes relatos, que as dores foram relatadas de forma dispar, o que não surpreende, sobretudo ao considerar-se que é sentida de forma subjetiva. Além disso, há uma possível relação entre o que foi sentido e as expectativas da mulher em relação à prática abortiva. Algumas participantes, como visto, afirmaram ter esperado dores excruciantes, e surpreenderam-se ao constatar que não foi isso que aconteceu. De forma oposta, outras mulheres sequer sabiam que o misoprostol tinha efeitos colaterais, e esta desinformação fez com que as dores fossem percebidas de forma mais acentuada. A coleta de dados do presente estudo não permite o estabelecimento de uma relação direta entre as dores sentidas e a idade gestacional das participantes. No entanto, percebeu-se que as participantes com gestações mais avançadas foram as que mais precisaram recorrer a serviços de saúde para esvaziamento uterino e finalização do procedimento e, portanto, as que relataram terem sentido dores por mais tempo.

Ainda, os relatos são importantes na medida em que ilustram as distintas dinâmicas das experiências abortivas das mulheres no que diz respeito à dor. As mulheres com menores condições financeiras, que fizeram uso de medicamentos sem a dosagem correta, relataram terem sofrido mais durante o procedimento. Pelo contrário, as mulheres que puderam realizar os procedimentos em contextos e cenários de maior conforto, trouxeram relatos que, embora não isentos de dor, certamente transcorreram de maneira mais tranquila. Por essa razão, percebe-se que as dores não estão somente relacionadas ao seu aspecto físico, mas também a todas as questões sensoriais, psicológicas e ambientais que revestem e afetam a sua percepção.

Para várias das mulheres entrevistadas, o aborto medicamentoso é interpretado como uma experiência negativa, e isso se dá sobretudo por conta da intensa dor e sofrimento enfrentados durante o processo. De acordo com Rostagnol e colaboradoras (2013), uma característica peculiar do aborto medicamentoso é a consciência que as mulheres possuem do

próprio corpo durante todo o processo. A percepção consciente e tangível dos eventos que ocorrem no corpo durante o procedimento de aborto por meio de medicamentos permite uma conexão direta entre a consciência e a experiência corporal. Isso possibilita um controle mais atento dos processos que o corpo atravessa, demonstrando o surgimento de uma forma de atenção que transcende a visão do corpo como um objeto isolado e reconhece sua posição no contexto do mundo (ROSTAGNOL et al., 2013). Diante disso, nas falas das participantes que realizaram o aborto medicamentoso são evidenciados diversos graus de agencialidade, em que a experiência do corpo é colocada em foco, e as dores e sofrimentos são interpretados e alocados de formas distintas.

Para algumas mulheres, os sofrimentos estiveram vinculados ao corpo não atender às expectativas nele depositadas. Isso foi muito comum entre participantes que passaram por abortos retidos, e que somente descobriram que o procedimento havia sido exitoso após alguns dias. Esse foi o caso de Emília, que relatou ter iniciado o procedimento ao final da tarde e, por volta das três horas da manhã, quando sentia tantas dores nas pernas que não conseguia mais se mexer, a acompanhante feminista que a auxiliava interrompeu o processo e disse que ela deveria dormir e realizar uma ultrassonografia após alguns dias. A participante, então, foi carregada pelo seu namorado até o apartamento, tremendo e gritando: “entrei em completo desespero, não conseguia parar de chorar e gritar, o sentimento de que dava certo com todo mundo menos comigo foi horrível, me senti um fracasso, e eu dormi de cansaço de tanto chorar”. Na vivência da participante, assim como de outras mulheres, a não identificação do produto da concepção fez com que depositasse uma carga completamente negativa e dolorosa ao procedimento, na medida em que precisou estender suas angústias por diversos dias.

Os sofrimentos decorrentes da incerteza mostraram-se ainda mais evidentes nos casos em que as participantes atestam a falha do procedimento por meio da persistência de sintomas da gestação e da realização de exames de ultrassonografia. Esta foi a situação de Tainá, Helena, Amanda e Beatriz, que precisaram realizar mais de um procedimento até conseguirem abortar. Helena conseguiu concluir o procedimento na segunda tentativa, mas as demais participantes precisaram passar por outras intervenções sucessivas, e a cada nova tentativa os sentimentos de angústia e desespero aumentavam, afetando diretamente a forma como encararam o procedimento ao final. Assim como apontado por Rostagnol et. al (2013), para estas mulheres o procedimento abortivo não foi posteriormente compreendido como uma reapropriação do corpo, mas sim como uma experiência sofrida, longa e prejudicial, em que ficaram marcadas em suas memórias as idas repetidas aos hospitais e clínicas, o sentimento de desespero ao

visualizar o embrião/feto na ultrassonografia e a culpa pelo que já haviam feito e pelo que ainda iriam fazer. As participantes, submersas em condições de vulnerabilidade e carência social, enfrentaram sentimentos de desespero diante dos resultados, experimentando uma carga de responsabilidade que se transmutou em autocondenação. Este fenômeno pode ser evidenciado pelas próprias palavras das participantes, como ilustrado no relato de Helena:

“Durante o procedimento não estava sentindo nada além de ‘dor de barriga’, na verdade não era dor, era apenas aquela sensação da barriga dura [...] comecei a fazer agachamentos e abdominais, desceu um pouco de sangue e eu me animei. Depois que cansei, comi um pouco e voltei para os exercícios. Só que assim como veio, o sangue parou, não sentia mais nada além daquela dor de barriga e diarreia. Continuei com os exercícios, pois estava desesperada para que desse certo, fiz muitos agachamentos, polichinelos, dei milhões de voltas na casa, até que no começo da noite eu já estava muito cansada e já não aguentava mais fazer tantos exercícios, aí fui tomar um banho quente e dormi. Os dias seguintes foram horríveis, eu quase surtei, porque se não tivesse certo eu não sabia como ia fazer. Depois de uma semana, eu acho, eu fui fazer uma ultra no hospital, e não deu outra: o feto vivíssimo e bem. Eu juro, nada te prepara para um momento assim. Entrei em pânico, não sabia o que fazer, me culpei por tudo, por não ter feito os exercícios direito, por ter feito pouco jejum. Não tinha dado certo e a culpa era minha, e eu não tinha mais dinheiro, não tinha apoio” (Helena).

Na fala de Helena, nota-se que os temores e percepções da participante em relação ao procedimento estiveram relacionados ao fato de o aborto não ter ocorrido como esperado. A falha fez com que fosse obrigada a recorrer a métodos inesperados para conseguir dinheiro, o que a obrigou a realizar o segundo procedimento com uma idade gestacional mais elevada. Em seu relato, é notável a culpabilização que coloca sobre si mesma, acreditando que o fato de o medicamento não ter funcionado se deu por um erro seu. Para ela, a experiência foi lida de forma completamente negativa, o que persistiu no momento da entrevista. Mesmo que seu segundo processo tenha dado certo, até a atualidade a participante segue se punindo por não ter feito o primeiro procedimento com mais cuidado: “eu acho que fui fraca e que deveria ter sido mais persistente”.

Em contrapartida, nos relatos de algumas outras participantes, as experiências foram marcadas precisamente pelo aborto ter ocorrido como esperado. Embora tivessem clareza quanto à decisão de interromper a gravidez, muitas participantes expressaram temores significativos relacionados à possibilidade de a imagem da expulsão do produto da concepção perturbá-las. De acordo com Chaneton e Vaccarezza (2011), isso reflete uma tentativa das participantes de evitar sentimentos e imagens desagradáveis, buscando assim evitar uma associação negativa com o procedimento. Segundo Rostagnol (2013), decidir passar por um processo de aborto medicamentoso implica que a mulher assuma os custos pessoais, físicos e emocionais decorrentes do procedimento, o que comumente gera sentimentos de medo e anseio.

Para minimizar esses custos, não é incomum que as mulheres procurem se distanciar o máximo possível de alguns aspectos do procedimento, como a visualização do produto da concepção.

No entanto, para algumas participantes, a visualização foi crucial para que pudessem efetivamente significar a experiência por elas vividas. Na presente pesquisa, diversas mulheres compartilharam relatos semelhantes, descrevendo o momento em que expulsaram o produto da concepção, geralmente no vaso sanitário, como o fim de um longo período de sofrimento. Elas se referiram a esse material com termos como “gosminha”, “gordurinha”, “pedacinhos”, “carne esponjosa”, “borrão” e “bola”, utilizando uma linguagem dotada de termos coloquiais e cotidianos, para nomear aquilo que não conheciam. Para as mulheres, o material que elas eliminaram não apresentava atributos que o associassem a uma vida humana (ROSTAGNOL, 2013, p. 33), o que as ajudou a dissociar o procedimento de um ideal de sofrimento:

“Assim que olhei aquilo no chão do banheiro eu respirei aliviada, porque aquilo não era o meu bebê, aquilo não sentiu dor, não era uma pessoa, e foi o melhor para mim e para o meu futuro neném que viria quando eu estivesse pronta para dar uma boa vida e ser uma pessoa melhor para ele” (Tainá).

“[...] senti vontade de fazer cocô, e troquei para o balde, nesse tempo saíram coágulos no vaso e no balde, mandei fotos para a auxiliar e ela identificou o saco gestacional. Meu maior medo era ver o feto, não queria ver de jeito nenhum. Felizmente, não vi nada, era só uma gosminha, um borrão de sangue” (Amanda).

Por outro lado, nas situações em que as mulheres vivenciaram gestações mais avançadas, a dinâmica associativa operada foi completamente distinta. Essas mulheres compartilharam experiências complexas, em que os sofrimentos vivenciados estavam diretamente associados ao que testemunharam. Suas vivências envolviam uma gama de emoções muitas vezes conflitantes, influenciadas por concepções arraigadas sobre gravidez e maternidade, permeadas por valores morais e culturais, especialmente influenciados por perspectivas religiosas e morais sobre o início da vida humana. Para essas participantes, a visão do produto da concepção as expunha a uma autocrítica baseada em discriminações internalizadas, que foram transmitidas e absorvidas ao longo de suas vidas pelo acesso a diversas esferas sociais, culturais e religiosas. Neste sentido é o relato de Iracema:

“Logo no início começaram as dores, nunca tinha sentido tanto dor assim, eu queria gritar e arrancar aquilo com a mão, não aguentei segurar a primeira dose por muito tempo e vomitei tudo, por sorte não comia fazia tempo, então só saiu bile. Chegou a hora de fazer exercícios e foi horrível, estava sentindo dor e uma fraqueza do cão. Depois do primeiro ciclo, descansei e passei para a segunda dose, mais dor, mais desespero e eu sem saber o que fazer, sentia muita vontade de vomitar, mas não podia, senão iria perder a outra dose e poderia não dar certo. No meio do segundo ciclo de exercícios eu senti algo líquido achei que tinha urinado, mas não, fui ao banheiro, fiz força e saiu tudo de uma vez. Olha, vou falar por mim né, porque cada pessoa tem

seus sentimentos e sua forma de ver as coisas, mas este momento foi horrível para mim, foi difícil e está sendo, e acho que será por um bom tempo. Eu vi apenas uma parte porque me apavorei, quando vi o que estava saindo parei de olhar, comecei a chorar e não olhei de novo. Eu cobri ele com a toalha, e depois não consegui mais nem entrar no banheiro. Minha amiga me ajudou demais, ela limpou tudo e depois choramos juntas de alívio. Até hoje ela não me falou onde descartou tudo, eu também não perguntei, ela foi uma rocha para mim. Depois trabalhei no meu psicológico por meses, para eu não pirar. Só conseguia pensar que nunca mais queria fazer sexo, porque sabia que eu nunca mais aguentaria passar por aquilo de novo. Passar por isso é sem dúvidas algo dolorido, me senti culpada, porém entendi meus motivos e tentava me perdoar, ainda tento” (Iracema).

Na narrativa da participante, é evidente que o estigma associado ao aborto provocado despertou uma mescla de sentimentos, incluindo culpa, vergonha e remorso após a interrupção da gravidez, especialmente ao visualizar o produto da concepção. No entanto, de forma imediata, ela também reconhece a relevância de suas razões (“me senti culpada, porém entendi meus motivos”). Notavelmente, o sentimento de culpa não se opõe diretamente ao arrependimento, pois este último não é mencionado pela participante. Parece que, apesar de manter a crença de que, para ela, o aborto é moralmente errado, a participante compreendeu as motivações que a levaram a realizar o procedimento e reconhece que, naquele momento, essas motivações superaram seu próprio julgamento moral, ou o de qualquer outra pessoa, sobre a prática do aborto, de modo que o perdão, embora necessário para ela, não fez com que retirasse a legitimidade do seu procedimento. No mesmo sentido é a fala de Júlia:

“[...] depois de muita força, eu pensava até em desistir. Mas minha auxiliar não deixou, falou que já estava terminando, então tirei forças não sei de onde, e começou a sair o negócio, senti descendo, mas ficou preso. Eu entrei em desespero, achei que não ia sair tudo, que ia precisar ir para o hospital com aquele negócio pendurado em mim, foi um verdadeiro pesadelo. Comecei a chorar de desespero, achando que ia morrer. Eu colocava força e mais força e nada de sair, e a auxiliar falou para eu não puxar com a mão, porque poderia dar hemorragia. Aí perguntei se eu podia ligar o chuveiro quente nas minhas costas, ela concordou, aí eu me abaixei de cócoras e começou a sair mais, na hora que saiu eu acabei colocando a mão embaixo e segurei, e no desespero eu joguei no chão. Eu não consegui olhar, só levantei e saí do banheiro toda molhada, chorando. Meu marido limpou tudo [...] a ajuda dele foi essencial para mim, porque sozinha eu não ia conseguir. No outro dia eu acordei em pânico, me senti um monstro, comecei a chorar, uma sensação de culpa com alívio, me sentindo uma criminosa, mas ao mesmo tempo me sentindo livre. Chorei muito abraçada no meu marido, pedi desculpas, mas sabíamos que foi para o melhor para nossa família, que não teríamos como dar conta” (Júlia).

No relato de Júlia, é possível discernir uma complexa gama de emoções que envolvem tanto a angústia de rejeitar uma gravidez quanto a internalização do aborto como crime (“me senti uma criminosa”). No entanto, é notável o sentimento de alívio decorrente da quebra das normas estabelecidas, que desperta na participante uma sensação de liberdade. Apesar de admitir ter experimentado pânico e outros sentimentos conflitantes, Júlia conclui sua narrativa

afirmando que estava ciente do que era melhor para sua família, sugerindo que o aborto não foi uma decisão individual, mas sim uma escolha coletiva para proteger algo que, naquele momento, era considerado prioritário para ela e para os seus. No entanto, essa convicção não a impede de se sentir culpada ao observar e, principalmente, tocar no produto da concepção, confrontada pela percepção da vida humana que emerge quando reconhece a personalidade no material expelido. É curiosa a associação mental que a participante estabelece entre a imagem do feto e a sensação de ser uma criminosa, um sentimento que até então não tinha experimentado, apesar de estar convicta de sua decisão de abortar. Nota-se assim o peso do estigma carregado pelas mulheres, que impede com que sintam emoções orgânicas, como tristeza e sofrimento, que não precisam ser necessariamente opostas à vontade de abortar, sem que as associem à perspectiva jurídica de punição. Nesse contexto, também é pertinente considerar o relato de Helena:

“Eu nunca senti uma dor tão forte, passava e depois voltava. Não conseguia nem andar...fiquei um tempão sentada no chuveiro. Nesse meio tempo me deu diarreia, sentada no chuveiro mesmo, nem tentei limpar, porque não conseguia me mexer. Aceitei que precisava me acalmar, que a dor só ia parar quando terminasse. Continuei me arrastando da cama para o banheiro, até que da última vez eu senti um tanto de água descendo, logo quando ia entrar no chuveiro de novo. Fiz força, e na segunda tentativa consegui colocar tudo para fora no box. Foi a pior cena da minha vida. Antes do procedimento eu estava muito confiante do que iria fazer, sabia que era necessário, então não estava me pesando. Mas quando vi o feto foi como se minha ficha caísse só naquele momento. Fiquei uns quinze minutos deitada, em choque, olhando para tudo, parecia uma cena de crime. Aí levantei e saí, achei que estava ficando louca, foi horrível. Eu não conseguia mais entrar no banheiro, não tinha coragem. Fumei um cigarro e depois entrei no banheiro de novo querendo vomitar, chorar, a cena é muito forte. Eu peguei ele na mão, e mesmo sabendo que não escutaria nada, conversei com ele, expliquei os motivos e pedi desculpas. Sei que parece loucura, mas naquela hora eu senti que seria perdoada, porque foi o melhor a ser feito. Mas ainda é complicado, agora por exemplo, falando contigo, estou me segurando para não chorar. Aí enfim né, lavei o banheiro e dormi na sala. Nem sei como fiz tudo isso sozinha. Foi o pior dia da minha vida, a pior cena, foi um parto, doeu muito, mas doeu mais no coração. Eu nunca vou esquecer. Mas eu não me arrependo, nem por um segundo” (Helena).

Após utilizar a última dose de comprimidos, sozinha em casa e mentalmente e fisicamente debilitada, receosa após já ter enfrentado uma tentativa malsucedida e consciente da escassez dos seus recursos financeiros caso precisasse tentar novamente, Helena passou por um aborto em circunstâncias sofridas, o que resultou em profundo sofrimento: “foi o pior dia da minha vida, a pior cena, foi um parto”. No entanto, logo em seguida, ela acrescenta: “mas eu não me arrependo, nem por um segundo”. É essa última declaração que parece capturar mais precisamente a essência do acontecimento. Em meio a experiências dolorosas, a ambivalência emerge como uma saída, permitindo que as participantes atribuam novos significados às suas vivências, identificando o que é mais relevante nelas em um momento ou outro. Assim, mesmo

com a lembrança da “cena forte”, há uma sensação de certeza. Mesmo com o sofrimento, há um sentimento de alívio:

“Não vou mentir, meu psicológico ficou muito abalado, não consegui lidar por algum tempo com o peso do que eu fiz, chorava o tempo todo com sensação de culpa, de que seria punida quando quisesse ter filhos, e minha mãe ainda botou muita pressão em mim depois de tudo, meu ex também. Mas admito que, no dia, eu me senti aliviada, porque eu sabia que não tinha condição de ter um filho, e não tinha a menor vontade também. A experiência toda foi tão pesada para mim que eu fui embora da minha cidade por um tempo, fiquei longe da minha mãe, do meu ex, até que passou. Passou, tudo passa, acho que a gente sempre tem que manter isso em mente. O que eu sei que não teria passado é ter que criar um filho pelo resto da minha vida, com um pai abusivo e uma avó narcisista, ainda por cima” (Alice).

“O abalo psicológico sei que nem todas sentem. Mas eu senti muito, principalmente porque eu queria muito ser mãe um dia. Chorei por vários dias, nos primeiros eu só queria morrer, afundar no chão. Mas aí o tempo passou, e vi o quanto essa experiência mudou tudo na minha vida. Acho que o mais importante foi que eu aprendi a me amar e me respeitar. Aprendi a dizer não, a cuidar melhor do meu corpo, usar métodos para evitar que meu corpo sofresse de novo com uma decisão mal pensada. Melhor prevenir do que remediar, a gente acha que sabe o que isso significa, mas com o aborto eu aprendi outras formas de aplicar essas palavras na minha vida. Eu fiquei traumatizada, mas com o tempo, as coisas foram se ajustando na minha cabeça, até que consegui chegar o mais perto possível de me perdoar. Os dias seguintes foram de muita angústia, não vou mentir, mas ao mesmo tempo alívio pois eu sabia que tinha feito a coisa certa para mim. Hoje, principalmente, vejo que aquele não era o momento, e eu estava certa em não estragar a vida do meu filho por um erro meu. Eu queria estar preparada para isso” (Clara).

Esta ambivalência é perceptível em grande parte dos relatos, a partir de vivências de mulheres situadas em meio ao desgaste físico e emocional, influenciadas principalmente por julgamentos de ordem moral sobre suas próprias escolhas. Algumas participantes expressaram tristeza e desespero, sentimentos associados à ideia de “tirar a vida” de uma criança (DUARTE, 2019, p. 43). Ao mesmo tempo, no entanto, relatam sentimento de alívio, vinculados à sensação de liberdade e autonomia sobre suas vivências reprodutivas. Estas emoções refletem um conflito fundamental em torno do aborto: de um lado, a culpa, a tristeza e o desespero; do outro, o alívio, a tranquilidade ante a possibilidade de retomar-se a vida e o cotidiano (DUARTE, 2019, p. 43). Esses sentimentos, embora aparentemente contraditórios, são componentes essenciais e legítimos das narrativas sobre experiências de aborto, não se anulando, na medida em que evidenciam a diversidade de significados das experiências abortivas: são momentos marcados por dor, dificuldade e medo, mas também por alívio, reconexão com o corpo e compreensão da própria força. A junção destes elementos e a existência dessa ambiguidade é justamente o que permite a compreensão social do fenômeno do aborto enquanto vivência multifacetada.

Para algumas participantes, o procedimento se encerra no mesmo dia. Para Iracema, o encerramento deu-se com ela sentada no chão da sala, chorando de alívio ao lado de sua amiga, com as pernas trêmulas e doloridas. Após a longa trajetória, a participante lavou-se, fez uma refeição que havia sido preparada pela amiga e dormiu, “pela primeira vez em semanas, uma noite de sono de verdade”. Beatriz compartilhou uma história bastante semelhante, tendo relatado que finalizou o abortamento no vaso sanitário, tomou um banho gelado, preparou uma sopa, tomou um analgésico e dormiu. A participante afirmou que, neste momento, não sentia mais dores, e que sangrava “igual uma menstruação normal”. Júlia também compreendeu que seu pós-procedimento se iniciou logo após a expulsão do produto da concepção, mais especificamente quando seu marido trouxe uma salada de frutas que havia preparado: “eu comi, comi como se não houvesse amanhã, comi muita fruta, tomei banho, lavei o cabelo e fui deitar com muita cólica, mas sentindo que fiz o que era certo”.

O ato de limpar-se, alimentar-se e dormir foi descrito por essas participantes como o marco do início dos cuidados pós-abortamento. Estes momentos demarcam, para elas, a retomada de suas vidas e de sua autonomia, em que atos triviais e muitas vezes ignorados no dia a dia revestem-se de um novo significado, associado à liberdade e à autonomia. De acordo com Helena, “a gente fica tanto tempo pensando que a vida nunca mais vai voltar ao normal que, quando acaba, tudo parece um milagre. Nada me fez mais feliz do que dormir, acordar e tomar um café da manhã”. Para estas participantes, os primeiros momentos do pós-procedimento foram marcados pelo cuidado e pelo acolhimento, tendo sua higiene, sono e alimentação velados e cuidados por sua rede de apoios ou por si próprias, de modo que puderam finalmente descansar e, em alguma medida, se retirarem do campo de indistinção, reassumindo sua condição de humanidade.

Esse não é o caso, no entanto, de todas as participantes. Algumas enfrentaram períodos mais longos até a conclusão do procedimento, pois a incerteza sobre a expulsão completa do produto da concepção as levou a buscar métodos diagnósticos em momentos posteriores. Assim, tiveram que lidar por vários dias com o temor de possivelmente ainda estarem grávidas. Outras participantes, após vivenciarem o longo e arriscado procedimento abortivo, precisaram ser hospitalizadas, ante a erupção de dores e cenários que fugiram dos seus controles.

Assim, percebe-se que embora na maior parte dos casos o procedimento tenha sido eficaz, algumas participantes se viram em estado de desamparo, obrigadas a expor sua condição “a céu aberto, em situação de disponibilidade absoluta, sujeito ao acaso” (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 135) e recorrer às instituições públicas, um dos seus maiores temores,

a fim de evitar outros: as complicações, as sequelas, a morte. Para essas mulheres, o procedimento marcou somente o início de uma nova fase em suas jornadas abortivas, exigindo esforço e preparação para lidar tanto com as complicações pós-aborto quanto com os novos desafios, negociações e dinâmicas de poder que surgiriam adiante.

5.3 SERVIÇOS DE SAÚDE E CUIDADOS PÓS-ABORTAMENTO

Na seção anterior, foram apresentados vinte casos de abortamento, vividos entre dezesseis mulheres. A maioria das participantes recebeu o diagnóstico de abortamento completo, o que destoa da literatura sobre o aborto clandestino no Brasil, em que a utilização do misoprostol combinada com posterior atendimento hospitalar para limpeza uterina é apontada como maneira mais conhecida e segura de concluir um processo de abortamento (DINIZ, MEDEIROS, 2012). No entanto, na mais recente Pesquisa Nacional do Aborto (2023) já foi notada uma diminuição na proporção de mulheres que precisaram recorrer a serviços de saúde para finalizar o aborto (55% em 2010 e 43% em 2021), o que converge com a queda no número de internações em hospitais públicos relacionadas a complicações por aborto registradas na última década (DINIZ et. al, 2023, p. 1604). De acordo com Diniz e colaboradores (2023, p. 1604), esta redução pode ser justificada pela utilização de métodos e técnicas abortivas mais seguras e pela queda da taxa de abortos no país nos últimos dez anos.

Em doze casos, vividos entre dez mulheres, os procedimentos foram concluídos na mesma data da ingestão do medicamento, dentro do período de cinco a doze horas. A conclusão do aborto foi determinada pelas próprias participantes ou pelas pessoas que compunham suas redes de apoio, sejam amigos, familiares, o companheiro ou acompanhantes feministas, tendo o produto da concepção sido expelido e identificado, demarcando assim a finalização da etapa mais crucial dos seus itinerários abortivos. Apenas três dessas mulheres, Júlia, Laura (em seu segundo e terceiro aborto) e Iracema, recorreram a algum tipo de serviço de saúde após o procedimento. Outras quatro participantes, Diana, Maria, Amanda (em seu segundo aborto) e Emília, também tiveram abortamentos completos, mas nestes casos o procedimento não foi entendido como concluído na mesma data da ingestão do medicamento, tendo as participantes finalizado o aborto nos dias seguintes ou sequer identificado saco gestacional, embrião ou feto. Na experiência de Maria, o produto da concepção foi expelido e identificado pela participante alguns dias após a utilização do misoprostol. As participantes Diana, Amanda e Emília, por sua vez, não conseguiram definir se aborto havia sido concluído ou não, possivelmente por ter sido

realizado nas primeiras semanas da gestação. Todas estas participantes relataram terem buscado algum tipo de serviço de saúde alguns dias após a aplicação do medicamento.

Por sua vez, para Alice (em seu segundo abortamento), Clara, Gabriela, Natália, Regina e Heloísa, o abortamento foi retido, incompleto ou infectado. Embora o medicamento tenha sido eficiente, o produto da concepção não foi eliminado naturalmente pelas participantes, de modo que o atendimento hospitalar demarcou a última etapa dos seus processos de interrupção. Para Natália e Clara, a busca por esse recurso deu-se quando ainda se encontravam em processo de abortamento, tendo concluído o procedimento no hospital, onde também foi realizada a curetagem. Para as demais, a busca por atendimento hospitalar ocorreu dias ou semanas após a prática abortiva. Estas cinco mulheres precisaram realizar procedimentos de esvaziamento uterino, sendo que Alice, Natália e Clara relataram terem sido submetidas ao procedimento de curetagem, ao passo que Gabriela e Regina passaram pela aspiração manual intrauterina (AMIU). Heloísa, por sua vez, informou não se recordar do método utilizado na unidade de saúde.

Entre as participantes com abortos concluídos na data ou dias após a ingestão do medicamento, as clínicas particulares foram procuradas de forma recorrente, com a intenção de averiguar a existência de restos ovulares por meio da realização do exame de ultrassonografia transvaginal. Júlia, Maria, Iracema e Emília procuraram exclusivamente esses serviços. Ainda, Alice (em seu segundo aborto), Gabriela, Regina e Amanda (em seu segundo aborto), também buscaram realizar o exame de ultrassonografia de forma particular, mas depois precisaram recorrer à maternidade, sendo que Alice, Regina e Amanda buscaram serviços de emergência em hospitais privados, e Gabriela recorreu ao hospital público.

Todas as mulheres que inicialmente buscaram o atendimento em clínicas particulares e depois foram para hospitais públicos o fizeram mediante encaminhamento médico. A participante Diana foi a única a recorrer primeiro a uma maternidade e em segundo momento a uma clínica particular, onde realizou o exame de ultrassonografia. Por sua vez, Natália, Laura (em seu segundo e terceiro aborto) e Clara recorreram exclusivamente ao hospital público. As participantes Alice, Amanda e Laura, em seus respectivos primeiros abortos, não procuraram nenhum serviço de saúde, assim como Tainá, Helena e Beatriz.

Nesta pesquisa, a busca por serviços de cuidado voltados ao respaldo da saúde sexual e reprodutiva não é tratada como sinônimo de hospitalização, envolvendo também outras técnicas e estratégias de cuidado. Nos relatos das participantes, foi frequente a menção a métodos aplicados ainda em ambiente doméstico, com a finalidade de diminuir o sangramento pós-

abortamento, auxiliar a limpeza uterina e diminuir dores. Diversas participantes mencionaram, por exemplo, terem feito uso de infusões de ervas, substâncias farmacológicas e medicamentos analgésicos nos dias seguintes ao procedimento. O produto mencionado com mais frequência foi a água inglesa, substância fitoterápica comercializada em farmácias, conhecida pela sua capacidade de limpeza uterina. A água inglesa foi utilizada por seis mulheres, majoritariamente de classe média, em quantidade que variou entre meia garrafa e uma garrafa inteira, cujo conteúdo foi ingerido em pequenas doses, diversas vezes ao dia, antes de cada refeição, como também identificado por Diniz e Medeiros (2012). Ainda, três participantes recorreram à utilização de chás, especialmente o chá de canela, que teria a mesma finalidade de limpeza uterina e facilitação na eliminação de restos ovulares.

Estas técnicas foram adotadas tanto pelas mulheres que tiveram abortos concluídos, sem posterior necessidade de intervenção médica, quanto pelas participantes que precisaram recorrer à hospitalização. As mulheres que fizeram uso da água inglesa mencionaram terem tomado conhecimento da utilidade do produto por meio de acompanhantes feministas, conhecidas e amigas que já haviam passado pelo procedimento, e pela internet. Todas conseguiram adquirir o produto com facilidade em farmácias, não tendo sido apontadas intercorrências. A infusão de ervas, por sua vez, quando utilizada, foi indicada por mulheres que compunham as redes de afeto das participantes, sobretudo amigas e parentes. Embora esses cuidados não tenham sido aplicados por todas as mulheres, nota-se que eles são bastante difundidos e julgados eficientes pelas participantes que os utilizaram:

“Depois do procedimento, eu tomei a água inglesa e chá de canela, tomei uma garrafa inteira da água inglesa, até acabar, ia tomando umas três, quatro colheres de sopa assim, antes de cada refeição, e chá de canela o máximo que aguentava. Senti que os sangramentos aumentaram bastante e depois diminuíram, até que desceu um coágulo um pouco maior, mas nada de diferente. Eu já estava prestes a comprar uma segunda garrafa, mas aí me falaram que já estava bom, que se era para descer já tinha descido, e que eu poderia procurar fazer uma ultra para confirmar” (Tainá).

“Acordei no outro dia e iniciei a água inglesa, ela é bem amarga, aí ou eu tomava tampando o nariz, como se fosse um shot de vodka mesmo [risos], ou comia junto com alguma fruta mais azeda, para disfarçar o gosto. Ô troço ruim essa água inglesa, parece uma cachaça meio velha, não sei explicar. Mas funcionou, eu sangrei muito e tive muitas cólicas, depois de uns dias eu fiz a transvaginal e havia apenas restos ovulares, aí continuei tomando a água para expelir esses restos sozinha” (Diana).

Outra técnica de cuidado mencionada com frequência na pesquisa foi o exame de ultrassonografia transvaginal. Embora a realização do exame não tenha sido comum no momento da descoberta da gestação, sua busca após o procedimento foi recorrente, configurando uma estratégia aplicada pelas mulheres com o intuito de evitar eventual

hospitalização. Entre as oito participantes que buscaram clínicas particulares após o procedimento abortivo, com a finalidade de realizar o exame de ultrassonografia transvaginal, cinco eram de classe média, sendo que apenas Júlia, Iracema e Maria possuíam condições financeiras desfavoráveis e realizaram o exame. Ainda, cinco destas mulheres eram brancas, ao passo que, entre as mulheres negras, apenas Regina, de classe média, e Maria, de classe popular, utilizaram-se deste recurso. Além de Maria, nenhuma outra mulher negra e de classe baixa realizou o exame de ultrassonografia em caso de aborto concluído, sendo que a busca por serviços de saúde entre as demais mulheres negras e com menos recursos financeiros deu-se exclusivamente através do hospital, quando constatadas complicações.

Em seu relato, Júlia, mulher branca e de classe média, disse que o aborto foi dado por finalizado pela acompanhante feminista que a auxiliou durante todo o processo: “mandei foto do que tinha saído e ela deu como concluído, aí eu senti que podia finalmente parar”. A participante continuou sangrando por cerca de uma semana, mas não sentiu dores ou odores característicos de infecções, dizendo que a experiência foi bastante similar a uma menstruação: “foi indo e voltando, sangrou por uns dias, parou e depois voltou a sangrar. Mas eu sabia que era normal, então não me assustei”. Percebe-se, a partir deste excerto, que a participante tinha algum conhecimento sobre os efeitos colaterais do medicamento, possivelmente repassados pela acompanhante feminista que a auxiliou, de modo que não se assustou com o volume do sangue e não cogitou buscar atendimento hospitalar. Após alguns dias, seguindo as orientações da acompanhante, Júlia realizou uma ultrassonografia em um centro de diagnóstico por imagem:

“Eu fiz a ultra com medo de ter que fazer curetagem, porque aí era sei lá quantos dias a mais no hospital. Eu estava com medo porque não tomei a água inglesa, mas é porque já estava sem dinheiro, gastei toda a minha grana do mês com as vitas, e ainda tinha que pagar pela ultra e comprar as coisas do meu filho. Mas foi importante fazer a ultra, porque aí eu vi que estava tudo certinho, útero limpo e sem restos, graças a Deus” (Júlia).

A realização do exame de ultrassonografia, para Júlia, deu-se de forma preventiva, com a intenção de evitar a realização da curetagem. O interesse da participante em não recorrer ao atendimento hospitalar foi inicialmente vinculado ao receio de precisar ficar internada por vários dias, pois temia deixar o marido e o filho sozinhos em casa. No entanto, ao ser questionada por que não recorreu a uma emergência ginecológica para realizar o exame de ultrassonografia, o seu discurso assumiu um tom distinto: “ah, não né. A gente vê tanta gente

que vai para hospital sendo maltratada por médico, saindo presa de hospital. Não podia correr esse risco não, tá doido”.

O mesmo pode ser identificado na fala de Iracema, também branca e de classe baixa, que embora tenha dado o procedimento por concluído, optou por realizar o exame de ultrassonografia em um centro de diagnóstico por imagem, que não pedia encaminhamento médico, para garantir que não estava com restos ovulares. A participante disse que, já no dia seguinte ao procedimento, tinha certeza de que não estava mais grávida, pois “a sensibilidade e as cólicas foram passando”, e alguns dias depois, o sangramento diminuiu. No entanto, ainda assim optou por realizar o exame, para garantir que não passaria por problemas futuros: “é que mesmo saindo o que tem que sair, às vezes fica restos né, e se não tira pode infeccionar, pode dar um trabalhão, foi um gasto alto, mas me impediu de ter dor de cabeça depois”. Ao ser questionada por que razão optou por fazer o exame de forma particular, a participante apresentou os mesmos temores de Júlia: “hospital é muito arriscado. Tudo que você lê, todo mundo que você fala, tudo diz para tentar o máximo possível não precisar ir para hospital”.

Em relação às falas de Júlia e Iracema, alguns pontos merecem destaque. Inicialmente, é importante ressaltar que ambas as participantes contaram com acompanhamento feminista gratuito, o que além de refletir em seus discursos sobre a importância da realização da ultrassonografia pós-abortamento, também traz um indicativo de onde pode ter partido a ideia em buscar-se centros de diagnóstico e clínicas particulares em detrimento ao hospital público. Ainda, é visível que a realização do exame de ultrassonografia de forma particular não ocorreu, para elas, sem alguma dificuldade. Já nos primeiros momentos de diálogo, ambas as participantes relataram suas complexas situações financeiras. Júlia e seu marido, à época da gestação indesejada, trabalhavam e faziam suas graduações enquanto criavam um filho pequeno, na busca por um futuro melhor para a família. Diante da escassez dos recursos, Júlia precisou escolher entre realizar os cuidados pós-abortamento ou pagar pela ultrassonografia. Iracema, por sua vez, havia finalizado o ensino médio fazia um ano e estava à procura de emprego quando engravidou. A participante não pôde contar com o apoio do companheiro, a quem sequer informou que estava grávida, pois “ele iria surtar”. Ela também não conseguiu realizar os cuidados pós-aborto, e utilizou seu “último dinheiro guardado” para pagar pelo exame de ultrassonografia.

A partir dos relatos das participantes, nota-se que, neste *corpus*, a busca por serviços de saúde de forma particular não se deu exclusivamente por mulheres de classe média. No entanto, é nítido que as mulheres com menores condições financeiras enfrentaram maiores barreiras para

conseguir acessar esses exames, o que mais uma vez demonstra as dificuldades no acesso à saúde sexual e reprodutiva enfrentadas por mulheres brasileiras. Esta também foi a realidade de Maria, que ressaltou ter “juntado as últimas moedas” para realizar o exame de ultrassonografia, porque não podia correr o risco de ainda estar grávida. Maria, à época do aborto, encontrava-se em situação de extrema vulnerabilidade, na medida em que a gravidez foi decorrente de um estupro e não pôde contar com nenhum tipo de auxílio afetivo ou financeiro em todo o decorrer de seu itinerário abortivo. Para realizar o exame de ultrassonografia, a participante vendeu a sua televisão, que havia adquirido havia poucos meses. De acordo com ela:

“Foi triste, porque você luta muito por uma coisa, e depois tem que dar ela, jogar fora... mas era uma necessidade... Se não tivesse vendido a TV que comprei com meu dinheiro suado teria inventado a maior mentira do mundo e iria para a emergência, porque precisava ter certeza que tinha dado certo. Falei para os meninos que ia arrumar outra, e depois eu consegui mesmo, mas fica forte essa imagem na minha cabeça, de ter que vender coisa para fazer exame, é humilhação demais, a gente ter que abrir mão das nossas coisas desse jeito” (Maria).

Embora o exame de ultrassonografia seja realizado de forma gratuita através do SUS, estas três mulheres sequer cogitaram recorrer a esta alternativa. Para as participantes, o hospital público era visto como um local a se temer, tido como um *locus* que, se acessado, implicaria na perda do controle sobre seus corpos, como apontado por Júlia: “parece que na clínica você pode só levantar e ir embora, e no hospital não, se eles quiserem te prender lá e fazer qualquer coisa, não tem muito o que você possa fazer, eu acho”. A partir disso, entende-se que, para estas mulheres, a ida ao hospital, além de implicar a sua completa exposição e de sua condição, também as deixaria suscetíveis a negligências e ameaças que poderiam advir da equipe médica, de modo que a unidade de saúde, como apontado por Lima (2014, p. 129), “é deslocada da esfera do cuidado para o âmbito da investigação e da punição”.

O temor em recorrer ao hospital público também foi mencionado por Laura, mulher branca e de classe média, que vivenciou três abortos durante sua vida, mas apenas recorreu a serviços de saúde nas duas últimas experiências. Assim como Júlia e Iracema, a participante foi acompanhada por uma ajudante feminista nos dois últimos abortos, de modo que se sentiu segura após a prática: “ela me explicou que havia expelido tudo, que depois teria que fazer a ultra para saber se não tinha restos. No outro dia já senti os sintomas indo embora”. A prática adotada por Laura em seus dois últimos abortamentos divergiu bastante da realizada pela participante em seu primeiro aborto, praticado aos 16 anos de idade:

“Sangrei, dormi e segui a vida como se nada tivesse acontecido. Não passei no ginecologista, não fui saber sobre minha saúde e assim passaram os anos. Eu era muito

doida mesmo, ou muito inocente, porque só depois que soube de infecção, de menina que até perde o útero porque não faz exame. Aí na segunda vez eu decidi que ia fazer tudo certinho” (Laura).

No relato de Laura, nota-se uma ampliação de sua conscientização em relação ao seu próprio corpo, derivada da experiência e dos conhecimentos adquiridos durante a realização de dois procedimentos anteriores. Apesar de ter passado por um primeiro aborto quando ainda era muito jovem, ao longo da vida a participante desenvolveu uma compreensão do risco que poderia enfrentar caso passasse por um aborto incompleto. Em posse deste novo conhecimento, Laura decidiu realizar exames de ultrassonografia nos seus dois últimos abortamentos, mas decidiu aguardar mais de um mês para agendar os respectivos exames. No primeiro caso, a demora ocorreu devido à necessidade de auferir recursos financeiros para custear o exame, enquanto no segundo caso, Laura mencionou que o atraso foi motivado pelo receio de que o médico identificasse sinais de aborto em seu corpo:

L: Eu esperei dar 30 ou 40 dias, algo assim, nos dois últimos abortos. No primeiro demorei porque a gente já tinha gasto toda a reserva do mês, precisava esperar receber de novo. No segundo, demorei porque li que o médico pode encontrar vestígio de remédio ou estranhar ver o útero aberto, sei lá. Aí fiz minha transvaginal e o útero estava limpo nas duas vezes, tudo normal. A primeira eu fiz na minha cidade, foi tranquilo, entrei muda e saí calada. A outra fiz em uma cidade perto, porque fiquei com medo que me reconhecessem. Em uma delas lembro que até pedi para o médico olhar bem, pois tinha feito exame de farmácia e tinha dado positivo, e falei que estava sangrando muito, mas ele falou que não era gravidez, que meu útero estava normal e que não tinha vestígio nenhum de aborto.

M: Você não considerou ir para um hospital público para fazer os exames?

L: Não...eu estava sangrando só, mas nada de mais, nada urgente. Então achei que não tinha motivo” (Laura).

A importância da realização do exame de ultrassonografia também foi reconhecida por outras participantes de classes sociais mais baixas que tiveram abortos concluídos. No entanto, para algumas delas, os obstáculos, contornados com dificuldade pelas participantes até então mencionadas, mostraram-se intransponíveis. Entre as mulheres que não procuraram nenhum tipo de serviço de saúde, Beatriz informou que possuía o conhecimento de que o exame transvaginal era uma etapa importante do pós-procedimento, no entanto, não possuía condições financeiras para realizá-lo, e temia recorrer ao hospital público. De acordo com a participante:

B: Eu tinha lido na internet que precisava fazer a tal da...A tal da transvaginal depois do aborto. Li em vários lugares, um monte de menina falava que às vezes sai o feto, o embrião, mas ainda assim fica coisa, então eu sabia que tinha que fazer. Só que não tinha como, já tinha gastado muito com os remédios, e não podia deixar minhas filhas na mão daquele jeito, então eu não fiz, confiei e fiquei olhando de perto, tomei uma cacetada de chá, chá de tudo que é coisa que falam que serve para isso, para limpar o útero, e foi saindo os pedacinhos assim, por vários dias. Aí eu parei de sangrar e depois

não senti mais nada, nadinha assim, e imaginei que se tivesse apodrecido dentro de mim, eu ia sentir alguma coisa, né? Mas nada. Então confiei né, o tempo foi passando e eu fui confiando, e não deu nada no fim das contas.

M: E você cogitou fazer ultrassonografia em um hospital público? Em uma emergência ginecológica?

B: Não...Hospital não. Nessa hora, minha filha, é tudo menos hospital” (Beatriz).

Entende-se, a partir disso, que a busca por serviços de saúde entre as participantes seguiu uma lógica bastante perceptível: nos casos de abortamento concluído ou retido, mas sem complicações facilmente identificáveis, as mulheres, sobretudo brancas e de classe média, recorreram a serviços de diagnóstico por imagem em clínicas privadas, a fim de averiguar o estado de sua saúde e a possível existência de restos ovulares. Nos casos de abortamento retido ou incompleto, a busca por atendimento hospitalar foi priorizada, sendo a sua procura maior entre mulheres com menores recursos financeiros, que em sua maioria não realizaram cuidados pós-abortamento.

As entrevistas coletadas mostram que o leque de opções que se abre para cada mulher que precisa recorrer a algum tipo de cuidado está diretamente vinculado à situação de vulnerabilidade em que se encontra, bem como aos marcadores que carrega em seu corpo. De acordo com Ayres (2003), a mulher que opta por interromper uma gravidez frequentemente encontra-se em uma situação de vulnerabilidade. Isso pode ocorrer devido a fatores individuais, como suas condições sociodemográficas, na medida em que muitas vezes são mulheres pobres, residentes em áreas longínquas e com acesso limitado a informações seguras sobre saúde sexual e reprodutiva (AYRES, 2003). No âmbito programático, essa vulnerabilidade é exacerbada pela ineficácia de ações, programas e políticas voltadas para o planejamento familiar, bem como pela exclusão racial, desigualdades de gênero e questões geracionais que afetam essas mulheres de maneira desproporcional (AYRES, 2003).

Assim, é possível concluir que o grau de vulnerabilidade que marca cada corpo feminino é refletido diretamente na facilidade ou dificuldade que se deparará no acesso aos cuidados à saúde pós-abortamento. Em algumas situações, como a de Beatriz, as mulheres se veem obrigadas a seguir pelo caminho do descuido, simplesmente por não possuírem outra opção. Ao falar especificamente de aborto, esta situação agrava-se consideravelmente ao levar-se em conta a criminalização e o estigma que recaem a prática, que faz com que as mulheres inclusive tenham recorrer a serviços gratuitos de saúde e amparo. Neste sentido é a fala de Tainá:

“**M:** [...] e você fez algum exame para confirmar o aborto?”

T: Fiz nada, menina, nem tinha o que fazer, saiu tudo, tudinho mesmo, te digo que eu dei muita sorte, porque sei que tem muita menina que fica com...com restos mesmos, né? Resto do aborto no útero. Mas para mim saiu tudo, no outro dia eu acordei e não senti mais nada, nadinha, sangrei por uns diazinhos. No dia seguinte já fui trabalhar normal, para você ter ideia. Foi sorte mesmo, porque eu estava assim ó, morrendo de medo de ir para hospital e não tinha como pagar pela raspagem, que uma conhecida minha que também fez falou que é o olho da cara” (Tainá).

A fala de Tainá demonstra de forma muito clara a seletividade não somente no acesso a serviços (“não tinha como pagar pela raspagem”), mas também o desconhecimento acerca das possíveis complicações pós-abortamento e o temor em recorrer aos serviços públicos de saúde (“estava assim ó, morrendo de medo de ir para hospital”). Algumas variações deste mesmo discurso também foram constatadas nas falas de outras participantes, em sua maioria com condições financeiras desfavoráveis. Helena, por exemplo, mulher branca e de classe baixa, que tinha 23 anos à época do aborto e precisou de duas tentativas para conseguir abortar, disse que não tinha conhecimento de que precisava buscar serviços de saúde após a prática do abortamento: “eu era bobinha demais, achei que era só esperar sair tudo e pronto”. No entanto, disse que mesmo se possuísse essa informação à época do abortamento, ainda assim não poderia recorrer ao hospital, pois morava em cidade pequena, onde todo mundo se conhece: “não podia ir de novo no hospital da minha cidade e correr o risco de virar a aborteira da cidade, imagina isso”. Nota-se, neste ponto, que diversos aspectos estão envolvidos na sedimentação da vulnerabilidade de mulheres brasileiras, também envolvendo recursos financeiros, mas não somente isso.

Entre as seis participantes que não recorreram a nenhum serviço de saúde, três delas passaram pela experiência do aborto mais de uma vez, sendo que a ausência de busca por serviços de saúde ocorreu apenas no primeiro aborto. As outras três participantes eram de classe baixa, e a ausência de busca deu-se por desconhecimento, medo ou falta de recursos financeiros. De modo geral, as mulheres brancas e com maiores condições financeiras que compõem o *corpus* recorreram aos serviços de saúde privados com mais frequência, mesmo quando não apresentavam complicações. As mulheres negras e de classe baixa, por sua vez, buscaram serviços de saúde pública e, em sua maioria, como último recurso. Estes dados estão de acordo com outras pesquisas realizadas sobre o tema, que mostram que o perfil de mulheres que mais frequentemente acessam serviços de saúde por apresentar complicações pós-abortamento são negras e de classes populares (GÓES, 2020; DINIZ e MEDEIROS, 2012). No entanto, estas também são as mulheres que mais enfrentam obstáculos para acessar serviços de saúde sexual

e reprodutiva, que se iniciam antes mesmo da busca pelo serviço e estendem-se durante todo o período de atendimento e tratamento (GÓES, 2020).

De acordo com Emanuelle Freitas Góes e colaboradoras (2020), essa discrepância na busca e acesso a serviços de saúde se dá porque as desigualdades no Brasil afetam diretamente os caminhos percorridos pelas mulheres na busca de cuidados, atenuando ou reforçando condições de vulnerabilidade. A pesquisadora, em seu estudo multicêntrico realizado em três capitais do Nordeste brasileiro, que teve como finalidade identificar a vulnerabilidade racial e barreiras individuais das mulheres na busca do primeiro atendimento por cuidado pós-abortamento, constatou que os obstáculos individuais, sociais e estruturais enfrentados por mulheres na busca por serviços de saúde não dizem respeito somente à disponibilidade destes serviços, mas também “ao poder da população, poder de tempo e acesso a meios de transporte, poder financeiro e poder de lidar com a organização” (GOES et. al, 2020, p. 10). Assim, até mesmo quando os serviços de saúde pública existem, diversas mulheres não conseguem acessá-los, pois não possuem recursos financeiros para dirigir-se até o local mais próximo, não tem com quem deixar os filhos ou temem perder os seus empregos. Além disso, os serviços de saúde muitas vezes são responsáveis por criar uma série de barreiras que também a busca por cuidado, como a exigência múltiplas consultas, exames e longas esperas até o atendimento.

As dificuldades no acesso aos cuidados pós-aborto também estão profundamente imbricadas à criminalização do procedimento no país, o que promove a postergação na busca por serviços de saúde, inclusive nos casos em que há complicações, o que se dá tanto pelo desconhecimento acerca dos sintomas sentidos quando pelos comportamentos punitivistas e discriminatórios de profissionais, já esperados por mulheres que recorrem a esses serviços (GÓES et. al, 2020, p. 09). De acordo com Góes et. al (2020), o principal obstáculo entre as mulheres e a busca por serviços de saúde é o medo de sofrer maus-tratos, o que também foi identificado no presente estudo. Assim compreende-se que os fatores que influenciam e moldam a procura pelos cuidados por mulheres brasileiras não envolvem somente a operacionalidade dos serviços de saúde, mas também as características individuais, sociais e culturais das mulheres que recorrem a estes serviços.

Neste ponto, Góes e colaboradores apontam que estes obstáculos também estão estruturalmente vinculados ao racismo (GÓES et. al, 2020, p. 09). De acordo com os autores, as mulheres negras “por experimentarem desigualdades de raça, gênero e classe, apresentam desvantagens de escolaridade e renda, vivem em condições mais precárias, tem mais filhos, menos parceiros fixos e são mais frequentemente as principais responsáveis pela família”

(GÓES et. al, 2020, p. 02), também enfrentam os piores indicadores sociais e de saúde. Na presente pesquisa, embora a maior parte das participantes que recorreram a unidades de saúde sejam brancas e de classe média, os itinerários mais imbricados acerca da busca por serviços de saúde se deu entre as participantes de classe baixa e, sobretudo, negras. A partir disso, é possível compreender que o racismo institucional e a estigmatização do aborto operam sinergicamente, dentro do aparato biopolítico, reduzindo as chances de mulheres racializadas e sem estabilidade financeira procurarem serviços de saúde prontamente, devido à conscientização sobre a maior probabilidade de enfrentarem a criminalização e maus-tratos por parte dos profissionais de saúde.

Assim, compreende-se que o fato de, na presente pesquisa, a maior parte das mulheres que buscaram serviços de saúde de forma preventiva serem brancas e de classe média é uma demonstração clara de como atuam os mecanismos estatais e paraestatais de controle de corpos, na medida em que estes obstáculos limitam o acesso de mulheres negras e de classe baixa a estes serviços e, conseqüentemente, faz com que enfrentem maiores complicações decorrentes do abortamento, que podem inclusive levar à morte. Da mesma forma, as mulheres de classe baixa e majoritariamente negras terem sido aquelas que mais deixaram de buscar serviços de saúde ou que adiaram essa busca até que as condições se tornassem insustentáveis também evidencia a efetividade desse mecanismo. Ao passo que para algumas é possível a tomada de métodos de cuidado e prevenção, para outras o silêncio torna-se uma realidade praticamente mandatória e a exceção torna-se regra, pois faltam ainda ferramentas e recursos que lhes possibilite a compreensão da saúde como um de seus direitos inalienáveis de cidadania.

Entre as participantes que buscaram os centros de diagnóstico por imagem e as clínicas particulares em um primeiro momento, é importante apontar que todas chegaram a esses locais apresentando sangramento, mas sem complicações. Este fato possivelmente influenciou no tratamento que receberam, sendo notável que nenhuma destas mulheres relatou ter sofrido algum tipo de maus-tratos pela equipe da unidade de saúde. Algumas participantes que buscaram realizar a ultrassonografia de forma preventiva disseram terem informado na unidade que tinham conhecimento da gestação, mas nenhuma disse ter realizado um aborto e tampouco manifestou acreditar estar passando por um aborto espontâneo.

De modo geral, nota-se que, entre estas participantes, imperou a lógica do “quanto menos informação, melhor”, como apontado por Emília. O discurso apresentado com maior frequência pelas participantes que buscaram serviços de saúde foi de que haviam recém-descoberto a gestação e que começaram a sangrar, tendo imediatamente buscado atendimento

para averiguar a situação. Maria, em seu relato, disse que foi para a clínica “tremendo de medo, porque não consegui entender se tinha abortado mesmo ou não”. Disse ter sido atendida sem necessidade de encaminhamento médico e, no local, ficou surpresa, pois não foi questionada em nenhum momento sobre o aborto:

“Só perguntaram o que estava acontecendo, há quanto tempo eu sabia que estava grávida, essas coisas. Falei que descobri no começo da semana e que tinha começado a sangrar naquela noite. Ninguém olhou feio para mim nem nada, eu já achei que ia precisar responder mil coisas, que iam perguntar se eu abortei ou o que eu tinha feito, mas não. Mal me olharam na cara, para falar bem a verdade. O médico não soube dizer se tinha abortado ou não, disse que não viu nada ali, como se nunca tivesse existido” (Maria).

O relato de Iracema foi bastante parecido. A participante foi ao centro de diagnóstico de imagem acompanhada de uma amiga, a mesma que havia cedido a casa e a auxiliado durante todo o processo de abortamento. Na clínica, disse não ter sentido medo, pois “não é aquela energia de hospital, é um negócio bem diferente, parece que ninguém liga muito para você”. Durante o exame, disse ter informado à médica que havia descoberto a gestação fazia uma semana e que havia começado a ter sangramento intenso durante aquela madrugada, tendo agendado a consulta logo depois. De acordo com a participante, não foram feitas maiores perguntas: “ela não perguntou nada, fez o exame, disse que não tinha vestígio de gravidez e que se eu tivesse grávida mesmo, teria perdido naquela noite. Disse para fazer um outro exame de beta, e pronto. Falei que ia fazer e fui embora”. O relato de Emília, mulher branca e de classe média, que foi até um centro de diagnóstico de imagem na companhia do namorado cerca de duas semanas após o procedimento, é similar:

“Cheguei a fazer a ultra com o coração apertado, porque só tive sangramento sem coágulo, muito sangue, mas não saiu nada que parecesse...Tava morrendo de medo de chegar lá e ver que não tinha dado certo. O médico fez o exame bem rapidinho, assim que colocou o negócio dentro ele já disse que não estava vendo nada, e se eu tinha certeza que estava grávida. Eu comecei a chorar de alegria, mas ele achou que eu estava triste e tentou me consolar, falando que gravidez no começo é normal perder, e que eu já podia tentar de novo logo. Depois levaram eu e meu namorado para uma salinha separada. A gente fingiu tristeza por um momento e depois foi embora. Foi tranquilo, bem diferente do que eu imaginava” (Emília).

No caso de Diana, a realização do exame em clínica particular deu-se em um segundo momento, pois ao constatar que estava com bastante sangramento e “sem ter saído nada”, ela buscou a emergência de uma maternidade pública, relatando ter sentido medo de morrer. A participante disse que “já estava com a história toda pronta na minha cabeça, se me perguntassem alguma coisa”, mas após a realização de alguns exames, o médico informou ter identificado um leve sangramento e o útero fechado, sem indícios de abortamento, afirmando

de forma afetuosa que ela poderia ficar tranquila, pois “provavelmente seu nenezinho estava bem”. De acordo com Diana, “nessa hora eu queria morrer, já tinha certeza que não tinha dado certo”, sentimento que se intensificou após ter sido obrigada a concordar com a aplicação de dois medicamentos para “segurar o feto”. O médico entregou-lhe um pedido para ultrassom, afirmando que poderia ser realizado com maior agilidade em clínicas privadas, e que a participante deveria fazê-lo com a maior rapidez possível. Após sair do hospital, ela conseguiu encaixar em uma clínica particular que já frequentava, onde realizou a ultrassonografia:

“Entrei e o médico já falou algo do tipo ‘vamos ver esse bebê’, tipo totalmente ignorou que eu tava sangrando com a cara toda inchada de chorar, mas quando começou o exame, ele já fez uma cara de que não estava vendo nada, falei que tinha tomado remédio para segurar no hospital e ele falou que não adiantava de nada, porque não tinha nada para segurar, mas que não poderia afirmar com toda certeza, pois poderia estar no início, mediu tudo e me pediu que fizesse dois beta com intervalo de 48 horas cada um, e assim fiz, saí de lá e fui fazer e o outro só seria depois de um tempo, e teria que retornar com os dois no dia seguinte. Quando saiu o resultado do primeiro já mostrou uma queda, mas segui tudo, depois fui fazer o outro, que mostrou a queda maior ainda, fiquei feliz, pois parecia que tinha dado certo, mas ainda assim esperei para fazer a ultra, e quando fui fazer o médico olhou os exames e já viu a queda do beta, quando foi fazer a ultra, realmente não havia nada, ele estava limpo, sem nada, o útero com o tamanho normal praticamente, e ele me falando que se não fosse pelo exame nunca diria que eu estive grávida” (Diana).

Ainda, outro caso que merece destaque é o de Amanda. Em seu segundo procedimento, a participante deu o aborto por não concluído, pois não conseguiu identificar o saco gestacional em meio ao sangramento, “o que eu já conhecia bem, por causa do outro aborto”. Amanda manteve a calma nos dias seguintes, realizou os cuidados pós-aborto, consistentes na ingestão da água inglesa e chá canela, e então agendou uma ultrassonografia transvaginal. Durante o atendimento, a participante relatou ter sido bem tratada: “a médica não perguntou nada, só disse que eu estava com restos ovulares, que tinha uma bola de coágulo no útero”. Ela disse ter saído da clínica aliviada, pois acreditava que o corpo expeliria os restos ovulares sozinho. Todavia, após alguns dias, o sangramento parou, de modo que Amanda buscou atendimento hospitalar em uma emergência ginecológica, por convênio, temendo complicações. Como é possível extrair-se do relato da participante, a ida ao hospital marcou apenas o início de um longo percurso entre unidades de saúde:

“Aí pronto, começou meu pesadelo. Cheguei naquele primeiro hospital e a médica mal olhou na minha cara, viu que eu não estava sangrando e me mandou para casa sem fazer todos os exames, ainda disse que não daria receita e que se eu sentisse dor era só comprar Buscopan. Eu saí de lá chorando, aí três dias depois eu comecei a ter sangramento de novo, dessa vez bem fedido, e muitas dores. Fiquei tomando Ponstan, que é um pouco mais forte, mas chegou um ponto que não aguentei, fui para outro hospital e dessa vez fiz um showzinho de atriz da Globo, menina, já cheguei falando que tava perdendo meu bebê, que não podia perder meu bebê, chorei um monte, mas

a médica disse que não tinha o que fazer, que já tinha eliminado o saco gestacional, o que eu nem vi, e que tinha restos, aí ela fez o toque e acabou aumentando o fluxo, desceu um tanto de sangue com coágulos e ela disse que o corpo já estava expulsando sozinho. Fiz um exame de farmácia só para ver, deu negativo, sangrei mais uns dias e depois parou” (Amanda).

Todos os relatos acima dizem respeito a abortos concluídos. No entanto, nota-se que não apenas as situações de abortamento são completamente distintas, como também são encaradas de diversas formas pelos profissionais de saúde que prestam os primeiros auxílios. Nos casos de Iracema, Maria e Emília, participantes que realizaram a ultrassonografia sem apresentar complicações, apenas com a finalidade de averiguar sua condição de saúde e o êxito do procedimento, é mencionada a sensação de segurança ao estar no centro de diagnóstico de imagem ou nas clínicas particulares, totalmente associada ao alívio de não precisar recorrer ao hospital. Embora as três tenham relatado sentimentos como medo e preocupação, os seus temores não se concretizaram, pois não foram feitas muitas perguntas e tampouco precisaram compartilhar que haviam praticado um aborto.

Nos discursos destas mulheres, foi estabelecida uma associação entre a tranquilidade na realização do exame e o fato deste ter sido realizado em clínica privada. A literatura sobre aborto clandestino no Brasil e os dados obtidos no presente estudo permitem compreender que a associação das participantes não é infundada e pode, de fato, reproduzir-se em maior escala. A presente pesquisa, todavia, não tem como escopo avaliar de forma estrutural as diferenças de tratamento recebidas em instituições de saúde públicas e particulares, para o que seria necessário uma abordagem de maior amplitude e que considerasse diversas outras variáveis. No entanto, sem desconsiderar em nenhum momento as percepções das mulheres acerca de suas próprias vivências, tendo a acreditar que o tratamento ético e eficiente recebido por estas três mulheres não está somente associado ao local em que foram atendidas, mas também às características específicas de suas situações: elas realizaram o aborto nas primeiras semanas de gestação e não apresentaram sintomas diversos de sangramentos e dores moderadas, similares à menstruação.

Assim, a partir dos relatos das participantes e das características comuns dos seus abortamentos, é possível extrair que a realização da ultrassonografia não permitiu a constatação de imagens que indicassem a gravidez, e tampouco o aborto, o que modulou os discursos dos profissionais e as percepções repassadas em relação ao processo que estava ocorrendo em seus corpos. De acordo com Lima e colaboradoras (2020), essa situação de ambiguidade pode ser compreendida sob a categoria analítica de “gravidez inautêntica”, em que a ausência de restos

embrionários permite a imprecisão tanto da gravidez quanto do aborto, mesmo nos casos em que sangramentos e outros sinais são identificados pelas mulheres e pelos profissionais (LIMA et. al, 2020, p. 04). As autoras aplicaram esta categoria à análise de 51 casos de abortamento vivenciadas em USG obstétrica de uma maternidade da rede SUS, em Salvador-BA, e mesmo tratando-se de um serviço público de saúde, nos casos similares de abortos concluídos também foi percebido que a interpretação do exame realizada pelos médicos promovia uma atenuação da situação em seu aspecto moral e um verdadeiro apagamento da gravidez (LIMA et. al, 2020).

Assim, nos casos de Iracema, Maria e Emília, bem como de outras participantes que viveram percursos similares, o útero limpo e a ausência de complicações corroborou na criação de uma narrativa que, fomentada pelas próprias alegações das participantes de que descobriram a gravidez e buscaram atendimento o mais rápido possível, ou que sequer sabiam que estavam grávidas, permitiu que o resultado do exame fosse um diagnóstico inconclusivo. As participantes não foram penalizadas ou julgadas porque, para todos os efeitos, não puderam ser configuradas como pseudosoberanas sobre a vida fetal (DEUTSCHER, 2017). Esta noção é, inclusive, ilustrada nas falas de alguns dos médicos: “o médico não soube dizer se tinha abortado ou não, disse que não viu nada ali, como se nunca tivesse existido”; “disse que não tinha vestígio de gravidez”; “ele já disse que não estava vendo nada, e se eu tinha certeza que estava grávida”. A partir desta negação da condição da mulher, em que a própria gestação é colocada no campo da dúvida, os profissionais evitam “entrar no terreno simbólico e moral de uma gravidez autêntica e de um aborto” (LIMA et. al, 2020, p. 04).

Em casos de pacientes que não se enquadraram no cenário da gravidez inautêntica, os tratamentos recebidos foram distintos. No caso de Diana, embora a participante tenha recebido diagnóstico de gravidez inautêntica, reforçada pelo médico ao afirmar “se não fosse pelo exame nunca diria que eu estive grávida”, isso não ocorreu desde o início. A participante primeiramente recorreu a uma maternidade pública, onde esperava receber um tratamento hostil, tendo inclusive preparado a “história” que contaria caso fosse questionada. Embora estivesse temendo por sua saúde, a participante não cogitou em nenhum momento revelar que havia induzido um abortamento. O médico do hospital público, ao realizar o exame do toque, constatou a possível presença da gravidez, e imediatamente atribuiu vida ao produto da concepção (“pode ficar tranquila, provavelmente seu nenezinho está bem”), descartando a intencionalidade do aborto.

A conduta do médico traz dois elementos que demonstram de forma clara a representação simbólica por ele atribuída a Diana e ao produto da concepção: o primeiro é que

o embrião já se tratava de um nenê, um “nenezinho”, o que concerne tanto um atestado de vida quanto de pertencimento, na medida em que esta criança, para todos os efeitos, já era filha de Diana, gerando a obrigatoriedade do amor e do cuidado. O segundo elemento extraído da fala do médico é que este ser dotado de vida provavelmente estaria bem, o que não deveria apenas ser esperado pela mulher, mas desejado. Ao conferir vida e individualidade ao que acreditava estar no útero da paciente, um exame que inicialmente buscava averiguar um abortamento passou a seguir outro caminho, similar ao de uma gravidez que se pretende levar a termo (LIMA et. al, 2020, p. 02). A paciente foi obrigada a utilizar medicamentos para “segurar o feto”, não havendo espaço para negações ou questionamentos, tendo sido silenciada qualquer vontade existente de encerrar a gestação, ante a criação da ideia subjetiva de existência de um embrião em perigo, ou seja, de uma vida que precisava e deveria ser protegida.

Esta mesma noção pode ser extraída do relato de Clara, uma das participantes que viveu um aborto incompleto e precisou passar por procedimento de aspiração uterina. Ela recorreu ao hospital enquanto ainda estava em processo de abortamento, e ao chegar à maternidade pública, disse que “a médica não quis me atender porque não tinha pré-natal e nem exame de beta-HCG para mostrar, ela queria me mandar para outro hospital”. No entanto, diante das dores intensas da paciente, a profissional pegou em sua barriga e constatou que ela de fato estava grávida. De acordo com a participante, neste momento a conduta da médica modificou-se completamente, pois ao perceber que havia alguma possibilidade de salvar o feto, buscou com a maior agilidade “aplicar uma injeção para poder segurar”.

Embora a história de Clara vá ser tratada mais detalhadamente adiante, nota-se em todo esse contexto, assim como no de Diana, evidente violência institucional e o recaimento dos dispositivos biopolíticos voltados estrategicamente ao controle de corpos femininos. As participantes, embora tenham apresentado sinais de abortamento, foram obrigadas a aceitar a maternidade, não havendo nenhum espaço para que demonstrassem sua vontade de interromper a gestação. Para estas mulheres, este foi um momento do itinerário em que o controle sobre a prática abortiva que acreditavam ter reestabelecido após a aquisição dos medicamentos fugiu completamente de suas mãos. O corpo foi obrigado a aceitar aquilo que lhe foi oferecido, de modo que pudesse performar o comportamento que dele era esperado. Diante da possível existência de um feto viável, as participantes não foram vistas como mulheres ou pacientes, e sim única e exclusivamente como mães.

No relato de Diana, a violência se estendeu para fora dos muros do hospital público, tendo a participante relatado um tratamento similar na clínica particular a que recorreu para

realizar a ultrassonografia. O atendimento médico, compreendido como eficiente e impessoal para as participantes que tiveram gestações imediatamente lidas como inautênticas, para Diana serviu como uma verdadeira forma de reforçar suas angústias. Assim que entrou na sala, o médico disse “vamos ver esse bebê”, ignorando o sangramento por ela relatado e a expressão de sofrimento em seu rosto. O termo utilizado para referir-se ao produto da concepção não girou em torno de embrião ou feto, mas de “bebê”, reforçando sua condição de personalidade (LIMA et. al, 2020, p. 07) e demonstrando que as clínicas particulares, embora sejam compreendidas por algumas mulheres como ambientes mais seguros que os hospitais públicos, não se desviam do seu propósito de gerar mães. No momento em que o médico identificou que não havia nada no útero de Diana, não somente descartou a existência de feto viável, mas a própria existência, presente ou prévia, de uma gestação. A participante deixou de ser mãe, e retornou ao *status* de paciente com uma gravidez inautêntica.

No relato de Amanda, diferentemente dos demais até então trazidos, vê-se que o seu caso imediatamente foi identificado pela equipe médica como um abortamento. Durante a realização da ultrassonografia endovaginal em clínica particular foram constatados restos ovulares, razão pela qual ela procurou a rede pública de atendimento. Ao passo que Amanda classificou o tratamento recebido na clínica particular como “normal, não falaram nada, só que tinha restos e que precisava ir para o hospital para fazer curetagem se precisasse”, a forma como foi recebida no hospital público foi bastante distinta. O relato da participante também demonstra características de violência institucional, na medida em que a médica, ao constatar que a participante provavelmente havia induzido um aborto e não estava sofrendo maiores complicações, mandou-a embora sem receitar nenhum medicamento analgésico, embora Amanda tenha se queixado de dores abdominais. Posteriormente, quando a participante retornou ao hospital, o fez porque já estava com sangramento abundante e com odor forte. Entende-se, deste modo, que a falta de cuidado foi o primeiro fator evidenciado nos cuidados pós-aborto recebidos por Amanda, e os perigos de vivenciar complicações surgiram mais da falta de um atendimento médico eficaz do que do próprio procedimento de aborto induzido. A participante precisou transitar entre clínicas particulares e hospitais públicos até que, por fim, foi diagnosticada com abortamento completo, pois o próprio corpo havia naturalmente expelido os restos ovulares.

O relato de Heloísa também demonstra clara violência institucional consolidada a partir da prática médica negligente. A participante passou por abortamento incompleto e infectado, e relatou ter sentido dores por três dias antes de decidir recorrer ao hospital público. Chegando

lá, foi realizado o exame de ultrassonografia e, para a sua surpresa, “estava lá, o feto com batimentos, porém sem nenhum líquido amniótico, e detectaram pus saindo com o sangue, que já estava infectado”. Mesmo diante desse quadro, a participante foi enviada para casa, com algumas recomendações para tentar segurar a gestão. Após dois dias, Heloísa foi a outro hospital, porque não aguentava mais: “eu vomitava muito, cuspiava muito, tinha azia, febre”. No local, realizou outra ultrassonografia, e dessa vez não foram identificados batimentos cardíacos do feto, mas o corpo não expulsou os restos ovulares naturalmente. Assim, o percurso de Heloísa seguiu para mais uma etapa: a busca pela curetagem. De acordo com a participante, a equipe médica do hospital em que foi atendida não quis realizar o procedimento: “me enrolaram o máximo, pediram mais exames, falaram para esperar mais duas ou três semanas para ver se não sai naturalmente. A médica falava que eu era nova e que ia sair sozinho”. Assim, mesmo com dores e um quadro de infecção, a participante mais uma vez voltou para casa. No entanto, após um dia, começou a sentir dores insuportáveis, e junto a sua mãe, dirigiu-se a um terceiro hospital. De acordo com a participante:

“Chegando lá, falaram ‘tu tá doida menina, tá doida por ter demorado tanto tempo’, falaram que se eu ficasse mais tempo daquele jeito poderia ter dado ruim mesmo, ter dado ruim de verdade. E eu pensando, mas moço, só estava seguindo o que me falaram no outro hospital. Minha mãe fez um escândalo ainda, porque o atendimento tava demorando demais, falou bem assim ‘tão tentando matar minha filha’ e coisa assim” (Heloísa).

Nos casos de Amanda e Heloísa, o que se vê não é um diagnóstico de gravidez inautêntica. De acordo com Lima e colaboradores (2020, p. 08), “opostamente à gravidez inautêntica que se expressa em interrupções que aconteceram ‘cedo’, aqui o feto toma a forma de uma pessoa, cada vez mais nítida e material, na medida em que a gravidez avança”. Assim, na mesma proporção em que a personalidade atribuída ao produto da concepção aumenta, também aumenta o estigma sobre o aborto. Nas vivências destas participantes, a constatação de existência de restos ovulares, embrião ou feto em seus úteros, ainda que sem batimentos cardíacos, as incorporou na anormalidade e no desvio, alçando-as à condição de “anti-mães” (LIMA et. al, 2020, p. 09). De acordo com Chaneton e Vaccarezza (2011), esta condição as coloca como “algo fora do mundo das variações regulamentadas das boas mulheres-mães da ordem cultural estabelecida (...) na medida em que passam a compor o Outro, alheio a uma existência social legítima” (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 140). Ainda, conforme Duarte (2019), a construção desta figura simbólica nas interações entre paciente e profissional de saúde se dá em diversos momentos durante o percurso na busca por cuidado, e “carrega na

sua estrutura e no tratamento que oferta a mensagem de que se trata de um local onde as mulheres deveriam tornar-se mães” (DUARTE, 2019, p. 41).

Nota-se através dos relatos que as participantes Amanda e Heloísa apenas se tornaram agentes aos olhos da equipe médica a partir do momento em que se constatou que nada mais poderia ser feito para salvar o conceito. Assim, não podendo contar com técnicas de cuidado desde um primeiro momento, as participantes precisaram recorrer a estratégias próprias para garantir seu atendimento. Para Amanda, a estratégia para escapar dos maus-tratos foi, no segundo hospital a que recorreu, restaurar a imagem arquetípica da mãe, adotando para si o personagem de uma mulher em sofrimento, com medo de perder seu filho. A participante entendeu que, a partir disso, receberia um tratamento mais humanizado pela equipe médica, pois ao manifestar que estava sofrendo pelo aborto, deixaria de representar a imagem de algo antinatural, de uma “anti-mãe”, o que de fato aconteceu. Conforme descrito por ela, “depois disso foi horrível, porque vinha um monte de enfermeira com pena, falando que eu ia ficar bem, que elas iam cuidar de mim e logo eu poderia tentar engravidar de novo. Mas antes disso do que ser maltratada”. É possível perceber que a estratégia usada por Amanda visou contornar a ilegalidade, mas também garantir que receberia um tratamento médico adequado, sendo notável a preocupação da participante em garantir a própria integridade física e psicológica.

No caso de Heloísa, desenrolou-se uma situação ainda mais grave, pois ela estava com aborto infectado, tendo sido mandada para casa sem realização da curetagem em duas ocasiões distintas, razão pela qual precisou peregrinar entre três hospitais até ser atendida adequadamente. Um aspecto crucial destacado em seu relato é o fato de dizer respeito a uma mulher jovem, negra e pobre, que estava enfrentando complicações que poderiam, inclusive, levar à morte. A recusa dos profissionais de saúde em oferecer um atendimento adequado reflete de forma muito clara o “deixar morrer” da biopolítica, na medida em que a jovem foi abandonada no campo de indistinção, em situação de extrema vulnerabilidade física e social, condicionada por sua condição de pobreza e da ilegalidade de sua conduta, que fazem com que seu corpo seja visto como inútil ao modelo socioeconômico e, portanto, descartável (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 137). A paciente apenas foi atendida após sua mãe, literalmente, gritar por ajuda (“tão tentando matar minha filha”), o que ilustra todos os esforços que as mulheres precisam empreender para receber a atenção daqueles encarregados de prestar-lhes cuidados.

Os relatos até então trazidos demonstram de forma clara que clínicas particulares e hospitais públicos, para as mulheres que abortam, são os locais em que a condição de *hystera*

homo sacer se faz mais latente (NIELSSON, 2020). Por conta disso, estes também são “locais de performance” (LIMA et. al, 2020, p. 07), adotadas com a finalidade de fugir desta condição. Todas as participantes que passaram por atendimento em alguma unidade de saúde relataram algo nesse sentido. Algumas delas, como Emília, Iracema, Maria e Laura, puderam expor muito pouco de sua verdadeira condição, alegando completo ou parcial desconhecimento sobre o processo que ocorria em seus corpos. Outras, como Heloísa e Amanda, tiveram de inventar histórias mais elaboradas, fingir quedas ou dores repentinas e ao mesmo tempo abraçar um papel que sabiam que precisavam aparentar cumprir: o da mulher que queria ser mãe. Nesse sentido, de acordo com Lima e colaboradores (2020):

Ao discursar sobre os fetos com vida, como pessoas intencionais [...], temos performance sobre o que significa ser um profissional de saúde ético, por exemplo. As mulheres que se encontram em posição assimétrica nas relações de poder, características da sala de USG obstétrica, se vêm obrigadas a se posicionar performaticamente como “mães”, ou (na maioria dos casos por nós documentados) a se manterem apagadas e caladas como agentes na interação. Não há espaço para ser uma pessoa autônoma singular, com direito a uma atenção direcionada a si, quando se descobre outra vida dentro da “paciente” (LIMA et. al, 2020, p. 07).

De acordo com Duarte (2019), esta encenação por parte das mulheres “revela que partilham de um mesmo *script*, sabem o que é esperado delas nessa situação” (DUARTE, 2019, p. 102). As participantes que foram auxiliadas por acompanhantes feministas ou amigas que já haviam abortado informaram terem sido informadas acerca dos perigos que poderiam correr se contassem a verdade aos médicos. No entanto, mesmo entre as participantes que não receberam este acompanhamento, havia plena consciência da resposta e da conduta que deveriam performar para serem aceitas naqueles espaços, pois essas mulheres são sociabilizadas desde o início de suas vidas para performar exatamente aquilo que é esperado dos seus corpos. Nota-se que, de modo geral, nesse momento do itinerário abortivo, as mulheres buscam manter a prática do aborto em segredo, contando apenas quando não veem outra saída, a fim de evitar a recriminação da equipe de saúde e também a própria criminalização: buscam, assim, fugir da condição de *hystera sacra*, ou ao menos mascará-la.

Entre as mulheres entrevistadas, diversas delas mencionaram terem conhecimento de que as denúncias de abortamento geralmente partem da equipe de saúde responsável por fornecer os primeiros cuidados à mulher. Algumas das participantes mencionaram terem adquirido esse conhecimento por meio do acompanhamento de casos emblemáticos, bastante difundidos pela mídia, de mulheres que foram criminalizadas após terem sido denunciadas por profissional de saúde, ou que tiveram seus prontuários médicos entregues à polícia. No entanto,

a maior parte delas deu a entender que isso é algo que simplesmente “se sabe”, mais uma vez compondo os chamados “segredos de gênero” (MOTTA, 2012).

Os relatos mais substanciais nesse sentido foram de Emília e Maria. Embora as participantes tenham realidades bastante distintas, sendo a primeira mulher de classe média e com a maior escolarização entre as entrevistadas, e a outra mulher de classe baixa, que completou apenas o ensino fundamental, nota-se que suas opiniões apresentam pontos bastante similares:

“Tem decisão do STJ sobre sigilo médico e paciente, mas não dá para confiar, porque não tem controle nenhum. Além de contarem para todo mundo, o que é um risco, principalmente em cidade pequena, tem médico que não liga para nada, só quer saber de prender aborteira. Ah não, não diria nunca que foi aborto provocado, é desnecessário, porque o médico só tem que cumprir a função dele, que é atender, e pronto. A medicação não deixa rastros, fica parecendo que foi aborto espontâneo, então é só agir de acordo, chorar um pouquinho, fazer cara de triste e pronto, vão pensar que foi espontâneo. Não dá para confiar em médico, quando se trata de direito da mulher, o que está na lei não vale, você sabe disso mais do que eu” (Emília).

“Falei nada não, e tem que ter muito peito para chegar no hospital falando que provocou aborto, muito mesmo. Se uma mãe que quer o bebê já é tratada como lixo, imagina o tratamento VIP que as enfermeiras vão dar para uma vagabunda que abortou, porque é assim que eles pensam. A gente não vale nada lá dentro. Não falei nada e não me arrependo, e se tivesse que dar conselho para uma amiga que passasse por isso, a primeira coisa que falaria é para não dizer nada para médico também” (Maria).

No que diz respeito à inviolabilidade da intimidade, este direito é resguardado no artigo 5º, inciso X da Constituição Federal de 1988. Ainda, normas específicas garantem a confidencialidade das informações médicas, proibindo sua divulgação a terceiros sem o consentimento expresso do paciente. Na esfera criminal, o Código Penal de 1940, em seu artigo 154, trata do crime de violação de segredo profissional, determinando que incorre na pena de detenção ou multa quem revela, sem justificativa, segredos obtidos devido à profissão, cuja revelação pode acarretar danos a terceiros. O Código de Processo Penal, em seu artigo 207, estabelece a proibição de pessoas cuja posição, função ou profissão exijam sigilo, de prestar depoimentos em investigações policiais ou processos judiciais, a menos que a parte interessada autorize. O mesmo princípio é reiterado no Código de Processo Civil, que, em seus artigos 388, II e 404, IV, dispensa a obrigação da parte de testemunhar sobre assuntos que, devido ao status ou ocupação profissional, demandem sigilo. Ainda, o Código de Ética Médica aborda de maneira específica essa temática, dedicando um capítulo ao sigilo profissional. De acordo com o seu artigo 73, é expressamente proibido ao médico divulgar informações adquiridas no

exercício de sua profissão, salvo por razões justificadas, obrigações legais ou consentimento prévio por escrito do paciente.

De acordo com Prateano e Arguello (2021), pesquisas realizadas nos últimos anos em diversos estados brasileiros têm demonstrado que, não obstante a vedação legal, não é raro que processos de criminalização por aborto provocado iniciem-se a partir de comunicação feita pela própria equipe de profissionais de saúde que atuam em hospitais onde mulheres buscaram os primeiros cuidados após constatarem complicações pós-abortamento (PRATEANO, ARGUELLO, 2021, p. 563), comprovando os temores apresentados pelas participantes da presente pesquisa. Em análise dos 43 autos judiciais de mulheres investigadas e processadas criminalmente por aborto autoprovocado em tramitação no estado do Paraná entre 2017 a 2019, as autoras constataram que quase metade das mulheres foi inserida no Sistema de Justiça Criminal após a comunicação do aborto ter sido realizada às autoridades policiais por profissionais de saúde (PRATEANO, ARGUELLO, 2021, p. 563).

As mulheres indiciadas foram identificadas pelas autoras como sendo as mesmas que mais sofrem com percalços e complicações durante todo o itinerário abortivo: são, em sua maioria, mulheres pretas e pardas, pobres e usuárias do Sistema Único de Saúde (PRATEANO, ARGUELLO, 2021, p. 564). O roteiro seguido por cada uma delas é bastante similar: são mulheres que, tendo conhecimento do risco que correm ao buscar unidades de saúde, o fizeram tardiamente. Inicialmente, tendem a omitir a indução do aborto, mas eventualmente admitem o uso de medicamento abortivo, pois acreditavam estar correndo risco de vida, e os profissionais de saúde utilizaram-se desta informação para denunciá-las. Na mesma pesquisa também consta que, em diversos casos, o profissional ou equipe de saúde permitiu inclusive que os policiais interrogassem as mulheres enquanto ainda estavam hospitalizadas e/ou permitiram acesso aos prontuários médicos, posteriormente utilizados para instruir o processo judicial, o que constitui prova ilegal (PRATEANO, ARGUELLO, 2021, p. 563).

A presente pesquisa revela uma consistente correspondência com os dados coletados e as informações apresentadas no estudo anteriormente referido. Dentro do grupo de mulheres que adiaram a procura por serviços de saúde e sofreram caminhos mais intrincados quando finalmente decidiram acessá-los, a maioria era negra, com poucos recursos financeiros, e recorreu ao sistema público de saúde, muitas vezes como última opção, devido a complicações, como hemorragias ou infecções. Em todo o conjunto de dados, nenhuma participante admitiu ter contado já em um primeiro momento que havia realizado um aborto. Aquelas que eventualmente o fizeram alegaram ter optado pela sinceridade por medo de agravar os sintomas;

por receio de não receber o tratamento adequado, ou por se sentirem obrigadas a serem honestas com o médico, como já identificado em outros estudos de mesma natureza (CARNEIRO et. al, 2013; GÓES, et. al, 2020).

Alguns médicos, ao serem informados sobre o aborto provocado, continuaram o atendimento de forma adequada. Esse foi o caso de Gabriela, mulher branca e de classe média, que tinha 35 anos à época do aborto e foi atendida em um hospital público no estado do Rio Grande do Sul. A participante relatou ter aguardado quatro dias após a ingestão dos medicamentos para fazer o ultrassom vaginal, e no exame não houve nenhuma confirmação da gestação, configurando o que poderia ser uma gravidez inautêntica. No entanto, como continuou sentindo náuseas, Gabriela realizou um exame beta-HCG, e surpreendeu-se ao constatar que o número havia triplicado. Diante disso, repetiu a ultrassonografia, tendo a médica identificado o saco gestacional e o embrião sem batimentos cardíacos, e recomendado repouso absoluto: “era quase como se estivesse esperando o coração começar a bater do nada, e eu indo várias vezes para o hospital, tendo que ver aquilo, confesso que nessa hora me senti muito mal”.

Após alguns dias, Gabriela repetiu a ultrassonografia em outra clínica, não tendo sido constatado embrião, e sim apenas o saco gestacional vazio. O médico entregou-lhe o laudo de aborto retido e recomendou que procurasse uma maternidade para a realização do procedimento de esvaziamento uterino. O médico por quem foi atendida na primeira maternidade que procurou não quis fazer a curetagem, mas após alguns dias a participante começou a sentir cólicas e os sangramentos aumentaram: “eu comecei a sangrar bastante, muito sangue e muitos coágulos, não conseguia sair do banheiro, pois o absorvente noturno enchia em menos de cinco minutos”, razão pela qual dirigiu-se à emergência ginecológica de outro hospital. No local, com medo de morrer por hemorragia, disse à médica que havia induzido o abortamento:

“Eu estava chorando muito, falei que tinha abortado, falei tudo, meio no desespero, porque eu estava sangrando muito e com muito medo de morrer, aí falei assim ‘doutora, eu tomei Cytotec’. Ela só perguntou quantos eu tinha tomado, pegou no cabelo como se eu fosse uma menininha e falou para eu não me preocupar, que iria ficar tudo bem, que eu iria fazer a curetagem, um procedimento rapidinho, e iria ficar tudo bem. Foi completamente diferente do que eu estava esperando, para ser sincera” (Gabriela).

No caso de Gabriela, vê-se que, contrariando suas expectativas, a participante recebeu um tratamento cuidadoso da profissional de saúde. Embora isso não tenha ocorrido desde o início, sendo notável que os primeiros momentos do percurso da participante se assemelharam a outros relatos já vistos até então, carregados de violência institucional e da relutância dos médicos em tratar pacientes que passaram por abortos aparentemente provocados, este último

tratamento parece ter sido o que causou a maior impressão na participante. Ao prestar um atendimento humanizado, a médica responsável viu e permitiu que Gabriela também se visse como um indivíduo digno de cuidado. Para a participante, mais do que isso, esse momento marcou o fim de uma sequência de punições morais, representando o primeiro momento, após muito tempo, que se sentiu acolhida. Além disso, ela foi a única participante a passar pelo procedimento de esvaziamento uterino e posteriormente receber alertas pelo profissional de saúde sobre os riscos envolvidos na prática do aborto inseguro e orientações sobre planejamento familiar e contracepção, o que certamente influenciou na forma como assimilou toda a sua vivência.

Essa, no entanto, não foi a realidade de todas as participantes. Pelo contrário, não foram raros os relatos de mulheres que admitiram terem provocado o aborto e sofreram maus-tratos por profissionais de saúde em decorrência disso. Algumas delas, como extrai-se de relatos já trazidos, experimentaram a imposição da maternidade, bem como a sensação de que estavam sendo moralmente julgadas pelos profissionais que deveriam preocupar-se com sua saúde e bem-estar. Em casos mais graves, ocorreram verdadeiras ameaças e coerção por parte dos profissionais de saúde, além de outras condutas que caracterizam evidente violência simbólica, como a longa espera para o atendimento após a descoberta do abortamento; o impedimento de receber visitas ou entrar em contato com outras pessoas; a obrigatoriedade de permanecer em salas junto a mulheres em trabalho de parto, entre outras.

Para exemplificar algumas das consequências vividas por mulheres que informaram terem induzido o aborto, selecionei dois relatos bastante representativos. O primeiro é de Natália, mulher negra e de classe baixa, que precisou finalizar o procedimento em hospital, tendo recorrido a uma unidade de saúde da cidade que vive, no estado de Pernambuco, quando ainda se encontrava em processo de abortamento, pois estava sentindo fortes dores e experimentando sangramento intenso:

“Foram dois dias de procedimento, no final do segundo eu estava tendo contrações insuportáveis, me dei até o começo da manhã, mas chegou num ponto que precisei pedir para o meu ex-marido me levar para o hospital. Fui me contorcendo, parei várias vezes para vomitar, ele não me ajudou em nada, não falou nada. Na correria eu vi que estava sem celular, porque só lavei bem lá dentro para tirar o resto do remédio e fui, nem pensei em nada. Eu entrei na triagem e quando voltei meu ex tinha ido embora, não falou nada, só me deixou lá no hospital, sozinha, sem celular. Eu fiquei com tanto medo, acho que nunca me senti tão sozinha em toda a minha vida” (Natália).

Para Natália, todo o percurso trilhado na unidade de saúde foi entendido como “assustador”, especialmente por tê-lo vivenciado em completa solidão. Já em um primeiro

momento, seu ex-marido, que não estava envolvido na gestação, apenas levou-a para o hospital, “como que para garantir que eu não ia morrer em casa e sangrar em cima do tapete, porque aí poderia sobrar para ele”, e então a deixou. A participante passou pela triagem e pelo acolhimento, e então foi mandada para a ultrassonografia: “não me disseram absolutamente nada, apenas no final, falaram para aguardar que o pessoal chamaria para passar o resultado. Isso foram horas, eu sozinha, morrendo de medo, sentindo que todo mundo ali estava me olhando torto”. A participante disse ter ficado cerca de duas horas sentada, sangrando, sentindo dores e calafrios, até que foi chamada e informada pelo médico que “seu nenê está sem batimentos, a gente vai te internar e retirar”. Neste momento, o médico perguntou para Natália se o aborto havia sido provocado: “ele só perguntou quantos medicamentos eu tinha usado e como usei, disse que se eu não contasse poderia dar problemas na minha saúde”.

A participante disse que inicialmente negou ter provocado o aborto, no entanto, continuou sendo pressionada: “ele perguntou se eu tinha filhos, falou que eu poderia morrer e que meus filhos iam ficar sem mãe”. Diante disso, acabou falando a verdade: “eu contei, sei que não é confiável, eu sabia dos riscos, mas eu tinha usado vinte e sete comprimidos no total, fiquei com medo disso ter me prejudicado de alguma forma”. A participante disse que, após ter admitido o uso do medicamento, “o médico respirou bem forte, meio revirou o olho e não falou mais nada”, e ela foi levada novamente para a sala de espera, sem receber nenhuma explicação ou medicamento, não obstante suas queixas de dores.

O segundo relato selecionado é o de Regina, mulher negra e de classe média. A participante foi acompanhada por auxiliar feminista durante seu processo de abortamento, e após alguns dias realizou o exame de ultrassonografia em clínica particular: “fiz o exame e a médica confirmou o aborto, dizendo coisas para me confortar, algo que não me fez bem, pois precisei fingir sofrimento por aquela perda, o que me deixou mal”. Ainda, na consulta, a médica confirmou que havia restos embrionários no útero da participante, e que por essa razão ela precisaria ser encaminhada a uma emergência. De acordo com Regina, daí para frente “começou uma saga verdadeiramente traumática”. Em certo momento do seu atendimento na emergência hospitalar de uma grande clínica de São Paulo, a participante disse ter conversado com uma médica que tentou, a qualquer custo, arrancar-lhe uma confissão:

“Ela ficou mexendo com o psicológico, falando ‘foi você que abortou, pode falar. Eu fiquei na minha história até o último minuto, disse que estava sentindo cólica fazia alguns dias, que sangrei pouco e, na madrugada daquele dia, senti dor muito forte e sangrou muito, fui ao banheiro e senti saindo algo, mas não vi porque era muito sangue no vaso e não consegui ver e queria saber se estava tudo bem. Ela chegou a me dizer ‘você sabe que aborto dá cadeia, nós podemos denunciar você’, mas aí foi mudando

o tom, tentou pegar ponta solta na minha história, perguntou a mesma coisa mil vezes [...] Ela realmente não estava disposta a fazer e, sendo sincera, fez o possível para atrapalhar. Eu estava exausta, até que chegou num ponto que ela deu a entender que só faria se eu falasse que abortei, e então eu contei que tinha feito. E aí acabou a conversa. Olhando para mim, ela disse que ia me internar, mas que ia demorar muito, muito mesmo” (Regina).

Natália e Regina, ambas mulheres negras, recorreram a serviços de saúde em momentos e condições distintas. Natália estava vivenciando um aborto tardio, realizado em condições mais complexas, na medida em que fez uso de uma quantidade elevada de comprimidos de misoprostol e não contou com assistência, tendo iniciado e encerrado o procedimento sozinha. Regina, por sua vez, realizou o aborto ainda nas primeiras semanas de gestação, tendo procurado os serviços de saúde de forma preventiva, quando descobriu que estava com restos ovulares. Ambas as participantes recorreram ao serviço público de saúde, em hospitais grandes de suas respectivas cidades. O percurso de Natália na unidade de serviço foi um pouco mais curto: como chegou no hospital ainda em processo de abortamento, concluiu o procedimento naquele local, tendo interagido com apenas um médico. Regina, por sua vez, procurou mais de um hospital e interagiu com diversos médicos, sendo que apenas uma delas, a segunda a prestar-lhe atendimento, questionou-a acerca do abortamento.

De acordo com Chaneton e Vaccareza (2011), a interação de mulheres que provocaram abortamentos com profissionais de saúde muitas vezes segue um rito de viés condenatório: o exame ginecológico traz conclusões que, ao indicarem viabilidade lógica de um aborto provocado, desencadeiam um processo de interrogatório por parte do profissional de saúde para extrair uma confissão da mulher. Uma vez obtida a confissão, segue-se a aplicação da punição, culminando, por fim, no abandono (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 137). Embora estudos demonstrem que a omissão da indução do aborto pode comprometer o sucesso do tratamento, e dificultar a coleta e interpretação de dados e estatísticas sobre a recorrência desse fenômeno (PRATEANO, ARGUELLO, 2021, p. 571), nota-se que, na vivência das participantes, o desejo dos médicos em saber a verdade não se deu com a finalidade de auxiliar no tratamento. Mais do que descobrir a verdade, o intuito era de forçar a confissão das “criminosas” para exercer controle e poder sobre seus corpos e sexualidades, sendo a própria exposição um fator elementar da punição.

No caso de Natália, a participante foi induzida a temer pela sua própria vida, para que assim transmitisse uma informação que acabou sendo utilizada com a única função de puni-la. O médico submeteu-a a um interrogatório, em que se utilizou de elementos como o fato de a participante ter outros filhos para fazer com que sentisse medo e falasse a verdade, pois senão

“seus filhos ficariam sem mãe”, implicando que uma confissão era necessária não somente para que recebesse o tratamento adequado, mas para que ela pudesse continuar vivendo. Natália representa as mulheres que, como apontado por Prateano e Arguello (2021) precisaram “escolher se autoincriminar perante a equipe de saúde ou morrer/suportar em seu corpo sequelas graves de natureza física e emocional” (PRATEANO, ARGUELLO, 2021, p. 569), tendo compartilhado sua condição com o médico por acreditar de forma inquestionável que, se não o fizesse, sofreria. Essa crença na palavra do profissional de saúde se dá por dois fatores: o primeiro é a legitimidade associada aos médicos, derivadas do local de poder por eles ocupado nas sociedades, que dá confiabilidade e credibilidade às suas falas e ações, elevadas à condição de verdade (GONZAGA, 2015). O segundo é pela relação assimétrica existente entre Natália e o médico, que a coloca em posição de passividade, de modo que sequer compreendeu em um primeiro momento que a conduta do profissional caracterizaria uma forma de violência.

Esta assimetria, por sua vez, se dá por diversos fatores. A retirada da autonomia das mulheres sobre seus próprios corpos e a desapropriação dos conhecimentos em torno do aborto é histórica. De acordo com Silvia Federici (2004), com o avanço da medicina, o papel tradicional das parteiras foi gradualmente relegado a uma posição inferior, dando lugar ao surgimento da figura do médico como autoridade reguladora das condutas e vivências sexuais e reprodutivas das mulheres. Conseqüentemente, as maternidades, que até então eram tidas como espaços exclusivamente femininos, se transformaram em *locus* de controle e medicalização do corpo feminino (FEDERICI, 2004). Este contexto, então, proporcionou um terreno propício para a ocorrência de reações violentas como a enfrentada por Natália. Sendo mulher, e mais especificamente uma mulher pobre e negra que negou ter provocado um aborto, ela se viu sujeita à violência advinda de uma figura masculina que se percebia investida de um poder sobre a vida e a morte (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 139).

No caso de Regina, nota-se uma conduta similar por parte da médica que lhe prestou atendimento. A profissional de saúde recorreu a diversas técnicas retóricas para fazer com que ela falasse a verdade, iniciando com acusações (“foi você que abortou, pode falar”) e chegando até mesmo a proferir ameaças (“você sabe que aborto dá cadeia, nós podemos denunciar você”). No entanto, ao perceber que Regina não estava disposta a revelar as suas ações, a médica invocou sua autoridade como detentora da verdade e do poder de vida ou morte para pressioná-la, insinuando que a paciente não poderia submeter-se ao procedimento de esvaziamento uterino a menos que admitisse ter provocado o aborto. Regina, que escolheu o silêncio para evitar sofrer conseqüências legais, acabou sendo compelida a falar, pois essa era a única maneira de obter

um tratamento adequado. O fato de ter sido atendida por uma profissional de saúde mulher pouco pareceu influenciar no tratamento por recebido, o que, de acordo com Chaneton e Vaccareza (2011, p. 28), evidencia a persistência na institucionalização do androcentrismo e da misoginia que, por se tratarem de dispositivos históricos, não devem ser erroneamente atribuídos de forma exclusiva a homens.

Na fala de Regina, é notável sua resistência à intimidação e à imposição do saber médico. Neste ponto, importante ressaltar que a participante possuía recursos financeiros e tinha algum conhecimento do procedimento que estava prestes realizar, chegando até mesmo a confrontar a médica, argumentando que exigia a realização do procedimento, fundamentando sua demanda nos números de exame apresentados pela própria profissional, que já indicavam a necessidade da realização de procedimento de esvaziamento uterino. Conforme apontado por Sousa (2016), essa conduta “revela que há resistência, mesmo que não declarada, ao modelo biomédico de dominação de corpos e sexualidades” (SOUSA, 2016, p. 62). Isso não quer dizer, no entanto, que a participante não sentiu medo. Ela relatou que, embora tenha conseguido, em alguma medida, exigir a observação dos seus direitos enquanto cidadã, ao fim, se sentiu impotente e vítima de violência, pois teve sua privacidade violada pelo que entendeu ser “uma questão de vida ou morte”, não tendo a quem recorrer para reclamar da conduta da médica ou exigir um tratamento distinto.

A mais recente Norma Técnica de Atenção a Mulheres em Abortamento, publicada em 2014, dispõe que, em todo caso de aborto, “a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente [...] e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir” (BRASIL, 2014, p. 22). Ainda, especificamente em casos de abortos inseguros, têm-se que é necessária a promoção de tratamento multiprofissional e afastado de preconceitos, estereótipos e discriminações que possam desumanizar o atendimento. Os relatos de Natália e Regina ilustram claramente que, independente da normativa, o estigma resultante da criminalização do aborto permite que profissionais de saúde deixem de cumprir suas obrigações e responsabilidades ao reforçar julgamentos morais e posturas condenatórias em relação às mulheres que passaram por abortamentos, o que obsta não somente seu acesso aos serviços de saúde, mas também a implementação de um tratamento verdadeiramente humanizado e ético. Assim, embora as mulheres raramente sejam penalizadas legalmente pela prática do aborto, a penalização social faz parte da realidade de muitas delas, tem como *locus* principal as unidades de saúde.

Práticas negligentes e violentas similares às identificadas por Natália e Regina já foram constatados em diversos outros estudos voltados ao atendimento ao aborto em maternidades públicas no Brasil (LIMA et. al, 2020; MCCALLUM et. al, 2016; MADEIRO e RUFINO, 2017; DUARTE, 2019; CARNEIRO et. al, 2013). Nestas pesquisas, realizadas em hospitais em diversas unidades da federação, foram trazidas diversas vivências de mulheres que, ao acessar o serviço de saúde, foram tratadas de forma discriminatória e com desconfiança. Nos casos em que o aborto não foi classificado como espontâneo e a mulher confessou a prática abortiva, foram comuns os relatos de tratamentos negligentes e violência institucional e psicológica, sobretudo envolvendo impessoalidade no tratamento, omissão de informações, atraso em respostas e tratamentos, falta de atenção nos cuidados necessários, uso indevido ou desnecessário de tecnologias e instrumentos e chegando a alcançar pontos mais extremos, como a discriminação, agressão verbal e física e até mesmo violência sexual. É a partir disso que Carneiro e colaboradores (2013) identificaram que as unidades de saúde muitas vezes operam enquanto locais de “não-cuidado”, distanciando-se da proposta de humanização da Norma Técnica de Atenção a Mulheres em Abortamento e compondo um verdadeiro cenário de desassistência.

Há semelhança entre os dados trazidos nos estudos mencionados e os resultados da presente pesquisa, reforçando a insensibilidade e impessoalidade dos profissionais de saúde ao lidar com mulher em situações de abortamento. Essas condutas se dão principalmente com as mulheres que precisam recorrer a atendimento hospitalar para realização de procedimento de esvaziamento uterino, como foi o caso de Alice, Natália, Clara, Heloísa, Gabriela e Regina. Para estas mulheres, as dificuldades se iniciaram antes mesmo da realização do procedimento, na medida em que diversas delas precisaram transitar entre clínicas e hospitais, sendo desassistidas e desamparadas em diversos dos locais nos quais estiveram, até conseguir achar um hospital em que pudessem realizar o procedimento. Este foi o caso Heloísa, a mulher de 19 anos que precisou transitar entre hospitais até conseguir fazer a curetagem, sendo deixada à morte e completamente despida de sua condição de pessoa detentora de direitos.

No mesmo sentido é o relato de Alice, mulher branca e de classe média, que passou por dois abortos ao longo de sua vida. No primeiro caso, quando era mais jovem, ela finalizou o aborto e não tomou medidas de cuidado posteriores. Contudo, no segundo aborto, Alice experimentou um aborto retido, descrevendo sensações de dor generalizada, mas ausência de sangramento significativo. Após alguns dias, Alice consultou sua ginecologista, que afirmou que a gravidez havia sido encerrada e seu útero estava limpo, inclusive elogiando o “contatinho

quente” de quem ela havia adquirido os medicamentos. Sentindo-se tranquilizada, Alice chegou a iniciar o processo administrativo para inserção do DIU, mas após alguns dias começou a notar sintomas corporais indicativos de complicações: “comecei a sentir muitas cólicas dias depois e continuava achando estranho, minha barriga continuava grande e eu cansada e enjoada, até que comecei a sentir minha pressão baixar e fiquei com medo de infecção”. Apesar de reconhecer esses sinais, ela optou por aguardar, pois “estava com medo de ir para o hospital, última coisa que eu queria”. No entanto, chegou a um ponto em que não conseguiu mais suportar e precisou procurar assistência emergencial ginecológica:

“Lá me internaram fizeram uma série de exames e viram que não tinha feto, mas que eu não tinha eliminado o saco gestacional, que ainda estava recebendo sangue. Aí me mandaram para casa e disseram que sairia sozinho. Lembro que ao sair do hospital meu mundo havia desabado novamente, senti que ninguém mais poderia me ajudar, porque o que você faz quando uma pessoa está grávida, mas não está?” (Alice).

Após essa etapa, Alice descreveu o início do que chamou de uma verdadeira saga. Ela relatou ter retornado à médica ginecologista, que confirmou que ela não estava mais grávida, porém, o saco gestacional não havia sido expelido e, caso não fosse realizada a curetagem, a jovem poderia sofrer sequelas graves. De acordo com a participante: “eu já planejava comprar mais vitas para não ter que fazer a curetagem em hospital, eu ia e voltava na emergência, onde já estava recebendo um tratamento diferente, fui mil vezes no ginecologista particular, foi um inferno, não sei como não fiquei louca”. Por fim, após diversos encaminhamentos sem resultado, a médica ginecologista que acompanhava Alice concluiu que “o hospital não queria resolver o problema, porque ela tinha certeza que eu não estava mais grávida”, e recomendou que a participante fizesse a curetagem de forma particular:

“E vai eu mais uma vez pensar no que fazer, que pelo particular é praticamente o preço de um parto, o plano não cobre e eu não tinha mais quem me ajudasse. Eu sei que depois eu passei mal de novo, fui na minha ginecologista, ela fez outro ultra e me deu o encaminhamento para fazer a curetagem. Mesmo assim o hospital não quis fazer, falando que não preenchia os requisitos mínimos de espessura, sei lá. A médica de lá mandou fazer outro beta, eu fui fazer o exame rezando, e por sorte ele tinha abaixado. Mesmo assim não fizeram a curetagem” (Alice).

Diante de tantas negativas, a participante foi até um hospital particular munida de todos os exames de ultrassonografia, o pedido de curetagem e os extratos do exame beta-HCG, e foi surpreendida com o agendamento do procedimento no mesmo dia. Disse que, quando foi levada para a sala de cirurgia, sequer podia acreditar: “eu chorei de dor e alegria, nem acreditava que aquele pesadelo estava acabando...Eu fiquei um mês com aborto retido, foi a pior coisa que já aconteceu na minha vida”. Nota-se, pelo relato da participante, que os maiores sofrimentos

vividos por ela não ocorreram durante o período em que esteve hospital onde realizou o procedimento de esvaziamento uterino, mas sim durante todo o percurso para achar uma unidade de saúde que realizasse o procedimento. A participante chegou a afirmar que cogitou fazer um novo procedimento clandestino com misoprostol, pois achava que não conseguiria receber um atendimento hospitalar eficaz e estava com medo de sofrer uma infecção. A partir do relato da participante, nota-se que Alice cogitou manter-se na clandestinidade para não precisar recorrer ao hospital, denotando que a exceção não engloba somente a zona de indistinção, mas a própria realidade primária, em que as instituições estão localizadas. É notável, através das falas das participantes, que muitas delas temem mais as instituições que deveriam protegê-las do que os espaços em que a clandestinidade é reconhecida.

Outra dificuldade apontada pela maior parte das mulheres que precisaram recorrer a unidades de saúde após o abortamento foi o fato de terem vivido esse momento dos itinerários abortivos em solidão. Das seis participantes que realizaram procedimentos de esvaziamento uterino, apenas duas estavam acompanhadas de outras pessoas: a participante Heloísa estava acompanhada de sua mãe, ao passo que Clara contou com o suporte de sua irmã mais velha. Nenhuma das participantes relatou ter sido acompanhada pelo parceiro. Natália mencionou a breve participação do seu ex-marido, que a levou até o hospital, mas então foi embora. A partir das falas das participantes, nota-se que a solidão afeta diretamente a interpretação que as mulheres têm do atendimento hospitalar e, conseqüentemente, dos seus procedimentos abortivos. Isso foi apontado por Gabriela:

“Na hora que eu estava na mesa bateu uma tristeza muito grande, porque fiz tudo sozinha, ninguém da família sabe, só o pai, mas que só me deu ajuda financeira, nenhum cuidado, companhia, nada. Mesmo assim, não reclamo, porque sei que muitas não têm nem isso. Na hora de sair do hospital fui obrigada a chamar o cara para ir me buscar porque o hospital não faria minha alta sozinha, ele nem me perguntou nada, e foi a última vez que nos vimos” (Gabriela).

Após a entrada nas unidades de saúde, iniciou o que diversas participantes descreveram como o início de uma longa jornada. O tratamento inicial recebido pelas participantes que estavam sentindo dores intensas, como Natália, Clara e Heloísa, e as que não possuíam sintomas aparentemente graves, foi bastante similar. Conforme Sousa (2016) destaca, essa dinâmica de tratamento impessoal advém, em parte, do modelo de acolhimento e atendimento adotado pelas unidades de saúde públicas e particulares, que deixa lacunas interpretativas significativas sobre quais casos demandam atenção imediata. Assim, em muitos contextos, os episódios de abortamento são classificados como de “pouca urgência” (SOUSA, 2016. p. 62). Além disso,

os problemas estruturais persistentes nos hospitais também agravam esse quadro, na medida em que profissionais de saúde sobrecarregados e influenciados por questões pessoais de cunho moral e religioso que os levam a encarar o aborto com desaprovação frequentemente oferecem um cuidado abaixo do ideal às mulheres que se encontram nessa situação (SOUSA, 2016, p. 63).

Após uma espera prolongada, as mulheres foram submetidas a exames de ultrassonografia e, posteriormente, aguardaram até que as condições necessárias para o esvaziamento uterino fossem alcançadas. As participantes informaram que, durante a ultrassonografia, receberam tratamentos que variaram entre a impessoalidade e o julgamento, sobretudo nos casos em que ainda era possível identificar a existência de embrião ou feto. Nota-se, mais uma vez, o surgimento da figura da “anti-mãe” (LIMA et. al, 2020), ou da pseudosoberana (DEUTSCHER, 2017), que acompanhará a mulher no decorrer de toda sua trajetória na busca pelo procedimento de esvaziamento uterino.

Com a realização do exame e constatação do aborto, as participantes mais uma vez foram obrigadas a esperar, sendo que algumas delas informaram terem sido alocadas nas mesmas salas que mulheres em trabalho de parto, o que causou sensação de desconforto e tristeza. Em outros casos, as mulheres foram levadas para alas separadas do hospital, onde ficaram sozinhas por diversas horas. Esse foi o caso de Natália e Gabriela. Natália disse que ficou diversas horas de “castigo” em um canto do hospital, sangrando em silêncio. Esta ideia de isolamento enquanto forma de castigo foi trabalhada por Silvia de Zordo (2016), que identificou em sua pesquisa etnográfica que “alguns médicos, principalmente aqueles com atitudes mais conservadoras em relação ao aborto, deixavam as mulheres com abortos incompletos esperando horas para puni-las” (DE ZORDO, 2016, p. 30). Da mesma forma, Gabriela fez uso do misoprostol no hospital e ficou quatro horas sentada, sem ser atendida ou auxiliada por ninguém. A solidão, nesse sentido, mostra-se como outra estratégia biopolítica de controle de corpos. Nesse mesmo sentido são os dados coletados em pesquisa etnográfica desenvolvida por McCallum e colaboradores (2016):

[...] a sala de curetagem situa-se na parte menos visível do CO; a enfermaria “de infectados”, ocupada pela maioria das mulheres que abortam, é também localizada no lugar menos visível da ala das enfermarias – uma divisão espacial que resulta, talvez, de estratégias institucionais de ocultamento daquela que é uma prática ilegal e negadora da maternidade. [...] A organização do atendimento às “curetas” as marginaliza no espaço e no tempo, ficando claro como a instituição se volta, prioritariamente, ao cuidado de parturientes/mães, e não daquelas com abortamento. Essas, portanto, acabam ocupando a posição de “antimães”, o que é indicado pelos próprios termos de denominação: “cureta” e “infectado”. Essa mensagem simbólica,

incorporada à própria estrutura do atendimento, permeia o cuidado e se repete durante toda a permanência das mulheres na unidade (MCCALLUM et al., 2016, p. 52).

Para além do isolamento determinado pela configuração do próprio espaço, as participantes identificaram que o período de espera foi frequentemente caracterizado por tratamentos abusivos perpetrados pela equipe de saúde. Suas narrativas revelam uma variedade de atitudes negligentes e abordagens punitivas, incluindo falta de informação, ausência de cuidados e julgamentos morais implícitos e explícitos (CARNEIRO et al., 2013, p. 410). Adicionalmente, a convivência forçada com a dor também foi descrita pelas participantes, que precisaram suportar os efeitos do medicamento até a realização da curetagem, sem receber medicação adequada ou qualquer tipo de técnica de cuidado. Estes fatores, combinados com a longa espera, gerou em algumas entrevistadas a sensação de desamparo e abandono, trazendo à tona novamente o elemento do “não-cuidado” (CARNEIRO, 2013).

Neste âmbito, é representativo o relato de Natália, que sofreu uma série de tratamentos que podem ser classificados como abusivos durante o período em que permaneceu no hospital aguardando a realização do seu procedimento. O primeiro ponto que chama a atenção é o fato de a participante sequer ter recebido informações básicas sobre seu estado de saúde, tendo permanecido diversas horas sentada, esperando até ser informada de que o feto não possuía batimentos cardíacos. Além disso, a participante foi privada de manter comunicação com o exterior, pois não foi autorizada a realizar contato telefônico com o companheiro pelo aparelho do hospital, que somente ficou sabendo de sua condição quando recebeu alta, três dias depois. Ainda, a participante foi uma das mulheres que confessou ter abortado e utilizado um elevado número de medicamentos, no entanto, não recebeu nenhum cuidado específico ou humanizado: “eu estava lá, tremendo, que é um dos efeitos do remédio né, a gente fica com muito calafrio, e não me deram nem uma coberta, nada”. Assim, nota-se que Natália foi empurrada do âmbito do cuidado e inserida no da punição social e moral, tendo sido obrigada a passar um longo tempo sentada, sem saber o que estava acontecendo com seu corpo, sentindo dores e sem ser escutada por ninguém, o que levou a um desfecho ainda mais complexo:

“Não tenho certeza de quanto tempo fiquei sentada, mas fiquei lá, bem quietinha, e somente às três horas da manhã começaram com o remédio na veia. A partir de então, as dores passaram a aumentar, indo e voltando, cada vez que vinha eu pensava que ia morrer de dor [...] vieram aumentar a dose, e um tempinho depois simplesmente doía demais, a cada vez que vinha, vinha pior. Chegou uma hora que eu simplesmente achei que ia partir ao meio, a dor era dilacerante, juro, achei que eu não ia aguentar mais muito tempo, a dor vinha e eu não conseguia respirar, fiquei em pé na maca muitas vezes, esmurrei as paredes, as enfermeiras não conseguiam me deitar na maca, elas me seguravam e me forçavam, mas eu simplesmente não conseguia ficar deitada. Até que comecei a berrar muito de dor, chorava muito, gritava por socorro, agarrei e

apertei várias enfermeiras, comecei a bater nas paredes, até que senti um líquido quente escorrer pelas minhas pernas. Nesse momento, quando achei que não aguentava mais, as dores diminuíram um pouquinho, o suficiente para eu conseguir respirar um pouco. Consegui trocar de maca e fui levada para outra sala, mas ainda não conseguia ficar deitada quando a dor vinha, eu me contorcía muito, tentava levantar, a vontade é de explodir, de morrer. Quando já estava de dia, finalmente saiu. A enfermeira me mostrou, falou ‘aqui, sua filha’. Foi horrível, uma coisa que nem consigo colocar em palavras” (Natália).

Os maus-tratos e a violência sofridas por Natália são emblemáticas, e equiparam-se à tortura, pois além de precisar suportar a dor física, descrita por ela como *dilacerante*, ela também foi forçada a se tornar uma espectadora de uma cena macabra, em que seu aborto foi teatralizado pela profissional de saúde como se fosse um nascimento (“aqui, sua filha”). Essa abordagem cruel buscou, ao mesmo tempo, reforçar a ideia de maternidade obrigatória, ao impor uma conexão entre o produto da concepção e a mulher que havia confessado o aborto e que foi obrigada a encará-lo como sua filha, a quem foi atribuída personalidade e também relação de parentalidade (CHANETON, VACCAREZA, 2011), e também desumanizar completamente a participante, reduzindo-a a condição de vida nua, insignificante e, portanto, passível de submissão à políticas e cenários de terror e violência.

O caso da participante foi um dos mais violentos entre as mulheres no *corpus*, não sendo possível ignorar que se passou com uma mulher negra, de classe baixa, que abortou tardiamente por não ter conhecimento de que estava grávida, e completamente sozinha. Além de sofrer negligências, Natália também foi vítima de clara violência psicológica, o que denota a confiança por parte dos profissionais de saúde de que a participante não denunciaria o que estavam fazendo com ela, tanto por estar inserida em uma posição de vulnerabilidade, na medida em que estava passível de ser criminalizada por ter confessado pelo aborto, quanto pelo fato de ser uma mulher com recursos financeiros desfavoráveis, sozinha, literalmente deixada para morrer.

No caso de Clara, foi descrita uma situação com alguns pontos de semelhança, mas vivenciada por uma mulher branca e de classe média. A participante foi ao hospital, na companhia de sua irmã, após doze horas de procedimento, pois acordou sentindo contrações descritas por ela como insuportáveis. No hospital, a médica não queria atendê-la, pois ela não tinha os exames necessários, e o socorro apenas foi prestado ao perceber que Clara estava em processo de abortamento, de modo que ainda havia alguma possibilidade de salvação do feto. A participante relatou ter começado a vomitar de dor, entrou no banheiro e “na hora saiu uma bola, saiu bastante sangue, chamei a médica e ela me deitou, tentou ouvir o coração, que já não tinha mais batimentos e fez o toque e viu que já estava descendo”. Diante disso, foi solicitado que a participante vestisse um avental para ir até a sala de parto, no entanto, não houve tempo

hábil: “veio uma contração muito forte, senti no vaso e saiu tudo de uma vez. Foi uma cena muito ruim de ver, ficou pendurado em mim, mas cortaram rápido e tiraram dali”. Enquanto ainda estava deitada na maca, ela ouviu do médico o que classificou como um “sermão horrível”, mas afirmou que naquele momento nem se importava, pois tudo que conseguia sentir era alívio pelas dores terem cessado. Nota-se, na fala da participante, que embora o tratamento recebido também tenha sido falho em diversos pontos, sobretudo ao considerar-se o sermão que recebeu ao fim, houve um afastamento entre ela e o produto da concepção, em um tratamento que pode ser compreendido como menos desumano que o recebido por Natália, o que certamente influenciou na forma como ela interpretou seu processo de abortamento e o serviço prestado na unidade de saúde.

Além disso, faz parte dos maus-tratos praticados contra as mulheres a utilização injustificada de procedimentos ou a omissão de outros que poderiam aliviar dores físicas e sofrimentos psicológicos. Este foi o caso de Regina, participante que, como já trazido, foi induzida pela médica a confessar que havia praticado um aborto. O relato da participante sobre este momento do seu itinerário abortivo foi o mais longo, e não por acaso: Regina precisou realizar uma longa e cansativa jornada para conseguir ser submetida ao procedimento de esvaziamento uterino. A participante disse ter chegado ao primeiro hospital ao final da tarde, mas somente foi atendida tarde da noite. Como não havia comido nada durante todo o dia, uma amiga levou um lanche ao hospital, o que acabou tornando-se uma complicação, pois quando finalmente foi atendida, o médico informou que realizaria na participante o procedimento de aspiração manual intrauterina (AMIU), para o qual era necessário o jejum de oito horas. A participante, que não havia recebido nenhuma orientação neste sentido, ou qualquer outra, voltou para casa, tendo retornado ao hospital no dia seguinte:

“Fiz toda triagem para o atendimento novamente e fiquei aguardando muito, muito tempo. Um desgaste imenso. Na fila para o atendimento obstétrico, como haviam muitas gestantes, ouvia conversas sobre o que levava cada uma ali e eu sempre sustentando de que tinha tido um aborto espontâneo. E sempre vinham as lamentações, os olhares de pena, e eu ficava muito mal com isso. Mas me mantive firme. Algumas mulheres me deram apoio também, e mesmo sem saber da verdade, foi importante. Me fez pensar quantas outras mulheres ali não poderiam estar passando pela mesma situação que eu” (Regina).

A participante expressou desconforto ao ser colocada em uma sala na companhia de mulheres grávidas e em trabalho de parto, relatando que se sentiu julgada quando perguntaram sobre seu bebê. No entanto, paradoxalmente, ela também destacou que a interação com algumas dessas mulheres a ajudou a escapar da solidão e superar o isolamento social. Embora as

motivações para o aborto raramente fossem discutidas abertamente nas conversas na sala de espera - a própria participante admitiu que manteve a versão de que havia sofrido um aborto espontâneo -, houve uma compreensão por parte das outras mulheres, promovida através da escuta mútua e solidária, superando lacunas do tratamento impessoal e distante adotado pelos profissionais de saúde (CARNEIRO et. al, 2013, p. 413).

Quando foi atendida, após o que classificou como uma “imensa espera”, Regina passou pela cena de violência psicológica já descrita anteriormente, em que foi coagida pela profissional de saúde a confessar o aborto para que pudesse ser submetida ao procedimento de esvaziamento uterino. Depois disso, a participante novamente foi obrigada a esperar por um longo tempo, tendo sido encaminhada para a enfermaria somente após muitas horas. Na metade da tarde, Regina foi novamente atendida pela médica, que afirmou que não seria realizado o procedimento de esvaziamento uterino, e sim a utilização do misoprostol, o que lhe causou indignação: “ficaram um dia inteiro me enrolando, sozinha e com fome, para no fim dizer que não tinham autorizado o procedimento e que eu ia usar as vitas de novo. Se fosse assim, era melhor ter feito em casa”. Regina então relatou que foram aplicados quatro comprimidos de misoprostol em sua vagina, e então iniciou o período de repouso. No entanto, mesmo após a utilização dos comprimidos, não houve a expulsão dos restos ovulares. A participante, em completo desespero e se sentindo sem controle sobre os processos que estavam sendo aplicados em seu corpo, aguardou até a troca de plantões e conversou com um novo médico:

“Já cheguei no médico que nem uma maluca, falando que ia processar o hospital se não tirassem aquilo de dentro de mim imediatamente. Ele pareceu disposto a me ajudar, chegou a falar que estavam naquela hora mesmo debatendo meu caso, e que foi decidido que ia ser feito o AMIU em mim. Só que ele falou que para o AMIU precisava estar de jejum, o que quase me fez ter um piripaque, porque eu havia acabado de comer, por determinação da desgraça daquela médica. Aí eu não me aguentei, fiquei pistola, comecei a xingar tudo e todos, falei que ligaria para o meu advogado. O médico tentou me acalmar e falou que iam resolver, porque eu já estava ali fazia dois dias e estava muito claro o descaso que estavam fazendo comigo” (Regina).

A participante foi submetida a uma nova ultrassonografia transvaginal, momento em que se sentiu completamente exposta, pois “um residente colocou um negócio dentro de mim sem dó nenhuma, como se eu fosse um bicho”. Ao final do exame, o médico apareceu com alternativas: explicou que Regina poderia ir para casa e aguardar por alguns dias, pois havia chance de o corpo expelir os restos ovulares naturalmente, ou poderiam realizar o procedimento naquele momento, sem anestesia. Regina relatou ter sentido que seu destino estava em suas mãos, e com medo de não conseguir realizar o procedimento posteriormente, concordou em

submeter-se ao processo de aspiração sem anestesia. De acordo com a participante: “eu não aguentava mais, estava em um ponto que tiraria até com as mãos se pudesse. E fiquei com medo de ir para casa, aquilo apodrecer em mim, eu precisar voltar e começar tudo de novo. Então decidi que era naquela hora ou nunca”. A partir de então, recebeu o que foi classificado por ela como um atendimento humanizado, pois as enfermeiras e médicos foram “ótimos, muito atenciosos”. A participante disse ter recebido uma injeção para dor e uma anestesia local, e no início do procedimento não sentiu muita dor, mas após, “quando ele colocou aquele negócio dentro, bem no fundo, não vou mentir, eu achei que ia morrer”.

O caso de Regina ilustra de maneira clara a objetificação e, por conseguinte, a desumanização do corpo feminino que passa por um aborto. Além de ter sido obrigada a esperar por vários dias, tendo seu caso repassando entre diversos profissionais de saúde, a participante foi submetida a uma série de procedimentos equivocados, orientados de maneira inadequada, sem ter qualquer controle sobre o processo que se desenrolava em seu próprio corpo. Em vários momentos, ela expressou ter se sentido como um “bicho”, evidenciando a condição de vida nua a que foi reduzida, despojada de sua própria humanidade, privada de seus direitos mais básicos, mesmo estando inserida em uma instituição que, normativamente, deveria protegê-la.

Embora Regina tenha sido a única participante a passar pelo procedimento de esvaziamento uterino sem anestesia, seu caso não foi o único a evidenciar negligência no tratamento recebido. Um exemplo disso é o fato de metade das participantes ter sido submetida à curetagem, um método invasivo que envolve a raspagem da cavidade uterina. Esse procedimento foi utilizado apesar da AMIU ser recomendada como a opção preferencial para gestações de até doze semanas (BRASIL, 2014), devido à sua maior eficácia, menores custos e menor probabilidade de complicações, além de ajudar a reduzir o sofrimento físico e psicológico das mulheres, tendo em vista causar menores desconfortos no pós-procedimento (LIMA, 2014, p. 133). Ainda, embora Gabriela e Regina tenham sido submetidas à AMIU, relataram não terem recebido informações completas e detalhadas sobre a técnica, bem como não tiveram nenhuma participação na escolha do método, o que também contraria a Norma Técnica (BRASIL, 2014).

Ainda no que diz respeito ao método, além de Regina, outras participantes também utilizaram o misoprostol em contexto hospitalar. A participante Gabriela, inclusive, disse ter ficado surpresa ao receber dos profissionais de saúde quatro comprimidos hexagonais idênticos aos que havia ingerido por conta própria: “é engraçado que antes do procedimento eu tinha medo do remédio me matar, mas até no dia da curetagem a médica me deu, se fosse assim tão

perigoso o hospital não teria me oferecido e falado que era seguro”. De acordo com a participante, no momento em que recebeu os remédios, a médica disse “olha, o remedinho é seguro e tranquilo, vai expulsar esses restos que tem em você de forma mais natural”. É neste contexto que novamente se apresenta a noção da vida dupla do misoprostol (DE ZORDO, 2016), a partir da qual as dobras entre legalidade e ilegalidade operam a partir de uma lógica ambivalente: ao passo que a utilização do medicamento pelas mulheres no espaço privado é condenada, o uso em ambiente hospitalar é considerado legítimo. De acordo com Lopes (2023), essa ambiguidade demonstra mais uma forma pela qual se opera o reconhecimento da supremacia da medicina e do saber médico sobre os saberes e práticas tradicionais femininas.

Em relação ao procedimento de esvaziamento uterino, seja a curetagem ou a AMIU, as participantes afirmaram que foi realizado com rapidez. A maior parte das mulheres não apresentou complicações ou condições graves após a sua realização, de modo que puderam receber alta no mesmo dia. No entanto, Natália e Heloísa foram internadas, dada a complexidade dos seus procedimentos e da condição grave que apresentavam quando chegaram à unidade de saúde. Durante o período em que permaneceram no hospital, aguardando a alta, todas as participantes relataram terem recebido poucas ou nenhuma visita, o que afetou diretamente a percepção que tiveram sobre o momento em que permaneceram no hospital. Em seu relato, Natália disse que: “foi um dia horrível, o procedimento não foi tão difícil, o pior foi o psicológico abalado. Não tinha ninguém para ficar comigo no hospital, e fiquei lá por três dias”. Além disso, outras participantes informaram terem permanecido em salas com outras mulheres e seus recém-nascidos enquanto aguardavam a alta, o que foi avaliado de forma distinta pelas mulheres. Regina disse que, após o procedimento, “fiquei no mesmo quarto das mulheres em observação pós-parto e fiquei muito baqueada, foi sofrido demais. Me senti um monstro”. De acordo com Carneiro et. al (2013), os dados de sua pesquisa qualitativa demonstraram sentimento bastante similares de mulheres que, após o aborto, foram obrigadas a conviver com puérperas e seus bebês, o que além de denotar violência simbólica, também é uma omissão explícita à Norma Técnica (BRASIL, 2014).

No entanto, algumas participantes relataram que o apoio de outras mulheres foi o único suporte que receberam durante o pós-procedimento, destacando assim a sua importância. Natália mencionou que conhecer outras mulheres que também passaram por abortamento a fez sentir-se acolhida: “na sala tinha mais duas meninas sem bebê, e a cara não esconde, a gente sabe. Então a gente se juntou e conversou, se deu força. Foi muito importante para mim”. A consolidação deste ambiente de acolhimento foi crucial para ela, pois, embora seja notável que,

em alguma medida, a sua alocação naquela sala se deu como forma de oprimir e repreender suas condutas, a interação com outras mulheres possibilitou a criação de um verdadeiro mecanismo de resistência, configurado como uma rede de solidariedades (CARNEIRO, et al., 2013, p. 413). Essas mulheres compartilharam experiências e se apoiaram mutuamente, algo que Natália considerou fundamental na sua vivência, especialmente porque ela não pôde contar com nenhum suporte de sua rede de apoio primária ou de profissionais de saúde durante esse momento crítico do itinerário abortivo, a despeito da previsão de tratamento psicológico para mulheres que vivenciaram abortamentos na Norma Técnica (BRASIL, 2014).

Conforme estabelecido pela Norma Técnica (BRASIL, 2014), após a alta, as participantes deveriam ter sido devidamente instruídas sobre cuidados pessoais e, particularmente, sobre a utilização de métodos contraceptivos pós-aborto. No entanto, entre as participantes que foram submetidas ao procedimento de esvaziamento uterino, apenas duas foram orientadas nesse sentido. Gabriela recebeu o tratamento mais adequado entre as mulheres do presente *corpus*, pois antes mesmo do procedimento, sua médica sugeriu a inserção de um DIU, fornecendo-lhe todas as informações necessárias, sendo este o método contraceptivo que a participante utiliza até a atualidade. Além dela, Heloísa foi a única outra paciente informada sobre contracepção, no entanto, em seu caso os cuidados limitaram à prescrição do contraceptivo oral, sem a sua participação na decisão pelo método. Em um estudo realizado por Tornquist et al. (2012) sobre orientação contraceptiva fornecida em uma unidade básica de saúde em Florianópolis-SC, foi observado que o tratamento despendido por profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento das mulheres em situação de pós-abortamento foi classificado como impessoal, tendo as informações sido fornecidas sem considerar as experiências e conhecimentos das mulheres. Esta abordagem também foi apontada por Heloísa, que descreveu ter recebido um tratamento classificado como “grosseiro e rápido”, além de desvinculado de sua realidade, levando-a a interromper o uso do contraceptivo recomendado poucas semanas após o procedimento, devido aos efeitos colaterais.

Além disso, nenhuma das pacientes recebeu instruções específicas sobre o uso de preservativos ou o intervalo necessário entre o procedimento abortivo e o retorno à atividade sexual. É relevante, nesse contexto, abordar os casos de Laura e Amanda, cujos relatos evidenciam as consequências diretas da prestação insuficiente de cuidados pelos profissionais de saúde. Embora não tenham sido submetidas aos procedimentos de esvaziamento uterino, ambas buscaram serviços de saúde após a prática do aborto, e relataram não terem recebido orientações adequadas sobre contracepção e resguardo. Essas mulheres experimentaram

gestações consecutivas em curtos intervalos, devido à prática de sexo desprotegido no período pós-abortamento, erroneamente acreditando que não poderiam engravidar.

Conclui-se, conforme observado por Carneiro et al. (2013), que a falta de cuidados adequados, em contravenção à Norma Técnica, não apenas reforça a medicalização do corpo feminino por meio da anticoncepção, mas também aumenta a responsabilidade das mulheres em relação à contracepção, expondo-as ao risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis e de vivenciar gravidezes indesejadas consecutivas, ao negligenciar a promoção da educação sexual (CARNEIRO et al., 2013, p. 413). Além disso, várias participantes compartilharam terem recebido suporte e informações sobre contracepção e cuidados após o aborto somente a partir das acompanhantes feministas que as auxiliaram durante o processo de abortamento. Isso demonstra novamente a responsabilidade que as mulheres assumem diante da omissão do Estado em fornecer e assegurar a prestação de cuidados essenciais.

No escopo desta investigação, a maioria das entrevistadas expressou uma percepção predominantemente positiva em relação ao atendimento recebido nas unidades de saúde a que recorreram, o que já foi identificado em pesquisas anteriores de natureza semelhante (CARNEIRO et al., 2013; LIMA, 2014). Apesar de reconhecerem algumas das problemáticas na assistência prestada, a maioria das participantes tendeu a ressaltar os aspectos positivos de suas experiências em detrimento dos negativos, mesmo em situações em que foram expostas a julgamentos explícitos e violências. Nos casos de Natália e Regina, por exemplo, que enfrentaram tratamentos violentos por parte dos profissionais de saúde, a avaliação do atendimento pareceu dissociada da totalidade de suas experiências, com ambas demonstrando alívio após a conclusão do procedimento e a possibilidade de retorno ao lar e à normalidade. Contudo, apesar da percepção positiva geral, a análise dos relatos revela a existência de questões pertinentes, que merecem destaque. Afinal, como questionado por Chaneton e Vaccarezza (2011), como justificar a classificação de um tratamento como positivo, quando este envolve interrogatórios, coerções, julgamentos explícitos e atos evidentes de violência e crueldade?

A avaliação positiva de mulheres que recorreram a unidades de saúde para realização de procedimentos de esvaziamento uterino, mesmo quando suas vivências são permeadas de julgamentos e violências, evidencia claramente que a incidência do biopoder não se limita apenas ao âmbito institucional e ao comportamento dos profissionais de saúde, mas também se manifesta na maneira como as práticas institucionais são internalizadas por mulheres que necessitam recorrer a serviços de saúde (CHANETON, VACCAREZA, 2011, p. 111). A

operacionalização desse mecanismo se baseia na valorização excessiva de um atendimento considerado, na melhor das hipóteses, regular. De acordo com Carneiro e colaboradores (2013), isso indica uma tendência entre os usuários de serviço de saúde, sobretudo aqueles com menor renda e escolaridade, de manterem expectativas baixas em relação aos serviços de saúde pública, levando-os a interpretarem o tratamento recebido como positivo simplesmente por ele ter sido disponibilizado (CARNEIRO et. al, 2013, p. 414). Além disso, nota-se que algumas mulheres internalizaram a ideia de que um tratamento negativo não era somente possível, mas esperado. Muitas delas, por exemplo, acreditavam que o procedimento seria realizado sem anestesia e ficaram surpresas ao serem submetidas a procedimentos rápidos e relativamente indolores, embora tenham sido marcados por julgamentos morais e, em alguns casos, até mesmo violência por parte da equipe médica, conforme também identificado na mencionada pesquisa (CARNEIRO et. al, 2013, p. 414). Essa interseção de questões e percepções muitas vezes faz com que as mulheres deixem de perceber o preconceito dos profissionais em relação ao aborto ou as violências praticadas, ou até mesmo acreditem que merecem esse tipo de tratamento, por terem praticado uma conduta considerada criminosa e moralmente errada (CARNEIRO, et. al, 2013, p. 414).

A análise dos relatos apresentados revela a urgência de se repensar o papel das unidades de saúde nos itinerários abortivos de mulheres brasileiras. Embora o acesso aos serviços de saúde seja um princípio fundamental do SUS, as situações de abortamento abordadas nesta pesquisa evidenciam a presença de um sistema simbólico e institucional de valores que discrimina as mulheres, configurando uma violência legitimada por um aparato de biopoder. Os dados fornecidos demonstram de forma clara que a qualidade dos cuidados disponíveis e a forma como são administrados em muitos casos representam uma ameaça direta à saúde física e psicológica das mulheres, ao passo que para algumas são despendidos esforços para salvar suas vidas e resguardar suas integridades, ao passo que outras são relegadas à morte, ao descuido e à desumanização. Isso é especialmente preocupante ao considerar-se que todas as pacientes relataram, em alguma medida, que suas necessidades individuais não foram observadas; que enfrentaram dificuldades para encontrar atendimento, o que as fez peregrinar por diversas unidades de saúde; que precisaram aguardar longas horas de espera para receber cuidados e que receberam pouca ou nenhuma informação sobre seu estado de saúde e o procedimento ao qual seriam submetidas. Além disso, nos casos mais graves, foi descrita evidente violência e maus-tratos por parte dos profissionais de saúde, transformando o cuidado

obstétrico, que deveria ser um momento de apoio e acolhimento, em uma experiência de violência e desumanização.

6 CONCLUSÃO

A escritora brasileira Conceição Evaristo, ao tratar de Ponciá Vicêncio, personagem da obra que leva seu nome, nos traz que “às vezes, não poucas, o choro da personagem se confundia com o meu, no ato da escrita. Por isso, quando uma leitora ou um leitor vem me dizer do engasgo que sente, ao ler determinadas passagens do livro, apenas respondo que o engasgo é nosso” (EVARISTO, 2017, p. 07). A presente pesquisa, da mesma forma, é fruto de um engasgo, que gradativamente virou impulso, encontrou-se com o engasgar de outros corpos, transmutou-se lentamente em fala, e por fim consolidou-se através da escrita, que pela coletividade intrínseca à sua natureza permitiu a criação de um espaço de heterogeneidade, composto por vozes coexistem, de modo que não se escreve apenas por mim, mas por nós.

Ao longo de dois anos, dezesseis foram as vozes que, ao falarem, passaram a compor este ‘nós’. Dezesseis vozes de mulheres brasileiras, com idades entre 19 e 40 anos; provenientes de diversos grupos sociais, étnicos, raciais e culturais; oriundas de classes médias e baixas; residentes em áreas urbanas, e pertencentes a diferentes segmentos religiosos e estruturas afetivas e familiares. Dezesseis vozes de mulheres que todos os dias acordam, trabalham, estudam, cuidam dos seus filhos e buscam melhores condições de vida para si e para os seus. Mulheres que, de diversas formas, ocupam espaços, formam e são formadas por discursos, adotam distintas performances e rechaçam outras tantas. Mulheres comuns, que gestam, sangram, que em algum momento de suas vidas reprodutivas praticaram um aborto e, em outro, decidiram falar sobre isso.

Portanto, é a partir deste denominador de “mulher comum”, que ao longo deste estudo busquei retirar do aborto qualquer viés de excepcionalidade. O aborto é uma prática comum, praticada por mulheres comuns: por *nós*. Uma prática que, ainda assim, segue criminalizada. No Brasil, a criminalização do aborto pode ser vista como um mecanismo essencialmente punitivo, e embora a maioria das mulheres que passam por essa experiência não enfrente diretamente o Sistema de Justiça Criminal, a proibição da interrupção voluntária e autoadministrada de gestações funciona como uma estratégia política para manter os corpos em seus lugares designados, adotando as performances deles esperadas. Dentro desse contexto, o aborto se configura como uma questão biopolítica, marcada por uma conexão intrínseca entre o controle da sexualidade e as relações de poder, que define o quão conveniente é para o modelo socioeconômico vigente a continuidade da gravidez e da vida de uma mulher.

Este estudo, construído sob perspectiva biopolítica, embasado por uma epistemologia feminista e, principalmente, fundamentado na premissa de que a proibição do aborto mais está relacionada com a manutenção de focos de poder e com o controle de quem tem o poder de decidir, comandar e controlar corpos e realidades de que a com a prática abortiva propriamente dita, pautou-se primordialmente na identificação de uma lacuna: embora muito se fale sobre o aborto e sobre o controle da sexualidade e reprodutividade das mulheres brasileiras, as perspectivas das próprias mulheres que interromperam uma gestação de forma clandestina são frequentemente desconsideradas na literatura sobre o tema, tendo em vista o seu difícil acesso. Assim, por meio da observação da subjetividade das sujeitas que enfrentam a interrupção de uma gestação dentro do contexto da clandestinidade, busquei responder ao seguinte questionamento: de que forma a biopolitização do corpo reprodutivo promove a desumanização de mulheres brasileiras que passaram pela experiência do aborto clandestino?

Com a abertura do campo-tema, visando uma organização alinhada com os objetivos do projeto e com a lacuna que pretendo ajudar a preencher, ancorei-me no método da Análise Crítica da Narrativa e nas interlocuções com o aporte teórico selecionado para ampliar minha compreensão tanto no que diz respeito ao fenômeno do aborto quanto da biopolítica e das relações de poder pautadas em perspectiva de gênero. A partir das narrativas, procurei, inicialmente, compreender o aborto a partir de uma nova perspectiva, não me afastando completamente da visão pautada na tipificação penal e na criminalização, de seu enfoque médico-hospitalar e da abordagem voltada à saúde coletiva, mas incluindo nessas abordagens as subjetividades, singularidades e semelhanças presentes nas falas das mulheres que abortaram em sigilo. Assim, a partir desta estratégia e da consolidação de uma ampla base teórica e empírica, identifiquei a noção de *itinerários abortivos* como uma possível forma de organizar sequencialmente as experiências trazidas por meio das narrativas, tendo esta sido a forma que escolhi para apresentar os dados obtidos de forma coesa.

Ao analisar as dezesseis narrativas, desenvolvi uma interpretação das histórias de maneira sistemática, porém flexível, estruturando-as em dois capítulos centrais. No primeiro capítulo voltado ao desenvolvimento dos dados colhidos na pesquisa empírica, busquei trazer uma discussão detalhada sobre os métodos contraceptivos utilizados ou não pelas participantes, e os cuidados aplicados para prevenir gestações; perpasssei os momentos de desconfiança e descoberta da gravidez indesejada, até alcançar o período de decisão sobre a interrupção da gestação. No capítulo seguinte, de modo a continuar a discussão, passei a abordar o que denominei “intervalo”, focando na configuração das redes de apoio e contatos estabelecidos

pelas participantes durante o processo abortivo e na escolha dos métodos abortivos. Em seguida, apresentei os relatos sobre o procedimento abortivo propriamente dito, bem como os cuidados pós-procedimento. Por fim, trouxe as experiências das mulheres em unidades de saúde. Em cada uma dessas fases, procurei identificar nas narrativas as manifestações de dispositivos de controle, dinâmicas de poder e possíveis rupturas vinculadas ao contexto do aborto experienciado por cada uma das mulheres. O objetivo foi compreender os mecanismos e forças de controle social que atuam sobre as mulheres que optam por abortar na clandestinidade, como são atravessadas pelo poder e impactadas pela ilegalidade, levando-as a uma condição de vida indigna e despolitizada, consubstanciada no que aqui descrevo enquanto *hystera homo sacer*, termo emprestado da pesquisadora Joice Nielsson (2020) para dizer respeito ao corpo cuja utilidade ao sistema é determinada a partir do seu valor reprodutivo.

Inicialmente, ao tratar da educação sexual e da contracepção a partir das vivências das participantes, alguns aspectos de crucial relevância analítica foram trazidos à tona. Os relatos mostraram que as circunstâncias que levaram às gestações indesejadas foram variadas, não englobando somente o descuido ou o risco, mas também a crença em métodos que não funcionaram; a confiança de que uma gravidez não era possível no momento em que se relacionaram sexualmente; a irresponsabilidade do parceiro na garantia da contracepção, e até mesmo a usurpação do poder de escolha das participantes pelo parceiro, inclusive por meio de violência sexual. As vivências das participantes mostram que, ao contrário do idealizado pelo senso comum, a maior parte das mulheres não engravidou por falta de cuidados. Pelo contrário, todas as participantes, em alguma medida, abordaram o cuidado na prática sexual, mesmo quando a contracepção não foi uma realidade.

Além disso, as falas das participantes permitiram concluir que o acesso que uma mulher tem (ou não) a métodos contraceptivos está totalmente relacionado à forma como seu corpo está inserido nas dinâmicas de poder, o que foi apresentado neste estudo a partir de dois aspectos principais. O primeiro aspecto diz respeito às condições socioeconômicas em que o corpo está inserido, sendo possível constatar que as participantes com melhores condições financeiras demonstraram maior liberdade na gestão de sua sexualidade e vida reprodutiva, bem como tiveram acesso mais facilitado à métodos contraceptivos, especialmente os de longa duração. Em contraste, mulheres em situação de pobreza, especialmente negras, enfrentaram maiores dificuldades para acessar métodos contraceptivos através do sistema público de saúde, sendo notável em suas falas o reconhecimento de maiores obstáculos para cuidar e proteger seus próprios corpos.

O segundo aspecto trazido pelas mulheres que mais pareceu impactar no acesso a métodos e cuidados contraceptivos foi a relação com o parceiro e suas vontades dentro da dinâmica sexual. Os dados coletados na interlocução teórica e os depoimentos das participantes revelaram que a contracepção é frequentemente percebida como uma responsabilidade exclusiva das mulheres, o que é evidenciado não somente pelo comportamento masculino, mas também pela própria autoimagem criada pelas participantes. Essa estrutura e os mecanismos que a sustentam foram evidenciados a partir do reconhecimento de dois discursos principais, sendo o primeiro o da culpabilização feminina, desenvolvido a partir da naturalização do pensamento de que uma gestação não planejada denota uma falha moral da mulher, que por não ter cumprido seu papel em garantir a contracepção, deve ser forçada a seguir com uma gravidez que não conseguiu evitar; e o segundo de que o homem possui a última voz quando o assunto é contracepção, sendo notável a resistência dos parceiros na utilização de métodos contraceptivos e a dificuldade ou impossibilidade das mulheres em afirmar suas vontades durante a prática sexual.

A integração desses elementos permitiu concluir que o biopoder, fortalecido por um regime disciplinar baseado na vigilância do corpo, na repressão da sexualidade e no controle da autonomia, não apenas se fundamenta em uma falsa separação dos papéis reprodutivos entre os gêneros, mas depende dela para ser perpetuado. Esse regime discrimina as mulheres e exime os homens da responsabilidade pela contracepção, naturalizando relações de poder e dominação que perpetuam o controle dos corpos femininos através de suas vidas sexuais e reprodutivas. Embora esse mecanismo se manifeste claramente nos relatos sobre contracepção e educação sexual, ele permeia toda a experiência abortiva das mulheres.

O segundo tema discutido pelas participantes foi a desconfiança e a descoberta da gravidez. Nas entrevistas, esses dois momentos emergiram como marcos iniciais comuns nas trajetórias que culminaram na interrupção voluntária da gestação, e foram abordados através da exposição das emoções e sentimentos vividos, começando com a percepção do atraso menstrual, mudanças corporais ou sintomas típicos da gravidez, e culminando com a confirmação por meio de métodos diagnósticos. A partir dos relatos, foi possível identificar dois pontos nas falas das mulheres que reforçam a lógica biopolítica supracitada: o primeiro foi o sentimento de recusa e negação da gestação por parte das mulheres, mesmo diante da percepção de sintomas, o que em muitos casos, fez com que protelassem a busca por exames diagnósticos, e o segundo foi o fato de a desconfiança e descoberta terem sido pontos dos itinerários abortivos que ocorreram de forma majoritariamente solitária.

Embora à primeira vista esses pontos possam não parecer correlacionados, as declarações das participantes revelam que ambos se baseiam em um fator comum: ao enfrentarem a possibilidade de uma gestação indesejada, as participantes se viram confrontadas pelos dispositivos da sexualidade, reprodutividade e maternidade. Essa situação é marcada pela percepção de que a recusa da gestação implicará a frustração de expectativas coletivas, a transgressão de normas legais e sociais, e a contradição de valores morais e religiosos. Isso resulta em sentimentos de vergonha, receio e, principalmente, medo, que se manifestam através da necessidade de ocultar a situação tanto de si mesmas quanto dos outros. O efeito imediato desse confronto é a não realização de exames diagnósticos, como uma forma de negar a realidade, e a recusa em compartilhar a condição com outras pessoas. O refinamento do mecanismo biopolítico reside justamente no fato de que esses dois fatores preliminares determinam, desde o início, quais mulheres terão acesso a procedimentos mais seguros e quais enfrentarão de forma mais aguda os efeitos da clandestinidade e da ilegalidade, pois são essas últimas que geralmente vivenciam seus procedimentos em completa solidão e realizam exames diagnósticos apenas quando a gestação já está em um estágio avançado.

Na presente pesquisa, o teste de farmácia foi o método diagnóstico mais utilizado entre as participantes, funcionando como um marcador na transição entre a desconfiança e a confirmação da gravidez. Observou-se também uma alta incidência de exames de sangue beta-HCG após o teste de urina, ao passo que os exames de ultrassonografia foram menos frequentes. Todas as participantes realizaram pelo menos um tipo de teste, embora a modalidade e a frequência dos exames tenham variado significativamente. Para as mulheres com melhores condições financeiras, predominantemente brancas, foi comum a realização de múltiplos e repetidos testes de farmácia e exames de sangue beta-HCG, tanto com o intuito de confirmar quanto de assimilar sua condição. Em contraste, mulheres com condições financeiras mais precárias, especialmente negras, foram as que menos realizaram testes de farmácia e exames de sangue beta-HCG, mas as que mais realizaram exames de ultrassonografia. Isso sugere que, para essas mulheres, a busca por diagnóstico não se limitou à confirmação da gravidez, mas refletiu contextos de vulnerabilidade mais profundos, pois a realização do exame esteve condicionada ao fato de terem buscado por exames diagnósticos em idades gestacionais mais avançadas. Portanto, uma possível conclusão é que, ao contrário do senso comum, a utilização de métodos diversos e combinados não é necessariamente um indicativo de segurança, sendo necessário levar-se em conta a realidade específica de cada mulher e os marcadores sociais que carrega em seu corpo.

Após explorar a desconfiança e a descoberta, debrucei-me, em um terceiro momento, sobre os processos decisórios relatados pelas participantes. Para muitas, essa fase do itinerário foi considerada simultaneamente a mais importante e complexa de seus percursos. Todas as participantes descreveram que a tomada de decisão ocorreu de forma imediata, geralmente logo após a confirmação da gravidez e, em alguns casos, até mesmo durante a fase de desconfiança. No entanto, ficou claro que, embora a decisão tenha sido tomada rapidamente, não foi um movimento impulsivo ou impensado. Além disso, foi evidente, em todos os casos, uma reivindicação por parte das mulheres sobre o controle do futuro da gestação, o que não quer dizer que a decisão se deu sem a influência de outras pessoas. A participação dos parceiros no processo decisório foi particularmente significativa, tanto de maneira positiva quanto negativa, desafiando a ideia amplamente difundida de que o homem está sempre ausente nas decisões relacionadas ao aborto, mas também reforçando a noção de que a participação dos parceiros em momentos de decisão reflete de forma muito nítida esquemas de poder e dominação essencialmente androcêntricos, não tendo sido raros os relatos de parceiros que tentaram sobrepor sua vontade à da mulher no que diz respeito à continuidade da gestação.

Os relatos das participantes revelam que diversos contextos as levaram a considerar o aborto como a melhor alternativa para suas vidas naquele momento. O fator mencionado com mais frequência para a decisão pelo aborto foi a questão financeira, no entanto, nenhuma das participantes relatou ter optado pela interrupção da gravidez exclusivamente por esse motivo. O segundo fator mais citado foi o receio de que a continuidade da gestação interferisse nos planos pessoais e profissionais previamente estabelecidos. Além disso, o relacionamento com o parceiro, as expectativas quanto à responsabilidade paterna e o desejo de não estabelecer um vínculo duradouro com o homem também foram destacados por algumas mulheres. Ainda, algumas participantes ainda mencionaram que a decisão pelo aborto foi influenciada pelo desejo de proporcionar melhores condições de vida aos filhos que já tinham; outras optaram pelo aborto por questões de saúde e uma delas decidiu abortar pelo fato de a gestação ter advindo de estupro.

Um aspecto interessante revelado neste momento dos itinerários é que, apesar de todas as participantes terem optado pelo aborto em algum momento de suas vidas, a maioria delas expressou que ter filhos era um plano para o futuro, desafiando a ideia de que mulheres que abortam são contrárias à maternidade. Pelo contrário, muitas afirmaram que não estavam dispostas a trazer uma criança ao mundo naquele momento específico devido à incapacidade de proporcionar condições adequadas para o pleno desenvolvimento daquela vida. Para essas

mulheres, o aborto foi uma maneira de evitar que outra pessoa enfrentasse condições de precariedade e vulnerabilidade social por elas vivenciadas, havendo especial destaque à dignidade como um fator crucial em sua decisão pelo aborto, associando-a à falta de recursos financeiros e à impossibilidade de oferecer uma vida estável ao filho que estaria por vir. Nesse sentido, o aborto pode ser compreendido, a partir dos relatos trazidos, não apenas como um exercício de autonomia, mas também como um ato de amor, conceito desafiador na medida em que não é geralmente associado à prática abortiva, mas também poderoso, pois confronta diretamente as políticas de dominação (hooks, 2021).

Com base nas análises, é possível compreender que o processo decisório marca, justamente, o momento em que as participantes se opõem diretamente, mesmo que inconscientemente, a estas (bio)políticas, rompendo com as expectativas sociais, culturais e simbólicas impostas desde o seu nascimento e de sua construção performática enquanto corpo feminino. Embora diferentes histórias, motivos e razões tenham sido apresentados por cada uma das participantes, o desejo de não vivenciar uma gravidez naquele momento e a sensação de não pertencimento relacionada tanto ao processo que se desenvolvia em seus corpos quanto ao produto da concepção emergem como os principais fatores impulsionadores da decisão. Isso é evidente em todos os processos decisórios das participantes e destaca a autonomia manifestada em corpos que, ao enfrentar uma gestação indesejada, não viram a maternidade como algo que cabia em suas vidas naquele momento.

Embora o processo decisório geralmente ocorra de forma imediata, a presente pesquisa revelou que, na prática, ele se manifesta como uma suspensão contínua que se estende ao longo dos momentos subsequentes, quando as mulheres adentram no campo da clandestinidade, em que cada uma de suas decisões passa a carregar consigo o peso de suas vidas e de sua segurança. É a partir disso que a pesquisa adentrou em um novo momento, em que o confronto com os dispositivos da sexualidade, reprodutividade e maternidade passa a coexistir com a ilegalidade e com a precariedade inerente à imersão no campo de indistinção. Iniciei a análise sobre este novo momento a partir do que denominei de intervalo. O intervalo marca a entrada efetiva das mulheres no campo da clandestinidade e, no estudo, foi dividido em duas fases principais: a primeira aborda o processo de busca e identificação do método abortivo mais eficaz e a consolidação de redes de apoio, enquanto a segunda refere-se à aquisição do método escolhido.

No que diz respeito à obtenção de informações sobre métodos abortivos, a internet se destacou como a principal fonte consultada pelas participantes. Além de ter sido utilizada em um primeiro momento, ainda no campo da desconfiança, as participantes relataram que a

internet desempenhou um papel fundamental na aquisição do método escolhido e na compreensão das etapas preparatórias para a realização do aborto. A pesquisa revelou uma influência considerável dos fatores de raça e classe social no uso da internet para obter informações. A maioria das participantes que relataram ter sido vítimas de golpes online ao adquirir medicamentos abortivos pertencem às classes socioeconômicas mais baixas, apresentam maior idade gestacional e possuem menor nível de escolaridade, o que sugere que as desigualdades sociais afetam significativamente a forma como as informações são acessadas e utilizadas.

De maneira correlata, outro aspecto de particular importância no processo formativo dos itinerários abortivos é a construção de redes de apoio e contatos. Inicialmente, a rede de apoio das mulheres consistia principalmente em contatos primários, como parceiros, familiares e amigos. Contudo, neste estágio, essa rede se amplia e possibilita a inclusão de outras pessoas. A forma como essas esferas de apoio se entrelaçam, se aproximam ou se distanciam mostrou exercer influência significativa no curso do procedimento, bem como o acesso da mulher a informações confiáveis sobre técnicas, métodos e cuidados. Dois aspectos são particularmente relevantes ao considerar a consolidação dessas redes. O primeiro é que a internet possui grande influência na forma como elas são consolidadas, pois é a partir dela que as mulheres puderam estabelecer contato com outras pessoas, como fornecedores de medicamentos, profissionais de saúde, participantes de grupos e ONGs. Além disso, há menção na grande maioria das entrevistas de que o acesso a relatos e depoimentos de outras mulheres através da internet configurou a primeira fonte de informação considerada segura, para muitas participantes, acerca do método abortivo a ser utilizado e dos cuidados a serem adotados antes, durante e após o procedimento abortivo.

O segundo aspecto relevante na análise da formação das redes de apoio é o concomitante afastamento dos parceiros e o surgimento de figuras femininas. Nos itinerários observados, foi notado que, a partir do intervalo, a presença masculina tende a diminuir gradativamente e a se tornar menos frequente, o que parece estar associado ao fato de que, após a decisão, a responsabilidade pelo aborto volta a recair exclusivamente sobre as mulheres, na medida em que é um processo que ocorre exclusivamente em seus corpos, de modo que os homens tendem a se distanciar. Essa dinâmica ressalta as diversas maneiras pelas quais o corpo feminino é centralizado nas negociações dentro dos itinerários abortivos. Contrapõe-se a esse fenômeno o fato de que o momento do intervalo também é caracterizado pela ascensão de papéis centrais assumidos por mulheres. A participação ativa de mães, avós, tias, primas, irmãs, amigas e

conhecidas na busca por métodos abortivos adequados e fontes de informação confiáveis foi frequentemente mencionada. Além disso, foi notável o aparecimento de uma nova figura, ainda pouco conhecida na literatura brasileira sobre o aborto: a da acompanhante feminista.

Em seus relatos, diversas mulheres afirmaram que, no curso dos seus processos, conheceram pelos meios virtuais mulheres associadas a grupos dedicados a apoiar outras mulheres durante procedimentos abortivos. Embora não tenhamos obtido informações detalhadas sobre a operação desses grupos no Brasil, o que sugere a necessidade de investigações futuras, constatou-se que muitas participantes receberam orientação dessas acompanhantes tanto na aquisição dos medicamentos quanto na administração segura dos mesmos. Nos casos das participantes desta pesquisa, o contato com outras mulheres é tido como essencial não somente pelo repasse de informações, mas também porque foi através desses laços que as participantes conseguiram obter apoio emocional, sendo que, para algumas, o modelo de assistência descrito foi sua única fonte de amparo e cuidado durante o procedimento abortivo.

O método abortivo utilizado por todas as dezesseis participantes desta pesquisa foi o misoprostol, corroborando com evidências de estudos similares realizados na última década (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017, 2023). As mulheres frequentemente relataram ter escolhido este medicamento devido às suas características de segurança, discrição e acessibilidade, informações que tiveram acesso principalmente a partir dos relatos de outras mulheres que passaram por experiências abortivas. No entanto, em poucos casos, o uso do misoprostol foi isolado: a maioria das participantes complementou o uso do medicamento com a ingestão de chás, líquidos, poções e outras substâncias, tanto antes quanto durante o tratamento com o misoprostol, como parte de sua estratégia para interromper a gestação, demonstrando a persistência na utilização do conhecimento natural, intergeracional e histórico mesmo quando o acesso à medicação é uma realidade.

A criminalização e os impactos da clandestinidade foram amplamente vivenciados pelas participantes durante a aquisição do misoprostol. A restrição e criminalização da comercialização deste medicamento no Brasil, classificado como essencial em contexto hospitalar, mas tido como proibido para mulheres que pretendem utilizá-lo para praticar um aborto autoadministrado, faz com que seja inserido no mercado ilegal como uma droga, tornando-se uma substância de difícil e arriscado acesso. A ausência de regulamentação e fiscalização sobre a venda, uso e eficácia do misoprostol contribuiu para a precariedade dos procedimentos abortivos, não tendo sido raros os relatos de mulheres que enfrentaram golpes no momento de aquisição do medicamento, especialmente via internet, ou que não foram

orientadas corretamente sobre como utilizar o medicamento, resultando na necessidade de manipulação de doses sucessivas. Essas questões afetaram particularmente as mulheres com menor condição financeira, que muitas vezes enfrentam longos períodos de espera entre a busca pelo método e a realização do procedimento abortivo, evidenciando como as mulheres em situação econômica desfavorável são as mais impactadas pelos efeitos da ilegalidade.

A forma como o intervalo é experienciado por cada participante reflete diretamente o modo como o procedimento abortivo será realizado posteriormente. De acordo com as entrevistas, o procedimento foi frequentemente descrito pelas participantes como um momento de grande medo, relacionado a possíveis complicações durante a interrupção, como o receio de morte, falha no procedimento ou receio da criminalização, evidenciando as condições de ilegalidade e clandestinidade enfrentadas. A forma como os temores são sentidos e descritos demonstram que as preocupações das participantes com o sucesso do procedimento estão profundamente conectadas às suas condições sociais e econômicas, às redes de apoio e contatos disponíveis, à quantidade de medicamentos adquiridos e à qualidade das informações recebidas.

Essas condições também permitiram uma variedade de interpretações sobre o aborto. Para diversas participantes da pesquisa, o aborto medicamentoso foi percebido como uma experiência traumática e permeada pelo sofrimento, em grande parte devido à dor intensa, mas também pelo desconhecimento do que estava acontecendo com seus corpos e pela solidão vivenciada durante o processo. Outras participantes destacaram o impacto predominante do estigma associado ao aborto, que inclui sentimento de culpa, vergonha e remorso após a interrupção da gravidez. No entanto, também há relatos de alívio, associados à sensação de liberdade e autonomia sobre suas escolhas reprodutivas. Assim como no momento da tomada de decisão, é relevante observar que os sentimentos e emoções das mulheres não estão exclusivamente vinculados à clandestinidade e ilegalidade do aborto. Contudo, o peso do estigma frequentemente impede que as mulheres experimentem e expressem emoções sem que estas sejam imediatamente associadas a uma perspectiva jurídica de punição ou a uma visão essencialmente religiosa de pecado.

De maneira geral, as participantes deste estudo utilizaram os medicamentos abortivos predominantemente durante a noite e expeliram o produto da concepção na madrugada, um padrão também observado em pesquisas similares (DINIZ; MEDEIROS, 2010, 2012). Contudo, ao contrário da tendência identificada em outros estudos, onde a maioria das mulheres buscou serviços de saúde ao amanhecer, neste estudo a maioria procurou atendimento médico em momentos posteriores, especialmente nos casos de abortos retidos, incompletos ou

complicações infecciosas. A partir dessa observação, a pesquisa avançou para a fase denominada de pós-procedimento e busca por serviços de saúde. Nesta fase, foi possível constatar que, assim como em outras etapas do itinerário, o acesso aos serviços de saúde variou significativamente com base nos marcadores socioeconômicos das participantes, refletindo as desigualdades e desafios enfrentados por mulheres em diferentes contextos sociais.

Nos casos de abortamento concluído ou retido, mas sem complicações facilmente identificáveis, as mulheres, sobretudo brancas e de classe média, recorreram a serviços de diagnóstico por imagem em clínicas privadas, a fim de averiguar o estado de sua saúde e a possível existência de restos ovulares por meio da realização de ultrassonografia transvaginal, sendo uma estratégia para evitar eventual hospitalização. Nos casos de abortamento retido ou incompleto, a busca por atendimento hospitalar foi priorizada, sendo a sua procura maior entre mulheres com menores recursos financeiros, que em sua maioria não realizaram cuidados pós-abortamento, de modo que buscaram serviços de saúde pública, na maior parte dos casos, como último recurso, quando já identificavam sinais de que o abortamento poderia prejudicar sua saúde ou até mesmo acarretar sua morte.

A análise dos discursos revelou uma aversão substancial das mulheres em relação à hospitalização. Para elas, as unidades de saúde eram vistas como locais temidos, associados à perda de controle sobre seus corpos, à completa exposição de sua condição, e à vulnerabilidade a possíveis negligências e ameaças por parte da equipe médica, além do risco de criminalização. Notavelmente, todas as participantes expressaram um medo mais acentuado de serem detidas dentro do hospital - a instituição destinada à proteção e cuidado - do que em ambientes não regulamentados, como os pontos de venda de drogas a que tiveram acesso no momento de aquisição do misoprostol, demonstrando um temor maior as instituições que deveriam protegê-las do que os espaços em que a clandestinidade é reconhecida.

Esse medo frequentemente levou à postergação da busca por serviços de saúde, mesmo em casos que envolviam complicações. No presente estudo, essa tendência foi particularmente acentuada entre mulheres negras, que relataram experiências mais complexas devido ao contexto de precariedade em que se encontravam. Essas mulheres também demonstraram uma maior consciência sobre a probabilidade de enfrentar criminalização e maus-tratos por parte dos profissionais de saúde, de modo que, assim como observado no momento da descoberta da gestação, elas foram simultaneamente as que menos procuraram serviços de saúde e as que buscaram atendimento apenas quando se encontravam em situações mais graves.

Nas experiências das participantes que buscaram serviços de saúde, observou-se uma grande variação no tratamento recebido por parte dos profissionais de saúde. Nos casos de abortamento completo, em que não foi possível identificar o produto da concepção, os profissionais tenderam a minimizar o aspecto moral da situação e a apagar a gravidez do ponto de vista clínico, tratando as mulheres exclusivamente como pacientes. Em contraste, quando houve evidência de uma gravidez viável, o produto da concepção foi imediatamente reconhecido como uma vida, e as mulheres foram simbolicamente transformadas em mães. Isso resultou na eliminação de qualquer espaço para questionamento ou negação da gravidez, com a vontade de encerrar a gestação sendo silenciada. Além disso, em situações onde foram identificados restos ovulares, embriões ou fetos sem batimentos cardíacos, as mulheres foram vistas como “anti-mães”, sujeitas a uma penalização implícita. Essas discrepâncias evidenciam que o julgamento e a penalização por parte das equipes médicas se relacionam tanto à atribuição de pessoalidade ao produto da concepção quanto a critérios de raça e classe. Mulheres negras e com condições financeiras menos favorecidas frequentemente enfrentaram os tratamentos mais desumanos por parte dos profissionais de saúde.

Este momento dos itinerários permitiu concluir que o aumento da pessoalidade atribuída ao produto da concepção está diretamente relacionado ao crescimento do estigma associado ao aborto, e é este estigma, em grande parte decorrente da criminalização, que possibilita que os profissionais de saúde se afastem de suas responsabilidades éticas e técnicas ao reforçar julgamentos morais e posturas condenatórias em relação às mulheres que passaram por abortamentos, sem jamais serem responsabilizados por isso. O estudo revela diversos relatos de mulheres que enfrentaram ameaças e coerção por parte de profissionais de saúde, bem como experiências de violência simbólica, como longos períodos de espera para atendimento após a descoberta do abortamento, restrição de visitas ou contatos com outras pessoas, e a obrigatoriedade de permanecer em ambientes compartilhados com mulheres em trabalho de parto. Nos casos mais graves, ainda foram vivenciadas verdadeiras formas de violência institucional, por meio de chantagens, ameaças e negligências. Portanto, é possível concluir que, no contexto desta pesquisa, os hospitais se configuraram como espaços de significativa atuação biopolítica: embora nenhuma das participantes tenha enfrentado penalidades legais pela prática do aborto, a penalização social mostrou-se uma realidade prevalente, com os estabelecimentos de saúde servindo como o principal espaço dessa prática.

No curso deste estudo, foi possível identificar de que forma os dispositivos da sexualidade, reprodutividade e maternidade engessam o caminho de possibilidades que cada

mulher poderá percorrer quando procura realizar um aborto autoadministrado. No decorrer de suas falas, encontrei expressões que não somente denunciam a existência e operacionalidade destes dispositivos, mas que também demonstram de forma muito clara a forma como eles são capturados, transformados e normalizados pelas esferas sociais, jurídicas, políticas, religiosas e culturais, promovendo o controle dos corpos femininos a partir de uma lógica de exploração biopolítica. As falas das participantes denunciam, por exemplo, o seu confronto com o mito do amor materno; com a culpabilização exclusiva pela gravidez indesejada; com a responsabilização na prática contraceptiva; com a imposição da maternidade em instituições médicas e com a desigualdade de gênero, raça e classe. Além disso, as vivências de cada uma das mulheres também revelam a forma como estes dispositivos compõem a operacionalidade da biopolítica, determinando as dificuldades ou facilidades que serão vividas por cada mulher a partir da realidade em que está inserida.

Nos relatos de mulheres com melhores condições financeiras, predominantemente brancas, com maior nível de escolaridade e residentes em grandes centros urbanos, os itinerários abortivos são descritos a partir da construção de um cenário que, embora permeado pelo medo e situado no âmbito da clandestinidade, reflete a existência de segurança, apoio e cuidado, aspectos evidenciados a partir da existência de redes de suporte, ambientes confortáveis e acesso a técnicas apropriadas. Entre essas participantes, foi comum que, além de contar com familiares, amigos próximos e parceiros, também tenham recebido apoio de profissionais de confiança. Na maioria dos casos, os procedimentos ocorreram ainda no primeiro trimestre de gestação, e a intervenção foi realizada em um contexto adequado, mesmo que não estritamente médico. Embora esses corpos tenham estado inseridos na clandestinidade e enfrentado as dificuldades inerentes a esse contexto, é notável que tiveram maior margem para se movimentar e tomar decisões pautadas na segurança.

De forma distinta, para mulheres em condições de vulnerabilidade social, majoritariamente negras e com menor escolaridade, a experiência abortiva foi compreendida de forma completamente distinta. Essas mulheres não estavam apenas imersas na clandestinidade, mas também em um campo de indistinção, em que suas vidas e segurança foram constantemente ameaçadas. Elas enfrentaram não apenas as dores inerentes ao procedimento abortivo, mas também a falta de apoio e assistência de familiares, amigos e parceiros, bem como foram as que mais sofreram com práticas violentas e coercitivas perpetradas por parceiros, vendedores de medicamentos e profissionais de saúde, além de terem realizado os procedimentos com maiores idades gestacionais, sem conhecimento adequado sobre posologia do medicamento e métodos

de preparação. Como resultado, essas mulheres frequentemente enfrentaram complicações mais severas e situações com maior carga traumática, em alguns casos até mesmo correndo sério perigo de vida. Dessa forma, observa-se que os relatos provenientes de estratos sociais mais desfavorecidos revelam um processo significativamente mais complicado para a realização do aborto, caracterizado por desafios consideráveis e uma sensação acentuada de precariedade.

A partir da noção de precariedade, é possível analisar como diferentes corpos são inseridos na clandestinidade e como as disparidades de poder afetam cada uma das vidas das mulheres que abortam. Judith Butler argumenta que o conceito de precariedade é útil para classificar quais vidas são consideradas mais ou menos importantes nos contextos contemporâneos, sugerindo que ele está intimamente ligado à noção de dignidade, sendo possível compreender a viabilidade de determinada vida a partir do quão digna ela é considerada, ou seja, do quão afastada ela está da precariedade (BUTLER, 2006, p. 216). O critério utilizado pela autora para medir a dignidade é o luto, apontando que uma vida é mais digna de ser lamentada quando está protegida de perigos, da violência e da morte (BUTLER, 2006, p. 216). Assim, no contexto da biopolítica, em que a vida social se organiza em relação ao luto, o reconhecimento da vida está condicionado somente à vida digna, de modo que a ausência do direito ao luto implica a negação do direito à própria vida (BUTLER, 2006, p. 221).

É a partir disso que se pode afirmar que, entre as diversas estratégias de controle executadas pela biopolítica, a proibição estatal do aborto se destaca como uma das mais cruéis. Essa proibição, ao se entrelaçar com a pedagogia da crueldade e com o patriarcalismo, determina que as mulheres não têm direito sobre seus próprios corpos e, conseqüentemente, que algumas delas não têm direito à vida, permitindo que determinados corpos sejam situados em posição de precariedade, destituídos da proteção dos direitos humanos e da liberdade, sujeitos ao sofrimento físico, psicológico e até mesmo à morte.

Essas vidas desvalorizadas, privadas do direito ao luto, marginalizadas para a clandestinidade, segregadas a partir de uma experiência comum, são facilmente identificáveis neste estudo. Refiro-me, por exemplo, a Maria, que abortou de forma clandestina após ter sido estuprada por um parente, e que não contou com o auxílio de nenhuma pessoa durante seu itinerário abortivo. Também falo de Natália, que abortou com uma idade gestacional elevada, em ambiente hospitalar, e teve o feto exibido por uma enfermeira, em um espetáculo macabro de simulação de um nascimento. Refiro-me, ainda, Beatriz, que precisou realizar tentativas de abortamento consecutivas, tendo sido coagida a utilizar seu próprio corpo como forma de pagamento para poder comprar mais medicamentos. Também falo de Heloísa, que peregrinou

entre diversos hospitais enquanto estava com um aborto infectado, tendo sido recusado o seu atendimento. Ao reportar-me a esses casos, não busco minimizar o sofrimento e as subjetividades das outras participantes, mas destacar que o fato de todas essas mulheres serem negras, jovens e pobres também evidencia que, mesmo a clandestinidade sendo um local-comum, alguns corpos sofrem de forma mais substancial com os seus efeitos – corpos indignos e, portanto, mesmo que vivos, não passíveis de luto, de reconhecimento e de memória.

É nos corpos dessas mulheres, corpos passíveis de sacrifício e aniquilação; instrumentalizáveis, na medida em que são utilizados para transmitir as mensagens e marcas do pertencimento; e violentados, pois o próprio ordenamento jurídico lhes relega ao sofrimento, que o poder soberano inscreve sua mensagem, e é nesse contexto que a figura da *hystera homo sacer* se materializa. Para além da mera presença física do útero, a sua construção é influenciada por uma série de fatores sociais, como raça, classe social, local de residência, idade e orientação sexual, sendo que os poderes dominantes masculinos, brancos e heteronormativos, ao definirem quais corpos serão os “Outros”, a fim de consolidar garantir a perpetuação do Estado soberano, permitem que a própria legislação seja um espaço de violência e discriminação contra estes corpos, tornando-a um espaço biopolítico por excelência, que se alimenta da precariedade e depende dela para poder existir, na medida em que, conforme trazido por Butler, “afirmar que uma vida é precária exige não apenas que a vida seja apreendida como uma vida, mas também que a precariedade seja um aspecto do que é apreendido no que está vivo” (BUTLER, 2015, p. 30).

O sofrimento, a precariedade, o silenciamento e a conseqüente desumanização das mulheres que participam desta pesquisa atuam, portanto, como uma manifestação de poder soberano dirigida a vários observadores. Estes elementos transmitem uma mensagem sobre os mecanismos de inclusão e exclusão aplicados sobre a população, manifestando por meio dos próprios corpos femininos quais são interessantes ou não à perpetuação do modelo socioeconômico. Assim, o controle reprodutivo, materializado pela proibição do aborto, instrumentaliza o corpo feminino como um meio de enunciação, evidenciando as condições de controle a que foi submetido (NIELSSON, 2020). Isso promove uma pedagogia da crueldade que gera não apenas mortes físicas, mas também mortes simbólicas, na medida em que as mulheres que um dia estiveram na zona de indistinção, para evitar retornar a essa condição, são forçadas a silenciar suas experiências. É por essa razão que estudos sobre o aborto clandestino no Brasil, incluindo os dados obtidos nesta pesquisa, destacam que a criminalização e a

estigmatização do aborto funcionam como instrumentos de normatização, dando liberdade ao Estado para que violento, desumanize e aniquile corpos femininos.

Assim, a partir dos conceitos teóricos discutidos e das narrativas abordadas, resta evidenciada a existência de um estado de exceção contínuo operando dentro do contexto democrático brasileiro, como já apontado por Nielsson (2020), em que a criminalização do aborto cria seu próprio espaço clandestino, convertendo os corpos femininos em território para assim limitá-los a cumprir a sua função: a reprodução, a existência da vida tida como qualificada e politizada e, conseqüentemente, a perpetuação do Estado soberano e neofascista. A operacionalidade deste mecanismo resulta em um contexto político, jurídico e social que nega às mulheres o controle sobre seus corpos, vidas e futuros. Como resultado paradoxal, é o próprio Estado que, ao propiciar as condições para a ocorrência do aborto clandestino, cria a zona de indistinção em que ele é praticado, a zona em que as mulheres podem ser mortas, torturadas e humilhadas, com total impunidade, na medida em que sua mortalidade ressalta unicamente a sua condição de vida tributável (DELAJUSTINE, 2019, p. 111).

A existência deste estado de exceção e a forma como ele confunde-se, mistura-se e compõe a realidade afeta diariamente as vidas das mulheres, de modo que a proibição do aborto emerge como apenas uma das manifestações de um fenômeno mais amplo. As causas por trás das mortes das mulheres, do seu silenciamento e de sua opressão, portanto, não são isoladas, não estão restritas ao meio doméstico e em nenhuma medida podem ser dissociadas da atuação do Estado, que ao mesmo tempo em que ignora as denúncias marcadas nos corpos femininos, também é o responsável pelo corpo feminino estar inserido nas mais graves denúncias.

Por essa razão, a luta pela descriminalização do aborto e outras formas de violências contra corpos femininos é necessária para a destituição do processo histórico e constante de constituição e reconstituição patriarcal do Estado. No entanto, enquanto o direito, por meio das regulamentações, parece uma realidade distante, as mulheres não permanecem inertes. A partir das narrativas analisadas, é evidente que, mesmo em contextos de vulnerabilidade, sofrimento e precariedade impostos pela configuração política e pela ilegalidade do aborto, elas procuram maneiras de desafiar o sistema. Ao abortar na clandestinidade, atuam de acordo com as exigências do dispositivo biopolítico, enfrentam os riscos associados às práticas inseguras que ele propaga e lidam com os sofrimentos que ele gera, mas ao mesmo tempo se apropriam desta realidade para possibilitar seus próprios movimentos, reinventam a construção do campo, encontram-se dentro dele e aprendem a se movimentar, e assim a desafiam a naturalização da dominação sobre seus corpos e rejeitam a condição de *hystera homo sacer*, questionando o

destino imposto às suas vidas e corpos. Isso não apenas evidencia a ineficácia da criminalização em alcançar sua manifesta intenção de reduzir a ocorrência de abortos no país, mas também permite identificar outras dinâmicas existentes dentro deste contexto de poder, como a formação de alianças entre mulheres, sua mobilização e a intenção de demonstrar que, apesar da opressão do dispositivo biopolítico, a captura por ele promovida não é absoluta, e tampouco irrompível. É a partir disso que é possível falar do aborto voluntário e autoadministrado como um ato de resistência.

Embora a noção de resistência possa ser abordada a partir de diversas perspectivas e interlocuções teóricas, a fim de manter a estrutura proposta na metodologia, adotarei a abordagem foucaultiana. Segundo Foucault, o poder deve ser compreendido como um modo de ação de uns sobre outros, tendo como espaço primordial de atuação o corpo (FOUCAULT, 2018). No entanto, em uma relação de poder, apesar de um corpo poder se submeter à vontade de outrem por meio de diversos mecanismos, que podem incluir desde o consentimento até a violência física, isso não significa que o corpo esteja completamente anulado, pois sua capacidade de ação não é totalmente obliterada. Em outras palavras, a sujeição, embora possa ser imposta, nunca é absoluta, pois sempre há uma preservação da liberdade de reação.

Portanto, conforme a teoria foucaultiana, não existe uma contradição intrínseca entre poder e liberdade; ao contrário, o poder requer que os sujeitos possuam liberdade de reação para que possa ser exercido (FOUCAULT, 2013, p. 288). A partir disso, Foucault argumenta que o poder desempenha um papel que não é meramente repressivo, mas também produtivo, pois engendra a possibilidade de reações e, conseqüentemente, de resistências (FOUCAULT, 2013, p. 289). As práticas de resistência, portanto, não funcionam como uma forma de libertação do poder a partir de uma posição externa, nem se limitam a ser uma mera resposta a tentativas de dominação. Em vez disso, elas estão imbricadas no próprio poder que buscam desafiar, compartilhando com ele características como a mobilidade e a inventividade (FOUCAULT, 2013, p. 289). Assim, a liberdade se consolida como um princípio subversivo capaz de gerar novas subjetividades, capaz de transformar o poder e por ele ser transformada (FOUCAULT, 2013, p. 289).

Tedeschi e Tedeschi (2019), ao investigar a prática da resistência ao longo da história das mulheres, identificaram diversas formas de reação adotadas pelo corpo social feminino para questionar a natureza supostamente natural da dominação patriarcal e, assim, modificar a estrutura machista e androcêntrica, a polarização dos meios público e privado e a construção das relações e papéis de gênero (TEDESCHI; TEDESCHI, 2019, p. 509). Baseando-se na teoria

foucaultiana, os autores argumentam que as resistências das mulheres foram e são fundamentais não apenas por desestabilizarem discursos que historicamente silenciaram e invisibilizaram determinados corpos, mas também por facilitarem a criação de “espaços outros”, heterotópicos, ainda não capturados pelo dispositivo do saber-poder (TEDESCHI; TEDESCHI, 2019, p. 510).

Ao atuar nas margens, ou no que os autores denominam “linhas de fuga”, as mulheres historicamente reivindicam não apenas direitos, mas também formas específicas de subjetividade. Elas se insurgem contra a autoridade, instituições, leis e normas aceitas pela maioria, tensionando os dispositivos de poder através da afirmação da liberdade. Esse processo contribui para a transformação da ordem estabelecida, mediante a produção de saberes que permitem a construção de novas formas de ser, pensar e agir, consolidando, portanto, uma “história outra” (TEDESCHI; TEDESCHI, 2019, p. 519). A “história outra”, ou a história das mulheres, é constituída pelo desvio, “que inaugura uma nova relação com as singularidades; que produz uma crítica historiográfica dos ‘regimes de saber’; que questiona a forma como os saberes históricos são monopolizados e impedidos de circular livremente; que suspeita/suspende as respostas ‘científicas’ e administrativo-burocráticas para a pergunta “quem somos nós?” (TEDESCHI; TEDESCHI, 2019, p. 519).

Ao investigar as possíveis respostas a este questionamento proposto pelos autores, observei que a construção das resistências a partir da liberdade ocorre justamente através do reconhecimento de *quem somos nós*. Nesse contexto, o termo “nós” parece ter múltiplos significados: refere-se tanto à criação de laços quanto à posição dos corpos dentro da rede de poder, que por meio da construção de “nós”, pode ser desconstruída e remodelada. Assim, para abordar a resistência da maneira como é definida neste estudo, assumo que ela se consolida a partir de dois elementos fundamentais: o corpo feminino como *lócus* de subversão e a atuação coletiva enquanto estratégia de ressignificação das redes de poder.

No que tange ao primeiro elemento, isto é, a percepção do corpo feminino como um espaço primordial de subversão, Tedeschi e Tedeschi (2019) ressaltam que, partindo do pressuposto foucaultiano de que o corpo é o principal local de exercício do poder, o corpo da mulher se configura como um espaço de resistência por excelência. Isso se deve ao fato de que, embora o corpo feminino seja alvo de investidas repressivas e violentas de poder, na medida em que é frequentemente situado como o “Outro”, esses mesmos corpos também carregam a potencialidade de transformação, novamente evidenciada pela intersecção entre poder e liberdade. Os autores afirmam que o corpo feminino constrói sua própria “história outra” por meio dos espaços que ocupa; dos discursos e performances que adota ou rejeita; das

intervenções que nele se realizam; dos gritos e silêncios que expressa, e dos vestígios e marcas que deixa e que nele são deixados, configurando-se, portanto, como *lócus* primordial de resistência (TEDESCHI; TEDESCHI, 2019, p. 524).

No que se refere ao segundo elemento, ou seja, o papel fundamental da coletividade na compreensão da resistência, recorro novamente ao pensamento de Judith Butler a fim de explicitá-lo. A autora aborda a resistência como emergente de múltiplos contextos de opressão, e a relaciona diretamente com a ideia de afirmação da vida e a busca pela não-violência, compreendendo-a como uma forma mobilização destinada a assegurar o direito à vida digna para corpos violados e marginalizados, que são privados tanto da justiça quanto do direito ao luto (BUTLER, 2020, p. 21). De acordo com a autora, a coletividade desempenha um papel fundamental na promoção de uma luta ativa e contínua pela preservação da existência social e, nesse contexto, a resistência é configurada como uma estratégia necessariamente coletiva, que reinterpreta ações tidas como individuais e as transforma em alianças de solidariedade (BUTLER, 2020, p. 28).

Assim, reconhecendo a relação entre liberdade e poder e entendendo a resistência como um processo que se manifesta no corpo humano e deriva da coletividade, é possível identificar, nas falas das participantes deste estudo, diversos nós tecidos por elas na rede do dispositivo biopolítico, indicando um processo de resistência que, a partir da prática do aborto voluntário e autoadministrado, possibilita a criação de novas formas de viver e ser. Observam-se momentos de confrontação com discursos socialmente estabelecidos, como nos casos de mulheres que questionam a imposição da maternidade obrigatória; legitimam alternativas para uma vida plena que independem da reprodução; rejeitam a culpa associada ao aborto; desafiam os limites de sua responsabilização em uma experiência que deveria ser compartilhada com os homens; questionam verdades e saberes religiosos tidos como irrefutáveis.

Além disso, observam-se momentos de reapropriação de elementos da clandestinidade, como o uso de medicamentos não originalmente destinados ao aborto, a utilização de ervas, chás, poções e outros elementos naturais e cotidianos como métodos abortivos, e a utilização do mercado informal como resposta às restrições legais impostas às mulheres sobre a gestão de sua saúde sexual e reprodutiva, constituindo um domínio de ação coletiva consolidada nas fronteiras delineadas pela omissão do Estado. Ainda, observam-se estratégias adotadas pelas mulheres para escapar da condição de *hystera homo sacer*, como a realização de procedimentos abortivos em casa e o uso de roteiros pré-definidos ao buscar atendimento hospitalar. Observou-se também uma extensa rede de solidariedade entre mulheres, que, por meio de apoio contínuo

e compartilhamento de conhecimentos e experiências, buscaram reduzir os sofrimentos vivenciados no contexto da clandestinidade por meio da construção do saber, da verdade e da liberdade.

A integração desses elementos, juntamente com outros aspectos identificáveis em cada uma das experiências relatadas, revela que, embora os corpos que abortam estejam submetidos a processos de repressão e desumanização, também é a partir deles que emergem movimentos inovadores de cuidado de si e dos outros. Nesse contexto, as mulheres desenvolvem, criam e reinventam métodos seguros de aborto, mesmo enquanto permanecem invisibilizadas, operam nas margens e se conectam com a clandestinidade para promover a criação de novas possibilidades temporais e, assim, possibilitam a consolidação de espaços heterotópicos e de “histórias outras”, nas quais elas são protagonistas. Dentro do próprio campo de indistinção, essas mulheres constroem e consolidam novas formas de saber e poder, buscando criar outros conhecimentos e relações de poder. Ao compartilhar uma experiência comum, elas trocam estratégias, saberes e solidariedades, gerando não apenas uma nova concepção de aborto, mas também uma nova compreensão do que significa ser mulher.

É a partir da criação do desvio a partir da norma que as mulheres se reapropriam, modificam e desterritorializam o poder (TEDESCHI, TEDESCHI, 2019, p. 520). Neste sentido, o espaço de clandestinidade, ao mesmo tempo que é criado a partir do ideal de dominação, não tem o poder de inibir a constituição de formas de resistência, pois ele próprio permite a imersão oculta de sujeitas e, assim, a criação de verdades, de relações que criam e se recriam, que conjuntamente permitem que se descubra novas formas de renascer. Assim, o aborto autoadministrado e voluntário parece ser uma forma de questionamento às biopolíticas do Estado, na medida em que, ao apropriar-se da clandestinidade, as mulheres questionam o mandato patriarcal e criam uma nova forma de pedagogia, empenhadas em produzir subjetividades que questionem o conjunto de relações de forças hegemônicas na sociedade e, com isso, fazendo irromper uma multiplicidade de possibilidades, de forças singulares e, ao mesmo tempo, coletivas.

Cada uma das participantes deste estudo, ao compartilhar suas histórias e permitir sua divulgação, construiu simultaneamente formas singulares e coletivas de existência e resistência, proporcionando uma nova forma de construção política baseada na experiência do desvio. Os discursos dessas mulheres, embora divergentes em vários aspectos, convergem em muitos outros, demonstrando um poder tanto individual quanto coletivo: eles revelam posicionamentos, verdades, crenças e ideias que atuam como um rompimento do silêncio

historicamente imposto, criando estratégias e práticas de resistência como atos políticos. Ao buscar escapar das estruturas de poder que visavam a coerção e a submissão de seus corpos, essas mulheres revelaram sua verdadeira essência, não como corpos dominados e docilizados, mas como agentes transgressores. No próprio ato de desvio, elas desenvolvem maneiras de avançar e unir-se sem serem capturadas, transformando a experiência do aborto em um aprendizado significativo para suas vidas e para as vidas das demais mulheres que ainda virão. Elas criam existências possíveis, para si e para outras; apropriam-se de mecanismos feitos para matá-las e, assim, aprendem e ensinam a resistir.

Embora este estudo trace apenas mais um passo na possibilidade de progresso na garantia dos direitos reprodutivos, não se pode desconsiderar, como ressalta Butler (2020, p. 28), “o potencial político do ruído” para desafiar a linguagem institucionalmente autorizada, na medida em que somente o corpo possui potencial disruptivo suficiente para causar perturbação na esfera pública (BUTLER, 2020, p. 31). Nesse sentido, é possível encontrar inspiração na perspectiva de solidariedade, de redução de danos, de acolhimento e compartilhamento como novas abordagens para tratar a questão do aborto em tempos de proibição e recrudescimento punitivo. É possível considerar o uso de mercados clandestinos, da internet e das próprias relações sociais como um meio para garantir a segurança no acesso a medicamentos e informações sobre procedimentos abortivos. Além disso, a elaboração de narrativas sobre a experiência pode ser promovida como uma ferramenta de mudança, não com o objetivo de homogeneizar experiências, mas sim de possibilitar o acolhimento através da palavra. Ainda há muito a ser feito dentro dos limites impostos, e para isso é necessário que as estratégias sejam constantemente atualizadas, a fim de que cada vez mais fissuras possam ser encontradas no mecanismo biopolítico, a fim de transformar, desviar e subverter as determinações do poder e, assim, tornar o ruído um grito.

Assim, encerro a presente pesquisa trazendo votos de esperança, para que algum dia mulheres como as que conheci em decorrência deste estudo que tanto me custou e tanto me trouxe, mulheres como *nós*, mulheres que transformam engasgos em gritos, que cortam a carne com as unhas, transformam o fluir do sangue em rio e se dão as mãos para assim renascer em conjunto, possam ser vistas não somente como mães, como úteros, como corpos que gestam, mas sim como feministas, negras, indígenas, companheiras, *aborteiras*, extraíndo-se todo o preconceito que o os signos em questão carregam consigo, de forma histórica e equivocada, em um cenário em que o aborto possa ser definido enquanto escolha da mulher, não do Estado, e enquanto prática de vida, e não de morte.

Por isso, novamente afirmo, este não é somente um trabalho sobre vinte casos de abortamento. Este é um trabalho sobre a vida, ou melhor dizendo, as nossas vidas, as vidas de mulheres que todos os dias acordam, trabalham, estudam, cuidam dos seus filhos e buscam melhores condições de vida para si e para os seus. Mulheres que, além disso, abortam e por conta disso confrontam violências e sofrimentos; lutam para não morrer; e almejam, um dia, terem as suas demandas reconhecidas no âmbito da democracia. Até lá, seguiremos abortando. Escondidas, nos apropriando da clandestinidade e de espaços construídos para nos matar e nos silenciar; consolidando resistências; nos reunindo nas margens; aprendendo a rastejar e reerguer e, assim, a renascer quantas vezes forem necessárias; gritando, mesmo que não sejamos escutadas por ninguém além de nós mesmas, mas onde os ruídos da batalha nunca foram tão altos. Seguiremos abortando porque, antes de tudo, somos mulheres, lembrem-se disso. Eles não podem tirar isso de nós.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADESSE, L.; MONTEIRO, M. F. G. Estigma e complicações do abortamento induzido. *In: ZANELLO, V.; PORTO, M. (org). Aborto e (não) desejo de maternidade(s): questões para a Psicologia*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia – CFP, 2016. p. 75-80.
- AGAMBEN, G. **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I**. Tradução: Henrique Burigo. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.
- ALMEIDA, T. M. C; BANDEIRA, L.M. O aborto e o uso do corpo feminino na política: a campanha presidencial brasileira em 2010 e seus desdobramentos atuais. **Cadernos Pagu**, vol. 41, p. 371-403, 2013.
- ANVISA. **Resolução nº 1050 de 06 de abril de 2006**. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-1050-2006_103150.html. Acesso em: 12 de abril de 2024.
- AREND, S. M. F.; ASSIS, G. DE O.; MOTTA, F. DE M. (org.). **Aborto e contracepção: histórias que ninguém conta**. Florianópolis: Editora Insular, 2012.
- ARGUELLO, K. S.C; PRATEANO, V.F.P. Cuidar ou delatar? A violação do sigilo do prontuário médico na criminalização de mulheres por aborto autoprovocado no Estado do Paraná (2017 a 2019). **Revista de Direito Público**, vol. 18, p. 550-580, 2021.
- ARILHA, M.M. Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 17, vol. 7, p. 1785-1794, 2012.
- ASSIS, M.P; ERDMAN, J.N. In the name of public health: misoprostol and the new criminalization of abortion in Brazil. **Journal of Law and the Biosciences**, vol. 08, p. 1-20, 2021.
- AYRES, J.R.C.M; FRANÇA JÚNIOR, I; CALAZANS, G.J; SALETTI FILHO, HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In: Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 117-39, 2003.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARBOSA, R. M; ARILHA, M. A Experiência Brasileira com o Cytotec. **Revista Estudos Feministas**, vol. 1, nº 2, p. 408-417, 1993.
- BARONE, M. A. **Senhoras de si: problematizando as incidências das biopolíticas nos corpos que sangram e co-produzindo narrativas que (re)inventam a vida a partir da prática do aborto**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional). Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2018.

BASTOS, L. C; BIAR, L. A. Análise de narrativa e práticas de entendimento da vida social. **DELTA: Documentação E Estudos Em Linguística Teórica e Aplicada**, vol. 31, nº 04, 2015.

BAUER, M. W; JOVCHELOVICH, S. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M.W; GASKELL, G (Orgs.). **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, p. 90-113, 2002.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo: fatos e mitos**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1980.

BECKER, H. De que lado estamos? In: Howard. Becker (Org.). **Uma teoria da ação coletiva**, p. 122-136. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

BIROLI, F. A autonomia e justiça no debate sobre aborto: implicações teóricas e políticas. Brasília: **Revista Brasileira de Ciência Política**, nº 15, p. 37-68, 2014.

BIROLI, F; MIGUEL, L. F. Introdução: Aborto, democracia e laicidade. In: BIROLI, F; MIGUEL, L. F (org.). **Aborto e Democracia**. 1. ed. São Paulo: Alameda, p. 9-16, 2016.

BIROLI, F, VAGGIONE, J. M; MACHADO, M.D.C **Gênero, neoconservadorismo e democracia**: disputas e retrocessos na América Latina. São Paulo: Boitempo, 2020.

BOCCHI, J. I. Método da investigação econômica. In: BOCCHI, J.I (Org.) **Monografia para Economia**. São Paulo: Saraiva, p. 53-90, 2009.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

BRANDÃO, E. R. Desafios da contracepção juvenil: intersecções entre gênero, sexualidade e saúde. **Ciência Saúde Coletiva**. vol. 14, nº 4, p. 1063-1071, 2009.

BRANDÃO, E. R. Tênuos direitos: sexualidade, contracepção e gênero no Brasil. **Anuário Antropológico**, vol. 45, nº 2, p. 11-19, 2020.

BRASIL. Código Penal: Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1940. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm> Acesso em: 18 de dez. 2024.

BRASIL. Código de Processo Penal: Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1941. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm. Acesso em: 12 de março de 2024.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1988 Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 de março de 2024.

BRASIL. Lei do Planejamento Familiar: Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em: 10 de fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html. Acesso em 12 de março de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf. Acesso em 13 de março de 2024.

BRASIL. Lei Maria da Penha: Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm Acesso em 18 de dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **20 anos de pesquisas sobre o aborto no Brasil**, 2009. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto.pdf>. Acesso em: 05 de jan. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de descumprimento de preceito fundamental 54**. Brasília, 12 de abr. 2012. Disponível em <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334> Acesso em 30 de jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Misoprostol**, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_utilizacao_misoprostol_obstetricia.pdf. Acesso em: 13 de abril de 2024.

BRASIL. Código de Processo Civil: Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2015. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm. Acesso em: 12 de março de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestídeos**. 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 07 de fev. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5581**, Distrito Federal, protocolado em 24 ago. 2016. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5037704>. Acesso em: 30 de jan. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas-corpus nº 124.306**, Rio de Janeiro, julgado em 29 nov. 2016. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4637878>. Acesso em: 30 de jan. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 442**. Distrito Federal, protocolado em 03 de mar. de 2017 Disponível em <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5144865> Acesso em 30 de jan. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória nº 894**, 2019. Distrito Federal, protocolada em 4 set. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/mpv/mpv894.htm. Acesso em: 30 de jan.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS**, 2020. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus/>. Acesso em 10 fev. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 989**, Distrito Federal, protocolado em 29 jun. 2022. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6437138>>. Acesso em: 20 de ago. 2024.

BRASIL. Lei nº 14.443. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/36328536/publicacao/36329049>. Acesso em: 10 de fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal**, 2023. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/mortalidade/infantil-e-fetal/>. Acesso em: 02 de fev. 2024.

BURTON, J. Práticas feministas em torno do direito ao aborto na Argentina: aproximações às ações coletivas das Socorristas em Red. Tradução de G. Lauterbach e A.C Delajustine. **Teoria e Cultura – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais – UFJF**, vol. 16, nº 1, p. 124-142, 2021.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, J. **Vida precária: el poder del duelo y la violencia**. 1. ed. Buenos Aires: Paidós, 2006.

BUTLER, J. **Sin Miedo: formas de resistencia a la violencia de hoy**. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial, 2020.

CARDOSO, B.B; VIEIRA, F.M.S.B; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Caderno de Saúde Pública**, vol. 36, 2020.

CARNEIRO, M. F; IRIART, J.A.B; MENEZES, G.M.S. “Largada sozinha, mas tudo bem”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface (Botucatu)**, vol. 17, nº 45, p. 405-418, 2013.

CARNEIRO, S. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. Tese (Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CASTELLS, M. A Sociedade em Rede: do Conhecimento à Política. *In*: CASTELLS, M.; CARDOSO, G. (org.). **A sociedade em rede: do conhecimento à ação política**. Lisboa: Imprensa Nacional/Casa da Moeda, p. 17-30, 2006.

CATARINAS. **Brasil: as regras que puseram o misoprostol na cadeira**. 2021. Elaborada por Morgani Guzzo. Disponível em: <https://catarinas.info/as-regras-que-puseram-o-misoprostol-na-cadeira/>. Acesso em: 03 mar. 2024.

CETIC - CENTRO REGIONAL DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO. **TIC Domicílios 2023**. 2023. Disponível em: <https://cetic.br/pt/pesquisa/domicilios/indicadores/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

CFEMEA - CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA. **Mulheres e Resistência no Congresso Nacional: radar feminista ao término da legislatura 2019-2022**. radar feminista ao término da legislatura 2019-2022. 2023. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/index.php/pt/component/edocman/publicacoes-do-cfemea/mulheres-e-resistencia-no-congresso-nacional-radar-feminista-ao-termino-da-legislatura-2019-2022>. Acesso em: 10 fev. 2024.

CHANETON, J; VACCAREZA, N. **La intempérie y lo intempestivo: experiencias del aborto voluntario em el relato de mujeres y varones**. Buenos Aires: Marea Editorial, 2011.

COLLINS, P. H. **Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento**. São Paulo: Boitempo, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médico: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 12 de março de 2024.

CRENSHAW, K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of discrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. **University of Chicago Legal Forum**, p. 139-167, 1989.

CURIEL, O. Construindo metodologias feministas a partir do feminismo decolonial. In: HOLLANDA, H. B (Org.). **Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. p. 120-138.

DAVIS, A. **Mulheres, Raça e Classe**. Tradução de Heci Regina Candiani. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DE ZORDO, S. The biomedicalisation of illegal abortion: the double life of misoprostol in Brazil. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, vol. 23, p. 19-35, 2016.

DELAJUSTINE, A. C. **Clandestinas: o impacto da criminalização na saúde mental e nos direitos humanos das mulheres que abortam**. Dissertação (Mestrado em Direitos). Programa de Pós-Graduação em Direito de Ijuí, Rio Grande do Sul, 2020.

DENZIN, N. & LINCOLN, Y. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. & LINCOLN, Y. (Orgs). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DEUTSCHER, P. The Inversion of Exceptionality: Foucault, Agamben, and “Reproductive Rights.”. **South Atlanti Quarterly**, vol. 107, n. 1, p. 55–70, 2008.

DEUTSCHER, P. **Foucault’s Futures: A Critique of Reproductive Reason**, Columbia University Press, 2017.

DÍAZ, Carolina. Femina sacra; towards a biopolitical theory of the female body in Diamela Eltit’s “Impuesto la carne”. **Chasqui: Revista de literatura latino-americana**, vol. 46.1, p. 30-44, 2017.

DINIZ, D. Quem autoriza o aborto seletivo no Brasil? Médicos, Promotores e Juízes em Cena. **Revista de Saúde Coletiva**, vol. 13, nº 2, p. 13-34, 2003.

DINIZ, Débora. Ética na pesquisa em ciências humanas – novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 13, nº 02, p. 417-426, 2008.

DINIZ, D; CORRÊA, M; SQUINCA, F; BRAGA, K.S. Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil. Rio de Janeiro: **Caderno Saúde Pública**, vol. 35, nº 04, p. 939-942, 2009.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 959-966, 2010.

DINIZ, D.; CASTRO, R. O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, p. 94-102, 2010.

DINIZ, D. Prefácio. In: AREND, S. M. F.; ASSIS, G. DE O.; MOTTA, F. DE M. (org.). **Aborto e contracepção: histórias que ninguém conta**. Florianópolis: Editora Insular, p. 11-16, 2012.

DINIZ, D.; MADEIRO, A. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 7, p. 1795-1804, 2012.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras (PNA). **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 7, p. 1671-1681, 2012.

DINIZ, D; DIOS, V.C; MASTRELLA, M; MADEIRO, A. P. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Revista Bioét**, vol. 22, nº 02, p. 291-298, 2014.

DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional do Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22 n. 2, 2017.

DINIZ, D; GEBARA, I. **Esperança Feminista**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2022.

DINIZ, D; MEDEIROS, M; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional do Aborto 2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28 n. 6, p. 1601-1606, 2023.

DINIZ, D; MEDEIROS, M; SOUZA, P. H.G.F; GÓES, E. Aborto e raça no Brasil, Pesquisa Nacional do Aborto de 2016 a 2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 28, nº 11, p. 3085-3092, 2023.

DINIZ, D. Prefácio. In: FOSTER, D. G (org.). **Gravidez indesejada: o mais extenso estudo americano sobre as consequências de ter ou não acesso ao aborto**. Rio de Janeiro: Sextante, p. 9-14, 2024.

DORLIN, E. **Sexo, gênero e sexualidades: introdução à teoria feminista**. Crocodilo, 2021.

DUARTE, N.I.G. **O dispositivo da maternidade em tensão: a polifonia das narrativas sobre o aborto provocado em uma comunidade online**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

DUARTE, N.I.G; SILVA, V.L.M; PINTO, L. W. A “amiga que já abortou”: um olhar sobre experiências partilhadas em uma comunidade virtual. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol. 25, nº 5, p. 1689-1698, 2020.

ESPINOSA-MIÑOSO, Yuderkys. Fazendo uma genealogia da experiência: o método rumo a uma crítica da colonialidade da razão feminista a partir da experiência histórica na América Latina. In: HOLLANDA, H. B (Org.). **Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020, p. 96-118

EVARISTO, C. **Poemas da recordação e outros movimentos**. Belo Horizonte: Nandyala, p. 21, 2008.

EVARISTO, C. **Ponciá Vicêncio**. Rio de Janeiro: Pallas, 2019.

FEDERICI, Sílvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. Tradução: Coletivo Sycorax. Editora Elefante, 2017.

FERRARI, W; PERES, S. Itinerários de solidão: aborto clandestino de adolescentes de uma favela da Zona Sul do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 36, p. 1-13, 2020.

FOLHA DE S. PAULO (São Paulo). **Remédio usado em aborto legal e casos de hemorragia rareia no SUS**. 2019. Elaborada por Jennifer Morel e Thaine Machado. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/03/remedio-usado-em-aborto-legal-e-casos-de-hemorragia-some-do-sus.shtml>. Acesso em: 06 mar. 2024.

FONSECA, J.G. **Itinerários abortivos de mulheres: um recorte geográfico no estado da Bahia**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em 09 de fev. 2024.

FOSTER, D. G. **Gravidez indesejada: o mais extenso estudo americano sobre as consequências de ter ou não acesso ao aborto**. Rio de Janeiro: Sextante, 2024.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)**. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WFM Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)**. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975- 1976)**. Tradução Maria Ermantina Galvão. 2 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H; RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução Raquel Ramalhete. 42 ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018.

GARBARINO, M. **O tabu da educação sexual: gênese e perpetuação de preconceitos da infância**. Cadernos Pagu, vol. 63, p. 1-16, 2021.

GOES, E; NASCIMENTO, E. R. Intersecção do racismo e do sexismo no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. **Fazendo Gênero**, p. 1-8, 2010.

GOES, E; MENEZES, G; ALMEIDA, M; ARAÚJO, T; ALVES, S; ALVES, M; AQUINO, E. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós aborto. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 36, p. 1-13, 2020.

GONZAGA, P. **“Eu quero ter esse direito à escolha”: formações discursivas e itinerários abortivos em Salvador**. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo). Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

GONZAGA, P; MAYORGA, C. Violências e Instituição Maternidade: uma reflexão feminista decolonial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, vol. 39, p. 59-73, 2019.

GORTON, W.A. **The Philosophy Of Social Science**, 2016. Internet Encyclopedia of Philosophy. Disponível em: <<http://www.iep.utm.edu/soc-sci/>>. Acessado em 05 de jan. 2024.

GOULART, M. **“Explosão discursiva” na Câmara dos Deputados: uma análise dos projetos de lei sobre o aborto no contexto neoliberal e neoconservador brasileiro (2019-2020)**. Dissertação (Mestrado em Direito). Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022.

HARDING, S. A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, vol. 1, n. 1, p. 7-31, 1993. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/15984/14483>>. Acesso em: 12 fev. 2024.

HEILBORN, M. L; CABRAL, C; BRANDÃO, E; FARO, L; CORDEIRO, F; AZIZE, R. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro – Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 7, Rio de Janeiro, 2012

HERRERA FLORES, Joaquín. **De habitaciones propias y otros espacios negados: uma teoría crítica de las opresiones patriarcales**. Spain: Universidad de Deusto, 2005.

hooks, b. O amor como ato de liberdade. **Anãnsi – Revista de Filosofia**, vol. 02, nº 02, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/anansi>. Acesso em: 25 de ago. 2024.

IEPS - INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE. **Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020**. 2022. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-27/>. Acesso em: 02 fev. 2024.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. **Percepções sobre o aborto no Brasil**. 2017. Disponível em: <https://assets-institucional-ipg.sfo2.cdn.digitaloceanspaces.com/2017/12/Pesquisa-Percep%C3%A7%C3%B5es-sobre-Aborto.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2024.

KERGOAT, D. Divisão sexual o trabalho e relações sociais o sexo. In: HIRATA, H. (org.); LABORIE, F. (org.); LE DOARÉ, H. (org.); SENOTIER, D. (Org.) **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Unesp, p. 67-75, 2009.

LAUTERBACH, G. Aborto autônomo, feminista e acompanhado: redes feministas de acompanhamento às mulheres que abortam. **Praça: Revista Discente da Pós-Graduação em Sociologia da UFPE**, vol. 2, nº 2, p. 4-27, 2018.

LEAL, O. F. Sangue, fertilidade e práticas contraceptuais. **I Encontro Nacional de Antropologia Médica**, Salvador, 1993.

LEAL; M.D.C, et. al. **Nascer no Brasil II: Pesquisa Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento 2022-2023**. 2023. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>. Acesso em: 04 de fev. 2024.

LESSA, M. S.A; NASCIMENTO, E. R; CARDOSO, E.A; SOARES, I. J; RODRIGUES, Q. P; SANTOS, C.A.S.T; NUNES, I.M. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 27, nº 10, p. 3881-3890, 2022.

LIMA, M.R.P; MCCALLUM, C.A; MENEZES, G.M.S. A cena da ultrassonografia na atenção ao aborto: práticas e significados em uma maternidade pública em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 36, p. 1-12, 2020.

LIMA, N.D.F. **“Era o meu corpo, era meu momento, era minha vida”**: uma análise dos itinerários abortivos de mulheres jovens da região metropolitana de Recife-PE. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

LOPES, T.O. **“De revolução da medicina a vilão social”**: o caso do misoprostol no Brasil, 1986 a 1998. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, Rio de Janeiro, 2023.

MADEIRO, A. P.; RUFINO, A. C. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, n. 8, p. 2771-2780, 2017.

MÂNGIA, E. F; MURAMOTO, M. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, vol. 18, p. 54-62, 2008.

MARTINS, F. **Feminismos criminológicos**. São Paulo: Tirant Lo Blanch, 2021.

MCCALLUM, C.; MENEZES, G.; REIS, A. P. DOS. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. v. 23, n. 1, p. 37-56, 2016.

MENEZES, G; AQUINO, E. M. L. Pesquisas sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. Rio de Janeiro: **Caderno Saúde Pública**, p. 193-204, 2009.

MENEZES, V.A. “A medicina vai abaixo”: gênero, corpos e conhecimentos desautorizados (Fortaleza – Ceará, 1960-1980). **XXVII Simpósio Nacional de História**, Florianópolis, 2015.

MINAYO, M.C.D.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, nº 03, p. 621-626, 2012.

MOTTA, F. M. Sonoro silêncio: por uma história etnográfica do aborto. **Revista Estudos Feministas**. v. 16, n. 2, p. 681-689, 2008.

MOTTA, F. M. Não contra para ninguém: o aborto segundo mulheres de uma comunidade popular urbana. In: AREND, S. M. F.; ASSIS, G. DE O.; MOTTA, F. DE M. (org.). **Aborto e contracepção: histórias que ninguém conta**. Florianópolis: Editora Insular, p. 97-136. 2012.

MUYLAERT, C.J; SARUBBI JR, V; GALLO, P. R; ROLIM NETO, M. L; REIS, A. O. A. R. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. São Paulo: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 48, p. 193-199, 2014.

NASCIMENTO, B. A mulher negra no mercado de trabalho. In: HOLLANDA, H.B (Org.) **Inteseccionalidades: pioneiras do feminismo negro**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, p. 49-53, 2020.

NIELSSON, J. G. O controle reprodutivo e a inscrição biopolítica sobre o corpo feminino: contornos do estado de exceção no Brasil contemporâneo. In: CAMPOS, Carmen Hein; DIAS, Renato Duro (coord.). **Gênero, sexualidade e direito III**. Florianópolis: CONPEDI, p. 25-45, 2018.

NIELSSON, J. G. Corpo reprodutivo e biopolítica: a hystera homo sacer. **Revista Direito e Práxis**, vol. 11, p. 880-910, 2019.

NIELSSON, J.G; DELAJUSTINE, A.C. O controle reprodutivo de corpos femininos: da caça às bruxas à produção de vidas nuas na democracia brasileira. **Revista Paradigma**, vol. 28, nº 2, p. 70-100, 2019a.

NIELSSON, J.G; DELAJUSTINE, A.C. O estado de exceção em Giorgio Agamben e o controle biopolítico sobre os corpos femininos: a realidade da distopia “O conto da Aia” na vida das mulheres brasileiras. **Revista Argumentum**, vol. 20, nº 33, p. 1084-1106, 2019b.

NIELSSON, J. G; CARRION, L.G.Z. Direitos sexuais e reprodutivos e a criminalização do aborto como estratégia do biopoder. **Revista Direito em Debate**, nº 58, p. 1-14, 2022.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretriz sobre Cuidados do Aborto**. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>. Acesso em: 18 jan. 2024.

OSIS, M. J.D; HARDY, E; FAÚNDES, A. RODRIGUES, T. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. **Revista Saúde Pública**, vol. 30, nº 05, p. 444-451, 1996.

PASSOS, M.M.B; ALBINO, R..C; FEITOZA-SILVA, M; OLIVEIRA, D.R. A disseminação cultural das garrafadas no Brasil: um paralelo entre medicina popular e legislação sanitária. **Saúde Debate**, vol. 42, p. 248-262, 2018.

PATTIS, E. **Aborto perda e renovação: um paradoxo na procura da identidade feminina**. São Paulo: Paulus, 1995.

PAZELLO, Magaly. Internet, restrição de informações e acesso ao misoprostol. In: ARILHA, Margareth; LAPA, Thaís de Souza; PISANESCHI, Tatiane Crenn (orgs.). **Aborto medicamentoso no Brasil**. São Paulo, Oficina Editorial, p. 81-119, 2010.

PORTO, R. M. **Aborto legal e o cultivo ao segredo: dramas, práticas e representações de profissionais de saúde, feministas e agentes sociais no Brasil e em Portugal**. Tese (Doutorado em Filosofia e Ciências Humanas). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2009.

PORTO, M. P; SOUSA, C.H.D. “Percorrendo caminhos da angústia”: itinerários abortivos em uma capital nordestina. **Revista Estudos Feministas**, vol. 25, p. 593-516, 2017.

PORTO, R.M; GALVÃO, F.D. **Itinerários abortivos e terapeutas populares: gênero, temporalidades e saberes localizados**. *Revista Antropológicas*, vol. 26, p. 170-199, 2022.

PRECIADO, P. B. **Testo Junkie: Sexo, Drogas e Biopolítica na era Farmacopornográfica**. São Paulo: N-1 Edições, 2008.

PRECIADO, P.B. Huelga de úteros. **Revista Números Rojos**, 2014. Disponível em: <https://blogs.publico.es/numeros-rojos/2014/01/29/huelga-de-uteros/>. Acesso em: 02 de fev. 2024.

QUIJANO, A. “Coloniality of Power, Eurocentrism, and Social Classification” *In: Coloniality at Large*, Marel Moraña et al. (org.), 181–224. Durham, NC: Duke University Press, 2008.

RICH, A. **Nacemos de mujer: la maternidade como experiencia e institución**. Madrid: Traficantes de Sueños, 2019.

ROSSIER, C. Abortion: an open secret? Abortion and Social Network Involvement in Burkina Faso. **Reprod Health Matters**, vol. 15, nº 30, p. 230-238, 2007.

ROSTAGNOL, S. De la maternidade elegida a no ser madre (por ahora): anticoncepción y aborto en la vida de las mujeres. **Revista Latinoamericana**, nº 12, p. 198-223, 2012.

ROSTAGNOL, S.; VIERA, M.; GRABINO, V.; MESA, S. Transformaciones y continuidades de los sentidos del aborto voluntario en Uruguay: del AMEU al misoprostol. **Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades**. v. 7, n. 9, 2013.

SAMPAIO, C. Vendem-se Criminosas. **Revista Bagoas**. Dossiê aborto. n. 09, p. 245-265, 2013.

SANTOS, D.L.A.S; BRITO, R.S. **Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 24, p. 1293-1313, 2014.

SCHMITT, C. **The Concept of the Political**. Chicago: University of Chicago Press, 1996.

SCOTT, J. **Gender: a useful category of historical analyses: Gender and the politics of history**. New York, Columbia University Press, 1989.

SEGATO, Rita Laura. **Las estructuras elementales de la violencia**. Bernal: Universidad de Quilmes, 2003.

SEGATO, Rita Laura. Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres. **Revista Sociedade e Estado**. v. 29, n. 2, 2014.

SEGATO, Rita Laura. **La guerra contra las mujeres**. Madrid: Traficantes de Sueños, 2016.

SILVA, P.S. **“Como um acordo silencioso”**: críticas criminológicas e as perspectivas das(os) adolescentes internadas(os) no centro de socioeducação Joana Miguel Richa, Curitiba/PR. Dissertação (Mestrado em Direito). Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2023.

SILVEIRA, P. MCCALLUM, C; MENEZES, G. Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 32, p. 1-10, 2016.

SIMÕES, H.V. **Discursos jurídico-penais sobre a violência sexual no contexto de uma estrutura simbólica de expropriação do feminino**. Dissertação (Mestrado em Direito). Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2019.

SOUSA, C.H.D.S. **Mulheres e itinerários abortivos: etnografia sobre os “caminhos” do misoprostol na capital norterriograndense**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

SOUZA, D.I; MÜLLER, D. M; FRACASSI, M.A.T; ROMEIRO, S.B.B. **Manual de orientações para projetos de pesquisa**. Novo Hamburgo: Fundação Escola Técnica Liberato Salzano Vieira da Cunha, 2013.

SOUZA, M.C.D. **‘No estás sola’: aborto seguro e acompanhado como estratégia feminista para descriminalização social na América Latina**. Tese (Doutorado em Interunidades em Integração na América Latina). Programa de Pós-Graduação em Interunidades em Integração na América Latina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

SOUZA, Z. C. S. N., DINIZ, N. M. F., COUTO, T. M., GESTEIRA, S. M. A. Trajetória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 23, n. 6, p. 732-736, 2010.

SPINK, P.K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Revista Psicologia & Sociedade**, vol. 15, nº 02, p. 18-42, 2003.

SPIVAK, G. C. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2010.

STRATHERN, M. **The gender of the gift: Problems with Women and Problems with Society in Melanesia**. Berkeley: University of California Press, 1988.

TABUCHI, M. G.T; ROSSI, A.C.S. Construindo uma epistemologia feminista decolonial. Florianópolis: **Revista Estudos Feministas**, vol. 31, nº 03, 2023.

TEDESCHI, L.; TEDESCHI, S. A história das mulheres (séc. XX-XXI): entre poder, resistência e subjetivação. Florianópolis: **Revista Tempo e Argumento**. Disponível em: <https://revistas.udesc.br/index.php/tempo/article/view/2175180311262019508>. Acesso em: 05 de jul. 2024.

TORNQUIST, C. S.; PEREIRA, S. M.; BENETTI, F. J. Usos e sentidos do Cytotec – Percepções sobre o uso do “comprimido” em bairro popular de Florianópolis. *In: AREND, S. M. F.; ASSIS, G. DE O.; MOTTA, F. DE M. (org.). Aborto e contracepção: histórias que ninguém conta*. Florianópolis: Editora Insular, 2012. p. 173-206.

TRINDADE, R.E; SIQUEIRA, B.B; DE PAULA, T.F; FELISBINO-MENDES, M. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 26, p. 3493-3504, 2011.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Campinas: **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014.

WERNECK, J. Ou belo ou puro? Racismo, eugenia e novas (bio)tecnologias. *In: ROTANIA, Alejandra Ana, WERNECK, Jurema (org.). Sob o signo das Bios: vozes críticas da sociedade civil*. v. 1: reflexões no Brasil. Rio de Janeiro: E-papers Serviços Editoriais, p. 15-28, 2004.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Revista Saúde e Sociedade**, vol. 25, p. 535-549, 2016.

WICHTERICH, Christa. **Direitos Sexuais e Reprodutivos**. Rio de Janeiro: Heinrich Böll Foundation, 2015.

WILLIAMS, S. Feminist legal epistemology. **Berkeley Women’s Law Journal**, v. 8, p. 63-105, 1993.

YAÑEZ, S. Narrar la ambivalência desde el cuerpo: diálogo sobre nuestras propias experiencias en torno a la “no-maternidad”. **Investigaciones Feministas**, vol. 04, p. 221-239, 2013.

YAÑEZ, S. Una genealogia feminista para abordar la maternidad como institución y como experiencia. El legado de Adrienne Rich. **La manzana de la discordia**, vol. 12, p. 61-76, 2017.

ZANELLO, V. Dispositivo materno e processos de subjetivação: desafios para a Psicologia. *In: ZANELLO, V.; PORTO, M. (org). Aborto e (não) desejo de maternidade(s): questões para a Psicologia*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia – CFP, p. 103-122, 2016.

ZIRBEL, I. Biopoder e técnicas reprodutivas. **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da Unifap**, Macapá, v. 12, n. 1, p. 123-143, 2019.