



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**A PRÁTICA DE ABORTO VOLUNTÁRIO E AS
MÚLTIPLAS ESCALAS DE PODER E RESISTÊNCIA:
ENTRE O CORPO FEMININO E O TERRITÓRIO NACIONAL**

MERIENE SANTOS DE MORAES

Porto Alegre, dezembro de 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

**A PRÁTICA DE ABORTO VOLUNTÁRIO E AS
MÚLTIPLAS ESCALAS DE PODER E RESISTÊNCIA:
ENTRE O CORPO FEMININO E O TERRITÓRIO NACIONAL**

MERIENE SANTOS DE MORAES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Geografia como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Geografia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cláudia Luísa Zeferino Pires

Porto Alegre, dezembro de 2016

MERIENE SANTOS DE MORAES

**A PRÁTICA DE ABORTO VOLUNTÁRIO E AS
MÚLTIPLAS ESCALAS DE PODER E RESISTÊNCIA:
ENTRE O CORPO FEMININO E O TERRITÓRIO NACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Geografia como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Geografia.

Aprovada em 15 de dezembro de 2016.

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Joseli Maria Silva

Programa de Pós-Graduação em Geografia UEPG

Prof^a. Dr^a. Cristianne Maria Famer Rocha

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva UFRGS

Prof. Dr. Álvaro Luis Heidrich

Programa de Pós-Graduação em Geografia UFRGS

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas foram fundamentais para a realização dessa pesquisa, ao longo dos anos de Mestrado. Cada uma e cada um teve um papel importante nesse processo, e por isso deixo aqui registrado meu “muito obrigada”!

Em primeiro lugar, agradeço mais uma vez às minhas flores – as entrevistadas que aparecem nessa dissertação – e a todas as outras mulheres que se propuseram a falar sobre suas experiências de aborto clandestino, ou me procuraram em busca de ajuda, mas que, por força das circunstâncias, não tiveram suas histórias contadas nesse trabalho. Sem vocês, esse estudo não teria sido possível.

À professora Joseli Maria Silva, por ser minha inspiração na Geografia Feminista e porque sem ela essa dissertação não teria existido. Às/aos demais queridas/os pesquisadoras/es do GETE – UEPG, que também apoiaram essa pesquisa: Mayã Campos, Juliana Przybysz, Márcio Ornat e William Hanke.

Às/aos professoras/es da UFRGS que tiveram diferentes papéis na minha jornada acadêmica: Adriana Dorfman, Álvaro Luis Heidrich, Cláudia Pires, Cristianne Famer, Luiz Fernando Mazzini e Maria Lúcia Moritz.

Às/aos professoras/es e colegas do NEGA – EA e do NEGA – GEA, pelos aprendizados e pela compreensão nos momentos que precisei me ausentar das atividades da extensão para trabalhar nessa pesquisa.

À médica ginecologista e sexóloga Sandra Scalco, pela entrevista gentilmente me concedida.

À amiga, colega e companheira de vida, Helena Bonetto, pelo incentivo do início ao fim dessa pesquisa e pelo carinho de sempre.

À amiga e colega Márcia Falcão, pela inspiração na luta feminista, parceria e apoio nesse campo ainda tão pouco explorado na nossa Geografia.

Aos amigos e colegas Fabiano Barnart e Renan Mattos, assim como ao grupo Nuances, por terem compartilhado comigo tantas conversas, livros e possibilidades ao longo desse caminho.

Ao Rafael Braga, pela pura amizade, parceria, sorrisos e abraços sempre à disposição.

À colega e amiga Jerusa Peixoto, pela cumplicidade desde os primeiros dias de curso e todas as palavras de incentivo.

À Marina Feldens, pelo cuidado e carinho a mim dispensados, durante tantos dias de incertezas e inseguranças.

Às parcerias de Corpos Impuros, por também acreditarem no potencial de novas imaginações geográficas.

A tantas/os outras/os colegas da Geografia que, muitas vezes, demonstraram interesse nessa pesquisa e me deram palavras de incentivo para continuar, apesar das dificuldades. Também àquelas/es que estiveram comigo no dia da defesa e da comemoração.

Às/aos colegas da disciplina de Gênero e Participação Política pelas proveitosas discussões e, especialmente, à Daniela Sanfelice, por vibrar comigo por essa conquista.

Ao Kai Alexander, pela presença e o apoio fundamental durante a fase mais crítica desse processo.

À Divane Ohlweiler, prima-irmã que esteve presente no momento crucial da defesa, com o futuro Murilo em sua barriga, torcendo por mim.

E à Maria Irene, sempre na minha memória.

Sozinha eu ando bem, mas com vocês eu ando muito melhor.

RESUMO

Essa pesquisa trata das múltiplas relações de poder entre corpo e espaço, em diferentes escalas, envolvidas na prática de interrupção voluntária da gravidez. A criminalização do aborto provocado não impede que milhares de procedimentos clandestinos sejam realizados anualmente no Brasil. A ilegalidade contribui para a insegurança da prática, constituindo um problema de saúde pública porque coloca em risco a vida das mulheres. Contra essa situação, movimentos feministas vêm lutando pelo aborto legal e seguro em nome da saúde, dos direitos sexuais e (não) reprodutivos e da autonomia corporal das mulheres. Nesse contexto, o estudo buscou compreender como as práticas de aborto provocado envolvem múltiplas escalas territoriais de poder e resistência, procurando responder três questões centrais: No que consiste a prática de aborto provocado? Como as relações entre corpo e espaço podem ser evidenciadas a partir de uma perspectiva escalar dessa prática? E, nesse sentido, como o corpo pode constituir uma escala de resistência? Para dar conta da proposta, o referencial teórico-metodológico apoiou-se, sobretudo, nas correntes feministas da Geografia que entendem que o espaço não é neutro do ponto de vista das relações hierárquicas de gênero e em abordagens territoriais multiescalares. As estratégias de investigação incluíram coleta de dados realizada por meio de uma ampla pesquisa bibliográfica e documental, além de nove entrevistas semi-estruturadas, com mulheres brasileiras, entre 24 e 38 anos de idade, que tiveram pelo menos uma experiência de aborto clandestino. O tratamento dos dados consistiu na transcrição das entrevistas, categorização e análise de conteúdo. O estudo mostrou que a prática de aborto provocado consiste em um tema complexo, que envolve aspectos jurídicos, médicos, religiosos, econômicos e emocionais. Além disso, com a restrição do aborto seguro, feito em ambiente hospitalar, a apenas três situações previstas em lei (estupro, risco de vida para a mulher e anencefalia do feto), as mulheres acabam recorrendo às clínicas clandestinas ou ainda ao aborto caseiro, provocado com medicamentos adquiridos no mercado ilegal. Assim, as práticas clandestinas e as lutas pela descriminalização do aborto analisadas ao longo do estudo são exemplos de resistência e subversão às normas estabelecidas, reforçando a afirmação de que o corpo pode constituir espaços de resistência.

Aborto provocado, corpo, espaço, território, geografia feminista.

ABSTRACT

This research deals with the multiple relations of power between body and space, at different scales, involving the practice of voluntary termination of pregnancy. The criminalization of induced abortion does not prevent thousands of clandestine procedures from being performed annually in Brazil. Illegality contributes to insecurity in the practice and constitutes a public health problem. Against this situation, feminist movements have been fighting for legal and safe abortion in the name of the health, the sexual and (non) reproductive rights and the women's bodily autonomy. In this context, the study looked at how abortion practices involve multiple territorial scales of power and resistance, trying to answer three main questions: What is the practice of induced abortion? How can the relations between body and space be evidenced from a scalar perspective of this practice? And, in that sense, how can the body constitute a scale of resistance? In order to achieve this proposition, the theoretical-methodological reference was based, above all, on the feminist currents of Geography, which understand that space is not neutral from the point of view of hierarchical gender relations, and in multi scalar territorial approaches. Research strategies included data collection carried out through an extensive bibliographical and documentary research, in addition to semi-structured interviews with nine Brazilian women, between 24 and 38 years of age, who has, at least, one experience of clandestine abortion. Data processing consisted in transcription of the interviews, categorization and content analysis. The study showed that the practice of induced abortion consists of a complex matter that involves legal, medical, religious, economic and emotional aspects. In addition, with the safe abortion (made in a hospital environment) legal restrictions to only three situations (rape, risks to the woman's life and anencephaly), women resort to clandestine clinics and/or to drugs purchased in the illegal market. Thus, both clandestine practices and struggles for the decriminalization of abortion analyzed throughout the study are examples of resistance and subversion to established norms, reinforcing our statement that the body can constitute spaces of resistance.

Induced abortion, body, space, territory, feminist geography.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1: Manifestantes anti-aborto em Washington D.C, EUA, 2004	16
Figura 2: Protesto anti-aborto em Louisville, KY, EUA, 2012.	16
Tabela 1: Números e taxas do aborto no mundo.	35
Figura 3: Mapa das leis de aborto no mundo.	37
Figura 4: Chão ensanguentado e policial revistando a clínica.	55
Figura 5: Clínica clandestina no centro de POA.	56
Figura 6: Fachada da clínica no bairro Floresta.	57
Figura 7: Detalhes da clínica na Av. Independência.	58
Figura 8: Tapete onde eram realizados abortos.	60
Figura 9: Detalhe do muro da casa onde eram realizados os abortos.	61
Figura 10: Barco da ONG <i>Women on Waves</i> .	69
Figura 11: Cartaz de divulgação do dia de luta pelo direito ao aborto.	74
Figura 12: <i>Mujeres Creando</i> na 31ª Bienal de São Paulo.	77
Figura 13: "Nem boca fechada, nem útero aberto!"	78
Figura 14: "Marcha das Vadias" na Rua Augusta, São Paulo.	83
Figura 15: Cartaz na "Marcha das Vadias".	83
Quadro 1: Distribuição das entrevistadas por faixa etária na data da entrevista.	87

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO 1 – CAMINHOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	07
1.1 Aborto e(m) geografia feminista	07
1.2 A construção social da escala geográfica e o espaço corporal	15
1.3 Território e biopolítica	26
1.4 Estratégias de pesquisa	30
CAPÍTULO 2 – ABORTO PROVOCADO SOB UMA PERSPECTIVA ESCALAR	34
2.1 Panorama do aborto no mundo	34
2.2 Aborto no Brasil: o Estado e suas implicações para as mulheres	41
2.2.1 Aborto previsto em lei	48
2.2.2 Aborto clandestino: as clínicas e o Cytotec	53
2.3 Mulheres e território corporal: movimentos feministas por direitos sexuais e (não) reprodutivos	67
CAPÍTULO 3 – RELAÇÕES ENTRE CORPO E ESPAÇO A PARTIR DE EXPERIÊNCIAS DE ABORTO INSEGURO	85
3.1 As entrevistadas e suas histórias	85
3.2 Corpo e sensações de espaço na prática de aborto provocado	87
3.2.1 Abortar em casa	88
3.2.2 Abortar em uma clínica	95
3.3 Corpo feminino, espaço contestado: a lei e a decisão	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS	117
ANEXO A – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS	125

INTRODUÇÃO

O presente estudo trata das múltiplas relações de poder entre corpo e espaço envolvidas na prática de aborto. A interrupção de uma gravidez pode ocorrer de forma espontânea ou ser provocada. O aborto provocado pode ser um procedimento seguro, se realizado dentro da lei e conforme os padrões de higiene. Quando realizado de modo clandestino, nos locais onde não é permitido por lei, o aborto é considerado inseguro. O foco dessa pesquisa são as práticas de aborto provocado – tanto as legais quanto as clandestinas.

A interrupção voluntária da gravidez é uma prática feminina ancestral de controle da natalidade, conhecida nas mais remotas épocas e diferentes culturas, e ainda muito comum, mesmo nos locais onde é criminalizada. Estima-se que, anualmente, sejam provocados mais de 56 milhões de abortos no mundo. Só no Brasil, os números variam entre 500 mil e 1 milhão por ano, não sendo possível precisar os dados em função da condição de clandestinidade, na grande maioria dos casos.

Cada país ou território estabelece as normas e os espaços destinados ao aborto provocado, podendo torná-lo legal em qualquer caso, apenas em algumas situações ou proibi-lo completamente. Estudos recentes (SEDGH et. al., 2016) mostram que a taxa de aborto não chega a ser significativamente diferente entre os países onde a prática é altamente restrita e aqueles nos quais é amplamente legal. Ou seja, leis proibitivas não fazem com que as mulheres deixem de interromper gravidezes, assim como leis mais liberais não levam ao aumento do número de abortos. Resumindo: proibir não impede e liberar não estimula o aborto. O que vai fazer com que uma gravidez seja interrompida ou não, é a vontade e a ação da mulher que engravidou sem querer.

Onde a prática é permitida por lei, existem serviços de saúde – como hospitais, clínicas ou mesmo farmácias, por exemplo – onde as mulheres podem obter um procedimento seguro. Já nos lugares onde é proibido ou mesmo restrito, ou ainda se as mulheres não conseguem acessar um serviço de aborto legal, o procedimento é feito de forma clandestina. E as consequências de um aborto inseguro podem ser fatais.

Por essa razão, desde os anos 1970, movimentos feministas vêm lutando pela descriminalização da prática e pelo direito ao aborto seguro e gratuito, em nome da saúde, da vida e da autonomia corporal das mulheres. A defesa do direito ao aborto está pautada no marco dos direitos humanos.

Nesse contexto, o trabalho é desenvolvido em torno da seguinte questão central: **Como a prática de aborto provocado envolve múltiplas escalas territoriais de poder e resistência?** Para contemplar essa proposta, outras três questões orientam a investigação: **No que consiste a prática de aborto provocado? Como as relações entre corpo e espaço podem ser evidenciadas a partir de uma perspectiva escalar dessa prática? E, nesse sentido, como o corpo pode constituir uma escala de resistência?**

No Brasil, o aborto inseguro representa um grave problema de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde (2010), estima-se que sejam feitos um milhão de abortos induzidos por ano, sendo esta a 4ª maior causa de mortalidade materna no país. Abortos inseguros levam uma mulher a cada dois dias a óbito, por complicações decorrentes de procedimentos mal feitos¹. Além disso,

[...] vulnerabilidades como desigualdade de gênero, normas culturais e religiosas, desigualdade de acesso à educação, e múltiplas dimensões da pobreza – com a falta de recursos econômicos e de alternativas, a dificuldade de acesso a informação e direitos humanos, a insalubridade, dentre outros – fazem com que o abortamento inseguro atinja e sacrifique, de forma mais devastadora, mulheres de comunidades pobres e marginalizadas. (Idem, s.p.)

A criminalização do aborto perpetua desigualdades sociais porque afeta e prejudica, sobretudo, as mulheres pobres, negras e das periferias dos países menos desenvolvidos. Sem condições de pagar por um procedimento seguro ainda que clandestino, essas mulheres recorrem a técnicas abortivas mais populares e arriscadas, como a ingestão de misturas de ervas emenagogas que podem causar intoxicação, ou a inserção de sondas ou outros objetos pontiagudos que podem causar perfurações uterinas. As mulheres que têm piores condições financeiras são também aquelas que, ao buscar atendimento hospitalar depois de provocar um aborto, acabam denunciadas para a polícia, sofrendo processos judiciais e, em certos casos, até mesmo vão presas.

¹ BARÓN, Francho. **Silêncio diante do drama do aborto clandestino**. Disponível em: brasil.elpais.com/brasil/2014/09/28/politica/1411937015_378864.html, acesso em 20 abr. 2016.

Existem ainda muitas lacunas no que diz respeito ao conhecimento das práticas de interrupção voluntária da gravidez no país, e a ilegalidade contribui em grande parte para a ausência de informações (BRASIL, 2009).

Os estudos não mostram como se aborta nas clínicas privadas, com leigas ou parteiras. Não se sabe como as mulheres têm acesso aos instrumentos abortivos, em particular de quem compram ou recebem o misoprostol ou os chás; não se sabe quais os recursos abortivos e as práticas adotados pelas mulheres rurais e indígenas; não se sabe qual o impacto da raça na magnitude, na morbidade e na experiência do aborto induzido; não se sabe como as desigualdades regionais são refletidas na morbidade do aborto induzido ilegalmente; não se sabe como indicadores de desigualdade social (classe social, geração, raça, deficiência) atuam na decisão de uma mulher por induzir um aborto; não se sabe como mulheres em situação de violência sexual doméstica decidem pelo aborto; não se sabe como a epidemia do HIV/aids se relaciona com a prática do aborto. Sabe-se pouco sobre o universo simbólico das mulheres que abortam, sobre o processo de tomada de decisão e sobre o impacto em sua trajetória reprodutiva ou em seu bem-estar. Os estudos sobre assistência à saúde de mulheres em situação de abortamento induzido são raros, e há poucas pesquisas sobre os serviços de aborto legal. (BRASIL, 2009, pp. 21- 22)

Fica claro, portanto, que a clandestinidade do aborto “[...] dificulta a definição de sua real dimensão e da complexidade de aspectos que envolvem questões legais, econômicas, sociais e psicológicas, impactando diretamente na vida e na autonomia das mulheres” (GALLI; VIANA, 2010, p. 3).

Por estas razões, segundo Lucila Scavone (2004), a luta pela descriminalização desta prática tem sido uma das principais pautas dos movimentos feministas latino americanos por direitos humanos e autonomia sexual das mulheres. Pimentel e Villela (2012) confirmam essa visão:

O tema dos direitos humanos não é novo na agenda das mulheres. Há anos, mulheres como Emma Goldman, Flora Tristán, Nisia Floresta, Bertha Lutz, entre outras, já o discutiam. As feministas brasileiras, ex- exiladas, ex-presas políticas, no final da década de 1970 e no início da década seguinte, mais uma vez o colocaram em foco, situando a luta pelo direito ao aborto no centro desse debate. (Idem, p. 20)

É nesse sentido que as autoras sustentam que a luta pela descriminalização da interrupção voluntária da gravidez é um pressuposto fundamental para que as desigualdades de gênero sejam reduzidas:

Defender a descriminalização ou legalização do aborto é lutar por um projeto de sociedade equânime nas relações de gênero, tendo a equidade como princípio e diretriz para que as diferenças possam ser convividas e vivenciadas dentro do mesmo espaço. Ao negar a

subsunção das mulheres à maternidade, afirmando que elas podem ser mulheres na sua integralidade sem ter filhos e dissociando sexualidade e reprodução, constrói-se a ancoragem necessária para tratar do aborto no âmbito dos direitos humanos e dos direitos reprodutivos e sexuais. (PIMENTEL; VILELLA, 2012, p. 20)

Se na área da Saúde ainda existe uma grande defasagem na produção de conhecimento sobre a interrupção voluntária da gravidez, isso não poderia ser diferente na Geografia, apesar do trabalho de Brown (2013), sobre os serviços de aborto legal no Canadá, nos Estados Unidos e no México, ter demonstrado que, no que diz respeito à prática de aborto, o espaço – em todas as escalas – realmente importa.

Esse, assim como outros temas relacionados a questões gênero e sexualidade, ainda é pouco ou nada explorado pela ciência geográfica. Em buscas² efetuadas no banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com “Geografia” no campo “área de conhecimento” e a palavra “gênero” em qualquer campo, foram obtidos 23 resultados, mas nenhuma das teses ou dissertações havia sido produzida na UFRGS. Trocando a palavra “gênero” por “feminista”, foram encontrados apenas dois trabalhos, um feito no Rio de Janeiro e outro em Goiás. Buscando pelas palavras “Geografia” e “aborto”, nenhum resultado foi encontrado.

A mesma busca foi feita no Lume, o repositório digital da UFRGS, também entre as teses e dissertações. Colocando no campo “assunto” as palavras “Geografia” e “gênero”, novamente apenas dois resultados: um trabalho de Ivaine Maria Tonini, de 2002, e outro de Christiane S. Campos, de 2009. Trocando a palavra “gênero” por “feminista” ou por “aborto”, não apareceram resultados. Outras buscas foram feitas no *Google Acadêmico* em português, espanhol, inglês, francês e alemão, mas tudo indica que a prática de aborto ainda não tenha sido objeto de investigação geográfica. Não ter encontrado um “caminho” pronto ou um modelo a seguir fez da elaboração desse trabalho um grande desafio.

Enquanto pesquisadora e mulher feminista, tratando de um assunto tão polêmico e inédito na Geografia, fui questionada muitas vezes a respeito do meu posicionamento com relação ao aborto. Considero que a questão não deveria ser polarizada entre “contra” ou “a favor” da prática em si. O que eu defendo é que o

² Levantamento realizado em março de 2015, nas páginas <http://bancodeteses.capes.gov.br/> e <http://www.lume.ufrgs.br/>.

procedimento seja legalizado e disponibilizado para as mulheres em espaços de saúde adequados, para que elas não morram, sejam presas ou marginalizadas por terem precisado fazer um aborto. Com o presente estudo visou, portanto, contribuir na produção de conhecimento sobre a prática de aborto provocado no Brasil e, de uma forma mais ampla, sobre as relações ainda pouco analisadas entre corpo, espaço e poder, em diferentes escalas geográficas.

Para dar conta dessa proposta, foram adotadas como estratégias de investigação: ampla revisão bibliográfica, coleta de dados para a construção do *corpus* de pesquisa (incluindo Indicadores relativos às taxas de aborto no mundo e no Brasil, matérias sobre o assunto nos principais portais de notícias na internet), assim como realização e transcrição de entrevistas com mulheres que provocaram, pelo menos, um aborto em situação de clandestinidade. Foram entrevistadas nove mulheres escolarizadas, de camadas sociais médias, entre 24 e 38 anos de idade. O roteiro semi-estruturado das entrevistas é apresentado no “Anexo A” dessa dissertação. Os dados obtidos foram agrupados e tratados por meio da análise de conteúdo. Os resultados do estudo são apresentados em três capítulos, além dessa introdução e das considerações finais.

No primeiro – *Caminhos teórico-metodológicos*, é explorado o referencial que sustenta a pesquisa, baseado nos pressupostos teóricos e metodológicos das geografias feministas. A questão do aborto é situada no contexto mais amplo da maternidade e de outras relações entre gênero e espaço, partir da contribuição de geógrafas feministas como Doreen Massey, Joseli Maria Silva e Linda McDowell, além do trabalho de autoras de outras áreas, como Débora Diniz, Fabíola Rohden, Ginette Paris, Lori A. Brown e Mary Del Priore. A construção social da escala e as diferentes imaginações geográficas sobre espaço e corpo são abordadas na sequência do capítulo, a partir das ideias de Andrew Herod, David Harvey, Henri Lefebvre, Joseli Maria Silva, Marcelo Lopes de Souza e outras/os. A discussão sobre o conceito de território é feita a partir do trabalho de Lopes de Souza, Robert Sack e Rogério Haesbaert. As noções de biopolítica e heterotopia são tomadas de Michel Foucault. As estratégias de investigação empregadas no estudo também são exploradas no primeiro capítulo.

O segundo capítulo – *Aborto provocado sob uma perspectiva escalar* – trata da questão do aborto inseguro em uma perspectiva escalar. Primeiramente, são analisadas informações a respeito do aborto em outros países para fins

comparativos com a política adotada no Brasil. Em seguida, são examinados os números do aborto inseguro em território nacional e as implicações para as mulheres, aspectos do aborto previsto em lei e, ainda, os espaços e circuitos das práticas clandestinas. A última parte do capítulo traz as lutas feministas pela descriminalização do aborto como direito sexual e (não) reprodutivo das mulheres, aspecto fundamental no que diz respeito à autonomia de seus territórios corporais.

No terceiro capítulo – *Relações entre corpo e espaço a partir de experiências de aborto inseguro*, são analisadas as histórias de aborto clandestino de nove mulheres, sob uma perspectiva escalar. Inicialmente, é feita uma breve apresentação de cada uma. Posteriormente, são discutidos aspectos relativos ao corpo e às sensações de espaço vivenciadas nas situações de aborto, conforme o local de realização do procedimento – em casa ou em uma clínica – evidenciando múltiplas relações entre corpo e espaço nessa prática. Por fim, são examinadas as relações de poder que apareceram nas narrativas, como questões relativas à maternidade e à decisão de interromper uma gravidez em um contexto de ilegalidade.

O trabalho é finalizado com um balanço entre a teoria e os dados empíricos apresentados. Nas considerações finais, também são feitas observações a respeito das dificuldades enfrentadas ao longo da pesquisa e sobre como esse estudo pode contribuir para a geografia brasileira ampliar seu arsenal teórico-metodológico, especialmente no que concerne às relações entre corpo, espaço e poder.

CAPÍTULO 1

CAMINHOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

No capítulo que segue apresento as bases teórico-metodológicas do trabalho iniciando a discussão pela contextualização do aborto no âmbito da geografia feminista. São abordados, na sequência, aspectos relativos à construção social da escala e ao corpo enquanto espaço geográfico e, ainda, do território como espaço de apropriação de poder e da regulação da prática do aborto como biopolítica de população. Por fim, apresento as estratégias de investigação adotadas ao longo da pesquisa.

1.1 Aborto e(m) geografia feminista

“O aborto é uma prática de todas as culturas, as mais arcaicas e primitivas. Hoje o aborto, correto ou não, continua sendo um poder de decisão das mulheres sobre seu próprio corpo. Ele significa a opção de não parir. De escapar ao mito da maternidade. Ele é uma fissura no poder patriarcal que mistifica a maternidade.”

Márcia Tiburi (2007)

As teorias feministas têm contribuído para a ampliação dos temas abordados na Geografia, por colocar conceitos como gênero, raça e interseccionalidade, além de questões relacionadas a direitos sexuais e reprodutivos, entre seus objetos de estudo. Além desses temas, o pensamento feminista contribuiu à ciência geográfica com a inclusão de grupos até então invisibilizados nessa ciência (SILVA, 2010).

McDowell (1992) relata que o que era considerado “assunto de mulher” foi excluído por muitos anos dos temas de pesquisa dessa e de outras ciências, com base em argumentos de que esses seriam assuntos triviais, que estariam na escala errada (a doméstica, privada), que os métodos utilizados não poderiam ser considerados “ciência” e apropriados para a geografia, e que esses trabalhos teriam uma perspectiva parcial ou, “pior ainda”, política.

Os confrontos dos múltiplos saberes sob a perspectiva da universalidade dos modelos de conhecimento resultaram na ciência moderna que produz as ausências e silêncios e reforça as dominações. A postura pluriversal implica na prática

geográfica subversiva que joga com e contra os conceitos da ciência hegemônica e contempla os saberes dos sujeitos silenciados no discurso moderno tradicional (SILVA, 2010, p. 47).

As geógrafas e os geógrafos feministas sustentam que o espaço não é vivido da mesma forma por toda e qualquer pessoa, mas que as experiências espaciais são relacionadas com a nossa maneira de ser e estar no espaço, ou seja, com os nossos corpos e identidades. Assim, a geografia feminista questiona a ordem espacial patriarcal estabelecida, tendo como marcador social o gênero, que produz percepções e vivências de espaço distintas.

O patriarcado é uma das estruturas-chave dos estudos em geografia feminista (DIXON; JONES III, 2006). O termo descreve a exploração, dominação, subordinação e opressão sistematizada de mulheres e crianças através de relações hierárquicas de gênero. Esse sistema é legitimado e perpetuado por uma série de normas sociais e morais – como quando, por exemplo, as mulheres “naturalmente” assumem a responsabilidade de criar os filhos.

De acordo com Dimen (1997, p. 43), “o patriarcado é tanto um sistema psicológico-ideológico – ou seja, representativo – como um sistema político-econômico”. Para a autora, o patriarcado é um sistema de dominação diferente de outros, “[...] como o racismo, a estrutura de classes ou o colonialismo, porque vai direto na jugular das relações sociais e da integração psicológica – o desejo” (Idem, p. 46).

Uma das primeiras observações destacadas pelas feministas na geografia foi a de que as relações de gênero variam no espaço, além de variarem no tempo, como há muito já era reconhecido (MASSEY, 2001).

Para Massey (2001), as interseções entre a geografia e o gênero estão entranhadas e multifacetadas. Uma está profundamente implicada na construção da outra. Assim como gênero influencia na produção do "geográfico", o geográfico influencia nas relações de gênero e nas suas manifestações com, através e no espaço³.

³ “The intersections and mutual influences of 'geography' and 'gender' are deep and multifarious. Each is, in profound ways, implicated in the construction of the other.- geography in its various guises influences the cultural formation of particular genders and gender relations; gender has been deeply influential in the production of 'the geographical'” (MASSEY, 2001, p. 177).

Em termos gerais, o controle espacial – seja imposto pelo poder das convenções ou simbolismos, seja pela ameaça direta da violência – pode ser um elemento fundamental na constituição do gênero em suas variadas formas.

Tendo em vista as considerações acima sobre a importância de estudos com recorte de gênero da geografia feminista, acreditamos ser importante para esse campo de estudos compreender as relações espaciais envolvidas nas práticas de aborto, pois em primeiro lugar é uma pauta de reivindicação dos movimentos feministas desde a década de 1970, em segundo lugar por possibilitar a discussão entre o jogos de poder e diferentes escalas em nosso caso entre o corpo-território e o Estado Nacional e ainda por problematizar o corpo como território e espaço. Através destas discussões acreditamos que esta investigação pode contribuir para o aprofundamento teórico das geografias feministas.

A interrupção voluntária da gravidez é uma prática feminina ancestral de controle da natalidade, conhecida nas mais remotas épocas e diferentes culturas, sendo legalmente normatizada pelo Estado e moralmente condenada pela religião. No entanto, nem a criminalização ou a condição de “pecado” impedem muitas mulheres de interromper gravidezes indesejadas.

Quando as mulheres querem limitar ou adiar a maternidade, mas métodos contraceptivos não são usados ou são usados de maneira ineficaz, ou ainda se elas são forçadas a fazer sexo sem consentimento, gravidezes não intencionais acontecem: algumas acabam sendo interrompidas por abortos provocados, enquanto outras resultam em nascimentos não desejados. Onde as leis restringem o aborto ou os serviços de aborto seguro não são amplamente acessíveis ou são de baixa qualidade, as mulheres geralmente recorrem a prestadores não qualificados, enfrentando sérios riscos para sua saúde e bem-estar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012, tradução nossa)⁴.

As razões para uma mulher se submeter a um aborto são muitas. Nos séculos passados, foram em grande parte as más condições econômicas que obrigaram as famílias a limitar o número de seus descendentes, a fim de sustentar adequadamente o resto da família. Em outros casos, era a violência ou relações de

⁴ “When women want to limit or postpone childbearing, but contraception is not used or used ineffectively or they are forced into nonconsensual sex, unintended pregnancies occur: some are terminated by induced abortions while others result in unwanted births. Where abortion laws are restricted or safe abortion services are not widely accessible or are of poor quality, women resort to unskilled providers, risking serious consequences to their health and well-being”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012, p. 1)

dependência, que impossibilitavam as mulheres de prosseguir com uma gestação. Aquelas que não conseguiam pagar o preço cobrado ou encontrar um médico disposto a correr o risco de fazer um procedimento proibido, recorriam à auto-ajuda: elas tentavam forçar aborto usando agulhas de tricô, lascas de madeira, venenos de ervas, ou jogando-se escada abaixo. E se todas as tentativas de interromper a gravidez falhassem, as mulheres muitas vezes não viam outra saída a não ser matar seus bebês recém-nascidos, ou colocá-los em um orfanato (MUSEU DA CONTRACEPÇÃO, 2016).

Conforme atestam Narvaz e Koller (2006), a família não é algo biológico, mas um produto das formas de organização sócio-espacial humana, elaborado ao longo da história. Foi na Roma Antiga que a família surgiu enquanto instituição, e nela o patriarca tinha poderes de vida e de morte sobre sua mulher, filhos, escravos e vassalos. O controle sobre os corpos das mulheres, portanto, vem sendo historicamente exercido por pais, maridos, sacerdotes e governantes, com o objetivo de normatizar sua sexualidade, explorando seus corpos pela reprodução e as mantendo sujeitas às ordens do sistema patriarcal. O patriarcado é, ainda segundo as autoras, a ordem social baseada na descendência patrilinear e no poder dos homens sobre as mulheres.

As primeiras sociedades humanas, no entanto, eram matrilineares, coletivistas, tribais e nômades. Estas sociedades “primitivas” organizavam-se predominantemente a partir da descendência feminina, pois a função dos homens na reprodução era ainda desconhecida. Sem papéis definidos de forma rígida, as relações sexuais não eram monogâmicas e as tarefas cotidianas não eram divididas, exclusivamente, por sexo. A descoberta da agricultura, da caça e do fogo permitiu que as comunidades se tornassem sedentárias, resultando em novas formas de organização sócio-espacial e familiar. Com o estabelecimento a propriedade privada, a monogamia ganhou importância para garantir a herança aos filhos legítimos. As relações entre homens e mulheres, entretanto, passaram a ser monogâmicas somente depois de descoberta a participação masculina na reprodução. Desde então, o corpo e a sexualidade das mulheres vem sendo sistematicamente controlados (NARVAZ; KOLLER, 2006).

Segundo Engels,

o descobrimento da primitiva gens de direito materno, como etapa anterior à gens de direito paterno dos povos civilizados, tem, para a

história primitiva, a mesma importância que a teoria da evolução de Darwin para a biologia e a teoria da mais-valia, enunciada por Marx, para a economia política. (ENGELS, 1984, p. 17)

Segundo Badinter (1985, p. 54), “[...] foi Rousseau, com a publicação de *Émile*, em 1762, que cristalizou as novas ideias e deu um verdadeiro impulso inicial à família moderna, isto é, a família fundada no amor materno”. Para ela, este amor foi idealizado e se tornou um mito. Por isso, a autora defende que o amor materno não é nato e que a relação das mulheres com suas crianças varia muito conforme a época, o contexto social e suas próprias subjetividades. Além disso,

[...] o amor materno é apenas um sentimento humano. E como todo sentimento, é incerto, frágil e imperfeito. Contrariamente aos preconceitos, ele talvez não esteja profundamente inscrito na natureza feminina. Observando-se a evolução das atitudes maternas, constata-se que o interesse e a dedicação à criança se manifestam ou não se manifestam. A ternura existe ou não existe. As diferentes maneiras de expressar o amor materno vão do mais ao menos, passando pelo nada ou o quase nada. (BADINTER, 1985, pp. 22-23)

Já Beauvoir (1967) denunciava o quanto a maternidade é imposta desde cedo como o único destino possível às mulheres:

Com efeito, repetem à mulher desde a infância que ela é feita para engendrar e cantam-lhe o esplendor da maternidade; os inconvenientes de sua condição — regras, doenças, etc. — o tédio das tarefas caseiras, tudo é justificado por esse maravilhoso privilégio de pôr filhos no mundo. (Idem, p. 256)

Adelman (2004) comenta que a poeta Adrienne Rich também abordou a questão do “outro lado” da maternidade, normalmente ofuscado pelo mito do amor materno:

No belíssimo e já clássico *Of woman born: Motherhood as experience and institution* (1976), a poeta norte-americana Adrienne Rich fala também do “lado escuro” da maternidade, recalcado por noções românticas e míticas do eterno feminino que negam às mulheres reais qualquer sentimento negativo em relação aos filhos e à maternidade, desde o tédio até a raiva e suas expressões de violência. (Idem, p. 14)

Adelman (2004) afirma que o corpo feminino é um instrumento apropriado tanto para atender aos prazeres masculinos quanto aos interesses do Estado, como fonte de reprodução da vida humana. Ela prossegue, citando Rich:

“A maternidade institucionalizada demanda das mulheres o ‘instinto’ maternal no lugar da inteligência, a abnegação ao contrário de autorealização e a relação com os outros ao invés da criação do eu” (1995, p. 42, tradução nossa). Para a poeta, “o corpo feminino tem sido tanto território quanto máquina, a selva virgem a ser explorada e

a linha de montagem que produz vida” (1995, p. 285, tradução nossa). Em outras palavras, o corpo das mulheres se tornou um instrumento a serviço das instituições sóciopolíticas e culturais. O discurso que justifica o papel secundário das mulheres na sociedade reforça a idéia de sua função reprodutora e estabelece as diretrizes que configuram o ideal de feminilidade. (ADELMAN, 2004, p.15)

Badinter (1985) também não concorda que todas as mulheres compartilhem deste suposto “instinto maternal”:

À ideia de “natureza feminina”, que cada vez consigo ver menos, prefiro a de uma multiplicidade de experiências femininas, todas diferentes, embora mais ou menos submetidas aos valores sociais cuja força calculo. *A diferença entre a fêmea e a mulher reside exatamente nesse “mais ou menos” de sujeição aos determinismos.* A natureza não sofre tal contingência e essa originalidade nos é própria. (Idem, p. 16, grifo nosso)

Justamente por serem menos sujeitas aos determinismos biológicos do que as fêmeas de outras espécies, as mulheres podem decidir o que fazer no caso de uma gravidez indesejada, mesmo que vivam sob leis que limitem sua autonomia sexual e reprodutiva.

Uma distinção a ser feita, nesse contexto, é a de maternidade e de maternagem. A primeira consiste em uma condição física, de gerar, gestar e parir. A maternidade nem sempre representa uma opção. A maternagem, por outro lado, é sempre uma escolha que pressupõe o desejo de amar, proteger e ensinar uma criança, nascida de seu ventre ou não. “Maternidade é instinto, maternagem é aprendizado”⁵. Essa ideia corrobora com os argumentos de Badinter (1985), sobre os sentimentos das mulheres por suas filhas e filhos, e sobre a maternagem – uma prática que não tem como suporte a condição biológica, e nem mesmo o gênero, mas que está amparada no afeto e no cuidado.

Mais uma vez, é importante abordar aspectos biológicos e culturais da gravidez:

Durante a gravidez, por um período de cerca de nove meses, um corpo fecundado passa a abrigar em si outro corpo, sendo afetado por esta alteridade. Trata-se de um acontecimento que transforma a identidade social e cultural de mulher para mãe e produz mudanças importantes em sua vida. Entretanto, conduzir uma gestação difere de cultura para cultura, é marcado por contingências sociais, econômicas, políticas e culturais do contexto em que a gestante está inserida, e cada sociedade imprime suas próprias marcas nos modos de gestar, desejar, cuidar e envolver-se (ou não) no acolhimento de um filho. Assim, mais do que biológico, a gravidez é um evento

⁵ <http://descobrimdoamaternagem.blogspot.com.br/2011/08/maternidade-x-maternagem.html>

profundamente cultural. No decorrer do século XX, ela deixa de ser significada como obra do acaso e passa a ser representada como “capital”, como projeto. E a gramática que a significa assim, na atualidade, emerge de diferentes discursos e envolve termos como saúde, corpo, cuidado, auto-cuidado, pré-natal, ultrassom, exames, segurança, alimentação, exercícios físicos, amamentação. Com essa gramática, ela passa a ser inserida em uma nova tecnologia de poder, com a qual se define que “a saúde é, em grande parte, formada no útero”, e esse enunciado provocou a ampliação do conjunto de tecnologias de reprodução que intervêm sobre o corpo da mãe. (MEYER; SCHWENGBER, 2015, p. 157)

Para Galeotti (2007), na Antiguidade, assim como a gravidez e o parto, o aborto era fundamentalmente uma questão feminina. O feto, nesse período de escassos conhecimentos médicos, era considerado uma espécie de apêndice do corpo materno. Até o século XVIII, a participação dos médicos em relação ao aborto consistia apenas na extração do feto morto de dentro do útero.

Durante esse longo período, eram as mulheres que davam instruções e ofereciam conselhos às gestantes, bem como auxiliavam no parto e no aborto. Esses temas eram exclusivamente de competência feminina, pois o que acontecia entre a concepção e o parto não faziam parte dos interesses sociais e institucionais. O aborto, no mundo greco-romano, era punível somente se contrariasse os interesses do marido ou do pai em ter um possível herdeiro (GALEOTTI, 2007).

Paris (2000) também afirma que os mistérios dos ciclos menstruais, da gravidez, do aborto ou do parto constituíram-se, durante séculos, saberes primordialmente femininos.

Os romanos, hebreus, celtas e os primeiros germânicos permitiam às mulheres certo controle sobre a fertilidade, graças à ajuda das parteiras, embora as mulheres fossem subordinadas aos homens e fossem valorizadas principalmente por sua capacidade reprodutiva. Desde os tempos primitivos, as parteiras sempre aconselharam as mulheres sobre as questões relacionadas com o parto, enfermagem, contracepção e aborto. Na Idade Média, o conhecimento delas acarretou-lhes a hostilidade do clero. (Idem, p. 22)

Para Galeotti (2007), com o passar do tempo e o avanço das ciências, os saberes das mulheres foram dominados e institucionalizados pela Medicina e pela Igreja e, posteriormente, colocaram-se a serviço do Estado – instituições historicamente masculinas. Segundo ela, foi com o cristianismo que o aborto passou a ser comparado ao homicídio. As questões a respeito do início da vida e do momento em que o feto “adquire” sua alma, porém, perduraram por centenas de anos.

Entre os séculos XVII e XVIII, avanços na Medicina proclamaram a autonomia do feto em relação ao corpo da mulher. A partir de 1789, com a Revolução Francesa, o feto passou a ser objeto da esfera pública. Com o advento do Estado, o índice de natalidade passou a representar a força, tanto de trabalhadores quanto de soldados, de uma Nação. Conseqüentemente, o “futuro cidadão” ainda não nascido passou a ser privilegiado em relação à mãe. A prática do aborto começou então a ser reprimida, criminalizada e severamente punida (GALEOTTI, 2007).

Paris (2000) também afirma que o aborto é uma prática corporal feminina ancestral de controle da natalidade, presente nas mais diversas culturas. Nas sociedades patriarcais como a nossa, com a histórica associação das mulheres aos papéis sociais de mãe e esposa – confinadas na esfera privada da vida doméstica – as práticas de aborto são, há muito tempo, condenadas pela Igreja e dominadas pela medicina. Paris (2000) afirma que “[...] os fundamentalistas das três grandes religiões monoteístas – cristãos, judeus e muçulmanos – opõem-se à contracepção, ao aborto e à autonomia sexual da mulher” (Idem, p. 26). Apesar disso, a autora confirma que o aborto sempre foi praticado pelas mulheres, independentemente dos riscos que corriam e de sua classe social.

Até nas sociedades mais repressoras, mesmo correndo risco de vida, elas acharam meios de praticar a contracepção e o aborto, os quais, na realidade, provaram ser mais um problema religioso do que técnico. [...] Na Grécia, os padres-médicos da escola de medicina de Hipócrates tinham que fazer um juramento solene (o famoso juramento de Hipócrates) de não fornecer a qualquer mulher um “pessário de aborto”. [...] Na Roma imperial [...], como agora, o aborto era fácil para as mulheres ricas e difícil para as pobres. As mulheres comuns aceitam os perigos do parto e o cansaço de cuidar de um bebê. A pobreza as obriga a isso. Mas, nos leitos dourados, quase não se vê uma mulher em trabalho de parto, tal a eficiência de manobras e drogas que tornam as mulheres estéreis e matam os bebês no útero materno. Mas o exemplo dado pela classe dominante é sempre contagioso, e é fácil admitir que as mulheres pobres também tomavam medidas contraceptivas e recebiam ervas abortivas das parteiras, apenas com mais dificuldade e risco. (Idem, pp. 21-22)

Assim, discutir o direito ao aborto desconstrói o paradigma hegemônico da “maternidade compulsória” (PIMENTEL; VILLELA, 2012), pois a maternidade tem sido imposta socialmente como um “destino biológico” das mulheres.

Na nossa cultura, de acordo com Vázquez (2014, p. 151), “a palavra aborto [...] é carregada de ideia preconcebida, impregnada de tabus e vergonhas. Era e é uma palavra que acusa as mulheres de se desviarem de seu 'destino biológico', de

não levarem a cabo uma missão feminina”. O aborto, no entanto, não pode ser considerado a antítese da maternidade. Muitas mulheres que decidem interromper uma gravidez já têm filhas/os ou pretendem ser mães em outro momento.

O aborto é, muitas vezes, a estratégia que a mulher encontra para poder sustentar a família que já têm, ou para evitar que uma criança venha ao mundo sem que ela possa lhe dar o devido cuidado. Conforme Paris,

[...] o desejo universal das mulheres de controlar a natalidade expressa hoje, como sempre, o entendimento de que a sobrevivência depende da capacidade de dar a cada criança o que ela precisa para seu total desenvolvimento, seja a sobrevivência da mãe, da família, ou da comunidade. As mães são as primeiras a saber disso, porque são, sempre e em todo lugar, as primeiras a sofrer com a escassez, e as primeiras a ver seus filhos sofrerem por causa da escassez. [...] Em todo lugar, e em qualquer contexto, as mulheres e crianças são as primeiras a ser afetadas quando os recursos se tornam escassos, ou se concentram nas mãos de uns poucos privilegiados. (PARIS, 2000, p. 30)

1.2 A construção social da escala e o espaço corporal



Quino. Mafalda.

A arquiteta e urbanista Lori A. Brown (2013), em seu estudo sobre clínicas, abrigos femininos e hospitais que oferecem serviços de aborto legal na América do Norte, afirma que o espaço – em diferentes escalas – desempenha um papel central na experiência de aborto das mulheres. A autora diz que a ideia inicial de sua pesquisa era identificar como poderia contribuir para tornar esses locais mais seguros e amigáveis para as mulheres que os procuram. Brown afirma que a arquitetura impacta profundamente o cotidiano das pessoas, especialmente nos locais que abrigam serviços de aborto. Nos Estados Unidos, onde ela iniciou a pesquisa, as clínicas *Planned Parenthood* são alvos de constantes manifestações anti-aborto (Figuras 1 e 2).



Figura 1: Manifestantes anti-aborto em Washington D.C, EUA, 2004. Fonte: BROWN, 2013.



Figura 2: Protesto anti-aborto em Louisville, KY, EUA, 2012. Fonte: BROWN, 2013.

As/os manifestantes (geralmente de grupos religiosos) cercam esses locais com o objetivo de convencer as mulheres a não interromperem a gravidez, com argumentos que pessoalizam o feto, muitas vezes mostrando imagens chocantes. Neste contexto, até mesmo as/os funcionárias/os das clínicas são ameaçadas/os. Esse ambiente hostil é possível porque as clínicas estão localizadas em vias públicas, onde os manifestantes podem usar do direito de expressão.

O espaço público é crítico em diferentes maneiras para as clínicas de aborto e os abrigos para mulheres. Os manifestantes anti-aborto exercem regularmente sua liberdade da primeira emenda protestando em frente a clínicas de aborto, em todos os Estados Unidos. Eles estão protegidos pela lei para poder fazer isso. É parte da liberdade individual que os cidadãos desse país têm de falar publicamente contra as questões contra as quais se opõe.⁶ (BROWN, 2013, p. 7, tradução nossa)

Estas manifestações contrárias ao direito ao aborto fazem das clínicas e de outros serviços de saúde sexual e reprodutiva, assim como seus entornos, o que a autora chama de “espaços contestados”. Para tentar evitar a entrada de pessoas anti-aborto e evitar maiores conflitos, é utilizado um vasto aparato de segurança, jatos de água e outros artifícios. Brown (2013) atesta que alguns grupos contrários ao aborto divulgam regularmente em seus sites fotos de pessoas entrando nas clínicas, além de registrarem o interior e as áreas ao redor destes locais para informar a manifestantes como entrar nestes espaços, incluindo detalhes precisos sobre câmeras de segurança e os caminhos que as pacientes usam para entrar e sair. Desta forma, a autora afirma que para garantir privacidade e proteção, as clínicas de aborto não deveriam ser escondidas, visto que o isolamento espacial não impede manifestantes de conseguirem informações confidenciais sobre o local e suas/seus empregadas/os.

Neste contexto, a ideia inicial de Brown (2013) era desenvolver seu projeto em uma clínica próxima de sua residência, nos Estados Unidos, mas em face às dificuldades que encontrou para conseguir autorização, acabou expandindo a escala da sua análise: primeiro para outros estados dentro dos EUA e, depois, incluindo o Canadá e o México. Assim, ela passou a avaliar como as decisões políticas

⁶ “Public space is critical in different ways for abortion clinics and women’s shelters. Anti-abortion protestors regularly exercise their first amendment freedom by protesting out in front of abortion clinics across the United States. They are protected under law to be able to do so. It is part of the freedom individual citizens of this country have to be able to publicly speak out against issues one is against”.

interferem de diferentes maneiras na “geografia do acesso” aos serviços de aborto legal nestes três países e identificou distintas “paisagens de acesso ao aborto” em cada um deles. Ela constatou que a arquitetura dos locais que oferecem serviço de aborto legal, a sua localização no espaço urbano e sua distribuição geográfica estão diretamente ligadas a questões legais e de ordem moral, evidenciando que a lei produz complexidades espaciais. E que todos estes aspectos interferem diretamente na experiência de aborto de cada mulher.

Com relação ao México, a autora afirma que, apesar de na capital o aborto ser totalmente permitido durante o primeiro trimestre de gravidez, as mulheres de outras partes do país precisam percorrer longas distâncias, submetendo-se a condições extremas, para ter acesso ao procedimento – ou fazer um aborto inseguro. No interior deste país, governos conservadores continuam mantendo o aborto como um crime severamente punível. Desta forma, Brown (2013) demonstra que, mesmo onde o aborto é permitido por lei, os serviços nem sempre estão bem distribuídos no território. Além disto, muitos locais que fazem abortos legais são escondidos e mal localizados e, por estas razões, nem todas as mulheres conseguem acessá-los.

Ao contrário do que ocorre nos EUA e no México, no Canadá o aborto não enfrenta estigmas culturais e religiosos. Lá, o aborto é legal em qualquer circunstância e os procedimentos são realizados, como qualquer outro procedimento de saúde, em hospitais. Brown (2013) defende, portanto, que nos Estados Unidos o aborto também deveria ser feito em hospitais, como parte das práticas de cuidados primários, ao invés de continuar sendo banido e excluído. Ela afirma que a reintrodução dos procedimentos de aborto nos serviços de saúde convencionais reduziria o estigma e a pressão enfrentados pelas mulheres e pelas/os profissionais que trabalham nestes locais.

Por fim, Brown (2013) defende uma abordagem mais radical para solucionar o problema espacial do aborto. Para ela, em primeiro lugar, os serviços deveriam ser localizados nos centros urbanos para estarem mais acessíveis às dinâmicas espaciais cotidianas. As clínicas devem ser visíveis e bem localizadas, e não periféricas, escondidas, de difícil acesso. A autora sugere que estes serviços poderiam ser localizados nos centros urbanos para estarem mais acessíveis às dinâmicas espaciais cotidianas. As clínicas devem ser visíveis e bem localizadas, e não periféricas, escondidas, de difícil acesso. A autora sugere que estes serviços

poderiam ser instalados em shoppings centers, assim como outras especialidades médicas já são, como dermatologistas, quiropratas e dentistas, por exemplo. Esta seria uma solução também no sentido de que os shoppings não são espaços públicos e, portanto, protestos e manifestações não podem ser feitos. Ela ainda propõe que serviços de aborto legal sejam disponibilizados em universidades, bases militares (onde os índices de violência sexual são altos), em presídios e, até mesmo, em igrejas.

Apesar de a realidade de cada um dos países estudados por Brown (2013) ser diferente da do Brasil, seu livro influenciou enormemente o desenvolvimento desta pesquisa, especialmente porque ela também buscou seus referenciais teórico-metodológicos no trabalho de geógrafas feministas, como Linda McDowell, Pamela Moss e Robyn Longhurst. Além disso, Brown também entende que é no corpo – e, mais ainda, no corpo feminino – onde o privado e o público se encontram. “Aborto e violência doméstica ocorrem no mais privado dos espaços, o espaço do corpo da mulher. No entanto, ambos se cruzam com o público quando debatidos, legislados e acessados”⁷ (BROWN, 2013, p. 24, tradução nossa).

De acordo com Castro (1995), a escala é à medida que dá visibilidade aos fenômenos, mostrando as diferenciações espaciais de ideologias e ações, tanto de atores públicos quanto privados. A escala é um artifício analítico que possibilita a compreensão das consequências de processos decisórios numa perspectiva espacial, pois é a mediadora entre a ação e a intenção.

Para a autora, a escala é um “operador de complexidade” (idem, p. 137). Assim, pensada em termos escalares, a proibição do aborto é uma norma estabelecida em escala nacional que visa controlar uma prática que ocorre na escala do corpo e do local onde é feita.

Segundo Herod (2011), o conceito de escala passou a fazer parte de acalorados debates dentro da geografia humana depois da publicação de dois artigos de Peter J. Taylor (em 1981 e 1982) e do livro *Desenvolvimento Desigual*, de Neil Smith, em 1984. Ele afirma que esses autores contribuíram para o entendimento de que existe uma base material nas escalas, ou seja, que as escalas geográficas são socialmente produzidas e têm consequências reais na vida social. Elas não são naturais, nem simplesmente a maneira mais lógica de se porcionar o mundo para

⁷ *“Abortion and domestic violence occur in the most private of space, the space of a woman’s body. However, both intersect with the public when debated, legislated and accessed”.*

fins de análise, e tampouco são meramente uma conveniência mental. Herod aponta que, enquanto Taylor e Smith defendiam uma concepção materialista da escala, também crescia, na mesma época, o uso de metáforas escalares nas humanidades e nas ciências sociais. Esse crescimento foi associado à influência do pós-modernismo e, especialmente, do feminismo –

[...] nos quais temas como “posicionalidade do sujeito”, “mapear”, “localização”, “lugar”, “espaços marginais”, “lugares de identidade”, “atravessar fronteiras”, “dar espaço” para vozes alternativas, “embasamento” e uma miríade de outros tornaram-se populares nas discussões sobre identidades e potenciais estratégias políticas de liberação [...]”⁸ (HEROD, 2011, p. 13, tradução nossa)

Souza (2013) também afirma que o interesse pelo conceito de escala é recente na Geografia e outras ciências sociais.

Entre a década de 1980 e o presente momento, no início da segunda década do século XXI, o conceito de escala e temas correlatos (“construção social da escala” e “política de escalas”) avançaram de uma situação de quase *terra incognita* ou obscuridade para aquela de constituírem, em conjunto, uma das temáticas mais debatidas pelos geógrafos e também por outros profissionais vinculados à pesquisa sócio-espacial. (SOUZA, 2013, p.179, grifos dele)

Neste sentido, o autor faz alguns esclarecimentos: a escala geográfica não tem a ver com a fração de uma superfície representada em um mapa (como é o caso da escala cartográfica, que indica a proporção em que o espaço foi reduzido), mas sim com a própria extensão ou magnitude do espaço que está sendo considerado. Segundo ele, a escala geográfica pode ser subdividida em *escala do fenômeno*, *escala de análise* e *escala de ação*: a escala do fenômeno refere-se a sua abrangência física no mundo, e a escala de análise é intelectualmente construída como o nível capaz de nos facultar a apreensão do problema investigado. “De sua parte, a *escala de ação* diz respeito a um aspecto específico e muito diretamente político: aquele referente, em um raciocínio eminentemente estratégico, à reflexão acerca do alcance espacial das práticas dos agentes” (idem, p. 182, grifos dele).

Conforme salientado por Souza (2015, p. 191),

[...] não apenas a natureza da interação entre as escalas, mas também o peso de cada uma delas e até mesmo a abrangência física

⁸ “[...] in which themes of “subject positionality”, “mapping”, “location”, “place”, “marginal spaces”, “sites of identity”, “crossing boundaries”, “giving space” for alternate voices, “grounding”, and myriad others became popular in discussing both identities and potential political strategies of liberation [...]”.

de algo como “escala local”, “escala regional” ou “escala nacional” não está fixado de uma vez por todas, sendo, pelo contrário, parte do processo de criação histórica.

Nesse sentido, os agentes envolvidos nas práticas investigadas são as mulheres, as/os provedoras/es de aborto, os movimentos contra ou a favor da descriminalização e o Estado. A escala do fenômeno das práticas de interrupção voluntária da gravidez, conforme já exposto, é global. Já as escalas de análise privilegiadas neste trabalho são a nacional e a corporal, além daquela que pode ser chamada, conforme Souza (2013, p. 200), de escala ou nível dos “nanoterritórios” onde ocorrem estas práticas. Segundo ele, esta é uma escala geralmente negligenciada até mesmo por autores como Herod (2011) que, mesmo tendo valorizado em seu trabalho a escala do corpo e mencionado a escala do “domicílio” (que seria apenas um tipo de “nanoterritório”), não lhe deu atenção. O espaço doméstico tem uma grande importância para as geografias feministas, pois “[...] a casa é o espaço das relações diretas, especialmente as de parentesco e sexualidade, e o vínculo entre a cultura material e a socialização: um sinal concreto de posição e *status* social”⁹ (McDOWELL, 2000, p. 140, tradução nossa). Como será visto ao longo da exposição, o aborto medicinal é, geralmente, realizado na escala do corpo e na escala “nanoterritorial” do espaço doméstico e da vida privada.

Para Smith (2000),

[o] poder estatal não só está nas mãos de uma classe dominante minoritária, como, em geral, de homens, provavelmente de um determinado grupo social, étnico ou religioso. Na medida em que esses interesses são sistematicamente incorporados ao tecido legal e ideológico do Estado, a exploração e a opressão baseadas em classe, raça, gênero e outras diferenças sociais são institucionalizadas nas estruturas nacionais de direitos civis e leis da propriedade. O Estado polícia também as fronteiras das escalas espaciais mais baixas; em especial, o corpo, a casa e a comunidade, e os desafios ao poder estatal emanam dessas e de outras fontes de opressão (inclusive ambiental), mesmo que não sejam tão claramente definidas. Foi sobre o Estado patriarcal que Virginia Woolf (1952) tentou saltar quando declarou: “Como mulher, não tenho país. Como mulher, não quero um país. Como mulher, meu país é o mundo todo.” (SMITH, 2000, p. 154)

No trecho a cima, o autor dá um exemplo de como as escalas do Estado nacional e dos corpos estão relacionadas. Afinal, “o corpo é reconhecido como uma

⁹ “[...] la casa es el espacio de las relaciones directas, especialmente las del parentesco y la sexualidad, y el vínculo entre la cultura material y la socialización: un signo concreto de posición y estatus social”.

espacialidade (ponto de partida, fronteira e conexão) que impulsiona uma nova práxis na qual a corporalidade é entrevistada como uma forma de resistência à homogeneização do espaço e das relações sociais” (NUNES, 2014, p. 9).

Apesar do aumento significativo de estudos que relacionam corpo e espaço, a escala do corpo para a ciência geográfica ainda gera um certo estranhamento, como se estivesse muito mais direcionada às pesquisas filosóficas, antropológicas, psicológicas, fisiológicas do que propriamente geográficas. A geógrafa portuguesa Ana Francisca de Azevedo reitera essa crítica quando afirma que “pensar sobre o espaço através do corpo, por mais óbvio que seja, foi aquilo que a ciência geográfica não fez, pelo menos nos últimos dois séculos” [...] (NUNES, 2014, p. 12)

Segundo Silva et al. (2013), apesar de a categoria de gênero já ser consolidada nas análises das vertentes feministas da Geografia, os estudos sobre a relação entre corpo e espaço são recentes nesta área. Foi somente no final do século XX e início do século XXI que o corpo passou a ser sistematicamente explorado nas ciências sociais, quando passou a ser questionado as tradições de pensar o ser humano sem levar em consideração a importância do corpo. Neste sentido, o corpo deixou de ser entendido como algo essencializado ou fixado biologicamente.

A quebra desse paradigma possibilitou o avanço das lutas sociais, na medida em que foram derrubados os argumentos sustentados por discursos médicos sobre características corporais que pretendiam justificar a inferioridade das mulheres em relação aos homens. Além disso, a entrada do corpo entre os objetos de estudo das vertentes feministas abriu espaço para novas e estimulantes imaginações geográficas. Ainda de acordo com Silva et al. (2013, p. 30), “[...] no campo da Geografia, as vertentes que realizaram esforços em problematizar a relação entre corpo e espaço foram as feministas, *queer*, nova geografia cultural e a fenomenologia”. As epistemologias feministas e *queer*, especialmente, ao trazerem para a Geografia a desconstrução da oposição corpo/mente, propuseram um caminho investigativo completamente novo, com imenso potencial para ampliar o conhecimento sobre relações sociais de poder entre pessoas e lugares. Algumas dessas abordagens geográficas identificadas pelas/os autoras/es exploram

[...] a forma como os corpos são constituídos e usados, tendo como preocupação a inscrição do poder e a capacidade de resistência dos corpos envolvendo as questões de performatividade, a política do corpo e o corpo como um local de contestação. Em particular, a luta feminista em torno do direito ao corpo-espaço envolvendo a sexualidade, aborto, gravidez e o medo da violência. (SILVA et al., 2013, p. 30)

De acordo com McDowell (2000), o estudo do corpo transformou a compreensão do espaço, porque demonstrou que as divisões espaciais – em casa ou no local de trabalho, no plano da cidade ou do Estado-nação – refletem e se vêem refletidas nas ações e nas relações sociais de carne e osso. Para esta autora, o corpo não é uma entidade fixa e acabada, mas plástica e maleável, o que significa que ele pode adotar inúmeras formas em diferentes momentos, e que também tem a sua geografia.

Assim, o comportamento sexual está histórica e socialmente definido e tem lugar no campo das relações sociais, entre as quais, as mais comuns dentro do mundo heterossexual, são a definição e o controle da sexualidade feminina por parte dos homens¹⁰. (McDOWELL, 2000, p. 67, tradução nossa)

As múltiplas relações entre corpo e espaço foram amplamente abordadas por Henri Lefebvre (1974[2013]) na obra *La producción del espacio*, na qual o filósofo afirma que “através do corpo se percebe, se vive e se produz o espaço”¹¹ (Idem, p. 210, tradução nossa). No trecho a seguir, o autor explora melhor esta ideia, afirmando que o corpo, também, é um espaço:

Pode o corpo, com a sua capacidade de ação e as suas várias energias, criar espaço? Seguramente, mas não no sentido da ocupação como uma espacialidade fabricada; em vez disso, há uma relação imediata entre o corpo e seu espaço, entre a distribuição do corpo no espaço e sua ocupação do espaço. Antes de produzir efeitos na esfera material (ferramentas e objetos), antes de produzir-se por alimentar-se daquela esfera material e antes de se reproduzir, gerando outros organismos, cada corpo vivo é espaço e *tem* seu espaço: ele produz-se no espaço e também produz esse espaço. Esta é uma relação verdadeiramente notável: o corpo com as energias à sua disposição, o corpo vivo, cria ou produz o seu próprio espaço; em contrapartida, as leis do espaço, ou seja, as leis de discriminação no espaço, também governam o corpo vivo e a implementação de suas energias¹² (LEFEBVRE, 2013, p. 218, grifos dele, tradução nossa)

¹⁰ “Así pues, la conducta sexual está histórica y socialmente definida y tiene lugar en un ámbito de relaciones sociales, entre las cuales, las más comunes dentro del mundo heterosexual son la definición y el control de la sexualidad femenina por parte del hombre”.

¹¹ “[...] a través del cuerpo se percibe, se vive y se produce el espacio”.

¹² “¿Puede el cuerpo, con su capacidad de acción, con sus energías, crear el espacio? Sin duda, pero no en el sentido en que la ocupación “fabricaría” la espacialidad, sino más bien en el sentido de una relación inmediata entre el cuerpo y su espacio, entre el despliegue corporal en el espacio y la ocupación del espacio. Antes de producir efectos en lo material (útiles y objetos), antes de producirse (nutriéndose de la materia) y antes de reproducirse (mediante la generación de otro cuerpo), cada cuerpo vivo es un espacio y tiene su espacio: se produce en el espacio y al mismo tiempo produce ese espacio. Es una relación notable: el cuerpo, con sus energías disponibles, el cuerpo vivo, crea o produce su propio espacio; inversamente, las leyes del espacio, es decir, las leyes de discriminación en el espacio, gobiernan al cuerpo vivo así como el despliegue de sus energías”.

Lefebvre (2013) também argumenta que deve haver uma separação entre sexo e reprodução:

A apropriação do sexo exige a distinção entre a função reprodutiva e o prazer, uma separação delicada que não se realiza sem medo ou dificuldade, ainda por razões misteriosas, apesar das grandes inovações científicas (anticonceptivos). Não sabemos muito bem como e por que isso resulta assim, mas a separação entre a “função” sexual biológica e a “função” humana – que não pode ser definida como funcionalidade – só tem lugar mediante a anulação da primeira¹³ (Idem, p. 215, tradução nossa).

Simonsen (2005) afirma que, entre muitas/os estudiosas/os que se dedicaram a estudar a obra de Lefebvre, poucas/os perceberam a ênfase que o autor deu ao corpo. A autora comenta:

O interesse de Lefebvre no corpo é fundado em uma concepção complexa de prática, aberta e que comporta muitas dimensões. Ela se relaciona à natureza, ao passado e às possibilidades humanas, e varia em escala, de gestos e atitudes corpóreas e atividades cotidianas, até a prática social nas esferas econômica e política.¹⁴ (SIMONSEN, 2005, p. 2, tradução nossa)

Harvey (2004) apresenta duas facetas de uma mudança discursiva que afirma estar acontecendo desde os anos 1970, entre os extremos da escala geográfica, referente aos termos “corpo” e “globalização”. A “globalização”, para o autor, é o mais macro dos discursos que temos à disposição, enquanto o “corpo” é o mais micro, considerando-se o funcionamento das sociedades. A proposta do livro é esboçar uma maneira mediante a qual poderia haver uma integração mais estreita entre a globalização e o corpo, examinando “[...] as consequências político-intelectuais advindas do ato de ligá-los” (Idem, p. 30). Segundo o autor, o crescimento extraordinário do interesse pelo corpo como fundamento dos mais diversos tipos de investigação teórica, nas últimas duas décadas, teve uma origem dupla. A primeira decorre da chamada Segunda Onda do feminismo:

Questões de gênero, de sexualidade, do poder das ordens simbólicas e da significação da psicanálise também reposicionaram o

¹³ “La apropiación del sexo exige la distinción entre la función reproductiva y el placer, una separación delicada que no se realiza sino temerosa y difícilmente por razones aún misteriosas, a pesar de las grandes innovaciones científicas (anticonceptivos). No sabemos muy bien cómo y por qué esto resulta así, pero la separación entre la “función” sexual biológica y la “función” humana – que no puede definirse como funcionalidad – sólo tiene lugar mediante la anulación de la primera”.

¹⁴ “Lefebvre's interest in the body is founded on a conception of practice that is complex, open-ended and holding many dimensions. It relates to nature, to the past and to human possibilities, and it ranges in scale from gestures and corporeal attitudes, over everyday activities, to overall social practice in the economic and political spheres”.

corpo como sujeito e objeto de discussão e de debate. E, na medida em que tudo isso abriu um campo de estudos que iam bem além dos aparatos conceituais tradicionais (como o contido em Marx), uma teorização ampla e original do corpo tornou-se essencial à política progressista e emancipatória (o que foi particularmente o caso das teorias feministas e *queer*). (HARVEY, 2004, p. 29)

O corpo, para Harvey (2004, p. 136), “[...] é um projeto inconcluso, de certo modo maleável particularidade do de corpo seu não estar pode situado ser em entendida processos histórica e geograficamente”. Além disto, “[...] o corpo não é uma entidade fechada e lacrada, mas uma ‘coisa’ relacional que é criada, delimitada, sustentada e em última análise dissolvida num fluxo espaço-temporal de múltiplos processos” (idem, p. 137). Por isto, “o estudo do corpo tem de basear-se na compreensão das relações espaço-temporais concretas entre práticas materiais, representações, imaginários, instituições, relações sociais e estruturas vigentes de poder político-econômico” (Idem, p. 178).

O segundo impulso de retorno ao corpo identificado pelo autor partiu dos movimentos do pós-estruturalismo e da desconstrução. Desta forma, “a convergência desses dois amplos movimentos reenfocou a atenção no corpo como a base da compreensão, e, ao menos em alguns círculos [...], como a sede privilegiada da resistência política e da política emancipatória” (Idem, pp. 29-30).

No trecho que destaco a seguir, Harvey (2004) se refere explicitamente à luta por direitos sexuais e (não) reprodutivos das mulheres, como um dos poucos exemplos nos quais, na prática, os discursos sobre o macro e o micro se encontram, segundo ele.

Esses dois regimes discursivos – a globalização e o corpo – operam em extremidades opostas do espectro da escala que podemos usar para compreender a vida política e social. Mas são poucas, se existem, as tentativas sistemáticas de integrar o “papo do corpo” com o “papo da globalização”. O único vínculo forte a emergir em anos recentes teve a ver com os direitos humanos e individuais (por exemplo, o trabalho da Anistia Internacional), e, de modo mais específico, o direito das mulheres de controlar o seu próprio corpo e suas próprias estratégias reprodutivas como forma de abordar os problemas globais da população (temas dominantes da Conferência do Cairo sobre População, de 1994, e da Conferência de Beijing sobre as Mulheres, em 1996). (HARVEY, 2004, p. 30)

Reafirmando a necessidade de se estabelecer as devidas conexões entre os dois extremos da escala geográfica (macro e micro, ou global e corporal), visto que

são mutuamente interdependentes, Harvey (2004) diz que uma análise dissociada desses termos acaba prejudicada por ser incompleta.

A particularidade do corpo não pode ser entendida independentemente de seu estar situado em processos socioecológicos. Se, como alegam muitos agora, o corpo é uma construção social, não podemos compreendê-lo fora do âmbito das forças que giram em torno dele e o constroem. [...] Segue-se disso que o corpo não pode ser entendido, teórica ou empiricamente, sem que se compreenda a globalização. Mas, inversamente, decomposta até suas mais simples determinações, a globalização tem a ver com as relações socioespaciais entre bilhões de indivíduos. Aqui reside a conexão fundamental que se tem de estabelecer entre dois discursos que tipicamente permanecem segregados um do outro, em detrimento dos dois. (Idem, p. 31)

Essa é, justamente, a proposta deste trabalho. Acredito que o tema do aborto é emblemático no que diz respeito às complexas relações de poder entre corpos e espaços nas mais diversas escalas, pois é uma prática corporal feminina que está sempre localizada em um determinado contexto sócio-cultural, envolta em múltiplos imaginários e sempre em disputa.

1.3 Território e biopolítica

Os estudos de abordagem territorial possuem diferentes perspectivas, sendo que a mais apropriada para tratar do assunto em questão, a meu ver, é uma “concepção relacional que compreende a articulação entre os processos sociais e o espaço material, nas quais o território é entendido primordialmente como uma relação do que por fato consolidado” (HAESBAERT apud HEIDRICH, 2010, p. 26). Considerando que a territorialidade institucional difere da territorialidade da ação dos indivíduos, um estudo da abordagem territorial como o proposto pode ser estruturado e entendido sob o raciocínio de que o que é institucional e político é relativo ao poder formal, enquanto que o que é subjetivo e social, diz respeito ao poder informal (HEIDRICH, 2010, p. 27). Fica claro que o Estado e seus aparelhos, controlando e coibindo a prática do aborto, representam o poder formal, enquanto temos a representação do poder informal na perspectiva das mulheres que, mesmo conhecendo a legislação contrária, viveram essa experiência de modo clandestino.

Para Heidrich (2010, p. 27), “muitos problemas que afetam a territorialidade humana são exatamente problemas entre instituições e indivíduos” e, embora o

autor use como exemplos alguns conflitos explicitamente territoriais, acredito que o tema dessa pesquisa também possa ser analisado sob essa perspectiva:

[...] a abordagem territorial pode ser vista como um campo de reflexões que se refere (a) à territorialidade das instituições e das sociedades, que envolvem o poder político; (b) à territorialidade dos indivíduos, grupos e comunidades, que envolvem o poder social; (c) às questões territoriais em que se intersectam, se entrelaçam e se conflitam instituições e indivíduos, que envolvem o entrelaçamento de poderes políticos e sociais. Por isso, é importante considerar os atributos da condição territorial como uma manifestação geral, como aspectos inerentes e suscetíveis de serem reconhecidas em diferentes perspectivas, sociais, culturais, políticas ou econômicas e em qualquer matriz, institucional ou subjetiva (HEIDRICH, 2004 *apud* HEIDRICH, 2010, p. 27-28).

Para Sack (2009), encontramos a afirmação de que a territorialidade é uma estratégia espacial que tem por objetivo afetar, influenciar ou controlar recursos e pessoas, e que não pode ser analisada como um instinto – como no caso da territorialidade dos animais –, mas sim no contexto das motivações humanas. A territorialidade é a forma espacial primária adotada pelo poder, e é um meio de circunscrever conhecimento e responsabilidade.

Embora o autor coloque a territorialidade na base do poder, reitero que ele não a enxerga como parte de um instinto, assim como não considera que o poder seja, necessariamente, algo agressivo. Para Sack (2009), o uso da territorialidade depende de quem influencia e controla quem, em determinado contexto geográfico de lugar, espaço e tempo. Portanto, em termos geográficos, a territorialidade deve ser compreendida como uma forma de comportamento espacial e, nesse sentido, o que importa é compreender sob que condições e por que razões a territorialidade é ou não é empregada. A territorialidade pode então ser definida como a tentativa (ou o esforço) de um indivíduo ou grupo em afetar, influenciar ou controlar pessoas, fenômenos e relações, delimitando e exercendo controle sobre uma área geográfica: o território (Ibid., p. 19).

Uma importante característica da teoria da territorialidade desenvolvida por Sack (2009) é que ela foi elaborada para revelar as possíveis razões para o uso da territorialidade, em diferentes contextos. Assim, segundo o autor, territórios políticos e propriedade privada da terra podem ser as formas mais comuns de expressão da territorialidade, mas ela ocorre em graus variados, e em inúmeros contextos sociais. Sack afirma que a territorialidade é usada desde relações do dia-a-dia, mesmo dentro de casa, até em organizações complexas, como é o caso da Igreja ou da

formação de um Estado, para citar alguns exemplos examinados por ele. A territorialidade, portanto, é a expressão geográfica mais básica do poder social, e é a maneira pela qual o espaço e a sociedade estão interrelacionados.

Haesbaert e Limonad (2007) também apontam para essa relação de poder intrínseca à ideia de território: “o território é sempre, e concomitantemente, apropriação (num sentido mais simbólico) e domínio (num enfoque mais concreto, político-econômico) de um espaço socialmente partilhado” (Idem, p. 42). Pela perspectiva da Geografia Política, que privilegia a dimensão jurídica-política do território, este corresponde a um espaço delimitado e controlado, geralmente sob um poder estatal, cujo principal ator é o Estado-nação.

Outra perspectiva, associada à Geografia Humanística e/ou Cultural, concebe o território como sendo produto da apropriação do espaço, colocando como sujeitos indivíduos ou grupos (HAESBAERT; LIMONAD, 2007, p. 45). O território, de qualquer forma, envolve sempre a sociedade e o espaço geográfico porque é uma construção histórica e, desta forma, social, das relações concretas e simbólicas do poder.

Existe, assim, uma imensa gama de territórios sobre a superfície do globo terrestre e a cada qual corresponde uma igualmente vasta diversidade de territorialidades, com dimensões e conteúdos específicos. As conotações que a territorialidade adquire são distintas dependendo da escala, se enfocada ao nível local, cotidiano, ao nível regional ou ao nível nacional e supranacional. (HAESBAERT; LIMONAD, 2007, p. 44)

Analisando a questão em uma escala macro, entendo que a normatização das práticas de aborto voluntário pode ser compreendida como estratégia biopolítica, nos termos de Michel Foucault.

Segundo este autor, as formas de exercício do poder vêm se modificando ao longo da história. Até o século XVII, na Europa, o poder vigente era o poder soberano, um poder de morte, exercido de forma cruamente violenta, martirizando a população à obediência através de punições aparatosas, desde pequenas mutilações até esquartejamentos totais. Foi o período moderno que conduziu, naquele continente, a uma nova forma de poder, mais eficiente, mais limpa e com maior alcance. Esse novo tipo de poder disciplinar passou a visualizar o corpo como máquina, focando

[...] no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e

econômicos – tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as *disciplinas: anátomo-política do corpo humano*. (FOUCAULT, 2011, p. 151, grifos do autor)

Ainda de acordo com o autor, partir de meados do século XVIII, o exercício do poder foi novamente transformado. Com o surgimento massivo de técnicas direcionadas ao controle e à sujeição dos corpos e das populações, para intervir na maneira de viver e fazer viver, que se abriu a era de um “bio-poder”, concentrado especialmente

[...] no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e *controles reguladores: uma bio-política da população* (FOUCAULT, 2011, p. 152, grifos do autor).

Assim, a população aparece, neste período, como um novo corpo múltiplo, de “inúmeras cabeças”. O biopoder opera sobre a vida da população por meio do que Foucault chamou de biopolítica, uma tecnologia de poder. “A biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder [...]” (2005, pp. 292-293). Por meio das técnicas estatísticas, o governo passou a intervir nos fenômenos da população, estabelecendo estimativas, previsões e medições globais com o objetivo de baixar a mortalidade, encurtar a vida e estimular a natalidade. E como “a sexualidade está exatamente na encruzilhada do corpo e da população [...] ela depende da disciplina, mas depende também da regulamentação” (Idem, p. 300).

Na sociedade de segurança ou biopolítica, funcionam concomitantemente, além dos próprios mecanismos de segurança, “as velhas estruturas da lei e da disciplina” (FOUCAULT, 2008, p. 14), sendo que todos se relacionam ao espaço e remetem à questão da escala: “poderíamos dizer, à primeira vista e de uma maneira um tanto esquemática: a soberania se exerce nos limites de um território, a disciplina se exerce sobre o corpo dos indivíduos e, por fim, a segurança se exerce sobre o conjunto de uma população” (Idem, pp. 15-16).

Foucault destaca ainda que o biopoder foi, sem sombra de dúvidas, um

[...] elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos

de população aos processos econômicos (FOUCAULT, 2011, p. 153).

Como afirma Sack (2009), a territorialidade aponta para o fato de que as relações espaciais humanas não são neutras, mas sim o resultado de influência e poder. Entretanto, “[...] desde que há uma relação de poder, há uma possibilidade de resistência. Nunca somos pegos na armadilha pelo poder: sempre podemos modificar-lhe o domínio, em determinadas condições e segundo uma estratégia precisa” (FOUCAULT, 2005, p. 337). Neste sentido, a biopolítica de proibição do aborto é diariamente contestada por mulheres que subvertem a lei interrompendo uma gravidez indesejada, assim como pelas estratégias de resistência dos movimentos feministas que lutam pelo direito ao aborto seguro.

O autor observa ainda que, mesmo com a tendência da maioria dos territórios a serem fixos no espaço geográfico, alguns podem se mover. Como exemplo, ele aponta o espaço pessoal ou a distância social em torno de uma pessoa, que viaja com ela quando ela se distancia. Assim também é o caso da territorialidade móvel dos navios (SACK, 2009, p. 20). Essa afirmação nos faz lembrar do grupo feminista holandês *Women on Waves*, que utiliza um barco para ajudar mulheres que vivem em países onde o aborto é ilegal. Estando afastado de águas territoriais, o barco fica sob a legislação holandesa e, por isso, suas ações são realizadas na legalidade. As ações desse grupo serão objeto de análise na última seção do capítulo 2, sobre as mulheres e o território corporal.

Na próxima seção, são apresentadas as estratégias de pesquisa adotadas nesse trabalho.

1.4 Estratégias de pesquisa

Nessa seção apresento as principais estratégias adotadas para dar conta do objetivo desta pesquisa, a qual se encontra centrada em investigar como as práticas de aborto voluntário envolvem múltiplas escalas territoriais de poder e de resistência. Desta forma, os agentes que foram analisados são as mulheres que praticaram o aborto voluntário, os movimentos feministas a favor da descriminalização e o Estado. A pesquisa privilegiou os jogos de escala entre território corporal e território nacional.

As estratégias seguiram o método qualitativo que, segundo Minayo (2010), está centrado nos estudos de estudo de vida, nas representações, percepções e opiniões.

Embora já tenham sido usadas para estudos de aglomerados de grandes dimensões [...], as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. (Idem, p. 57)

De acordo com a autora, a pesquisa qualitativa se destina a desvelar processos sociais que ainda não são bem conhecidos e que pertencem a determinados grupos, com o objetivo de proporcionar a construção de novas abordagens, conceitos e categorias, com relação aos fenômenos estudados (MINAYO, 2010).

Tendo em vistas os pressupostos da pesquisa qualitativa, as estratégias seguiram diferentes etapas para construção do *corpus* da pesquisa e sua posterior análise. A construção do *corpus* envolveu diferentes tipos de dados e fontes, assim como seguimos as regras expostas Bauer e Artes (2012), segundo os autores o *corpus* é um conjunto de dados o qual é alimentado através da seleção, análise, nova seleção, sendo cíclica e estando sempre aberta. É importante também salientar que os dados devem ser agrupados por seus tipos diferentes e analisados a partir destes agrupamentos sem misturá-los.

Para compreender como as práticas de aborto voluntário envolvem múltiplas escalas territoriais de poder e resistência, produzindo corpos e espaços contestados, utilizei diferentes estratégias e técnicas de investigação como revisão bibliográfica e pesquisa nos bancos de dados de órgãos oficiais de saúde, como a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, além de instituições como o Guttmacher Institute, o Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI), o CFEMEA, entre outros.

Diante dessas considerações, o *corpus* foi construído primeiramente para contextualização do aborto na escala nacional e mundial, para isso foram levantados os seguintes dados: número de procedimentos de aborto, taxa de aborto, abortos legais e ilegais, mortalidade de mulheres relacionadas aos procedimentos de aborto e métodos utilizados no Brasil e no mundo.

Também realizei buscas virtuais nos sites de organizações feministas que trabalham com a questão do aborto. Os dados foram utilizados para escrita do capítulo 2 desta dissertação – *Aborto provocado sob uma perspectiva escalar*.

Na segunda etapa de coleta de dados para o *corpus*, foi criada uma conta no *Google* solicitando um alerta de notícias através do uso das seguintes palavras chaves: aborto clandestino, clinica de aborto, Cytotec e aborto. O período de recebimento do alerta do *Google* via e-mail e foi programado para recebimento em todo ano de 2015, contudo a datas para além deste ano, notícias de outros anos também, as quais julgamos importantes para responder nosso problema de pesquisa.

Os analistas de conteúdo inferem a expressão dos conteúdos e apelo desses contextos, se focarmos a fonte, o texto é um forma de expressão. Fonte e público são o contexto e o foga da inferência. Um corpus de texto é a representação de uma comunidade que escreve. Os textos contêm registros de eventos, valores, regras e normas e traços de conflitos e do argumento. (BAUER, 2007, p.192)

A análise de conteúdo foi realizada através dos pressupostos de Bardin (1979), que sugere a leitura flutuante dos textos, observando os conteúdos, suas repetições e correlações para construção das categorias, através da leitura e agrupamento dos dados, chegaram as seguintes categorias: Estouro de clínicas, apreensão Cytotec, mortes, protestos, prisões, discussão político-jurídico e religiosa. Os conteúdos das categorias foram cuidadosamente apresentados no capítulo 2.

A terceira parte de coleta de dados do *corpus* envolve a realização de entrevistas individuais do tipo narrativas. De acordo com Neto (2004), a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo em pesquisas qualitativas, como é o caso do presente estudo.

Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. (idem, p. 57)

A estratégia de pesquisa mais importante neste trabalho, no entanto, foi a realização de dez entrevistas: nove com mulheres que tiveram pelo menos uma experiência de aborto inseguro.

Essas entrevistas podem ser consideradas do tipo “[...] história de vida tópica, que focaliza uma etapa ou um determinado setor da experiência em questão” (idem,

p. 59), no caso, as interrupções voluntárias da gravidez. Aqui, cabe trazer a ideia de Joan Scott, sobre a noção de experiência:

Experiência é sempre e imediatamente algo já interpretado e algo que precisa de interpretação. O que conta como experiência não é auto-evidente nem direto; é sempre contestado e, portanto, sempre político. O estudo da experiência, conseqüentemente, deve trazer à discussão seu status originário na explicação histórica". (SCOTT, 1998, p. 324)

Por essa razão, considerei importante contextualizar as experiências das entrevistadas no panorama mais amplo da construção social da maternidade e da bipolítica de aborto no Brasil. O grupo de entrevistadas é composto por amigas, colegas e também mulheres que até então eu não conhecia, mas que se dispuseram a participar da pesquisa. Elas ficaram sabendo do meu trabalho por diferentes meios, sendo um deles a minha participação Seminário Internacional “*Êba! Viado na Pista!*”, realizado pelo Nuances – Grupo pela Livre Expressão Sexual¹⁵, em agosto de 2015, em Porto Alegre. Outra estratégia que adotei para encontrar mulheres dispostas a falar sobre uma experiência de aborto provocado foi publicar um anúncio no Facebook. Nos três primeiros dias posteriores à chamada, mais de 20 mulheres entraram em contato comigo, tanto para darem seus relatos quanto para indicar alguém que conheci. No entanto, infelizmente, em função dos limites deste trabalho, não pude entrevistar todas as voluntárias. Considero que isto seja também um indicador de que o aborto voluntário é bastante comum, apesar da legislação restritiva à prática.

As entrevistas foram transcritas na sua íntegra e foi aplicada a análise de conteúdo. Nesse sentido, procurei identificar três aspectos principais nas transcrições: as relações de poder evidenciadas; as referências ao próprio corpo; e os aspectos relacionados ao local onde foi feito o aborto e outras escalas. Os resultados da análise de conteúdo estão no Capítulo 3 – *Relações entre corpo e espaço a partir de experiências de aborto inseguro*.

Além da construção do *corpus* de pesquisa e análise dos dados, foi realizada uma ampla revisão bibliográfica sobre a temática dentro e fora da geografia feminista, trabalho de campo acompanhando mulheres na obtenção de remédios para prática de aborto no centro de Porto Alegre, além da participação em eventos sobre o tema.

¹⁵ O Nuances é uma ONG que atua na luta pelos direitos da população LGBTT, fundada em 1991, em Porto Alegre.

CAPÍTULO 2

ABORTO PROVOCADO SOB UMA PERSPECTIVA ESCALAR

Nesse capítulo, em um primeiro movimento, procuro analisar as diferentes políticas de aborto no mundo e seus desdobramentos, comparando a situação do Brasil com a de outros países. Na seção seguinte, é apresentado um breve histórico da biopolítica de restrição do aborto no país, assim como as mortes e prisões decorrentes das práticas ilegais. Além disso, são explorados aspectos relativos à distribuição e acesso ao aborto previsto em lei, e os espaços e circuitos do aborto clandestino, com base em notícias veiculadas pela mídia. As notícias mostram como se dá o combate institucional às práticas clandestinas de aborto no país, por meio de operações policiais de “estouro” de clínicas e apreensões de Cytotec. Por fim, trato das ações feministas, em diferentes escalas, de luta pela descriminalização do aborto, em nome dos direitos sexuais e (não) reprodutivos das mulheres, enquanto manifestações da luta pela autonomia do território corporal.

2.1 Panorama do aborto no mundo

“The political and the sexual are intimate bedfellows, and that is true for us all, no matter where do we live and love.”

Shereen El Feki (2014)

Nessa seção, são apresentadas informações obtidas através de diferentes bancos de dados de órgãos oficiais de saúde, tais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, além de instituições como o Guttmacher Institute, o *Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro* (CLACAI), o CFEMEA, entre outros. Os dados apresentados têm como finalidade a contextualização sobre as biopolíticas de aborto fora do Brasil.

Um estudo recente, publicado na revista *Lancet* (SEDGH et. al., 2016), indica que entre 2010 e 2014, foram provocados 56 milhões de abortos, a cada ano, no mundo. Segundo as estimativas, a taxa anual global de aborto provocado foi de 35 abortos por 1.000 mulheres em idade fértil (entre 15 e 44 anos de idade). Isso significa que, globalmente, 25% das gestações terminaram em aborto. Contrariando

o senso comum, o estudo demonstrou que 73% de todos os abortos induzidos no mundo são feitos por mulheres casadas.

Os dados mostram ainda que a taxa de aborto induzido diminuiu significativamente, no período de 1990 a 2014, nas regiões consideradas pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) como “desenvolvidas” (Europa, América do Norte, Austrália, Nova Zelândia e Japão), mas que essa redução não aconteceu nos países “em desenvolvimento”, onde as taxas permaneceram praticamente as mesmas. Enquanto nas regiões “desenvolvidas” a taxa de aborto caiu 41%, de 1990 a 1994, chegando a 27 abortos por 1.000 mulheres, a taxa de aborto nas regiões “em desenvolvimento” permaneceu praticamente a mesma ao longo dos últimos 25 anos (SEDGH et. al., 2016). A tabela abaixo apresenta esses números.

ESTIMATIVAS GLOBAIS E REGIONAIS DO ABORTO INDUZIDO, ENTRE 1990-1994 E 2010-2014				
Mundo e regiões	Nº de abortos (milhões)		Taxa de aborto **	
	1990-1994	2010-2014	1990-1994	2010-2014
Mundo	50.4	56.3	40	35
Países “desenvolvidos”	11.8	6.7*	46	27*
Países “em desenvolvimento”	38.6	49.6*	39	37
África	4.6	8.3*	33	34
Ásia	31.5	35.8	41	30
Europa	8.2	4.4	52	30*
América Latina e Caribe	4.4	6.5*	40	44
América do Norte	1.6	1.2	25	17*
Oceania	0.1	0.1	20	19

* A diferença entre os períodos de 1990-1994 e 2010-2014 foi estatisticamente significativa. ** Abortos por 1.000 mulheres com idade entre 15 e 44 anos.

Tabela 1: **Números e taxas do aborto no mundo.** Fonte: www.gutmacher.org. Traduzido e adaptado pela autora.

Percebe-se que a região da América Latina e Caribe tem as mais altas taxas de aborto, superando a média mundial.

O estudo destaca ainda que 88% dos abortos provocados no mundo acontecem nas regiões “em desenvolvimento”. A queda na taxa de aborto nos países “mais desenvolvidos” está relacionada ao amplo acesso a métodos de planejamento familiar e controle de natalidade oferecidos à população, assim como à – e, talvez, especialmente em função da – legalização do aborto.

Ainda de acordo com Sedgh et.al. (2016), leis restritivas não impedem as mulheres de provocar abortos. Nos países onde a lei proíbe completamente o restringe o aborto apenas aos casos em que a vida da mulher está em risco, a taxa de aborto é de 37 por 1.000 mulheres, entre 15 e 44 anos. Já nos países em que o aborto é disponível sob demanda, a taxa é de 34 por 1.000 mulheres, entre 15 e 44 anos, ou seja, uma diferença insignificante. Assim, leis restritivas apenas tornam o procedimento clandestino e, frequentemente, inseguro.

O Brasil tem uma política bastante restritiva no que diz respeito ao aborto, quando comparado a outros países. As leis que regulamentam a prática variam muito em termos espaço-temporais. O *Center for Reproductive Rights* (CRR) é uma organização sem fins lucrativos que, desde 1992, se dedica à promoção e à defesa dos direitos (não) reprodutivos das mulheres em todo o mundo. Uma das ações do CRR é manter o atualizado um mapa interativo (Figura 3) que tem por objetivo acompanhar as mudanças nas leis e de identificar os Estados que protegem e os que negam a liberdade reprodutiva das mulheres (CENTER, 2016).

A cor verde indica os países que não têm restrições ao aborto e que permitem que a decisão seja tomada pela mulher, em qualquer circunstância. O amarelo indica aqueles que autorizam o procedimento com base em fatores econômicos. Os países em laranja autorizam o aborto também para preservar saúde da mulher. Já os marcados em vermelho são os mais restritivos, proibindo completamente ou permitindo o aborto apenas se essa for a única maneira de salvar a vida da mulher. Na página virtual do CRR, essas informações são mais detalhadas à medida em que se seleciona o país, visto que existem outras situações além desses quatro tipos, como no caso do Brasil, por exemplo.

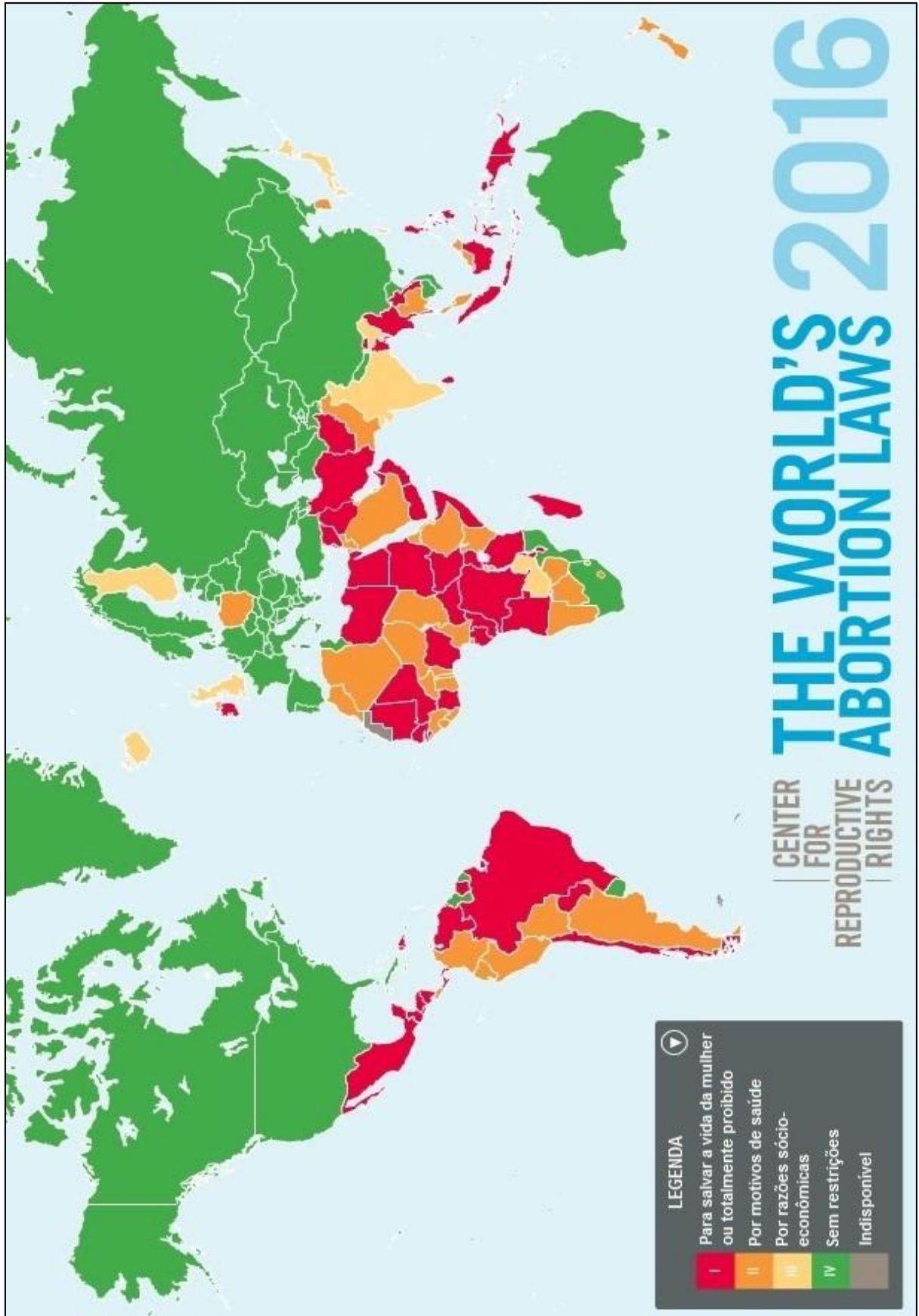


Figura 3: **Mapa das leis de aborto no mundo.** Fonte: Center for Reproductive Rights.
Traduzido e adaptado pela autora.

As complicações decorrentes de abortos inseguros são muito comuns nas regiões “em desenvolvimento”. Os Estudos de Sedgh et.al (2016), demonstram que, nessas regiões, cerca de 7 milhões de mulheres precisam ser atendidas, anualmente, por complicações resultantes de abortos inseguros. Além disso, a maioria das estimativas recentes sugere que cerca de 40% das mulheres que enfrentam complicações não recebem tratamento médico.

O custo dos tratamentos de problemas médicos decorrentes de abortos inseguros constitui um encargo financeiro considerável sobre os sistemas de cuidados de saúde pública e sobre as mulheres e famílias em regiões em desenvolvimento. De acordo com estimativas de 2014, o custo anual da prestação de cuidados pós-aborto nos países em desenvolvimento foi de US\$232 milhões. Se todas aquelas que necessitaram de tratamento tivessem realmente o recebido, o custo chegaria a US\$ 562 milhões.

Conseqüentemente, países que adotam políticas restritivas ao aborto tem níveis muito mais altos de mortalidade materna. Em 2013, nos países que proíbem o aborto, houve em média 223 mortes por 100.000 nascidos vivos, enquanto nos países que autorizam a prática essa média foi de 77 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. Em Sedgh et.al. (2016) recentes estimam que entre 8 e 18% das mortes maternas em todo o mundo ocorrem devido ao aborto inseguro. O número de mortes relacionadas com o aborto em 2014 variou entre 22.500 e 44.000.

Entretanto, segundo o Guttmacher Institute (2016), leis altamente restritivas a estas práticas não são associadas a taxas mais baixas de aborto. Quando os países são agrupados de acordo com os critérios nos quais o procedimento é legal, tem-se a taxa de 37 abortos por 1.000 mulheres em idade reprodutiva onde a prática é totalmente proibida ou só é permitida para salvar a vida da mulher, comparada à taxa de 34 por 1.000 onde a prática é disponível sob o pedido da mulher, ou seja, uma diferença insignificante. Desta forma, como a proibição do aborto não impede que muitos procedimentos sejam realizados clandestinamente em todas as partes do mundo, a OMS (2013) recomenda a descriminalização da prática com base em estudos comprovam que a legalização diminui consideravelmente os riscos para a saúde das mulheres e, inclusive, contribui para reduzir a incidência de abortos provocados.

A relação entre a descriminalização e a conseqüente redução no número de abortos provocados foi observada, recentemente, no Uruguai. O país

descriminalizou a prática em 2012 e tem registrado uma considerável diminuição no número de abortos provocados¹⁶. O número de mulheres que decidiram continuar com a gravidez após solicitar um aborto legal naquele país cresceu 30% em 2014 se comparado a 2013. Isso ocorre porque as mulheres precisam passar por consultas obrigatórias com uma equipe interdisciplinar, formada por ginecologistas, psicólogas/os e assistentes sociais.

A legislação uruguaia determina que a mulher tenha cinco dias para pensar, antes de prosseguir com a interrupção da gravidez. Do serviço de atendimento, elas saem com um método contraceptivo adequado, para evitar futuras gravidezes indesejadas. Desta forma, a taxa de abortos no Uruguai é de 12 para cada 1.000 mulheres em idade fértil, abaixo dos níveis internacionais que se conhecem como, por exemplo, em países nórdicos. O que se destaca, sobretudo, é que nenhuma mulher morreu em decorrência de aborto no período de vigência da nova lei.

Segundo a OMS (2014), a tendência mundial é de descriminalização da prática. Um número crescente de países têm expandido seus fundamentos legais para o aborto, mas as políticas permanecem restritivas em muitos países. Entre 1996 e 2013, a porcentagem de países que permitem o aborto aumentou gradualmente para todos os fundamentos legais, exceto para salvar a vida da mulher, que se manteve em 97%. Durante este tempo, a proporção de países que permitem o aborto para preservar a saúde física da mulher aumentou de 63% para 67%, e entre os que permitem para preservar a saúde mental da mulher aumentou de 52% para 64%. Da mesma forma, aumentou de 43% para 52% em casos de estupro ou incesto, e de 41% para 52% em razão de problemas fetais.

A proporção de países que permitem o aborto por razões econômicas ou sociais e a pedido da mulher também subiu gradualmente entre os anos de 1996 e 2013. Em 2013, pouco mais de um terço (36%) dos governos permitiam o aborto por razões econômicas ou sociais, contra os 31% de 1996, enquanto 30% dos países permitiam o aborto a pedido, contra os 24% em 1996. Desta forma, entre 1996 e 2013, 56 países (20 na África, 12 na Ásia, 12 na América Latina e no Caribe, oito na Europa e quatro na Oceania) aumentaram o número de bases legais para o aborto.

Encontramos nos dados disponibilizados pela OMS (2014) que, em 2012, a maior parte dos governos (60% de 145 países com informação disponível) havia

¹⁶ <http://noticias.r7.com/saude/quantidade-de-mulheres-que-desiste-de-aborto-legalizado-no-uruguai-cresce-30-30032015>

implementado medidas para melhorar o acesso a serviços de aborto legal, na última década. No mesmo ano, entre 172 países que disponibilizaram os dados, 152 (88%) tinham implementado medidas concretas para melhorar o acesso das mulheres a serviços de saúde sexual e reprodutiva, independentemente do estado civil e da idade.

Por outro lado, entre 1996 e 2013, oito países (três na América Latina e no Caribe, dois na África, dois na Ásia e um na Oceania) reduziram o número de fundamentos legais em que a prática é permitida. Isso mostra que o direito ao aborto legal e seguro está em permanente disputa.

Além disso, informações precisas sobre o número de abortos induzidos são dificilmente obtidas, especialmente em países onde as políticas são restritivas. Onde o aborto é legal sob condições gerais, as estatísticas oficiais alcançam níveis mais aceitáveis de cobertura e precisão. Já nos países onde as políticas de aborto são restritivas, geralmente não há dados oficiais disponíveis ou esses são consideravelmente incompletos. Um problema comum é que alguns abortos realizados de forma privada não são notificados e, portanto, não estão refletidos nas estatísticas disponíveis. Inclusive, alguns países podem incluir dados sobre abortos espontâneos no número de abortos induzidos relatados. Por essa razão, a proporção exata de abortos realizados em condições inseguras não é conhecida atualmente (OMS, 2012).

Altos níveis de necessidade de contracepção não atendida ajudam a explicar a prevalência do aborto em países com leis restritivas à prática. Muitas gravidezes indesejadas acontecem pela falta de acesso ou o uso incorreto de métodos contraceptivos. Estima-se que 225 milhões de mulheres em regiões em desenvolvimento têm uma necessidade de contraceptivos modernos não atendida. Ou seja, elas querem evitar uma gravidez mas não está utilizando contracepção ou está usando algum método tradicional, que pode ter altas taxas de insucesso. Entretanto, abortos também são provocados por mulheres que usam métodos contraceptivos. Embora quase todos os métodos, por vezes, possam falhar, algumas mulheres podem precisar de métodos mais eficazes, os mais adequados às suas circunstâncias, e de informação e aconselhamento para ajudá-las a usar os seus contraceptivos de forma mais eficaz e consistente. A OMS entende que atender às necessidades de contracepção é uma estratégia importante para reduzir gravidezes não desejadas, abortos e nascimentos não planejados (OMS, 2012).

2.2 Aborto no Brasil: o Estado e suas implicações para as mulheres



André Dahmer. Quadrinhos dos Anos 10.

Pelo Código Penal brasileiro, de 1940, o aborto é permitido em duas situações: quando o procedimento é fundamental para salvar a vida da mulher e quando a gravidez é resultado de estupro. A lei também estabelece a penalização do aborto (Parte Especial, Título I “Dos Crimes Contra a Pessoa”, Capítulo I, “Dos Crimes Contra a Vida”, artigos 124 a 128). A pena para o crime de aborto provocado pela gestante ou com o seu consentimento é detenção de um a três anos. Se o aborto for provocado por terceiros, sem o consentimento da mulher, a pena é reclusão de três a dez anos. E provocar aborto com o consentimento da gestante pode levar à reclusão de um a quatro anos (BRASIL, 1940).

Em 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) deu parecer favorável à solicitação da Confederação Nacional de Trabalhadores em Saúde e da organização não-governamental Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero – de reconhecimento do direito ao aborto nos casos de anencefalia fetal¹⁷, com o objetivo de garantir a integridade física da mulher e o bem-estar psicológico dela e da família. Desde então, a interrupção da gravidez de feto anencéfalo com auxílio médico passou a ser permitida, caso essa seja a decisão da mulher, também sem a necessidade de autorização judicial (JANNOTTI; SOARES, 2015).

Em função dessa legislação restritiva, que só permite a interrupção voluntária da gravidez apenas nas três situações elencadas, estima-se que 500 mil mulheres tenham feito um aborto clandestino no Brasil, só no ano de 2015 (DINIZ, 2016). A Pesquisa Nacional do Aborto mostrou que a prática, apesar de ilegal, é bastante comum: uma em cada cinco brasileiras, aos 40 anos de idade, já fez pelo menos um

¹⁷ A anencefalia é uma malformação em que o tubo neural não chega a ser fechado, deixando o cérebro exposto. Um feto anencefálico pode ser considerado um natimorto cerebral.

aborto. Isso significa que 4,7 milhões de mulheres brasileiras que têm entre 18 e 39 anos já abortaram¹⁸.

As consequências de um procedimento de aborto mal feito podem ser desastrosas para a mulher. No relatório elaborado para o evento “Pequim +20”, que aconteceu na 59ª Comissão sobre o Estatuto da Mulher da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015, a Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) afirmou que atualmente, no Brasil, o aborto inseguro constitui a 5ª maior causa de mortalidade materna, “situação que configura um problema de saúde pública de significativo impacto”¹⁹. Mesmo assim, a legalização da prática ainda enfrenta forte oposição dos setores conservadores e religiosos crescentes na sociedade brasileira, e que têm grande influência no Poder Legislativo.

O aborto sempre foi um problema para o governo brasileiro, desde a colônia. Como aponta Priore (2009), havia uma relação entre o interesse de povoamento da pátria e o controle sobre os corpos das mulheres, em uma preocupação compartilhada pelo Estado, pela Igreja e pela medicina. Para ela,

[...] é impossível pensar a questão do aborto na história do Brasil sem inscrevê-la no quadro mais abrangente da colonização. Momento por excelência assustador vazio demográfico que significava a terra brasileira, o Estado luso incentivava com rigor uma política de ocupação que se apoiava em três vertentes: 1) a luta contra ligações consensuais e concubinárias fora do controle do Estado e da Igreja católica; 2) a proibição da instalação de conventos de freiras, desde 1606, com a explicação de que era preciso povoar a terra brasileira de gente honrada; 3) a imposição do matrimônio como mecanismo de controle das populações coloniais e, no seu interior, a condenação de qualquer forma de controle malthusiano. Na perspectiva católica, a sexualidade encontrava sua única justificativa na procriação. Este era o dever absoluto dos esposos. O uso dos corpos e dos prazeres no casamento possuía uma aparência escatológica, salvadora, pois só nas penas da vida conjugal e no sofrimento do parto encontrava-se a redenção do pecado original. (PRIORE, 2009, s.p.)

O aborto era, portanto, uma prática desaprovada também por contrariar a de preocupação da metrópole portuguesa com o intenso da metrópole de promover a “multiplicação das gentes”. A perseguição ao aborto tinha ainda outra função: “[...]”

¹⁸ A Pesquisa Nacional do Aborto 2016 foi coordenada por Debora Diniz, Marcelo Medeiros e Alberto Madeiro, realizada pela Anis – Instituto de Bioética e pela Universidade de Brasília, com financiamento do Ministério da Saúde.

¹⁹ GRANJEIA, Juliana. **Governo afirma à ONU que aborto clandestino no país é problema de saúde pública**. O Globo, 10 mar. 2016. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/sociedade/governo-afirma-onu-que-aborto-clandestino-no-pais-problema-de-saude-publica-15550664>, acesso em 10 mar. 2016.

mais do que atacar o homicídio terrível que privava uma alma inocente do batismo, e portanto, da salvação eterna, caçavam-se os desdobramentos condenáveis nas ligações fora do matrimônio” (PRIORE, 2009, s.p.). Esses frequentes relacionamentos geravam “[...] bastardos e mestiços ameaçadores à ordem que a metrópole lusa desejava instaurar nas terras brasileiras, para delas extrair toda a riqueza necessária ao sistema mercantilista” (idem). A autora prossegue, comentando que:

[...] embora não existam no Brasil dados sobre a frequência com que se abortava – na França, durante o Antigo Regime, eram obrigatórias declarações de gravidez feitas à justiça do Estado, permitindo calcular as suas interrupções – este crime já era comentado nas primeiras cartas jesuíticas como um hábito corrente entre as mulheres indígenas. (PRIORE, 2009, s.p.)

Ainda segundo a historiadora:

No período colonial, todo conhecimento médico existente sobre o corpo feminino dizia respeito à reprodução. Os documentos científicos da época tratados, manuais, receituários revelam o enorme interesse pela madre (nome dado ao útero, como vimos) e a conseqüente obsessão em compreender seu funcionamento. O próprio mapeamento da anatomia do útero submetia-se ao olhar funcionalista dos médicos, que só se referiam ao que importava para a procriação. Um conhecimento tão limitado, contudo, transformava a madre num território peculiar e secreto. O esforço da medicina em estudar o útero era proporcional ao mistério que a mulher representava como receptáculo de um depósito sagrado, que precisava frutificar. Tal mistério era refutado por uma crença geral: a fêmea não devia ser mais do que terra fértil a ser fecundada pelo macho. (PRIORE, 2000, pp. 82-83)

Para essa autora, a prática do aborto era, no período colonial, considerada a em compreender seu funcionamento. O próprio “antítese da maternidade”, e para evitá-la, o regimento de quadrilheiros (uma espécie de polícia de costumes) era acionado para denunciar a corregedores e juizes as mulheres acusadas de tentar abortar. Assim, com a longa campanha da Igreja contra o aborto (fortemente associado a relacionamentos extraconjugais), a prática passou a ser vista “[...] como uma atitude que 'emporcalhava' a imagem que se desejava para a mulher” (PRIORE, 2009, s.p.)

O aborto era praticado, portanto, por mulheres “[...] que não se adequava[m] ao projeto de colonização ordenada e de crescimento demográfico incentivado pela metrópole portuguesa” (idem). A confissão – uma tecnologia específica do poder, de acordo com Foucault (2011) – era o meio pelo qual as mulheres eram

constantemente interrogadas sobre suas vidas privadas e eventuais práticas abortivas. Desta forma, “[...] ao resistir ao aborto as mulheres estariam reforçando uma demografia pródiga em filhos, colocando seus corpos a serviço das demandas do Estado e da Igreja, numa função reprodutiva que ainda perdura” (PRIORE, 2009, s.p.).

Vázquez (2014) investigou como o aborto foi tratado pelo Código Criminal do Império do Brasil de 1830, depois pelo Código de 1890 e, por último, o de 1940, vigente atualmente. Segundo ela

[...] o aborto foi crime contra a autoridade marital ou paternal na Antiguidade, depois, no medievo, contra Deus e a moral. Posteriormente a recusa feminina à maternidade se transformou num ato contrário aos interesses da sociedade e do Estado a partir do período contemporâneo. Seria necessário que as mulheres tivessem filhos, com vistas ao futuro do país e, neste sentido, a eliminação de gestações ou de crianças passou a ser considerada ameaça à nação” (Ibid., p. 148).

De acordo com a análise da autora, ainda que o aborto seja uma prática antiga, foi ao longo dos séculos XIX e XX que se deu o que a autora chama de “generalização do aborto”, resultando em sua ampla extensão a todas as camadas sociais. Ainda segundo a autora, durante o século XX também se constatou uma transformação nos métodos abortivos, quando as técnicas tradicionais como ervas e chá deram lugar a procedimentos mecânicos, ao uso de medicamentos farmacológicos e sondas intrauterinas (VAZQUEZ, 2014).

Para Rohden (2003), na primeira metade do século XX, a regulação da sexualidade pelo casamento prolífico era considerada a solução dos problemas de povoamento da pátria e sobrevivência da espécie. Nessa época, foi desenvolvida e adotada uma nítida política de gerenciamento da sexualidade e da reprodução da população brasileira. Havia uma conexão entre discursos e práticas da medicina, da justiça e de autoridades pró-natalistas, que consideravam que o sucesso dos projetos nacionais dependia do empenho das mulheres em gerar e cuidar dos filhos. Assim, ao mesmo tempo em que a reprodução e o controle da natalidade tornaram-se temas de interesse público, foi sendo desenvolvida uma configuração de discursos e práticas pela valorização da maternidade, especialmente durante a era Vargas. Essa

[...] constante valorização da maternidade e da infância nas primeiras décadas do século XX estava relacionada a um contexto que articulava uma série de fatores, entre os quais se podem

destacar a ascensão da ideologia nacionalista, a presença das ideias eugênicas – no caso do Brasil redefinidas a partir dos impasses internos colocados pela miscigenação –, a propagação dos recursos de controle da natalidade, os movimentos de emancipação feminina e a entrada da mulher no mercado de trabalho, além de aspectos relativos a uma redefinição do papel da medicina na sociedade, especialmente da medicina da mulher e da criança. (ROHDEN, 2003, p. 36)

Foi a partir da década de 1920 que surgiu no Brasil uma preocupação em tratar a saúde como questão de política social de população. Esse foi o período de formação da sociedade capitalista no país, que teve por base a expansão da economia cafeeira (COELHO et al., 2000).

Nessa época, o aumento da população era necessário para expansão da economia mas, como a inserção no mercado de trabalho não era garantida a todos economicamente ativos e como as cidades cresceram sem uma política sanitária básica, expandiram-se a pobreza, as doenças e a marginalização, e a questão populacional foi se constituindo como um problema político. (Ibid., p. 37)

Nesse período, surgiram movimentos de caráter malthusiano na Europa e nos Estados Unidos, associando o crescimento populacional à miséria. Embora o Estado brasileiro tenha adotado uma postura pró-natalista durante o processo de consolidação do capitalismo no país, houve forte pressão norte-americana, especialmente a partir da década de 1960, com relação ao controle do crescimento populacional:

Assim, os anticoncepcionais entram no mercado e as mulheres, uma vez conseguindo dissociar sexualidade de procriação, aderem principalmente à contracepção hormonal mas, sem assistência adequada, comprometem a sua saúde e tornam-se cada vez mais dependentes do sistema médico. (COELHO et al., 2000, p. 38)

Elaborado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, em 2010, o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3) é o documento que apresenta as bases de uma política de Estado para os Direitos Humanos, estabelecendo diretrizes, objetivos estratégicos e ações programáticas a serem desenvolvidos, tendo como fundamentos os compromissos internacionais assumidos pelo país. A questão do aborto aparece no “Eixo orientador III: Universalizar Direitos em um Contexto de Desigualdades”.

Ao longo das últimas décadas, os Direitos Humanos passaram a ocupar uma posição de destaque no ordenamento jurídico brasileiro. O país avançou na proteção

e promoção do direito às diferenças, “porém, o peso negativo do passado continua a projetar no presente uma situação de profunda iniquidade social” (BRASIL, 2010, p. 63).

No rol de movimentos e grupos sociais que demandam políticas de inclusão social encontram-se crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, pessoas com deficiência, povos indígenas, populações negras e quilombolas, ciganos, ribeirinhos, varzanteiros, pescadores, entre outros. (BRASIL, 2010, p. 64)

Assim, nesse eixo orientador, são propostas “medidas e políticas que devem ser efetivadas para reconhecer e proteger os indivíduos como iguais na diferença, ou seja, valorizar a diversidade presente na população brasileira para estabelecer acesso igualitário aos direitos fundamentais” (BRASIL, 2010, p. 64). A nona diretriz do Programa – “Combate às desigualdades estruturais” – estabelece princípios das políticas para negros, indígenas e mulheres. O terceiro objetivo estratégico trata da “garantia dos direitos das mulheres para o estabelecimento das condições necessárias para sua plena cidadania”.

Com relação ao aborto, esse objetivo apresenta a seguinte ação programática: “Considerar o aborto como tema de saúde pública, com a garantia do acesso aos serviços de saúde” (BRASIL, 2010, p. 64). Para isso, “recomenda-se ao Poder Legislativo a adequação do Código Penal para a descriminalização do aborto” (Ibidem). O Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República e o Ministério da Justiça são os responsáveis pela ação, tendo como parceiros a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República e a Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República.

O tema do aborto aparece novamente na A 17ª Diretriz – “Promoção de sistema de justiça mais acessível, ágil e efetivo, para o conhecimento, a garantia e a defesa dos direitos” –, no segundo objetivo estratégico, de “Garantia do aperfeiçoamento e monitoramento das normas jurídicas para proteção dos Direitos Humanos”, ação programática “Implementar mecanismos de monitoramento dos serviços de atendimento ao aborto legalmente autorizado, garantindo seu cumprimento e facilidade de acesso” (BRASIL, 2010, p. 176). Os responsáveis por essa ação são o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República.

Além destes pontos, o PNDH-3 trata do aborto em outros dois momentos, nas “propostas de ações governamentais”. Entre as propostas específicas para mulheres, tem-se a seguinte (nº 179):

Apoiar a alteração dos dispositivos do Código Penal referentes ao estupro, atentado violento ao pudor, posse sexual mediante fraude, atentado ao pudor mediante fraude e o alargamento dos permissivos para a prática do aborto legal, em conformidade com os compromissos assumidos pelo Estado brasileiro no marco da Plataforma de Ação de Pequim. (BRASIL, 2010, p. 279)

Por fim, com relação à “Garantia do Direito à Saúde, à Previdência e à Assistência Social”, tem-se a seguinte proposta de ação governamental: “334. Considerar o aborto como tema de saúde pública, com a garantia do acesso aos serviços de saúde para os casos previstos em lei” (BRASIL, 2010, p. 291).

Assim como em outros países onde a legislação é restritiva, no Brasil o aborto inseguro consiste em um problema de saúde pública. Isso é o que aponta a Pesquisa Nacional de Aborto, um levantamento realizado pela Universidade de Brasília no ano de 2010, por amostragem aleatória de domicílios em todo o Brasil urbano, abrangendo 2.002 mulheres alfabetizadas, com idades entre 18 e 39 anos. Os resultados dessa pesquisa indicam que mais de uma em cada cinco mulheres já fez um aborto ao final da sua vida reprodutiva, e que os abortos têm maior incidência no centro do período reprodutivo das mulheres (entre 18 e 29 anos de idade). Em cerca da metade dos casos, o aborto é realizado com medicamentos e a internação pós-aborto é necessária. “Tais resultados levam a concluir que o aborto deve ser prioridade na agenda de saúde pública nacional” (DINIZ; MEDEIROS, 2010, p. 959).

A biopolítica de proibição da prática tem resultado em mortes em todo o país. Frequentemente, a mídia apresenta a história de mulheres que sofreram as consequências da clandestinidade do aborto, como foi o caso de Tatiana Camilato, de 31 anos, que morreu deixando três filhos, de 9, 12 e 13 anos de idade²⁰, assim como Jandira Magdalena dos Santos Cruz, 27 anos, que deixou duas filhas pequenas e Elizângela Barbosa, de 32 anos²¹, outra mãe que morreu por precisar fazer um aborto clandestino.

²⁰ <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2015/07/morte-de-mulher-apos-suposto-aborto-clandestino-e-investigada-no-rio.html>

²¹ <http://noticias.r7.com/rio-de-janeiro/caso-jandira-gravida-morta-em-clinica-clandestina-de-aborto-se-torna-simbolo-no-rio-18122014>

Segundo Maciel (2014), em 2014, foram presas 33 mulheres por prática de aborto em território nacional²². A maioria das denúncias parte de dentro dos hospitais, quando as mulheres precisam de atendimento após terem iniciado o aborto.

As prisões por aborto ilegal no Brasil se concentram no Sudeste. O Rio tem 15 presas, São Paulo, 12, e Minas, uma. As demais denúncias foram registradas no Paraná (3) e no Distrito Federal (2). Acre, Maranhão, Rondônia, Tocantins e Roraima não informaram o número de denúncias. Todas as mulheres foram enquadradas na artigo 124 do Código Penal, de 1940, que criminaliza o aborto. A pena pode variar de um a três anos de detenção. Os perfis das réis têm semelhanças: jovens, negras, com pouca escolaridade e baixa renda. (MACIEL, 2014, s.p.)

A referida reportagem confirma o que alguns estudos já haviam mostrado: existe um claro recorte de classe e raça nas prisões por aborto no país. Isso significa que a criminalização dessa prática reforça desigualdades sociais.

2.2.1 Aborto previsto em lei

O número de procedimentos de aborto legal tem se mantido estável no Brasil: foram registrados 1.613 em 2012, 1.523 em 2013 e 1.600 em 2014. Isso significa que, nesse período, o governo atendeu quase cem vezes mais mulheres para a realização de curetagem pós-aborto, do que para fazer o procedimento dentro da lei. Entretanto, os atendimentos pós-aborto realizados pelo SUS vêm diminuindo: foram 190 mil em 2013, 187 mil em 2014 e 181 mil em 2015.²³

Mais de 90% dos abortos legais ocorreram em decorrência de gestação resultante de estupro, seguido por anencefalia do feto (5%) e risco de vida para a mulher (1%). Os dados são da pesquisa Serviço de Aborto Legal no Brasil, que estudou casos pelo país entre 2013 e 2015. (Ibidem)

De acordo com Madeiro e Diniz (2016), o perfil mais comum das pacientes atendidas nos serviços de aborto legal é de mulheres entre 15 e 29 anos de idade, solteiras, católicas, que sofreram estupro e fizeram o procedimento até a 14ª semana de gestação.

²² <http://exame.abril.com.br/brasil/33-mulheres-foram-presas-por-aborto-em-2014/>

²³ Dados disponíveis em: noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2016/03/10/sus-atende-100-vezes-mais-casos-pos-aborto-do-que-faz-interruptoes-legais.htm, acesso em 20 de abr. de 2016.

Segundo Pouza, Pessoa e Cortêz (2014), em matéria para a Agência Pública²⁴ os abortos previstos em lei devem ser realizados na rede pública de saúde. A Lei 12.845/13, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, sancionada em agosto de 2013 pela presidenta Dilma Rousseff, estabelece o direito ao atendimento “emergencial, integral e multidisciplinar”, em qualquer hospital do Sistema Único de Saúde (SUS), público ou conveniado, para a mulher que tiver sofrido um estupro e decida abortar.

No entanto, pesquisas mostram que, por enquanto, esse direito é ainda inacessível na imensa maioria dos municípios brasileiros.

De acordo com Madeiro e Diniz (2016), apesar de a lei brasileira permitir a interrupção voluntária da gravidez decorrente de estupro desde de 1940, o acesso aos serviços de saúde não foi regulamentado por quase 50 anos. O primeiro serviço de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual foi implantado em 1989, pela Prefeitura Municipal de São Paulo, no Hospital Municipal Artur Ribeiro de Saboya, o “Hospital do Jabaquara”. A mulher deveria apresentar uma cópia do Boletim de Ocorrência (BO) e do laudo pericial do Instituto Médico Legal (IML) para, então, ter acesso ao aborto.

Atualmente, ainda segundo Madeiro e Diniz (2016), existem apenas 37 serviços de aborto legal em funcionamento no país. Todos fazem o atendimento em casos de violência sexual, 30 realizam o procedimento em casos de anencefalia e 27 atendem em casos de um risco para a vida da mulher.

Descobrir a localização dos serviços de aborto legal no Brasil consiste em um desafio. Costa (2013), em matéria para o jornal O Globo²⁵, afirma que, em contato com o Ministério da Saúde para saber quais são e o endereço dos centros que oferecem serviço de aborto legal no país, foi informada que o órgão não divulga essas informações para o grande público, argumentando que a medida visa proteger médicas/os e vítimas, para que não sejam hostilizadas/os. Diante dessa dificuldade, a jornalista procurou o médico Jefferson Drezett, coordenador do Serviço de Violência Sexual do Hospital Pérola Byington, em aSão Paulo, principal referência no setor.

Mostrando uma pilha de encaminhamentos de hospitais de todo o estado de São Paulo – e vários também de outros estados ao Pérola, Drezet afirma que metade dos abortos legais que realiza por ano não

²⁴ “Dor em dobro”. Disponível em apublica.org/2014/05/dor-em-dobro-2/, acesso em 20 abr. 2016.

²⁵ oglobo.globo.com/brasil/brasil-tem-apenas-65-servicos-para-aborto-legal-10696828

são de moradoras do município de São Paulo. A maior consequência desta falta de regionalização dos serviços é a opção da mulher por procedimentos clandestinos em seus estados de origem, salienta o médico. “A mulher já sofreu um abuso, já foi humilhada e é revitimizada quando precisa bater de porta em porta para que seus direitos sejam cumpridos. Atendo gente aqui que viaja 500 km para interromper a gravidez. E quem não tem condições de viajar?” – questiona Drezet. (COSTA, 2013, p)

Melo (2015), em reportagem para o jornal Zero Hora²⁶, assim como Costa (2013), também solicitou ao Ministério da Saúde informações sobre quantos são e que locais oferecem o serviço de aborto nos casos previstos em lei no país. O Ministério, novamente, não forneceu um número nem uma lista, mas garantiu que "o atendimento pode ser realizado em todos os estabelecimentos do SUS que possuem serviço de obstetrícia no Brasil" (MELO, 2015, s.p.). Segundo informações desse órgão, existem 553 serviços voltados à atenção de pessoas em situação de violência sexual, capacitados para fazer o primeiro atendimento às vítimas, procurando evitar a gravidez e uma série de doenças sexualmente transmissíveis, em todo o país. E que em 2014, foram realizados 27.652 atendimentos.

De acordo com Madeiro e Diniz (2016), os serviços em funcionamento atualmente estão distribuídos da seguinte maneira no território nacional: 12 na região Sudeste, 11 no Nordeste, seis no Sul, cinco no Norte e três na região Centro-Oeste. Sete estados brasileiros não dispõem desse serviço de saúde. Apenas em quatro estados existem serviços fora da capital (sendo em oito municípios em todo país, mas os autores não indicam quais são). A localização majoritária dos serviços de aborto legal em capitais e grandes cidades, além da inexistência deles em alguns estados, evidenciam barreiras geográficas que as mulheres encontram quando precisam interromper a gravidez.

Quando comparamos este estudo com a última avaliação dos serviços de aborto legal, realizada em 2005, arriscamos dizer que não houve avanço na implementação de novos serviços, principalmente em cidades do interior do país. Em 2005, 37 serviços de saúde declararam realizar o aborto legal, sendo que 6 estados não possuíam nenhum ativo. Atualmente, também existem 37 serviços ativos, e há ausência deles em 7 estados. (MADEIRO; DINIZ, 2016, p. 568)

²⁶ MELO, Itamar. “O aborto dentro da lei”. Zero Hora. 12 dez. 2015. Disponível em zh.clicrbs.com.br/especiais-zh/zh-o-aborto-dentro-da-lei/, acesso em 20 abr. 2016.

Segundo Melo (2015), a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre informa que não existe um telefone para fornecimento de informações sobre serviços de aborto legal. A recomendação do órgão é que a mulher que tem direito ao aborto legal compareça em um hospital ou busque orientações em uma unidade de saúde. Já a Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul orienta as mulheres a buscar os serviços de saúde do município, que devem encaminhá-la a um estabelecimento habilitado. Essa Secretaria ainda informou que o único serviço cadastrado no interior do estado é o do Hospital Geral, em Caxias do Sul.

Na capital gaúcha, somente quatro locais oferecem atendimento de aborto legal: o Hospital Conceição, o Hospital de Clínicas, o Hospital Fêmeina e o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. O Hospital Conceição já realizou abortos em pacientes vindas de diversas partes do estado do RS, inclusive de municípios situados a centenas de quilômetros de distância. As mulheres procuram esse hospital porque todas as regiões são carentes desse tipo de serviços de saúde. A assistente social Lisiane Villeroy, que trabalha no Conceição, diz que há casos de mulheres que procuram os hospitais de suas cidades, mas não têm o direito ao aborto atendido e, inclusive, sofrem pressão por parte das equipes para desistir de interromper a gravidez. Ela comenta o caso de uma jovem: “Ela não estava mais suportando isso e veio para cá. Quando tu não acolhes o desejo dessa mulher, significa que ela está sendo violentada novamente pela sociedade e pelo Estado” (MELO, 2015, s.p.).

Os procedimentos de aborto são realizados em alas diferentes em cada hospital.

No Hospital Conceição, por exemplo, os procedimentos de aborto legal são realizados na Maternidade. O responsável por esse setor, Claudio Campello, afirma: “Somos o único serviço que atende à violência sexual na maternidade. Isso humaniza a assistência e mostra às pessoas que dar atenção a esses casos está dentro da normalidade de um hospital” (MELO, 2015, s.p.).

No Hospital Fêmeina, por outro lado, aborto é realizado em uma ala específica destinada apenas às gestantes que não terão o bebê, seja por aborto, gravidez fora do útero ou morte do feto. Esse setor conta com médicas/os, enfermeiras/os, psicólogas/os e assistentes sociais, e foi criado para tirar as pacientes que vão se submeter a um aborto do ambiente onde estão “mães felizes e bebês chorando” (MELO, 2015, s.p.).

Ainda segundo Melo (2015), no Hospital de Clínicas, quando a mulher está no começo da gestação, o aborto é feito no centro cirúrgico ambulatorial, e nos casos de gestação mais avançada, no centro obstétrico. Entre 2013 e 2015, esse hospital realizou uma média de cinco abortos por ano, sendo a maior parte decorrente de estupro e alguns casos de anencefalia do feto.

Os documentos exigidos para a obtenção do aborto legal variam conforme o motivo da interrupção.

Quando há risco de vida para a gestante ou no caso de anencefalia do feto são exigidos dois pareceres técnicos assinados por dois médicos diferentes que serão analisados por um juiz encarregado de autorizar ou não a realização do procedimento a qualquer momento da gestação. Em caso de estupro não é preciso autorização judicial para interromper a gestação até a 20ª semana se o peso fetal for menor do que 500 gramas. De acordo com a Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, a mulher não precisa nem apresentar boletim de ocorrência ao serviço de saúde para ter direito ao atendimento. (POUZA; PESSOA; CORTÊZ, 2014, s.p.)

Na prática, porém, o acesso ao procedimento – e mesmo à informação – não é tão simples. Ainda de acordo com a reportagem²⁷, um estudo realizado com base em dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do SUS, destacou que 67,4% das mulheres grávidas em decorrência de estupro no ano de 2011 não tiveram acesso ao serviço de aborto legal.

[...] Foram registrados no Brasil 43.869 estupros em 2011 [segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública] – e especialistas dizem que o número real de casos é bem maior, tendo em vista que raramente a vítima de violência sexual notifica a ocorrência. No mesmo ano, foram realizados 1.504 abortamentos legais no Brasil na rede pública de saúde. No ano seguinte, foram 1.625 procedimentos e, em 2013 (até novembro), 1.400. Os dados são do Ministério da Saúde e foram obtidos através de lei de acesso à informação; a transparência não é o forte em relação aos dados públicos sobre o aborto. (Ibidem)

Nos serviços ativos atualmente, Madeiro e Diniz (2016) observaram avanços na qualidade do atendimento inicial à mulher, “[...] com maior frequência de cobertura de profilaxia contra infecções sexualmente transmissíveis e anticoncepção de emergência” (Idem, p. 570), mas o cumprimento das recomendações contidas nas normas do Ministério da Saúde ainda não é comum, mesmo com a disposição dos serviços de ofertar o cuidado adequado. Em 14% desses serviços ainda é

²⁷ “Dor em dobro”. Disponível em apublica.org/2014/05/dor-em-dobro-2/, acesso em 20 abr. 2016.

solicitado às mulheres um Boletim de Ocorrência, em 8% é exigido um laudo pericial e também em 8% deles, um alvará judicial. Das 5.075 mulheres que procuraram os serviços de aborto legal até a data do estudo, somente 2.442 chegaram a realizar o procedimento. Não há informações sobre a causa dessa diferença.

2.2.2 Aborto clandestino: as clínicas e o Cytotec

Neste tópico apresentaremos os resultados das notícias obtidas através de websites por alerta do google realizado pelas seguintes palavras chaves: aborto clandestino, clinica de aborto, Cytotec e aborto. O período de recebimento do alerta foi o ano de 2015, mas outros anos entraram por julgarmos as reportagens importantes para colocar em tela que a prática do aborto clandestino é insegura e está presente em todo território nacional.

A análise das notícias e agrupamento dos dados, chegamos as seguintes categorias: estouro de clínicas, apreensão Cytotec, mortes, protestos, prisões, discussão político-jurídico e religiosa. Abaixo seguimos estas categorias para apresentá-las e para que o leitor observe as marcas no espaço da prática do aborto clandestino e sua criminalização e punição das pessoas envolvidas.

No município de Porto Alegre, foram encontrados registros do fechamento de cinco clínicas clandestinas, entre 2007 e 2016. Exploro, a seguir, esses casos.

Em 2007, a Polícia Civil “estourou” uma clínica localizada no bairro Menino Deus, conforme notícia encontrada na página virtual da corporação.

Agentes da Delegacia de Homicídios, do Departamento Estadual de Investigações Criminais, estouraram, na tarde desta terça-feira (10/07), uma clínica de aborto, localizada na rua Barão do Cerro Largo, na Capital. Foram presas três pessoas, entre elas, um médico, uma enfermeira, além de uma paciente. A polícia apreendeu no local, aparelho de sucção e instrumentos específicos para prática de abortos. Segundo o delegado Juliano Ferreira, titular da Delegacia de Homicídios, eram realizados cerca de dez a 20 procedimentos diários, a um custo de R\$ 1.500 cada. Os envolvidos serão autuados por formação de quadrilha e crimes de aborto. A pena para este tipo de crime é de um a três anos.²⁸

Esse caso foi noticiado pelo jornal Correio do Povo. Segundo a matéria, a clínica ficava em um conjunto comercial de classe média-alta, e passou a ser

²⁸ “Polícia Civil estoura clínica de aborto em Porto Alegre”: policiacivil.rs.gov.br/conteudo/2162/policia-civil-estoura--clinica-de-aborto-em-porto-alegre, acesso em: 20 abr. 2016.

investigada cerca de seis meses antes do “estouro”, em função de denúncias. A notícia traz mais detalhes sobre a ação policial:

Ao invadir o local, os policiais flagraram uma jovem de 20 anos que havia retirado, alguns minutos antes, um feto de cinco semanas. O feto estava na máquina de sucção. O responsável pela clínica, um médico de 65 anos, foi preso em flagrante, com dois funcionários e o porteiro de um prédio do mesmo bairro, que indicava clientes para o local. [...] A inspetora Alessandra Dulac e outro policial foram até a clínica simulando interesse em um aborto. A dupla chegou a combinar os detalhes do falso aborto com o responsável pela clínica, quando os demais policiais invadiram o local e anunciaram a prisão. [...] O porteiro suspeito de participar do esquema receberia R\$ 25 para indicar clientes. Na tarde de ontem, a inspetora fez o pagamento para o porteiro e foi atendida pelo médico.²⁹

Em junho de 2008, o Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul publicou em sua página na internet a notícia do “estouro” de outra clínica em Porto Alegre:

Agentes da Força-Tarefa da Promotoria Especializada Criminal estouraram uma clínica de aborto clandestina instalada na sala 91 do edifício 323 na rua Dr. Flores, no Centro da Capital. Foram detidos em flagrante o médico ginecologista Clóvis Rodrigues Madruga e suas duas funcionárias. Uma mulher de 44 anos, que estava sedada por estar no meio de um procedimento, foi levada sob custódia para o Hospital Presidente Vargas. O marido, de mesma idade, por enquanto seria ouvido na Área Judiciária da Polícia Civil como testemunha, adiantou o promotor de Justiça João Nunes Ferreira, que coordenou as investigações.³⁰

Também nesse caso, a polícia chegou ao local por meio de denúncias. As 18 linhas telefônicas da clínica foram interceptadas, revelando que os abortos custavam entre R\$ 1.000 e R\$ 2.000. A estratégia policial para confirmar que ali eram realizadas práticas ilegais de aborto foi a mesma, outra vez: dois agentes da Força-Tarefa se passaram por um casal interessado em fazer o procedimento. “Além de uma ante-sala e sala de procedimentos, a clínica tinha banheiros, cozinha, um quarto usado pelo médico e uma sala de recuperação”³¹. A Figura 4 mostra o local onde os abortos eram realizados.

²⁹ “Polícia ‘estoura’ clínica de aborto”: correiodopovo.com.br/jornal/A112/N284/html/08POLICI.htm, acesso em: 20 abr. 2016.

³⁰ “Médico preso em clínica de aborto”: mprs.mp.br/noticias/id14455.htm, acesso em: 20 abr. 2016.

³¹ Ibidem.



Figura 4: **Chão ensanguentado e policial revistando a clínica.** Fonte: <http://www.mprs.mp.br/noticias/id14455.htm>, acesso em: 20 abr. 2016.

Em 2011, a Polícia Civil do RS fechou outra clínica de aborto localizada no Centro de Porto Alegre (Figura 5), ainda mais precária do que as citadas anteriormente, onde os procedimentos eram, ao menos, realizados por uma médica ou um médico, mesmo que em más condições. Além disso, naquelas clínicas, outros procedimentos relacionados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres eram realizados em conformidade com a lei. Nesse caso, ao contrário, os abortos eram feitos em um local totalmente inapropriado: uma sala no quarto andar de um prédio na Rua Otávio Rocha, na porta da qual havia uma placa indicando que ali funcionava uma confecção³². Ali eram realizados cerca de cem abortos por mês, custando entre R\$ 1.500 e R\$ 4.000.

³² “Polícia fecha suposta clínica de aborto em Porto Alegre”: noticias.r7.com/cidades/noticias/policia-fecha-suposta-clinica-de-aborto-em-porto-alegre-20110414.html, acesso em 30 abr. 2016.

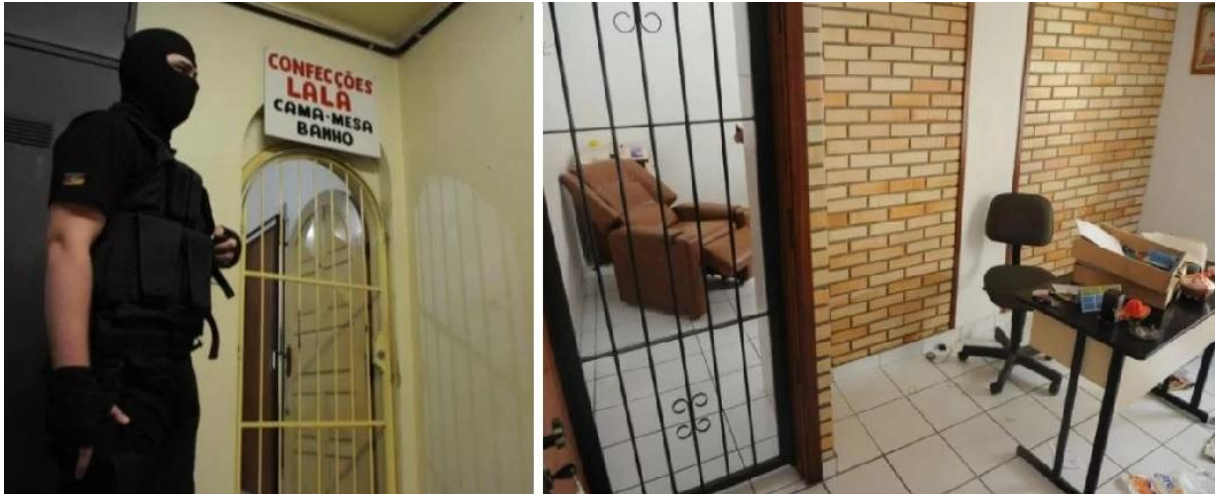


Figura 5: **Clínica clandestina no centro de POA.** Fonte: correiodopovo.com.br/Noticias/?Noticia=280380, acesso em 30 abr. 2016.

Nesse ambiente, com certeza, as mulheres eram expostas a um risco maior, especialmente em função da falta de higiene, como atestou a perícia³³. Em janeiro daquele ano, uma mulher de 25 anos deu entrada no Hospital Nossa Senhora da Graças, em Canoas, com hemorragia e fortes abdominais. Ela passou por uma curetagem, mas não aguentou e morreu.

A polícia descobriu que ela havia feito o aborto nessa suposta clínica e deu início às investigações, mas o local só foi “estourado” três meses depois. A operação policial foi detalhada pelo portal de notícias R7, do Grupo Record:

Para comprovar a denúncia, uma agente se fez passar por grávida e ingressou no estabelecimento. De acordo com o delegado, materiais relacionados a procedimentos cirúrgicos foram apreendidos. A rua chegou a ser fechada pelas viaturas, no momento da operação, que contou com 40 agentes. Oito pessoas foram detidas: uma mulher que deixava a clínica no momento da ação policial, três pessoas responsáveis pelo local, um homem que seria “olheiro” da clínica e outras três pessoas do prédio que teriam envolvimento com o negócio. Elas foram ouvidas pela polícia e liberadas, já que não houve flagrante de realização de aborto no momento da abordagem.³⁴

Em outubro de 2014, a Polícia Civil do RS deflagrou a ação “Morfeu”³⁵, com o objetivo de coibir a prática de aborto em Porto Alegre. Segundo notícia do jornal

³³ “Clínica de aborto tinha registro do nome de jovem morta há três meses”: correiodopovo.com.br/Noticias/?Noticia=280505, acesso em 30 abr. 2016.

³⁴ Ibidem.

³⁵ “Operação prende seis pessoas na capital”: policiacivil.rs.gov.br/conteudo/26813/operacao-prende-seis-pessoas-na-capital/termosbusca=aborto, acesso em 23 abr. 2016.

Zero Hora³⁶, foi com base em uma investigação da Rádio Gaúcha que a polícia encontrou outra clínica clandestina, dessa vez no bairro Floresta (Figura 6).



Figura 6: **Fachada da clínica no bairro Floresta.** Fonte: zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2014/10/policia-fecha-clinica-clandestina-de-aborto-em-porto-alegre-4631372.html#, acesso em 23 abr. 2016.

Na ocasião, seis pessoas foram detidas.

De acordo com as investigações, os suspeitos fazem parte de uma organização criminosa, formada por núcleos em Porto Alegre e São Paulo. [...] Além de encaminhar pacientes para a clínica, os suspeitos comercializam medicamentos abortivos para vários Estados do Brasil.³⁷

O último caso encontrado em Porto Alegre ocorreu em 2015. Segundo notícia veiculada pela Rádio Gaúcha³⁸, depois de dois meses de investigações, a Polícia Civil fechou uma clínica que funcionava em um prédio comercial na Avenida Independência. O médico de 72 anos, que já havia sido preso pela mesma prática em 2007, e a paciente que recém havia passado pelo procedimento, foram presos em flagrante. A Figura 7 mostra as condições do local:

³⁶ “Polícia fecha clínica clandestina de aborto em Porto Alegre”: zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2014/10/policia-fecha-clinica-clandestina-de-aborto-em-porto-alegre-4631372.html#, acesso em 23 abr. 2016.

³⁷ Ibidem.

³⁸ “Polícia Civil fecha clínica de aborto no centro de Porto Alegre”: gaucha.clicrbs.com.br/rs/noticia-aberta/policia-civil-fecha-clinica-de-aborto-no-centro-de-porto-alegre-132075.html, acesso em 23 abr. 2016.



Figura 7: **Detalhes da clínica na Av. Independência.**

Fonte: gaucha.clicrbs.com.br/rs/noticia-aberta/policia-civil-fecha-clinica-de-aborto-no-centro-de-porto-alegre-132075.html, acesso em 30 abr. 2016.

Em outras partes do país, as clínicas clandestinas também são comuns, como pode ser observado a seguir.

Seis pessoas foram presas em Curitiba, em uma operação comandada pelo Grupo de Atuação de Combate ao Crime Organizado, que descobriu a clínica localizada no centro da cidade, em setembro de 2009³⁹. Segundo a notícia do Estadão, o médico mantinha o consultório há pelo menos uma década e realizava, em média, quinze procedimentos por mês. Os valores cobrados variavam, de acordo com a idade gestacional, entre R\$ 1 mil e R\$ 5 mil. “As investigações apuraram que pessoas de diversas cidades dos estados do Paraná, Santa Catarina e São Paulo procuravam o médico para realizarem abortos”⁴⁰.

Em novembro de 2010, mais uma clínica de aborto foi “estourada”, dessa vez pela operação “Exterminador do Futuro”, deflagrada pelo Ministério Público do Estado do Ceará⁴¹. O dono da clínica, preso no local, é o médico Dionísio Broxado Lapa Filho, ex-prefeito de Maracanaú, cidade da Região Metropolitana de Fortaleza, e ex-deputado estadual. Ele mantinha a clínica clandestina no bairro de Fátima, em Fortaleza, e um hospital em Pajuçara, Maracanaú. Além dele, uma secretária, uma atendente, dois seguranças e o motorista do médico também foram presos.

³⁹ “Clínica de aborto é fechada em Curitiba e 6 são presos”: estadao.com.br/noticias/geral/clinica-de-aborto-e-fechada-em-curitiba-e-6-sao-presos,441465, acesso em 30 abr. 2016.

⁴⁰ Ibidem.

⁴¹ “Operação prende médico e fecha clínica de aborto no CE”: g1.globo.com/brasil/noticia/2010/11/operacao-prende-medico-e-fecha-clinica-de-aborto-no-ce.html, acesso em 30 abr. 2016.

Segundo a notícia do G1, “a clínica estava em péssimo estado de conservação”. Nesse caso, o local foi descoberto e denunciado por grupos contrários ao aborto.

A denúncia partiu do Movimento Pró Vida (Movida). Segundo Fernando Lobo, membro do Movida, “tem que ser cumprida a lei em relação ao aborto”. A ação foi também do Movimento Brasil Sem Aborto, que pretende continuar procurando e denunciando as clínicas clandestinas existentes em todo o Brasil.⁴²

Segundo uma notícia publicada no G1, em março de 2013, o Ministério Público de Minas Gerais deu início à “Operação Vida”, para investigar uma quadrilha que oferecia serviços de aborto pela internet⁴³. O mesmo grupo atuava ainda em Diadema/SP, onde 18 pessoas da quadrilha foram presas com a ação.

De acordo com o MP, também foi cumprido um mandado de busca e apreensão em uma casa que funcionava como clínica de aborto na Região Centro-Sul da capital mineira. Entre os detidos em BH, estão dois médicos, um fornecedor de medicamentos e três aliciadores, responsáveis por intermediar a negociação com as gestantes. Segundo o MP, um deles seria um flanelinha que trabalhava nas imediações do local que funcionava como clínica.⁴⁴

Outro exemplo mais recente, ocorrido na região Nordeste, foi o fechamento de uma clínica que funcionou numa residência por 15 anos, na cidade de São Cristóvão, Região Metropolitana de Aracaju/SE, depois de seis meses de investigações. Na ocasião, a mulher que realizava os procedimentos foi presa em flagrante.

“Ela foi detida logo após realizar um procedimento clandestino de aborto em uma cliente, que também foi autuada em flagrante, mas foi solta após pagamento de fiança”, explicou a delegada Rosana Freitas. [...] “A autora ‘herdou’ a prática criminosa da sogra que já faleceu e provocou abortos por anos sem nunca ter sido presa. Ela era conhecida na região pelas práticas ilícitas. Nos procedimentos ela afirmou que introduzia uma sonda nas gestantes através do canal vaginal e provocava a morte do feto que era expelido dias depois”, destacou Rosana. Durante depoimento a responsável pelos procedimentos confessou o crime e ainda informou que cobrava quantias entre R\$ 800 e R\$ 2.500 a serem definidas de acordo com o poder aquisitivo das gestantes.⁴⁵

⁴² Ibidem.

⁴³ “Seis são presos por envolvimento em abortos clandestinos em MG”: g1.globo.com/minas-gerais/noticia/2013/03/seis-sao-presos-por-envolvimento-em-abortos-clandestinos-em-mg.html, acesso em 23 abr. 2016.

⁴⁴ Ibidem.

⁴⁵ “Polícia fecha clínica clandestina de aborto que funcionava em residência”: g1.globo.com/se/sergipe/noticia/2015/01/policia-fecha-clinica-clandestina-de-aborto-que-funcionava-em-residencia.html, acesso em 20 abr. 2015.

Na noite de 05 de março de 2015, uma clínica clandestina foi estourada pela polícia no município de Belford Roxo, na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Na casa, os procedimentos eram realizados no chão, sem as menores condições de higiene, conforme mostra a Figura 8. Uma mulher de 25 anos, com sete filhos e que estaria se preparando para realizar o segundo aborto na clínica foi detida. Outra mulher, que atendia no local, foi presa em flagrante. Ela disse que realizava aproximadamente 15 abortos por mês e contou como aprendeu a *técnica*: “Ninguém me ensinou a fazer nada. Primeiro aprendi a fazer em mim, depois eu fazia nas meninas”⁴⁶.



Figura 8: **Tapete onde eram realizados abortos.** Fonte: Rede Record.

Em 02 de outubro do mesmo ano, outra clínica improvisada foi fechada pela polícia, em Montes Claros (MG), na “Operação Gênese”. A dona da casa, de 55 anos, suspeita de cometer 15 abortos em seis meses, foi presa pela terceira vez pelo mesmo motivo. O delegado responsável pelo caso afirmou que a mulher fazia os procedimentos com medicamento ou sonda em sua residência (Figura 9) e que o descarte dos fetos era feito pelas próprias clientes. Os procedimentos custavam entre R\$ 500 e R\$ 2 mil⁴⁷.

⁴⁶ <http://noticias.r7.com/rio-de-janeiro/mulher-e-presa-enquanto-fazia-aborto-na-baixada-fluminense-procedimentos-eram-realizados-em-tapete-06032015>

⁴⁷ Disponível em <http://g1.globo.com/mg/grande-minas/noticia/2015/10/suspeita-de-fazer-abortos-dizia-para-clientes-jogarem-fetos-no-lixo-e-esgoto.html> e <http://noticias.r7.com/minas-gerais/tecnica-de-enfermagem-suspeita-de-fazer-15-abortos-em-seis-meses-e-presa-02102015>



Figura 9: **Detalhe do muro da casa onde eram realizados os abortos.** Foto: Michelly Oda.
Fonte: G1

Estes foram exemplos de clínicas de todos os níveis localizadas pela polícia. Notícias como essas são seguidamente veiculadas pela mídia comprovando que existe um mercado ilegal de abortos no Brasil. É a esses espaços heterotópicos que, diariamente, as mulheres recorrem para interromper uma gravidez indesejada, expondo-se a todo tipo de risco.

O Cytotec também pode ser obtido facilmente no mercado ilegal, como fica evidente a partir das notícias analisadas a seguir.

Uma equipe do jornal GloboNews, investigando a venda do Cytotec no centro da cidade de São Paulo, acabou descobrindo que o grupo envolvido com o comércio ilegal do medicamento também mantinha uma clínica clandestina, em um prédio comercial, nas imediações da Praça da Sé⁴⁸. Uma mulher foi identificada e

[a] equipe da GloboNews entrou no edifício com ela. Em um quarto no quinto andar, a mulher diz que trabalha com isso há mais de duas décadas. “Eu trabalho há 23 anos com isso. Nunca ninguém morreu, não”, afirmou. Em seguida, ela explica como é feito o aborto: “Duas ‘injeção’ no ‘bumbum’, uma de cada lado, você vai colocar a medicação lá dentro. E você vai tomar mais dois comprimidos.” Ela diz que pode atender até em domicílio ou em outro local, com o auxílio de uma enfermeira: “Se você quiser nós vamos num hotel pra resolver pra você. Com a enfermeira, aí você vai pagar R\$ 6 mil”.⁴⁹

⁴⁸ “Comprimidos abortivos são vendidos ilegalment na Praça da Sé, em SP”: g1.globo.com/globo-news/noticia/2015/09/comprimidos-abortivos-sao-vendidos-ilegalmente-na-praca-da-se-em-sp.html, acesso em 30 abr. 2016.

⁴⁹ Ibidem.

Logo em seguida, a polícia entrou no local e a mulher foi presa. Ainda segundo a notícia, a clínica era precária: os abortos eram realizados com as mulheres deitadas em um suporte de madeira e os instrumentos utilizados eram rudimentares, sem qualquer condição de higiene.

No canto do quarto, uma espécie de farmácia improvisada fornecia luvas, seringas, algodão, medicamentos variados e uma cartela de Citotec, comprimido usado no aborto e que tem a venda proibida no Brasil para o público em geral, permitida apenas para o uso hospitalar. O espaço era protegido por uma porta de ferro, que reforçava a segurança.⁵⁰

No estado do Rio de Janeiro são frequentes as notícias de ações policiais interditando esses espaços. Em junho de 2013, nove mulheres foram detidas em uma clínica de aborto clandestina, localizada em Jacarepaguá, zona oeste da capital, numa ação da Polícia Civil⁵¹. As mulheres eram duas gestantes que estavam sedadas no momento do “estouro” da clínica, sendo que uma delas recém havia passado pelo aborto, três que trabalhavam no local, entre elas a própria dona da clínica e outras quatro gestantes que chegaram no momento, supostamente para realizar o procedimento, com o motorista da clínica, que também acabou detido. As grávidas pagavam entre R\$ 1.000 e R\$ 2.000 por aborto, preço que variava conforme a idade gestacional.

Dentro do imóvel, localizado na rua Acúrcio Torres, os policiais civis encontraram aparelhos utilizados para a prática do aborto e encaminharam o material apreendido à perícia.

“Encontramos muitos medicamentos, materiais para uso médico com aventais, seringas e cilindros de oxigênio, cama ginecológica, aparelhos de sucção usados para realizar o aborto”, contou Bittencourt. “Além disso, apreendemos mais de R\$ 5.000 em dinheiro das clientes”, completou. “O local não tinha aparência nenhuma de clínica. Isso causou surpresa, porque a área é bastante residencial”, comentou o delegado.⁵²

A maior ação policial já realizada contra o aborto no Brasil, chamada de “Operação Herodes”, foi iniciada em outubro de 2012 e intensificada em 2014, depois das mortes brutais de duas mulheres: Jandira Magdalena dos Santos, com

⁵⁰ Ibidem.

⁵¹ “Polícia fecha clínica de aborto no Rio; 9 mulheres são detidas”: noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/06/07/policia-fecha-clinica-de-aborto-no-rio-9-mulheres-sao-detidas.htm, acesso em 30 abr. 2016.

⁵² Ibidem.

27 anos, e Elisângela Barbosa, com 32. As duas já eram mães, e suas histórias foram exaustivamente exploradas pela mídia⁵³.

De acordo com a notícia do G1, a “Operação Herodes” contou com a participação de 70 delegados e 430 agentes da Polícia Civil, com o uso de 150 viaturas e com o apoio da Corregedoria Geral Unificada (CGU) e da Corregedoria Interna da Polícia Militar, além do Exército Brasileiro. Também foram mobilizados policiais civis de São Paulo e do Espírito Santo para cumprir os mandados de prisão e de busca e apreensão nas clínicas.

A Operação Herodes foi a maior já realizada em todo o país contra a máfia dos abortos ilegais. Foi um ano e três meses de investigações. A justiça decretou a prisão preventiva de 75 pessoas, sendo que 59 já estão presas e outras 16 continuam foragidas. Entre elas um policial civil e um policial militar.⁵⁴

Nessa ação, a polícia identificou a forma como uma quadrilha atuava na cidade do Rio de Janeiro:

Os agenciadores não falavam às clientes onde seria realizado o aborto e esses locais passaram a ser itinerantes. Ora em clínicas, ora em salas alugadas, ou até na casa dos integrantes. A recomendação sempre era de que a cliente fosse a um local público. De lá, ela seria levada para outro lugar, onde seria feito o aborto. O esquema do grupo era sempre o mesmo.⁵⁵

Ainda segundo a notícia, na ocasião do flagrante, as gestantes aguardavam pela chegada do homem que as acompanharia até onde seria feito o aborto na Praça das Nações, “um ponto bastante movimentado de Bonsucesso, no subúrbio do Rio”. Os policiais da Corregedoria seguiram os carros do grupo até o bairro do Rocha, também no subúrbio, descobrindo a localização da clínica.

Em abril de 2015, a Justiça do Rio começou as audiências de instrução e julgamento de 75 réus citados na Operação Herodes. As investigações mostraram que

[...] a organização criminoso era dividida nos núcleos dos bairros de Campo Grande, na Zona Oeste; Copacabana e Botafogo, na Zona Sul; Tijuca e Bonsucesso, na Zona Norte; e Rocha e Guadalupe, no

⁵³ “Silêncio diante do drama do aborto clandestino”: brasil.elpais.com/brasil/2014/09/28/politica/1411937015_378864.html. Acesso em 30 abr. 2016.

⁵⁴ “Novas escutas mostram como quadrilha de abortos agia no Rio”: g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2014/10/novas-escutas-mostram-como-quadrilha-de-abortos-agia-no-rio.html, acesso em 30 abr. 2016.

⁵⁵ Ibidem.

Subúrbio. Os integrantes do grupo chegavam a realizar até dez procedimentos por dia.⁵⁶

Essas notícias nos dão uma ideia de como são e de que forma funcionam as clínicas de aborto clandestino em algumas capitais e cidades médias brasileiras. Percebe-se que, muito mais grave do que as mulheres serem flagradas em uma dessas clínicas e acabarem detidas, é o risco de morte por infecção, hemorragia ou outras causas. Como já comentei, alguns poucos casos chegam a aparecer na mídia, mas uma mulher morre a cada dois dias em razão de um aborto mal feito, no Brasil.

Entretanto, essas são apenas algumas das notícias existentes sobre o combate às clínicas clandestinas, outro exemplo significativo desse tipo de operação policial são as apreensões do medicamento Cytotec. Tendo em vista o papel central deste medicamento, elenquei algumas notícias sobre o tema utilizando a mesma técnica aplicada para localizar as clínicas clandestinas na mídia.

Pensei, em um primeiro momento, que só fosse encontrar notícias de apreensão nas fronteiras do país, em camelôs ou nas próprias clínicas “estouradas”. Depois de algumas pesquisas virtuais por ações policiais de combate à droga, percebi ela é comercializada nos mais diversos locais e, para minha surpresa, acabei achando também muitos anúncios de venda do produto na internet.

Esse é um espaço (mesmo que virtual) privilegiado para o encontro de mulheres que querem abortar, mas não podem. De acordo com uma notícia divulgada na página do Ministério Público do RS⁵⁷, em 27 de março de 2006, A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) retirou do ar vinte sites diferentes que anunciavam a venda do Cytotec.

A ação de fiscalização da Anvisa, chamada de Scanner, se desenvolveu durante 72 horas, desde a última segunda-feira. Pelo que foi constatado pela equipe de fiscais da Agência, as pessoas que fazem esta comercialização ilegal do medicamento hospedam seus anúncios em sítios de relacionamentos, fóruns virtuais de discussão e páginas temáticas ou individuais (blogs). Utilizam inclusive provedores de instituições que são declaradamente contrárias à prática do aborto. [...] Lançado no Brasil em 1984 para tratamento e prevenção de úlceras gástricas e duodenais, o Cytotec tem como princípio ativo o Misoprostol, responsável pelas contrações uterinas

⁵⁶ “Começam audiências de acusação de acusados na Operação Herodes”: g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2015/04/comecam-audiencias-de-acusacao-de-acusados-na-operacao-herodes.html, acesso em 30 abr. 2016.

⁵⁷ “Ofertas de Cytotec são retiradas da internet”: mprs.mp.br/consumidor/noticias/id7018.htm, acesso em 30 abr. 2016.

experimentadas pelas usuárias. Por causa desse efeito, o remédio tornou-se o mais popular dos recursos abortivos a tal ponto que, em 1998, o Ministério da Saúde, por meio de portaria, restringiu a venda do produto apenas para hospitais credenciados.⁵⁸

Muitos outros casos, ainda mais recentes, de operações policiais que revelaram esquemas e locais de venda do Cytotec foram encontrados. Em março de 2012, por exemplo, a Polícia Federal deflagrou a operação “Pró-Vita”, de combate à comercialização de medicamentos ilegais de aborto no Mato Grosso⁵⁹. Segundo a notícia,

[a] investigação revelou a existência de uma rede criminosa, dividida em duas ramificações que interagiam nas práticas dos crimes. A primeira, voltada para a importação e distribuição de medicamentos de origem estrangeira sem o necessário registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA para farmacêuticos e médicos da região. Os remédios são de circulação proibida no país e utilizados como abortivos [...]. A segunda ramificação é composta por médicos e pessoas associadas, acusados de realizarem procedimentos abortivos mediante recebimento de vantagens financeiras.⁶⁰

No ano de 2013, a polícia apreendeu comprimidos de Cytotec em Santa Maria/RS, que eram vendidos em duas bancas de um centro comercial. De acordo com a notícia do G1, nessa operação, chamada “Farmácia Ilegal”, uma mulher e um homem foram presos em flagrante, por crime contra a saúde pública. Os medicamentos não tinham registro no órgão de vigilância sanitária e o crime foi caracterizado como hediondo⁶¹. No mesmo ano, o portal R7 publicou uma notícia com título sugestivo: “Território livre para aborto: remédios proibidos são vendidos a R\$ 100 na internet”. Segundo esse site, “a reportagem do R7 conversou com setes destes vendedores, que garantem a entrega do produto em envelopes discretos pelo correio. Somente um aceitou realizar a venda via motoboy”⁶².

Em 2014, os comprimidos foram novamente encontrados à venda, dessa vez em Santa Cruz do Sul/RS. De acordo com a notícia, divulgada na página virtual da Polícia Civil do estado, com a operação “Direito à Vida”, desencadeada pela

⁵⁸ Ibidem.

⁵⁹ “Operação Pró Vita da PF no combate à prática de abortos em série”: pf.gov.br/agencia/noticias/2012/marco/operacao-pro-vita-da-pf-combate-comercializacao-ilegal-de-remedios, acesso em 30 abr. 2016.

⁶⁰ Ibidem.

⁶¹ “Polícia apreende comprimidos ilegais em Santa Maria”: g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2013/07/policia-apreende-comprimidos-ilegais-em-santa-maria.html, acesso em 30 abr. 2016.

⁶² “Território livre para aborto: remédios proibidos são vendidos a R\$ 100 na internet”: noticias.r7.com/minas-gerais/noticias/territorio-livre-para-aborto-remedios-proibidos-sao-vendidos-a-r-100-na-internet-20130407.html, acesso em 30 abr. 2016.

Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, foram apreendidos diversos medicamentos de uso controlado ou proibido, entre eles o Cytotec, em uma residência do bairro Senai. “Conforme as investigações realizadas, no local da apreensão, eram comercializados medicamentos para a prática de aborto e, inclusive, em situações esporádicas a própria realização de manobras abortivas”⁶³.

Na cidade de São Paulo, o Cytotec pode ser comprado na Praça da Sé – ou pelo menos podia, até essa prática ser flagrada por uma equipe de jornalismo da GloboNews, em setembro de 2015⁶⁴. Segundo a matéria, o local é um dos mais movimentados da capital paulista. Antes de descobrir a clínica clandestina que funcionava nos arredores, citada anteriormente, a equipe falou com os vendedores do medicamento, que faziam parte do grupo. De acordo com a Polícia Civil, a droga comercializada teria vindo da Itália, “portanto, o controle é mais difícil ainda, haja vista essa conexão internacional do tráfico abortivo”⁶⁵.

O Cytotec também pode ser encontrado em locais bem mais afastados dos grandes centros urbanos no Brasil. Segundo notícia publicada em fevereiro de 2015, a polícia encontrou, depois de um mês de investigações, uma quadrilha que vendia o medicamento em Parauapebas, município localizado no sudoeste do Pará⁶⁶. O esquema funcionava da seguinte maneira:

Um dos integrantes da quadrilha era funcionário de uma farmácia e conseguia os medicamentos. Ele contava com o apoio de uma dona de casa que ensinava as mulheres como tomar os remédios para provocar o aborto. Toda a negociação era feita com o dono de uma banca de ervas que funcionava no centro de Parauapebas. A entrega dos produtos era feita com o auxílio de um motoboy.⁶⁷

Como mencionei anteriormente, essas reportagens tornam visível o combate ostensivo ao aborto clandestino pelo Estado Nacional. Não foi minha intenção explorar exaustivamente as fontes disponíveis. O material selecionado nesse segmento foi utilizado para expor como a política restritiva ao aborto no Brasil reforça uma série de práticas clandestinas e alimenta todo um mercado ilegal. A

⁶³ “Apreendidos medicamentos de uso controlado ou proibido em Santa Cruz do Sul”: <http://www.policiacivil.rs.gov.br/conteudo/26602/apreendidos-medicamentos-de-uso-controlado-ou-proibido-em-santa-cruz-do-sul>, acesso em 30 abr. 2016.

⁶⁴ “Comprimidos abortivos são vendidos ilegalmente na Praça da Sé, em SP”: g1.globo.com/globo-news/noticia/2015/09/comprimidos-abortivos-sao-vendidos-ilegalmente-na-praca-da-se-em-sp.html, acesso em 30 abr. 2016.

⁶⁵ Ibidem.

⁶⁶ Presa quadrilha que vendia remédio para aborto em Parauapebas, PA”: g1.globo.com/pa/para/noticia/2015/02/presa-quadrilha-que-vendia-remedio-para-aborto-em-parauapebas-pa.html, acesso em 30 abr. 2016.

⁶⁷ Ibidem.

criminalização do aborto evidencia as desigualdades sociais às quais estão sujeitas as mulheres brasileiras. Além da possibilidade de serem criminalizadas, mulheres que recorrem ao mercado clandestino podem acabar passando por procedimentos inseguros e potencialmente letais. Essas questões se articulam diretamente com o tema da luta das mulheres pelo direito ao aborto, que será abordado na próxima seção do trabalho.

2.3 Mulheres e território corporal: movimentos feministas por direitos sexuais e (não) reprodutivos

“Mulher, desperta. O sino da razão se faz ouvir em todo o Universo. Reconhece teus direitos.”
Olympe de Gouges (1791)

Historicamente, as mulheres têm se organizado para lutar contra todos os tipos de injustiças de gênero. Foi a partir da década de 1960, durante a chamada Segunda Onda do feminismo, que as questões do direito ao corpo e do livre exercício da sexualidade feminina ganharam destaque.

Na luta pela discriminação do aborto, as mulheres têm utilizado diversas estratégias. Uma delas é declarar abertamente suas próprias experiências. Na França do século passado, centenas de mulheres de diferentes idades e profissões assinaram uma carta (*“Le manifeste des 343 salopes”*, ou *“O manifesto das 343 vagabundas”*, em tradução livre) na qual afirmavam ter feito um aborto ilegal. O texto era parte da campanha pela legalização do aborto na França e apareceu na edição nº 334 do *Nouvel Observateur*, de 05 de abril de 1971. Entre as famosas, além de Simone de Beauvoir, uma das redatoras da carta, estavam personalidades como a atriz Catherine Deneuve. A lista de assinaturas era, segundo elas, um “primeiro ato de revolta” contra a proibição do aborto naquele país. Abaixo, um trecho do manifesto:

Um milhão de mulheres abortam a cada ano na França. Elas fazem isso em condições perigosas, por causa da clandestinidade a que estão condenadas, sendo que essa operação, quando realizada sob supervisão médica, é simples. Há um silêncio sobre esses milhões de mulheres. Eu declaro ser uma delas. Declaro ter feito um aborto. Assim como nós exigimos livre acesso a contraceptivos, exigimos o

aborto livre⁶⁸. (LE MANIFESTE DES 343 SALOPES, 1971, s.p., tradução nossa)

Esse manifesto contribuiu para o processo de descriminalização do aborto na França, ocorrido em 1975⁶⁹.

Para Philippi (2010),

[o] marco mais importante da luta das mulheres, todavia, é a Conferência do Cairo, em 1994, ou Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – CIPD, que defendeu a erradicação da miséria e das desigualdades sociais, raciais e de gênero. Grande parte da conferência foi ocupada na busca de um consenso sobre os conceitos de direitos reprodutivos e direitos sexuais. (Idem, p. 126)

Atualmente, no contexto da globalização, os movimentos feministas que lutam pela autonomia sexual e reprodutiva das mulheres têm se articulado em redes internacionais, ampliando a escala de suas ações. Um caso emblemático de organização feminista que ultrapassa fronteiras na luta pelo direito ao aborto seguro é o grupo holandês *Women on Waves*, que utiliza um barco para ajudar mulheres a fazerem abortos seguros em países onde o procedimento é ilegal. Estando afastado de águas territoriais, o barco fica sob a legislação holandesa e, por isso, suas ações são realizadas dentro da lei.

Essa é uma organização não-governamental, sem fins lucrativos, inspirada nas táticas do *Greenpeace*⁷⁰. Preocupada com os direitos humanos das mulheres, “a sua missão é prevenir gravidezes indesejadas e abortos inseguros pelo mundo inteiro” (WOMEN, 2015, s.p.). De acordo com o site da organização, pela lei holandesa de aborto, esse procedimento só é legal quando realizado em clínicas que tenham registro do Ministério da Saúde do país. O grupo, portanto, entrou com um pedido de licença para o funcionamento da sua clínica móvel em 2001, mas só a obteve em 2008. Desde então, a organização liderada pela médica Rebecca Gomperts tem permissão para realizar abortos até o primeiro trimestre de gestação. E como não há necessidade de uma sala de operação para a ingestão de

⁶⁸ “Un million de femmes se font avorter chaque année en France. Elles le font dans des conditions dangereuses, en raison de la clandestinité à laquelle elles sont condamnées, alors que cette opération, pratiquée sous contrôle médical, est des plus simples. On fait silence sur ces millions de femmes. Je déclare que je suis l’une d’elles. Je déclare avoir avorté. De même que nous réclamons le libre accès aux moyens anticonceptionnels, nous réclamons l’avortement libre”. (LE MANIFESTE DES 343 SALOPES, 1971)

⁶⁹ “17 de janeiro: 40 anos de aborto legal na França”. www.cartacapital.com.br/sociedade/17-de-janeiro-40-anos-de-aborto-legal-na-franca-5605.html, acesso em 10 abr. 2016.

⁷⁰ ONG ambientalista internacional.

comprimidos, o grupo tem realizado campanhas a bordo de um barco (Figura 10), em diversos países onde o aborto é ilegal.

O barco – heterotopia por excelência, para Foucault (2013) – permite que as mulheres “saltem escalas” (SMITH, 2000) na sua luta pela autonomia de seus territórios corporais, resistindo às normas estabelecidas.



Figura 10: **Barco da ONG *Women on Waves***. Fonte: <https://www.womenonwaves.org/pt/page/3718/abortion-ship-in-smir-harbor-photo-by-dirk-jan-visser>

Como a aplicabilidade da legislação penal de cada país se estende apenas às águas territoriais, fora do raio de 12 milhas (cerca de duas horas de navegação), é a lei holandesa que se aplica a bordo do barco, o que significa que todas as atividades ali realizadas são legais. O grupo usa ainda de outros meios para ajudar as mulheres que precisam de um aborto seguro, onde o procedimento é ilegal: com um drone, o *Women on Waves* tem enviado a elas medicamentos pelo ar. Esse é um claro exemplo de como as mulheres resistem e subvertem normas estabelecidas, na luta pelo direito ao aborto e, em última instância, pela autonomia de seus territórios corporais.

A organização também oferece treinamento a voluntárias que desejem iniciar um serviço telefônico (chamado de *hotline*) em seus países, para dar informações

sobre como o Misoprostol (Cytotec) deve ser utilizado para que o aborto seja seguro. Essas informações são baseadas em recomendações da Organização Mundial da Saúde e seguem acordos de direitos humanos. Na América do Sul, o serviço telefônico já existe na Argentina, no Chile, no Equador, no Peru, no Uruguai e na Venezuela. Além disso, o grupo envia medicamentos abortivos para as mulheres pelo correio, mas avisa que, no Brasil,

[...] as chances de não chegarem ao seu destino são de 30%, porque os pacotes têm sido confiscados pelo governo. Algumas mulheres foram chamadas a prestar declarações na polícia, algumas foram processadas nos termos da lei, mas venceram o processo. (WOMEN, 2015, s.p.)

Outro espaço de atuação do grupo é a internet, onde mantém um serviço de informações e auxílio a mulheres que vivem onde o aborto é ilegal. A página virtual do *Women on Web*⁷¹ reúne milhares de depoimentos de mulheres que já fizeram ou precisam fazer um aborto, constituindo uma rede de ajuda mútua, assim como um espaço de resistência. O site oferece conteúdo em várias línguas e recebe depoimentos de todas as partes do mundo. Mais de 800 mulheres do Brasil já narraram suas histórias no site⁷².

Outro site que tem o mesmo propósito é o do grupo *Women Help Women*⁷³.

Mais um exemplo de como a internet tem sido importante nas lutas feministas pela direito ao corpo ou, mais especificamente, pelo direito ao aborto legal seguro, foi a campanha lançada no *Twitter* em 2015, por Amelia Bonow e Lindy West, que iniciou como um desafio na internet, o *#ShoutYourAbortion*⁷⁴. A proposta tinha como objetivo encorajar as mulheres que mantiveram seus abortos em segredo a falar sobre essa experiência – num esforço para reenquadrar o debate público sobre o assunto. Amelia postou no seu Facebook, em 25 de setembro daquele ano, que havia realizado um aborto numa clínica de planejamento familiar em Seattle, em 2014. Segundo ela, o nome da campanha (Grite seu aborto, em tradução livre) tem um significado importante: “Um grito não é uma celebração ou um juízo de valor; ele é o oposto de um sussurro, do silêncio”. Segundo uma reportagem do *NY Times*, em menos de duas semanas, Amelia passou a receber mensagens ameaçadoras pela internet, vindas de pessoas furiosas com a campanha. A história “viralizou” e teve

⁷¹ www.womenonweb.org/pt/

⁷² Informação obtida em 15 de agosto de 2016.

⁷³ <https://womenhelp.org/pt/>

⁷⁴ http://www.nytimes.com/2015/10/02/us/hashtag-campaign-twitter-abortion.html?_r=0 acesso em 26 de jan. 2016.

mais de 150 mil comentários no *Twitter*. Isso mostra que, mesmo quatro décadas depois da Suprema Corte dos EUA ter declarado o aborto legal no país, essa questão ainda é bastante polêmica, mexendo com as emoções das pessoas.

Isso reforça a teoria de Lori Brown (2013) sobre aborto e espaços contestados. A legalidade da prática não significa que ela seja socialmente aceita e, nem definitivamente garantida.

Ainda outra organização feminista internacional que luta pelo direito ao aborto seguro é a *Catholics For Choice*⁷⁵ que, no Brasil, é conhecida como Católicas Pelo Direito de Decidir. Esses grupos trabalham individualmente no nível nacional e coletivamente na arena internacional para promover ensinamentos católicos que defendam a agência moral das mulheres, e que promovam sua saúde. Através de pesquisas, análises e publicações, essa organização contribui para reforçar valores democráticos e pluralismo, contra a crescente tendência global para o fundamentalismo.

A Marcha Mundial das Mulheres⁷⁶ também é uma organização feminista internacional que luta pela descriminalização do aborto. O grupo esteve envolvido na recente legalização da prática em Moçambique⁷⁷.

Na América Latina podemos observar outros movimentos organizados e atuantes nestes países, conforme:

É possível dizer que a luta pelo direito ao aborto seguro e sem riscos – que concerne à questão de fundo de sua despenalização – tem sido, nos últimos anos, uma das bandeiras do feminismo latino-americano, exemplificando bem um dos aspectos legítimos da luta pelos direitos reprodutivos neste continente. (SCAVONE, 2004, p. 64)

Segundo Brown (2008), a expressão “direitos reprodutivos” sofreu diversas críticas desde que foi incorporada às reivindicações das mulheres. As críticas partiram de setores do próprio movimento feminista, que denunciavam tanto o caráter silenciador das sexualidades não heterossexuais, quanto a clara referência à reprodução, desconsiderando a possibilidade de não reprodução. A autora sugere, portanto, o termo “direitos (não) reprodutivos”, mais adequada para evidenciar

⁷⁵ <http://www.catholicsforchoice.org>

⁷⁶ <http://www.marchamundialdasmulheres.org.br/>

⁷⁷ “Moçambique: novo Código Penal legaliza o aborto”:

revistaforum.com.br/blog/2014/12/mocambique-novo-codigo-penal-legaliza-o-aborto/. Acesso em: 25 mar. 2015.

aspectos diretamente relacionados com as dimensões da anticoncepção e do aborto.

O *Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro* (CLACAI) é uma articulação composta por ativistas, pesquisadoras(es) e profissionais da saúde que buscam contribuir para a diminuição do aborto inseguro nos países da América Latina e do Caribe. O CLACAI atua promovendo o acesso à informação e a tecnologias modernas e seguras para a interrupção voluntária da gravidez, no âmbito do pleno respeito aos direitos sexuais e (não) reprodutivos, a partir de uma perspectiva de gênero e equidade. Essa proposta surgiu em outubro de 2004, durante a Conferência do Consórcio Internacional do Aborto com Medicamentos (ICMA), em Joanesburgo, África do Sul, entre um grupo de participantes latino-americanos. O primeiro Comitê Coordenador do CLACAI foi nomeado em 2005, durante a “2ª Reunião de Investigação sobre Gravidez Indesejada e Aborto Inseguro”, organizada pelo *Population Council*⁷⁸, na Cidade do México. Já a primeira reunião geral do CLACAI ocorreu em Lima, Peru, em maio de 2006, reunindo 46 representantes de 13 países. Um dos objetivos do grupo é gerar espaços de intercâmbio para contribuir no fortalecimento de ações nas escalas nacionais e regionais para promoção, defesa, informação, pesquisa e desenvolvimento de serviços de atenção integral ao aborto, permitindo o acesso das mulheres a tecnologias eficazes e seguras.

O CLACAI também tem como eixo central o fortalecimento de ações orientadas à diminuição do aborto inseguro nas agendas das políticas de saúde pública, promovendo a introdução e a ampla distribuição de tecnologias apropriadas para garantir a segurança do procedimento, assim como o pleno exercício dos direitos sexuais e (não) reprodutivos das populações. O CLACAI promove e organiza eventos, como conferências e seminários sobre o tema, além de elaborar materiais informativos gratuitos disponibilizados *online* e divulgar artigos e notícias na sua página na internet (CLACAI, 2016).

Atualmente, o CLACAI é integrado por diversas instituições e indivíduos que ultrapassam as fronteiras da América Latina e do Caribe: Argentina, Brasil, Bolívia,

⁷⁸ O *Population Council* é uma organização baseada em Nova Iorque, com uma rede global de escritórios na África, Ásia, América Latina e Oriente Médio, e que atua em mais de 50 países com programas em saúde e desenvolvimento, planejamento familiar, suporte a pessoas infectadas com HIV, “*and we empower girls to protect themselves and have a say in their own lives*” (POPULATION, 2014).

Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Equador, Espanha, Estados Unidos, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua, México, Paraguai, Peru, Porto Rico, Uruguai e Venezuela fazem parte desta rede. A Secretaria Executiva do CLACAI está localizada na sede da PROMSEX (uma organização não-governamental feminista também voltada à promoção dos direitos sexuais e (não) reprodutivos), na cidade de Lima, Peru (CLACAI, 2016).

Participam do CLACAI as seguintes instituições brasileiras: o ANIS – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, a CCR – Comissão de Cidadania e Reprodução, o Grupo Curumim, a FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, a FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, a Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, e o Centro de Referência da Saúde da Mulher do Hospital Pérola Byington, de São Paulo (CLACAI, 2016).

O dia 28 de setembro tem sido marcado por manifestações pela descriminalização do aborto, em nome da segurança das mulheres e do seu direito de decidir, que ocorrem desde 1990 em diversas cidades do mundo. A ideia de ter uma data fixa de luta e mobilização pelo acesso ao aborto legal e seguro surgiu entre grupos de mulheres latino-americanas e caribenhas. O dia 28 de setembro foi escolhido em referência à “Lei do Ventre Livre” no Brasil. Assinada pela Princesa Isabel e promulgada no dia 28 de setembro de 1871, essa lei tornava livres todos os filhos de mulheres escravas nascidos a partir daquela data. No entanto, “[...] a lei representou, na prática, um passo tímido na direção do fim da escravatura”⁷⁹.

A campanha surgiu durante o V Encontro Feminista Latino-Americano e do Caribe, realizado em 1990, na Argentina, e no qual participaram mulheres procedentes da Bolívia, do Brasil, Colômbia, Chile, El Salvador, Guatemala, México, Nicarágua, Paraguai e Peru. Atualmente, essa campanha é composta por mulheres de 21 países, organizados em sete Redes Regionais, que realizam diversas ações de sensibilização e educação sobre o aborto. A data, também conhecida como “*International Day of Action for the Decriminalisation of Abortion*” e “*Global Day of Action for Safe and Legal Abortion*”, é atualmente reconhecida pelos países membros das Nações Unidas como “*International Safe Abortion Day*”. A Figura 11 é um cartaz de divulgação da campanha.

⁷⁹ <http://www.direitoshumanos.usp.br/dh/index.php/Documentos-Hist%C3%B3ricos-Brasileiros/lei-do-ventre-livre.html>



Figura 11: Cartaz de divulgação do dia de luta pelo direito ao aborto. Fonte: <http://www.mujiresenred.net>.

Na América Latina, a descriminalização do aborto em muitos países esbarra no conservadorismo religioso, a principal força que mobiliza novas formas organizativas na sociedade civil contrárias ao aborto, além de exercer poder de fato sobre muitos Estados, bloqueando o avanço do debate em torno dos direitos sexuais e (não) reprodutivos das mulheres, como afirmam Brown (2008) e Ruibal (2014).

Assim, “[...] a principal oposição ao avanço dos direitos reprodutivos, e do direito ao aborto em particular, na América Latina se encontra na mobilização de fundamentalismos religiosos, ou do chamado ativismo conservador” (RUIBAL, 2014, p. 111)

Dada a histórica influência da Igreja Católica, assim como a mais recente das igrejas evangélicas, nos sistemas políticos latino-americanos, na maioria dos casos, a mobilização conservadora tem logrado que seus reclamos nessa área em particular se traduzam em leis e políticas públicas. Como consequência, na América Latina podem se encontrar marcos regulatórios do aborto que estão entre os mais restritivos do mundo. (RUIBAL, 2014, p. 112)

Gonzaga e Aras (2015) também concordam nesse ponto:

O que se confere no campo de atuação política sobre essa temática é a predominância de grupos religiosos, entre os quais igrejas

neopentecostais têm apresentado grande ascensão, na luta pela manutenção de criminalização da prática e revogação dos permissivos legais e dos direitos já garantidos [...] (Ibid., p. 26)

As autoras prosseguem:

Contraopondo essa tendência conservadora constatou-se a presença atuante dos movimentos feministas e os movimentos de mulheres latino-americanas que estão mobilizadas e adotando novas estratégias de articulação, como as redes sociais e os abaixo-assinados online. A organização desses grupos consiste na maior força de resistência, inclusive na conquista de novos aliados para essa pauta, às investidas fundamentalistas tanto na representação política quanto nos discursos religiosos, compondo um cenário de constante embate e enfrentamento. (GONZAGA; ARAS, 2015, p. 26)

Nesse sentido, “[...] uma das particularidades da luta feminista pela legalização do aborto na América Latina é a ênfase posta na necessidade de secularização do Estado e das políticas públicas” (RUIBAL, 2014, p. 112).

É possível perceber, no trecho destacado a seguir, que a luta feminista pelo direito ao aborto envolve múltiplas escalas territoriais:

Inicialmente, as organizações feministas apelaram a organismos regionais e internacionais de direitos humanos, e denunciaram os Estados nacionais por seu descumprimento da norma vigente sobre aborto legal e pela falta de atenção às mulheres nesses casos. (RUIBAL, 2014, p. 124)

Ainda segundo essa autora:

De fato, é possível afirmar que, apesar da presença de uma coalizão conservadora transnacional, formada para deter demandas de igualdade de gênero [...], atualmente a oportunidade legal internacional é favorável ao avanço dos direitos reprodutivos das mulheres, incluído o acesso ao aborto legal. (Ibidem)

Ruibal (2014) também aponta que um desafio estratégico para as organizações feministas latino-americanas estabelecer alianças setoriais favoráveis aos direitos (não) reprodutivos das mulheres.

Além das estratégias jurídico-políticas, a arte, e principalmente a arte levada às ruas, também tem sido usada como instrumento na luta feminista pelo direito ao corpo. Um exemplo disso é o coletivo *Mujeres Creando* de ativistas urbanas, feministas e anarquistas (constituído por prostitutas, poetisas, jornalistas, vendedoras de mercado, empregadas domésticas, artistas, costureiras, professoras, etc.), que tem base nas cidades de La Paz e Santa Cruz de la Sierra, na Bolívia. O grupo foi fundado em 1992 como um movimento autônomo de luta contra o sexismo e o patriarcado institucionalizados, tanto na Bolívia quanto no resto do mundo. Com

esse objetivo, as integrantes “[...] atuam como guerrilheiras, abrindo espaços de visibilidade e descobrindo outros com seus próprios corpos; na rua, nos meios de comunicação e nos espaços da arte contemporânea internacional” (BIENAL, 2016, s.p.).

Há mais de 20 anos, o coletivo tem utilizado as ruas como um dos principais espaços de manifestação e criatividade, em prol dos direitos humanos das mulheres, e contra todas as formas de violência de gênero. O *Mujeres Creando* é pró-escolha no que diz respeito ao aborto, sob a filosofia libertária da soberania sobre o próprio corpo. Atualmente, o grupo tem duas casas, chamadas *La Virgen de los Deseos*, em La Paz, e *Los Deseos de la Virgen*, em Santa Cruz, nas quais são desenvolvidas atividades políticas e culturais. Desde 2007, o *Mujeres Creando* também opera a *Radio Deseo*, um canal de informação e disseminação das suas propostas (MUJERES, 2016, s.p.).

Esse grupo fez, recentemente, uma intervenção no Brasil. Durante a 31ª Bienal de São Paulo, em setembro de 2014, o coletivo realizou uma passeata-performance pública e participativa, intitulada “Espaço para Abortar”. O título do evento de 2014 foi “Como (...) coisas que não existem”, sendo “[...] uma invocação poética do potencial da arte e de sua capacidade de agir e intervir em locais e comunidades onde ela se manifesta” (BIENAL, 2016, s.p.). O projeto do *Mujeres Creando* esteve entre aqueles que se destinaram a “falar” sobre coisas que não existem, como é o caso de espaços para abortar. Dessa forma, o grupo teve como objetivo promover um ambiente de discussão e diálogo, contrário à ditadura do patriarcado e à colonização do corpo da mulher – fatores que impedem ou dificultam o acesso ao aborto, entre outras questões –, com a presença de um enorme “útero” ambulante (Figura 12).



Figura 12: **Mujeres Creando na 31ª Bienal de São Paulo.** Fonte: <http://www.31bienal.org.br/pt/post/1579>.

Segundo informações disponíveis na página do evento na internet, ao longo da exposição,

[...] são incluídos no projeto materiais e vozes do contexto local, a fim de identificar e mobilizar um “útero” coletivo como espaço de enunciação que incube todas e todos. Um útero coletivo em São Paulo é brasileiro, boliviano, português, italiano, japonês, tem várias cores e vínculos culturais heterogêneos, tem um passado colonial e integra fluxos de migração globais em uma realidade industrial, contra o pano de fundo de um dos maiores centros financeiros do mundo contemporâneo. (BIENAL, 2016, s.p.)

Entendo a participação do *Mujeres Creando* na Bienal de São Paulo como uma microterritorialização efêmera, mas extremamente impactante. Ao caminhar pelas ruas e parar em frente a uma igreja com o “útero” gigante (Figura 13), o grupo passou uma mensagem bastante clara: “Nem boca fechada, nem útero aberto!”. Falar sobre aborto é fundamental para que se acabe com o tabu e para que se avance no que diz respeito à segurança física e emocional da mulher que interrompe a gravidez.



Figura 13: "**Nem boca fechada, nem útero aberto**". Fonte: <http://www.31bienal.org.br/pt/post/1579>.

Pimentel e Varela (2012, s.p.) afirmam que, no Brasil, “é no contexto do movimento feminista organizado da década de 1970 que se coloca com intensidade a luta para reformar o Código Penal em relação ao aborto”. É também nesse período que surge um movimento de mulheres cristãs que defendem o direito ao aborto. Além disso,

[...] no mundo sindical, a Comissão de Mulheres da Central Única dos Trabalhadores propõe incorporar na sua agenda a luta pela legalização do aborto, posicionamento que reverbera para outras

centrais sindicais. Outros parceiros também se aproximam, como partidos políticos e associações profissionais, a exemplo da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). (Ibidem)

Philippi (2010) afirma que, nas décadas de 1920 e 1930, a saúde da mulher no Brasil restringia-se à gravidez e ao parto. Com a criação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PSMI), em 1975, “é estabelecida a ‘arte obstétrica’, demonstrando a perda de controle deste conhecimento pelas mulheres e a sua incorporação à prática médica” (Idem, p. 125).

De acordo com Scavone (2004), o direito ao aborto seguro integrava a pauta das lutas feministas, primeiramente, com o objetivo de garantir a saúde reprodutiva das mulheres, no contexto mais amplo da luta por igualdade entre os sexos. Atualmente, o conceito de saúde reprodutiva é relacionado à noção mais recente de direitos reprodutivos e sexuais.

Em síntese, a origem do conceito de saúde reprodutiva está ligada à luta pela autonomia reprodutiva das mulheres que era então considerada condição *sine qua non* para a igualdade entre os sexos e, talvez, por isso, este conceito até hoje esteja frequentemente atrelado à noção de direitos reprodutivos. Assim, esta autonomia implicava a luta pela apropriação do próprio corpo, a crítica a sua medicalização e, por fim, a luta pelos direitos reprodutivos básicos, expressos no princípio da livre escolha da maternidade, ou seja, contracepção e aborto livres e gratuitos. (Idem, p. 49)

Segundo Rocha (2006), a redemocratização do Brasil, em meados da década de 1980, foi fundamental para aumentar a visibilidade da questão do aborto, “[...] criando condições para ampliação do debate e elaboração de novas normas e políticas públicas, bem como novas decisões no âmbito do Judiciário” (p. 369). Ainda segundo a autora, naquele período houve um fortalecimento da sociedade civil e da atuação do movimento feminista, que passou a se mobilizar por direitos e cidadania.

Na fase de 1985 a 1989, iniciou-se uma transformação nas características do Estado brasileiro e intensificou-se a atuação da sociedade civil. Em relação aos direitos das mulheres, estes entraram na agenda política dos poderes Executivo e Legislativo e novos direitos foram assegurados na Constituição de 1988. Nesse contexto, o debate sobre aborto começou a assumir uma nova dimensão e, inclusive, a refletir enfrentamentos mais acentuados entre as feministas e as entidades religiosas, sobretudo a hierarquia da Igreja Católica. (ROCHA, 2006, p. 371)

Para a autora, a abertura democrática promoveu algumas significativas a refletir enfrentamentos mais acentuados entre as mudanças com relação aos direitos

das mulheres e também à questão do aborto, na medida em que se intensificaram os debates acerca do tema. Rocha atribui essas mudanças também à “[...] participação do Brasil na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, e na Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995” (2006, p. 372).

Entretanto, para Scavone (2004), o conceito de saúde reprodutiva passou a ser utilizado por organismos políticos governamentais no final da década de 1980 quando, por exemplo, o Banco Mundial publicou o Relatório sobre a Saúde Reprodutiva da Mulher no Brasil. Esse conceito ganhou força entre os organismos internacionais, especialmente a OMS, após a Conferência do Cairo, em 1994. A autora destaca que “[...] o conceito de saúde reprodutiva pós-Cairo buscou contemplar e, em certa medida, normatizar a saúde reprodutiva das mulheres dos países do sul e das mulheres pobres do planeta” (Idem, p. 52).

Nessa época, com a ampliação da participação de atores políticos e sociais em busca de mudanças liberalizantes na legislação, a reação contrária também foi intensificada, no sentido de conservação ou mesmo de retrocesso em relação à lei, “[...] quase sempre fundamentada em valores de natureza religiosa” (ROCHA, 2006, p. 373). Dessa forma, a autora conclui que

[...] de fato, com a redemocratização do país, houve mudanças a respeito da questão do aborto, mas mudanças, sobretudo, na visibilidade do tema, na participação de atores políticos e sociais e na ampliação do debate. Não houve modificações significativas na legislação, no entanto conseguiu-se estabelecer normas técnicas e criar serviços que procuram garantir o acesso ao aborto previsto em lei e o atendimento das mulheres em situação de abortamento, no âmbito do Poder Executivo. A tensão no Parlamento entre tendências opostas tem, praticamente, paralisado decisões que envolvam mudanças legais: não se avança na legislação, mas também não se retrocede. (Idem, pp. 373-374)

De 2006 à atualidade, como já foi apresentado, a lei brasileira mudou, avançando lentamente no que diz respeito aos direitos sexuais das mulheres. Naquele ano, o aborto passou a ser permitido em casos de anencefalia. Entretanto, os abortos legais no Brasil acontecem, na imensa maioria das vezes, em decorrência de violência sexual.

O direito ao aborto como um fundamento de justiça social pode ser sustentado em quatro princípios éticos:

Tratar do direito ao aborto hoje significa ter como referência a justiça social e considerar os direitos de quem aborta e de quem exerce

essa intervenção – mulheres e profissionais de saúde, a partir de quatro princípios éticos: o princípio da integridade corporal, que é o direito à segurança e o controle do próprio corpo, como um dos aspectos do conceito de liberdade reprodutiva e sexual; o princípio de igualdade, que inclui a igualdade de direitos entre mulheres e homens e entre todas as mulheres; o princípio da individualidade, que diz respeito à capacidade moral e legal das pessoas, implicando no direito à autodeterminação, o respeito à autonomia na tomada de decisões sexuais e reprodutivas e o princípio da diversidade, que se refere ao respeito pelas diferenças entre as mulheres. (PIMENTEL; VARELLA, 2012, s.p.)

Essas autoras concluem que, atualmente, “falar do direito ao aborto implica resgatar a radicalidade do feminismo trinta anos depois” (Ibidem). O aborto clandestino é, para elas, a maior expressão da opressão sofrida pelas mulheres brasileiras.

No Brasil, uma das principais organizações de luta pela descriminalização do aborto é a Frente Nacional Contra a Criminalização de Mulheres e pela Legalização do Aborto (FNLA). A seguir, transcrevo um trecho do manifesto lançado pelo grupo:

Nenhuma mulher deve ser impedida de ser mãe. E nenhuma mulher pode ser obrigada a ser mãe. Por uma política que reconheça a autonomia das mulheres e suas decisões sobre seu corpo e sexualidade. Pela defesa da democracia e do princípio constitucional do Estado laico, que deve atender a todas e todos, sem se pautar por influências religiosas e com base nos critérios da universalidade do atendimento da saúde! Por uma política que favoreça a mulheres e homens um comportamento preventivo, que promova de forma universal o acesso a todos os meios de proteção à saúde, de concepção e anticoncepção, sem coerção e com respeito. Nenhuma mulher deve ser presa, maltratada ou humilhada por ter feito aborto! Dignidade, autonomia, cidadania para as mulheres! Pela não criminalização das mulheres e pela legalização do aborto! (MANIFESTO DA FRENTE NACIONAL PELO FIM DA CRIMINALIZAÇÃO DAS MULHERES E PELA LEGALIZAÇÃO DO ABORTO)

A FNLA participou, em maio de 2015, da segunda audiência sobre a Sugestão de Legislação (SUG) 15/2014, da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) do Senado Federal, em Brasília. Além de debater a SUG 15/2014, que tem o objetivo de “regulamentar a interrupção voluntária da gravidez até 12 semanas, no Sistema Único de Saúde (SUS)”, a Frente lançou o resumo executivo do dossiê sobre casos de criminalização das mulheres no Brasil de 2007-2014⁸⁰.

⁸⁰ “Frente Nacional Pela Legalização do Aborto lança dossiê executivo sobre criminalização das mulheres no Brasil”. Disponível em: frentelegalizacaoaborto.wordpress.com/2015/06/01/frente-

O referido documento (divulgado em 28 de maio, Dia Internacional da Luta Pela Saúde da Mulher) teve por objetivo “[...] desvelar de forma sistemática os sentidos da criminalização das mulheres pela prática do aborto no Brasil do século XXI” (FRENTE, 2015, p. 2), identificando as estratégias e as ações dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário que criminalizam as mulheres. “Entre tantos interesses, desponta fortemente a argumentação religiosa por meio da atuação de Igrejas como partidos políticos” (Ibidem). O Resumo Executivo da FNLA destaca o aparecimento de frentes parlamentares contrárias ao aborto:

O ano 2007 inaugura no Congresso a instalação e funcionamento de quatro frentes parlamentares antilegalização do aborto: a Frente Parlamentar Contra a legalização do aborto – Pelo Direito à Vida; Frente Parlamentar Mista em Defesa da Vida – Contra o Aborto; Frente Parlamentar da Família e Apoio à Vida (instalada com 280 assinaturas, por iniciativa do Dep. Rodovalho, DEM-DF), e reinstalada em 2011 pela Dep. Fátima Pelaes; ainda no ano de 2007, foi instalada a Frente Parlamentar Mista Permanente em Defesa da Vida e da Família. Em fevereiro de 2008 realizou-se em Brasília o 1º Encontro Nacional de Legisladores e Governantes pela Vida Contra o Aborto. Os conservadores utilizam a estratégia de reinstalação das frentes, à medida que terminam as legislaturas. Importante destacar que no ano de 2003, na abertura da 52ª legislatura, foi criada a mais influente e atuante bancada anti-aborto do parlamento brasileiro, a Frente Parlamentar Evangélica, originalmente com 61 deputados. (Idem, p. 3)

A quinta edição da "Marcha das Vadias" em São Paulo, por exemplo, realizada em 30 de maio de 2015, teve como tema central a legalização do aborto⁸¹. As manifestantes carregaram uma faixa com os dizeres “Aborto ilegal = feminicídio de Estado” (Figura 14) e pediram liberdade para seus úteros (Figura 15).

nacional-pela-legalizacao-do-aborto-lanca-dossie-executivo-sobre-sobre-criminalizacao-das-mulheres-no-brasil/, acesso em 20 abr. 2016.

⁸¹ <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2015/05/marcha-das-vadias-pede-legalizacao-do-aborto-em-protesto-na-av-paulista.html>



Figura 14: “Marcha das Vadias” na Rua Augusta, São Paulo. Foto: Douglas Pingituro/Brazil Photo Press. Fonte: Estadão Conteúdo.



Figura 15: Cartaz na “Marcha das Vadias”. Fonte: <http://anelonline.com/leituras/legalizar-o-aborto-e-pela-vida-das-mulheres-todas-marcha-das-vadias>.

Nesse capítulo, apresentei um panorama da discussão a respeito da política de aborto adotada no Brasil, comparando a nossa situação com a de outros países. Além disso, procurei demonstrar que mesmo o aborto previsto em lei ainda não é plenamente acessível às mulheres brasileiras e que, inclusive nos locais onde o serviço é oferecido, isso não acontece sem enfrentamentos.

As práticas clandestinas de aborto também foram estudadas nesse capítulo, a partir de notícias veiculadas pela grande mídia. Com elas, pude construir um panorama do funcionamento desse mercado ilegal, do combate institucional a essas práticas e das consequências nefastas da política restritiva ao aborto no país, que levam as mulheres a procurarem clínicas clandestinas que, na maior parte das vezes, não oferecem nenhum tipo de segurança. Também me detive na questão de como os movimentos feministas vêm organizando e articulando suas lutas pela descriminalização do aborto em território nacional.

CAPÍTULO 3

RELAÇÕES ENTRE CORPO, ESPAÇO E PODER A PARTIR DE EXPERIÊNCIAS DE ABORTO INSEGURO

O presente capítulo consiste na análise das entrevistas realizadas com nove mulheres sobre as suas experiências de aborto inseguro, com ênfase nas relações entre corpo, espaço e poder em múltiplas escalas.

O capítulo é dividido em três partes. Na primeira, é apresentado um breve perfil de cada entrevistada. Em seguida, são explorados aspectos da experiência corporal e das sensações de espaço vividas por essas mulheres, na ocasião da prática de aborto. Essa parte é dividida em duas, conforme o local onde os procedimentos foram realizados: em casa ou numa clínica. Por fim, são destacadas relações de poder, submissão ou resistência que apareceram nas falas das entrevistadas.

3.4 As entrevistadas e suas histórias

Nessa seção, é traçado o perfil das entrevistadas, indicando sua idade, cor, escolaridade, estado civil, número de filhas/os e cidade de residência. Também são indicados o ano, o método e o local onde foram realizados os abortos. Para manter o sigilo das informações, os nomes das entrevistadas foram alterados. A apresentação segue a ordem cronológica das experiências de aborto narradas por elas.

Dália, 38 anos, é negra, tem curso superior completo, é solteira, sem filhas/os e mora em Porto Alegre. Ela engravidou quando estava no início da graduação, aos 19 anos, do seu primeiro namorado. Dália abortou em 1997, numa então “famosa” clínica do centro da cidade, onde um médico ginecologista realizava procedimentos clandestinos.

Bromélia, 34 anos, é branca, tem pós-graduação, é divorciada, tem uma filha e um filho. Ela mora com a família em Ponta Grossa, no Paraná. Bromélia engravidou aos 19 anos, enquanto estava na faculdade, do seu então namorado. Em 2001, o casal viajou até Curitiba, percorrendo cerca de 115 quilômetros, para que ela fizesse o aborto em uma clínica ginecológica também já bem conhecida pelos serviços de aborto.

Gérbera, 29 anos, é branca, estudante universitária e casada. Ela tem uma enteada e mora com a família em Porto Alegre. Em 2004, com 17 anos de idade, Gérbera engravidou do então namorado. Ela fez o aborto na casa dele, com os comprimidos de Cytotec comprados pela sogra, numa farmácia localizada na periferia da cidade.

Tulipa, 32 anos, é branca, tem curso superior completo, é casada, não tem filhas/os e reside em Porto Alegre. Ela engravidou de um namorado aos 21 anos, quando estava completando a graduação. Tulipa abortou no ano de 2005, numa clínica clandestina indicada pela sua ginecologista.

Rosa, 34 anos, é branca e tem curso superior completo. Ela é solteira, não tem filhas/os e mora em Porto Alegre com o namorado. Em 2005, Rosa fez um aborto em casa, na cidade de Londrina / Paraná, onde então residia. Ela usou o Cytotec, comprado de um conhecido que frequentemente cruzava a fronteira, trazendo produtos do Paraguai.

Hortênsia, 26 anos, é branca, estudante universitária, solteira, sem filhas/os e residente de Porto Alegre. Em 2011, quando Hortênsia estava com 21 anos, ela e o namorado foram a uma clínica clandestina no centro da cidade, indicada por uma amiga, para interromper uma gravidez indesejada.

Gardênia, 28 anos, é branca, tem curso superior completo, é solteira, não tem filhas/os e mora em Porto Alegre. Em 2012, ela descobriu que estava grávida e decidiu abortar em casa, tomando uma mistura de chás. No mesmo ano, Gardênia engravidou novamente do namorado e, dessa vez, preferiu ir a uma clínica no centro da cidade, por indicação de uma amiga.

Margarida, 27 anos, é branca, estudante universitária, solteira, sem filhas/os e mora em Porto Alegre. Em dezembro de 2015, Margarida descobriu a gravidez indesejada e no mês seguinte fez a interrupção em casa, usando o Cytotec comprado pelo parceiro, nos camelôs do centro da cidade.

Violeta, 24 anos, é branca, estudante universitária, solteira, sem filhas/os e mora em Porto Alegre. No primeiro semestre de 2016, Violeta também fez um aborto em casa, com os comprimidos de Cytotec que comprou nos camelôs.

As nove entrevistadas têm muito em comum. Elas são mulheres de classe média, escolarizadas, que vivem em zonas urbanas. Além disso, todas eram primigestas⁸² quando interromperam voluntariamente a gravidez.

O quadro abaixo mostra as faixas etárias das entrevistadas: a mais nova tinha 24 anos no dia da entrevista e a mais velha 38 anos. As interrupções voluntárias aconteceram quando elas tinham entre 17 e 27 anos de idade.

Quadro 1: Distribuição das entrevistadas por faixa etária na data da entrevista		
Faixa etária	Quantidade	Entrevistadas
24 a 27	3	Hortênsia, Violeta e Margarida
28 a 31	3	Tulipa, Gardênia e Gérbera
32 a 35	2	Rosa e Bromélia
36 a 39	1	Dália

Elaborado pela autora.

Ao todo, são cinco histórias de aborto feito em casa (quatro em POA e uma em Londrina/PR) e cinco histórias de aborto feito em uma clínica (quatro em POA e uma em Curitiba/PR).

3.5 Corpo e sensações de espaço na prática de aborto provocado

Nessa seção, são analisadas as relações entre o corpo da mulher que aborta e o local onde a prática é realizada, assim como as sensações de espaço, em diferentes escalas, que aparecem em seus relatos. As experiências de aborto inseguro narradas pelas entrevistadas foram separadas conforme o local onde ocorreram: são cinco histórias de aborto feito em casa e outras cinco em clínicas clandestinas.

A clínica e a casa são espaços generificados. As clínicas já foram consideradas por Foucault (2013) como heterotopias de crise e desvio e, assim como nos exemplos do autor, esses são espaços usados, predominantemente, por mulheres.

⁸² Na terminologia obstétrica, primigesta é a mulher que se encontra grávida pela primeira vez.

O espaço doméstico, tradicionalmente, o lugar do privado, da reprodução social e do trabalho feminino não remunerado, quando usado para a prática de aborto, torna-se também heterotópico. Deixa de ser simplesmente um lugar de habitação e passa a ser um lugar de subversão das normas territoriais.

Para orientar essa parte das entrevistas, foram feitas as seguintes perguntas: *Como você encontrou o Cytotec, os chás abortivos ou a clínica? Por que escolheu esse método ou local? Quanto custou e quem pagou pelo procedimento? Como foi fazer o aborto dessa forma ou nesse local? Como você se sentiu?*

3.5.1 Abortar em casa

Cinco entrevistadas abortaram em casa. Quatro mulheres usaram o Cytotec e uma delas conseguiu interromper a gravidez com uma mistura de chás, conforme uma receita que encontrou na internet.

Gérbera e seu parceiro eram menores de idade quando ela engravidou. Uma das primeiras pessoas a quem ela recorreu foi a avó paterna, com quem já havia conversado sobre aborto: *“Ela me contou que a minha mãe, antes de engravidar de mim, tinha tido uma gravidez e que ela fez um aborto. E a minha vó também já tinha feito vários abortos na época dela, assim, era uma coisa bem comum, né?”* Entretanto, disse que preferiu esconder o assunto da mãe e do pai, temendo que a obrigassem a prosseguir com a gravidez, em função dos riscos do aborto clandestino.

Gérbera contou que queria ter feito o aborto em uma clínica, localizada no bairro Menino Deus, que descobriu através de uma amiga. Ela pagou uma consulta no local, mas o médico se recusou a fazer o procedimento sem o consentimento dos pais. Além disso, o valor do procedimento era muito alto e quem estava pagando pelo aborto era a mãe do seu namorado. A entrevistada contou que a sogra encontrou os medicamentos abortivos sem grandes dificuldades, indo até uma farmácia, onde lhe informaram que outro estabelecimento vendia o Cytotec, no bairro Sarandí, em Porto Alegre. Ela pagou cerca de R\$ 200 pelos comprimidos, em 2004. Gérbera narra como fez o aborto na casa do namorado e o que sentiu usando o Cytotec:

Eu tomei dois e inseri dois [comprimidos]... daí não funcionou. Só que o cara [que vendeu o remédio] disse “Se não funcionar, voltem aqui que eu dou mais”. Ele cobrou menos por esse que a gente foi pegar depois. [...] Aí eu sei que eu peguei e acho que só botei [na vagina] os outros dois e daí foi uma coisa bem rápida assim, que eu nem tinha certeza se tinha ou não tinha acontecido nada, senti um pouco de cólica... Mas daí uns dois dias depois – isso foi na casa dele, no caso, uma noite eu dormi lá pra fazer essa função – só que uns dois dias depois eu tava em casa de noite e comecei a sentir uma cólica horrível, muito forte. Fui no banheiro... parecia uma hemorragia mesmo, daí eu acho que foi ali que... abortou, né? (Gérbera, 17/06/2016)

No dia seguinte a essa noite com forte sangramento, Gérbera procurou seu ginecologista, pelo plano de saúde. Ela fez uma ultrassonografia transvaginal e não precisou fazer curetagem. E acrescentou: *“Hoje eu não teria essa coragem. Foi uma coisa bem inconsequente. Se tivesse que fazer com remédio, não faria. A gente tem uma outra cabeça”*.

Rosa fez um aborto em 2006. Ela contou porque suspeitou que estava grávida e nem precisou fazer um teste para ter certeza disso. E explicou porque não queria prosseguir com a gravidez:

Eu percebi que parou o fluxo, eu comecei a notar algumas transformações no meu corpo, e eu já tinha a decisão de não ter filho. [...] Além do fluxo menstrual ter cessado, eu me notei bastante inchada, né? A barriga começou um pouco, né? Pouco, mas talvez por eu ter esse contato com o Yoga, eu tenha uma uma consciência bastante grande corporal. Eu sentia que meu corpo tava diferente, eu sentia que tava, né? O seio tava sensível, um pouco inchado também. Começaram algumas alterações. [...] Não fiz teste. Eu já sabia, eu sabia, eu tinha certeza. E tava mesmo. Eu tinha uma consciência bastante grande corporal! O Yoga me deu um tipo de contato diferenciado com o meu corpo e com a espiritualidade. [...] Aí eu fiz uma viagem até, nessa época, e eu notei umas transformações no meu corpo... e isso me afligia muito, porque eu sabia que não, que era algo que eu não queria, que eu não ia ter condições de dar uma vida material e mesmo emocional e psicológica legal pro [filho]. Contava pra mim também que a circunstância que eu via do mundo não era algo que colocar um novo ser aqui, né? Então eu passava por tudo isso. (Rosa, 05/09/2015)

A seguir, ela conta como conheceu e conseguiu o Cytotec, em tempos de difícil acesso à informação. Ela também diz que fez o aborto de acordo com o que foi explicado pelo homem que lhe vendeu o medicamento contrabandeado:

Eu não lembro como tinha esse conhecimento, que remédios eram. Não sei se eu achei isso na internet... sem detalhar procedimento em nenhum lugar, nenhum lugar! Só tinha um alerta que esse remédio podia causar aborto. Muito tempo depois, por curiosidade, eu fui procurar sobre o Cytotec e aí eu achei informação. Depois de muito

tempo. Essa época, a internet ainda era bem... era outra coisa! Os tempos eram outros. [...] Aí eu fiquei sabendo, eu acabei abrindo a situação pra uma pessoa mais ou menos próxima, que era um moço que fazia um intercâmbio lá e que trazia coisas do Paraguai. Ele disse que tinha um remédio que era o Cytotec, que poderia fazer isso pra mim. E ele não dava desconto. Era um preço caro. Não dava garantia. E também, a maneira de usar, ele falava “Ah, eu acho que tal coisa, pelo que disseram, pelo que eu sei que já fizeram, coloca dois internamente e toma dois e é isso”. Aí eu encomendei, sem nenhuma garantia. Contando com isso, pra minha salvação, porque eu tava vendo como um problema sério pra mim. Aguardei um tempo. Foram umas duas ou três semanas [...] Ele levou na minha casa. E falou por alto assim, ele que me deu as instruções, porque ele conhecia alguém que já tinha tido essa experiência. E quem trazia na verdade era o tio dele, não era nem ele. (Rosa, 05/09/2015)

Ela arcou com o custo sozinha, porque seu parceiro não tinha como ajudá-la financeiramente. A entrevistada comenta, rindo: “*Não tinha condição nem de pagar o remédio, imagina ter um filho!*”. Rosa lembra ainda que se preparou para reduzir os riscos do procedimento e, assim, não precisar buscar atendimento em um hospital, por medo de ser denunciada:

Eu quis ter essa experiência sozinha. Ah não, meu namorado foi lá. [...] Eu me preparei psicologicamente também. Então eu tive aquela postura de não me deixar levar... Procurei ao máximo possível mapear os possíveis problemas, pra não chegar a ter uma morte, né? Tipo, porque existem casos, mas também resistir o máximo possível pra não precisar ir pra um hospital, pelo tipo de tratamento que eu sabia que ia ser dado... e mapear, enfim, como que era, o que que acontecia... Eu fiquei sabendo que, de antemão, antes de acontecer a situação em si, eu fiquei sabendo que poderia dar, que daria uma hemorragia bem forte... que poderiam ficar alguns restos do feto... e que isso precisaria de uma curetagem depois. E eu fiquei sabendo também que se a hemorragia fosse muito forte, seria preciso sim ir pra um hospital pela perda de sangue excessiva. Então eu fiquei atenta a todos esses fatores (Rosa, 05/09/2015).

Ela prossegue, narrando como se sentiu fazendo o aborto em casa:

Na hora de fazer, tomei [os comprimidos]... Aí começou a sangrar, sangrou bastante... eu percebi a hora que saiu. Não foi, tipo, não tava tão avançado, devia ser um mês e meio, mais ou menos. Mas dá pra perceber quando sai... Foi no banho. As cólicas foram relativamente fortes, mas assim, comparáveis a de uma cólica menstrual bem forte, porque são as contrações do ventre. Dá pra notar isso. Bem, não sei se eu tive tanta, talvez eu não tenha tido tanta consciência disso na época, de serem as contrações do ventre parecidas com as da menstruação, mas a sensação me soou parecido com a menstruação, só que bem forte. (Rosa, 05/09/2015)

Rosa não teve complicações decorrentes do aborto e, por isso, não precisou tomar outras providências. Ela preferiu não comentar sobre o assunto quando foi a uma consulta médica, posteriormente:

E depois disso não precisou fazer a curetagem. Não houve nada assim que eu tenha notado, que tenha ficado pútrefo. Não fui consultar ginecologista, não achei necessário. Não abri essa questão também quando fui fazer consulta. Também não foi registrado nenhum tipo de anormalidade. (Rosa, 05/09/2015)

Gardênia, a única entrevistada que fez dois abortos, também foi a única que conseguiu interromper a gravidez tomando uma mistura de chás, em casa. Ela diz que teve sorte:

Eu tive sorte porque eu descobri que tava grávida na quarta semana, primeiro mês. E daí eu fui na internet e procurei no *Google* [por] chás, qualquer coisa que pudesse me ajudar a interromper a gravidez. E daí eu encontrei lá um *site* bem legal que tinha várias receitas e peguei uma que era uma mistura de arruda, losna e cachaça. Fazia uma mistura com muita arruda, muita losna, era muito ruim mesmo. [...] E daí eu fiz essa mistura, botei no fogo e fui esquentando. Aí quando tava no ponto certo, esperei esfriar e tomei em dois copos. Era muito, muito ruim, muito forte. [...] Não deu umas duas semanas, desceu a minha menstruação. E tive muita sorte, assim, eu acho que por eu ter tido tanta sorte eu não aprendi da primeira vez e aconteceu de novo. E aconteceu de novo logo em seguida, em termos de três meses eu tava grávida (Gardênia, 13/10/2015).

Margarida também abortou em casa, mas com o Cytotec. Ela começou contando como descobriu que estava grávida, a partir de mudanças sutis em seu corpo:

Acho que nem eu sabia que eu conhecia tanto o meu corpo, quando aconteceu essa função. Sei lá, eu não sabia que eu tinha tanta noção das coisas que aconteciam dentro de mim, porque eu acho que com três, ou duas pra três semanas, eu já tava me sentindo estranha. Primeiro o sinal do peito e várias coisinhas, assim, que eu já comecei a achar meio estranho... e acho que quando entrou a quarta eu tava sentindo o seio e senti... não, eu tô, não, não! Porque isso nunca me aconteceu antes e foi assustador. Eu tava muito sentindo, e aí eu tava com mais medo de fazer o exame porque eu realmente tava achando que era. Daí eu entrei num certo pânico antes, mais porque já na segunda semana eu notei minimamente uma coisa que eu não dei muita bola, mas eu notei uma diferença. Na terceira eu, tipo... não, isso pode ser... e na quarta, meu Deus! Acho que é mesmo! [...] Daí eu mudei completamente, porque eu tava meio que em estado de pânico sem saber de fato, né? Eu tava num limite entre me enganar e querer resolver, porque eu tava me perguntando se eu quero saber, porque aí eu vou ter que resolver mesmo. (Margarida, 24/08/2016)

Ela narra como se sentiu comprando o medicamento nos camelôs do centro de Porto Alegre, em 2016:

Eu vi o resultado [do exame de gravidez, pela internet] num dia, e no primeiro momento que eu tive tempo de ir no camelô eu fui. Eu fui sozinha no camelódromo e ainda tava toda guriazinha, bonitinha, com um vestidinho florido, parecia que eu tinha 13 anos! Daí cheguei lá, é aquela coisa, uma galera que fica ali, meio aleatória, só esperando. Eu já tinha pesquisado, também essas coisas tu tem que ter uma noção de onde tu vai cair. Eu tinha visto qual é que era. Daí eu cheguei num cara que ele falou “Tenho esse tal, são tantos comprimidos, é tanto o valor”. Nada batia com o que eu esperava, com o que eu tinha pesquisado. Daí eu fiquei bem espiada, tipo, “Tá, não, valeu, vou ali pegar o dinheiro, tem que ver”. Daí dei mais uma volta e nessa volta falei com outro cara. Esse me deu bem o que eu já esperava, que são quatro comprimidos. Porque esse outro era uma outra... outros miligramas, era tudo diferente, sabe? Daí eu fiquei meio desconfiada porque não era o que eu tinha visto. O valor era diferente... Daí a logística de como tomar e tudo mais eu não ia saber lidar, porque mesmo o Ministério da Saúde tem aquela cartilha e ali fala dessa quantidade de miligramas. Por isso que fui nesse outro. Até tava sem o dinheiro inteiro. Era 100 [Reais] cada comprimido, pra uma dose de quatro que é inicial, e eu tava com 360 [Reais]. E daí na hora eu falei pro cara “Tenho que ir ali pegar dinheiro”, aí ele “Mas quanto tu tem?”, e eu toda cagada, a polícia meio que passando às vezes, assim, e eu não queria abrir o dinheiro, né? Tu tá no meio do camelô, do camelódromo, né meu? Um mais malandro que o outro. E eu tirando umas notas de 50 [Reais] assim, toda cagada. Aí ele “Tu nunca fez isso, né?”, e eu “Não!”. Ele vendo que eu era super crua ainda. Daí ele “Não, eu te faço, quanto é que tu tem aí? Não, eu te faço por menos. Eu te faço!”. Alto desconto, 40 Reais! Daí subimos lá em cima, ele “Fica, espera aí”, daí esperei numa esquininha, lá em cima, dentro do camelódromo mesmo. Ele foi numa banca, voltou e me trouxe o comprimido original, com a embalagem toda bonitinha, a impressão aquela e ele, se eu não me engano, era importado da Itália, porque acho que ele tava escrito em italiano. Ele tava escrito em outra língua (Margarida, 24/08/2016).

Margarida relatou ter sentido dores fortes, e que ficou em dúvida se deveria ou não ter tomado analgésicos.

E foi bem sofrido! De dor, cara! Aquela primeira dose que eu tomei e não fez efeito eu tomei Ibuprofeno, pra tirar a dor. Só que como a dor não vinha eu fiquei meio “noiada”: será que não to sentindo a dor por que ela não vem ou por que eu tomei remédio pra dor? Eu fiquei um tempão “noiada” quanto a isso, daí na segunda dose, eu não tomei. Queria ver se a coisa ia acontecer e me arrependi amargamente. A não ser da vez que eu resolvi ir fazer um [tratamento de] canal sem anestesia, acho que foi a segunda dor maior que já senti na minha vida! Foram duas horas que eu fiquei com contração. Bolsa d’água na frente e atrás e não sei se doía mais nas costas ou na frente. E diz que é que nem contração de gravidez, né? E tem um tempo diferente. Eu só conseguia respirar nesses intervalos, que eu conseguia dar uma relaxada nos músculos. Quando voltava era

aquela coisa que tu não consegue respirar, tu não consegue, nada existe, nem pensar, é um absurdo, sério, fiquei muito chocada com a intensidade da dor. E eu não sou muito fresca pra dor, mas fiquei realmente chocada. Daí foi um drama. O menino [o parceiro] tava junto, ele acabou chegando lá. Ele ficou apavorado, eu passando muito mal. Eu andava pelada pela casa, quase desmaiei no banheiro. Tava no chuveiro sozinha, água quente, foi quando comecei a sentir a dor. Eu já tinha vomitado de dor. Eu tava caindo no banheiro e a menina que mora comigo queria me tirar de lá e eu dizia não, aqui tá quente, aqui dá uma aliviada. Eu não conseguia sair, tava em outro plano (Margarida, 24/08/2016).

A entrevistada explicou que decidiu fazer o aborto em casa com o medicamento porque não poderia pagar pelo procedimento em uma clínica de classe alta.

Eu não cogitei [fazer o aborto] em clínica. Na real, uma amiga minha que é “gineco” falou que tinha um médico no [bairro] Moinhos [de Vento, em Porto Alegre] que fazia por 5 mil! Uou, Moinhos, né?!? É o médico da classe alta que faz aquelas coisas super “profissa”. Aí eu pensei: se não dá pra fazer numa clínica mais “top” assim, eu não vou botar a minha vida em risco. Hospital é um lugar sinistro e clínica também deve ser. Esses ambientes eu não consigo ver positivamente. E é frio. Frio nas relações também. E eu já tinha uma noção também, a questão da instrução, de ter um certo conhecimento da coisa e saber que o remédio era eficiente. Daí eu não pensei muito na clínica. Só iria pra uma clínica se fosse uma “top” e aí eu teria que gastar muita grana (Margarida, 24/08/2016).

Violeta também conseguiu o Cytotec nos camelôs. Ela começou a contar sua história falando como foi a descoberta da gravidez:

O teu corpo fica de um jeito que tu não tem como explicar, tudo fica estranho. Alguma coisa, alguma mudança tava acontecendo. Ah, eu não sei, eu senti um troço no útero... é bizarro falar isso, tá ligada? É meio fantasioso, assim, mas eu senti, e acho que não, né? Porque tu sente um troço muito... E o [nome do parceiro] não botou fé! Ele ficou [dizendo] “Tu tá viajando!”, e eu falei não, tá muito estranho! Aí fiz o teste e tava. Que apavorante! (Violeta, 21/08/2016)

Ela e o parceiro dividiram o custo do medicamento. Antes de usá-los, Violeta tentou fazer o aborto com uma mistura de arruda e canela em pó, compradas no Mercado Público de Porto Alegre, mas disse que não conseguiu tomar o chá pelo gosto forte. Ela conta como se preparou para o procedimento, fazendo consultas e exames pelo seu plano de saúde.

Fui na gineco, ela me pediu todos os exames de sangue pra DST e tudo mais, e disse que não ia me julgar se eu fizesse [o aborto]. Disse que sabia da história das pessoas que pegam num lugar e levam até outro pra abortar, mas que ela não conhecia ninguém. E que ia esperar eu fazer essa função. Me perguntou como é que eu ia

fazer, e eu falei que ia tomar remédio. Não falei onde eu comprei, né? Não sou louca, boba, sei lá. E ela disse “Beleza, faz esses exames. Quando fizer tudo, depois do aborto, tem que esperar um tempo”. Daí fiz os exames e tava tudo certo. Fiz um ultrassom também depois de um tempo. (Violeta, 21/08/2016)

Violeta contou que fez o aborto em casa, na companhia de duas amigas que moram com ela: *“Me senti super bem assim. Volta e meia as gurias vinham, porque eu falei que queria ficar sozinha no quarto e qualquer coisa eu chamava elas”*. A entrevistada prossegue: *“Eu passei mal. Tive diarreia e tive vômito, depois que o remédio começou a fazer efeito. [...] Tava meio paranoica porque não sabia o que tava tomando, mas em geral foi tranquilo”*.

Depois de ter tomado o medicamento, Violeta passou uma semana sentindo *“tipo um final de menstruação, quando descem uns pingos”*. Ela sentiu que ainda não tinha chegado a completar o aborto. E comentou sobre o medo de precisar recorrer a um hospital:

Eu não tava sentindo muitas dores, mas eu tava sentindo que ainda tava pesado. Era tipo uma cólica muito sutil, sabe? Que tu quase não percebe se não fizer um grande esforço. E daí nessa noite [uma semana depois de ter tomado o Cytotec], do final da tarde até as 7 da noite, começou muito forte a dor. Aí foi quando saiu tudo, no outro dia de manhã. [...] Mas eu passei essa semana com essa sensação, assim... Só que, claro, se não melhorasse ou piorasse eu ia ter que tomar uma atitude, mas também não faço ideia de qual... se eu fosse pra um hospital, o que eu ia fazer... Bah, tá louco! Apavorada! (Violeta, 21/08/2016)

Margarida teve medo da polícia enquanto comprava o Cytotec nos camelôs. Ela e Rosa tiveram medo de precisar procurar um hospital.

É possível observar que apesar de inúmeras proibições, leis, operações policiais para apreensão de medicamentos, a mulheres seguem tomando chás, misturas de ervas emenagogas, que podem causar intoxicação. O uso de Cytotec é mais seguro, mas ele deveria ser administrado em conjunto com a Mifepristona para ter um resultado mais eficiente, medicamento que não se consegue facilmente no país. Além disso, como é vendido na clandestinidade, o Cytotec pode ser falsificado. Esses métodos são inseguros e, com eles, a mulher pode precisar de atendimento médico para completar o aborto. Felizmente, esse não foi o caso das entrevistadas.

3.5.2 Abortar em uma clínica

Cinco entrevistadas contam, a seguir, suas experiências de aborto provocado em uma clínica clandestina.

Dália contou que sua única experiência de aborto ocorreu quando ela tinha 19 anos e estava no começo da faculdade, com o primeiro namorado com quem teve relações sexuais. Mas ela frisa que não foi por desinformação ou por falta de acesso a ginecologistas e métodos anticoncepcionais que a gravidez aconteceu, mas por um descuido. A mãe dela teve um papel importante naquela situação, tanto por permitir que Dália decidisse o que fazer, quanto por tê-la acompanhado e também arcado com o custo do aborto clandestino. Ela diz que uma rede de amizades femininas, entre vizinhas e parentes próximas, também foi importante, indicando métodos e recomendando o local para ela fazer o procedimento:

A coisa aqui no Brasil é muito clandestina, mas todo mundo sabe. Tu sempre tem uma amiga que fez, tu tem uma vizinha que fez, tu tem uma prima que fez, alguém... é a mesma coisa que acidente de trânsito: a gente sempre tem um conhecido que sofreu. Então todo mundo sabe, te indica um, te indica outro... e eu tinha uma vizinha que era auxiliar de enfermagem, inclusive ela já tinha feito aborto e daí conversando com algumas amigas, uma amiga disse que a mãe dela também já tinha feito aborto, e foi onde eu acabei fazendo. Era um lugar que todo mundo conhecia! Aí, conversando com a minha vizinha, ela disse que não indicava que eu fizesse pelo método de sedação, de ficar totalmente sedada e de fazer a curetagem, porque na época, o meio mais seguro era pela sucção. Até por ela ser auxiliar de enfermagem, pela sucção que não tinha perigo nenhum de ficar resquício da criança e depois eu ter problemas, ou perfurar o útero, essas coisas todas. [...] Então, resumindo, todo Porto Alegre sabia que naquele lugar se fazia aborto. Mas assim, era muito caro, ainda mais porque tu começa a ver que isso é um mercado, né? As pessoas cobram pra ti ter um aborto seguro, as pessoas acabam cobrando pelo nível da gestação. Quanto mais adiantada tá a gestação, mais caro é. Eu deveria estar com quase três meses de gestação e eu lembro que na época, ele cobrou uns R\$ 600 e a minha mãe “chorou” e acabou saindo R\$ 400. (Dália, 18/05/2016)

Segundo a entrevistada, *“Essa clínica era na Galeria Santa Catharina, que tem ali na [Rua] Voluntários [da Pátria]. Todo mundo conhecia o médico”*. Ela prossegue, narrando a experiência dentro do local, na hora de realizar o procedimento:

Vai todo mundo pra uma sala, acho que devia ter umas quinze mulheres, todo mundo tira a parte de baixo, na mesma sala, todo mundo tira a parte de baixo da roupa e daí vem e te aplica, aplica a injeção em todo mundo. Uma anestesia, não sei o que é, porque tu

não adormece nesse método. Aí tu vai, daí entra... eu fiquei numa cadeira de... essa parte acho que era a mais traumática, foi mais traumática, mas não posso dizer que fiquei traumatizada, não, mas é que é uma coisa meio assustadora. Tu senta numa cadeira de ginecologista, daí tem uma enfermeira que tá ali do teu lado, o médico tá na tua frente, ele colocou na minha vagina tipo aquele tipo bico de pato que faz exame papanicolau e depois enfia uma mangueirinha. Daí eu me lembro que eu ainda olhei pro lado e vi um vidrinho, e daí eu apertei muito, muito... não era nem uma questão de dor, não tava doendo, mas é, sei lá, uma coisa estranha. Eu apertei muito a mão da enfermeira, que fica uma enfermeira do teu lado, tu fica completamente acordada e daí apertei, apertei, apertei muito o braço dela, e o médico dizia “Calma, calma, a gravidez tá saindo, a gravidez tá saindo!”. Só me lembro disso e [de pensar] meu Deus, graças a Deus to me livrando disso! (Dália, 18/05/2016)

Dália relatou que teve medo de ouvir um sermão do médico, por ter engravidado sem querer. No fim, ela conta que ficou aliviada com a tranquilidade que ele passou a ela, sem julgá-la. Além disso, conta que saiu de lá informada sobre como se proteger.

A entrevistada afirmou que, depois de um tempo, ficou sabendo que a clínica havia sido fechada pela polícia. E lamenta o fato:

Depois de algum tempo, de alguns anos que se passou isso, a gente veio a saber que saiu no noticiário, e inclusive eu estava vendo TV nesse dia, que a polícia entrou no consultório dele e prendeu o médico. E tinham várias mulheres lá na situação. Daí tu imagina se acontece isso e tu tá lá? E tadinho, porque assim, ele só fazia o bem pras pessoas. Fazia aborto mas de uma forma segura, sabe? Obviamente que era precário, mas assim, dentro da precariedade que o aborto acontece no Brasil, é uma coisa interessante. Então eu lembro que quando eu soube que ele foi preso, e foi desbaratada a quadrilha, como eles falam, eu fiquei muito triste por ele e pelas mulheres que daqui a pouco tinham aquilo ali como um porto seguro e uma forma segura da interrupção da gravidez e isso foi perdido. (Dália, 18/05/2016)

Bromélia e o parceiro percorreram, aproximadamente, 120km de distância entre Ponta Grossa e Curitiba para encontrar uma clínica muito bem recomendada. Ela lembra que o local ocupava “[...] o andar inteiro de um prédio, tinha sala de espera, tinha anestesista, tinha enfermeira, tinha médico, enfim. Era um lugar muito seguro, muito limpo e com todo o socorro”. Mesmo assim, Bromélia expressou que estava com medo:

Eu lembro que a única coisa que eu pedi pra ele [o namorado] foi, pelo amor de Deus, se acontecer alguma coisa comigo, me leve pra um hospital, porque eu tinha muito medo. Como a gravidez tava bem no início, eu fiz o o aborto com sete semanas, descobri com seis e fiz com sete, então foi super tranquilo, não tive sequela nenhuma, não

tive nada. Só que eu chorei muito. Quando a enfermeira mandou tirar a roupa e eu botei um avental, aquele avental tipo de hospital, nossa, eu chorei demais. (Bromélia,02/05/2016)

Ela lembra de ter sido *“um choro soluçado”*. A equipe então parou o procedimento e chamou o namorado que, apenas com o olhar severo, passou o recado que ela interpretou como um *“Seja forte!”* O procedimento, segundo ela, foi simples, com anestesia local, por aspiração. Ela assinou uma ficha, dizendo que estava fazendo uma curetagem por um aborto espontâneo. Bromélia contou que saiu do procedimento e foi para uma sala de recuperação, onde recebeu um chá e ficou com a companhia do namorado, ainda chorando muito, por cerca de meia hora, antes de ir embora. Ele pagou por todas as despesas do aborto, mas ela afirma que isso não foi fácil:

De repente eu tinha que arrumar dinheiro, né? Na verdade ele arrumou, mas assim, a gente teve que fazer empréstimo. Aí um amigo dele [...] emprestou um dinheiro e nem sabia. E acho que nem sabe que é pra esse aborto, nunca ele ficou sabendo que era pra um aborto, mas eles eram amigos... Aí o [referindo-se ao amigo] emprestou na época R\$ 500 e a gente fez mais um empréstimo pra conseguir. E a gente pagou aquele empréstimo em 24 vezes. É, era caríssimo, isso em 2001, o meu aborto custou R\$ 3.000. Foi caríssimo! (Bromélia,02/05/2016)

Tulipa procurou sua ginecologista, pelo plano de saúde, e disse a ela que queria interromper a gravidez. A médica não fazia o procedimento, mas indicou uma clínica que ela poderia procurar. Depois de marcar o procedimento por telefone, Tulipa foi até a clínica, acompanhada do namorado. Ela contou como estava nervosa e em dúvida, no caminho até o local. Além disso, demonstrou o quanto o assunto ainda é delicado para ela:

Eu me lembro do desespero que eu tava, eu indo na porra da lotação pra lá [para a clínica, fazer o aborto] e pensava, tipo, antes de entrar ainda pensava puta merda, será que é isso, sabe? A decisão é foda, foda, foda, foda! Tipo, eu olhava assim e pensava caralho, o que eu to indo fazer, velho? Sabe? Olha o que eu to indo fazer... será que... eu não tive tempo de... não sei. Pra mim é confuso ainda, muito confuso. Por isso que eu não gosto de mexer, sabe? Porque eu não acredito que eu passei por isso. (Tulipa, 16/03/2015)

Tulipa não lembra de muitos detalhes sobre a clínica. Disse que ficava próximo ao centro de Porto Alegre e que *“[...] era um lugar pequeno, num prédio velho, mas normal. O lugar parecia ser bem limpo. Eu me senti como se estivesse num médico. E foi tudo muito rápido. Eu cheguei, ela já falou: ‘É isso?’ E eu: ‘É isso!’”* Perguntei se ela tinha sido bem atendida. A entrevistada respondeu:

Relativamente. Pela assistente, sim. Pela médica, mais ou menos. Porque daí fizeram o procedimento e no início eu ainda tava meio chapada, aí me botaram numa salinha, meio deitada, assim, pra me recuperar. Mas seguinte, eu acho que eu fiquei cinco minutos me recuperando naquela salinha e começaram a me fazer acordar: “Acorda, acorda, deu, deu, deu, tchau!”, pra eu ir embora. Fui bem chapada pro taxi. Peguei o taxi e fui pra casa. Só que daí eu tive que tomar medicamento depois, né? Antiinflamatório e não sei o quê. Tive reação alérgica. (Tulipa, 16/03/2015)

Por isso, ela ligou novamente para a clínica e disse que a suposta médica “[...] foi super grossa, não quis dar muitos detalhes. Falou ‘Então suspende tal, suspende isso, não sei o quê’, e eu fui indo nos testes, assim, suspendendo alternadamente o que eu tava tomando, os três”. Segundo Tulipa, o procedimento custou cerca de R\$ 800 e esse valor foi dividido entre ela e o namorado. Apesar do alto valor do procedimento na época, o relato da entrevistada mostra a insegurança do procedimento ao qual ela foi exposta.

Outra história de aborto em uma clínica é a de Hortênsia. Ela conta que desconfiou que poderia estar grávida em função de enjoos e das dores e inchaço nos seios que sentiu por uns dias. Ela então comprou um teste de farmácia e teve o resultado positivo. Ela decidiu interromper a gravidez e seu parceiro concordou com o aborto. A entrevistada disse que procurou ainda um ginecologista para ter certeza que estava grávida. Ela conta, surpresa, que o médico perguntou se ela queria prosseguir ou interromper. Hortênsia admitiu que iria abortar e o médico a orientou a fazer um exame transvaginal para levar à clínica, comprovando o tempo de gestação. Além disso, ele pediu que ela fizesse logo o procedimento, antes de completar o primeiro trimestre, para a sua maior segurança. Ela relembra:

Fui procurar o contato, só que aí eu fiquei ainda um mês procurando... vendo os lugares, ligando e pensando em um método. Eu pensei no Cytotec e aí eu pesquisei, entrei nuns sites. Daí eu vi que não era muito o negócio porque igual ia ter que fazer a curetagem num pronto socorro, num médico, e daí pra mim não... Eu tava meio com receio do Cytotec e daí eu resolvi mesmo procurar uma clínica. (Hortênsia, 22/10/2015)

Hortênsia também falou de mudanças que percebeu em seu corpo: “*Eu passei dois meses com alterações no corpo, os meus seios doiam muito, eles tavam mais inchados, a barriga tava maior*”. Diante do avanço da gravidez, ela decidiu ir até clínica onde fez o aborto, indicada por uma amiga, em um prédio comercial, no centro de Porto Alegre. Ela narra a sua experiência:

Eu entrei e meu namorado ficou na porta esperando. Eu entrei e elas me prepararam numa cama e falaram “O médico já tá chegando”. Só que eu nunca vi a cara do médico, eu não sei quem foi quem fez o procedimento. Nunca vi a cara do tal médico, nem sei se tinha médico. Não sei se eram elas que faziam. Eu não sei. Só sei que eu acordei, eu tava no outro cantinho da sala, assim, atrás de uma cortininha, meio grogue, não... eu tava tonta, e elas já me enfiaram um café doce na boca. Aí eu fui lá, tomei o café, já me dei uma acordada, assim, só que e elas falaram “Vamos lá, te veste rápido, te veste rápido e coloca essa calcinha, coloca o absorvente, vai sair sangue”. Elas falaram tudo muito rápido pra mim. Acho que eu não demorei nem 10 minutos depois que eu acordei, assim, porque elas me vestiram, eu... fizeram eu me vestir rápido e me explicaram que, assim, “Tu vai sangrar mas não é menstruação, e tu vai sangrar mais um tempo só que, assim, se tiver que trabalhar, vai trabalhar, vai andar, quanto mais tu te mexer melhor, porque esse sangue vai sair logo. E não fica descansando, tu vai trabalhar, vai fazer tuas coisas porque é assim que se recupera mais rápido”. (Hortênsia, 22/10/2015)

A entrevistada contou que foi até a clínica para marcar o procedimento. Ela lembra de alguns detalhes do local e que o pagamento foi à vista:

Eu fui num dia, falei com elas. Era uma salinha assim, tu entra, tem uma mesinha, uma mulher atrás da mesa. Um cadeirinha do lado e outra porta no fundo. Aí eu entrei, ela conversou comigo, é tanto, tem que trazer em dinheiro, não pode pagar com cartão, não tem essas coisas. (Hortênsia, 22/10/2015)

Todos os gastos, segundo Hortênsia, foram divididos entre ela e o namorado. Os dois pediram dinheiro emprestado para pagar pelo procedimento. Elas marcaram a hora e Hortênsia foi informada sobre o que deveria levar no dia seguinte, para fazer o procedimento. Ela prossegue, dando ainda mais detalhes daquele espaço improvisado para a prática de aborto, e do medo que sentiu no local, quando percebeu o risco a que estava exposta:

Daí no dia seguinte eu fui lá e entrei por uma outra salinha. Não, eu entrei na mesma sala com a mesa no fundo e eu passei pela porta do fundo. E aí era uma sala meio... aí, como se fosse uma sala de uma casa, assim, com o chão normal só que tava com uma cadeira daquelas de ginecologista, com uma cortininha atrás e uma outra portinha no fundo. Era branco, pintado de branco, era mais ou menos isso. Não tinha muitas coisas. Tinha umas prateleirinhas, onde ficava o algodão, que eu me lembre. [...] Eu não achei sujo, eu achei que é como se eu tivesse feito no meu quarto. É, num hospital, tipo, no meu quarto só que adaptado. Uma casa, que um quarto funciona pra fazer isso. Não achei sujo, mas fiquei muito... fiquei com medo na hora. Eu fiquei com medo porque eu nunca tinha feito uma cirurgia nenhuma de dormir. Nada. E aí foi a primeira vez. A mulher dizia que o médico já tava chegando, e vinha me dando um negócio na veia. Quando eu vi que eu ia dormir e o médico não tinha chegado eu me dei conta de onde eu tava. Que coisa perigosa, né? Tipo, tu tá na

mão de quem tu nunca viu. E talvez nem exista médico. (Hortênsia, 22/10/2015)

Outra entrevistada que passou por uma experiência de aborto em uma clínica foi Gardênia, na segunda vez que engravidou. Ela fala das dificuldades financeiras do casal, que a impediram de ter a companhia do parceiro naquele momento:

Da segunda vez foi muito mais difícil, foi difícil porque era a segunda vez, foi difícil porque eu tava com uma bolsa de pesquisa e tava totalmente sem dinheiro, não tinha como conseguir. Ele não tava aqui, tava lá no Rio. E pra ele conseguir, pra gente conseguir o dinheiro pra fazer o aborto, ele tinha que ficar lá trabalhando pra me mandar o dinheiro, sabe? E daí era aquela coisa assim, tipo, ou a pessoa ta junto contigo ali, no momento, ou ela ta ali financiando. Não tinha ninguém que eu pudesse recorrer e dizer assim “Olha, eu preciso de R\$ 2.000 pra fazer um aborto”. (Gardênia, 13/10/2015)

Ela contou que descobriu a existência do local por meio da sua rede de relações e que foi até lá, uma semana antes de fazer o procedimento.

Eu entrei em contato com uma amiga minha e essa minha amiga me indicou uma clínica que era muito boa [...], e que várias outras meninas já tinham feito. Essa clínica fechou faz um ano, mais ou menos. É na [Rua] Santo Antônio, perto da rodoviária... é, perto ali da [Avenida] Farrapos. [...] Eu tinha ido uma semana antes pra saber como que eu ia proceder, né? Aí elas falaram que precisava de um exame só, uma transvaginal e... levando esse exame, mais R\$ 2.100, porque eu já tava na nona semana. (Gardênia, 13/10/2015)

O valor cobrado indica que a clínica era de alto padrão. Para Gardênia, fazer o aborto naquele local foi muito simples e rápido:

Daí eu fui lá, no dia combinado, era umas quatro horas da tarde. Assim, essa minha amiga me deixou lá na frente e foi embora, porque eles não deixam ninguém entrar, ficar lá. Essa clínica era, aparentemente, assim muito higiênica, muito... uma clínica bem estruturada, sabe? E só tinha mulheres, no momento que eu tava lá e que eu não tava com anestesia, só tinha mulheres enfermeiras e tal. E eu cheguei, enfim, entreguei o exame, fiz o pagamento. Aí eu subi numas escadinhas lá, tomei a anestesia e em quarenta minutos eu já tava indo pra casa. Foi muito mais prático do que arrancar um dente, do que fazer qualquer coisa no dentista. (Gardênia, 13/10/2015)

Os relatos mostraram que o tipo de experiência vivida pelas mulheres nas clínicas clandestinas pode ser rápida, segura e, às vezes, até mesmo tranquila, se a/o profissional que fizer o procedimento for capacitada/o e o local onde é feito o aborto obedecer às condições devidas condições sanitárias. Para isso, os valores cobrados são altos e muitas mulheres não conseguem pagar por um procedimento qualificado.

Em certas situações, as mulheres não encontram muitas opções de clínicas e fazem o aborto em qualquer local que ofereça o serviço, mesmo que esse seja um espaço improvisado.

3.6 Corpo feminino, espaço contestado: a decisão e a lei

“Nada mais arcaico hoje do que reduzir uma mulher à maternidade. E reduzir a maternidade às mulheres”.
Eliane Brum (2016)

Diante da descoberta de uma gravidez inesperada, as mulheres se deparam com a questão de mantê-la ou interrompê-la. Algumas entrevistadas dizem ter decidido imediatamente que interromperiam, outras contam que a decisão foi tomada com o parceiro, contra ele ou, ainda, em função da escolha dele pelo aborto. Assim, a decisão de interromper a gravidez pode partir da própria mulher, do seu parceiro ou ser de comum acordo. Essa decisão envolve questões subjetivas, como o momento e a situação que a mulher e o parceiro estão vivendo, seus planos futuros e seus ideais de maternidade / paternidade.

Gardênia e Hortênsia contam que a decisão de interromper a gravidez indesejada foi imediata, tanto por parte delas quanto dos respectivos namorados. Gardênia alega que, por razões financeiras, ela e o companheiro não poderiam constituir uma família naquele momento de suas vidas. Hortênsia diz que tinha outros planos para a seu futuro, assim como o seu então namorado. Tulipa, por sua vez, lembra que a decisão de abortar partiu, em primeiro lugar, do seu ex-namorado. Ela diz que teve pouco tempo para pensar:

Foi num momento bem complicado, que era uma fase que eu estava me formando. E então foi uma mistura de sentimentos. Foi uma coisa muito marcante. Eu namorava na época, cheguei a levar esse assunto pro namorado, e na mesma hora a resposta que eu tive é: “Então tira!” Então isso foi um baque pra mim, porque foi uma coisa que eu vi que ele nem cogitou. Eu tinha dúvida. E eu vi que eu ia ta sozinha na barca, então... meu Deus, o que que eu faço agora? Eu tive que decidir em três dias. E foi o que aconteceu. (Tulipa, 16/03/2015)

Além disso, Tulipa afirma que acabou decidindo interromper a gravidez porque não quis assumir a responsabilidade sozinha, já que o parceiro tinha deixado claro que preferia o aborto.

Eu não sei, mas eu acho que se eu tivesse o apoio [do namorado], de repente, eu não sei se eu não teria levado adiante. Porque eu fiquei com muita insegurança na questão de como fazer. E eu não queria tá sozinha nessa, entendeu? (Tulipa, 16/03/2015)

Bromélia também afirmou que a decisão de abortar partiu do seu namorado na época, mas que ela acabou concordando com ele. Ela sabia que o parceiro não queria ter filhos e, por isso, o casal usava preservativos. Como o método falhou, o parceiro disse que estava totalmente disposto a assumir a paternidade caso ela decidisse prosseguir com a gravidez, mas deixou claro que preferia o aborto. Entre ele e “a criança”, Bromélia disse que optou por ficar com o companheiro, mas pondera: *“Se naquele momento ele tivesse falado pra mim: ‘Eu fico com você e com a criança’, eu não teria feito o aborto”*.

Bromélia segue contando como foram contraditórios seus sentimentos a respeito da maternidade, no momento em que recebeu a confirmação da gravidez de 6 semanas, por telefone:

E eu lembro até hoje que a moça [do laboratório onde fez o exame] falou assim: “Parabéns, você tá grávida!” E aquele parabéns parece que desmontou meu mundo, porque era assustador demais estar grávida, mas ao mesmo tempo, eu tava grávida do homem que eu amava! Eu queria a gravidez, mas eu não queria a gravidez naquele momento. Eu sempre quis ser mãe! (Bromélia, 02/05/2016)

No entanto, ela demonstra que, em função de seus planos futuros, acabou concordando com o parceiro e optando pelo aborto. Fica explícito em sua fala o quanto a experiência foi compartilhada pelo casal: *“A minha vida profissional também tinha um peso muito grande, e aí eu achei que a gente tinha que fazer o aborto, né? Eu concordei com ele. E a gente fez esse aborto dia 15 de janeiro de 2001”*.

Bromélia lembra como foi a noite anterior ao aborto, na qual se comunicou com a “criança”:

Lembro que aquela noite eu passei mal, porque eu sabia que na manhã seguinte ia acontecer. Fiquei ruim, triste... E eu pedi praquela criança que desse um tempo, que esperasse, que dali a uns dez anos voltasse. Eu falei que eu queria aquela criança, mas que naquele momento eu não podia e tinha que ser dali dez anos. E fui pra Curitiba. (Bromélia, 02/05/2016)

Segundo Bromélia, dez anos depois, já com uma filha, ela engravidou outra vez sem querer e só veio a descobrir a gestação bastante avançada, depois do sexto mês. Hoje, ela conta emocionada que seu filho mais novo veio ao mundo

cumprindo a promessa feita àquele “punhadinho de células” que não chegou a nascer.

Rosa conta que seu parceiro, ao contrário dela, não queria o aborto. Ela considerou que isso foi ruim, mas manteve-se firme na decisão, por meio do que chamou de “*malabarismos emocionais*”. A entrevistada relata:

Eu abri a situação pra ele, mas já posicionando. Eu não vou ter. Eu vou abortar. Você não tem que responder sobre isso, né? Isso é uma coisa minha, a criação sempre, acaba sendo a maior parte, minha. Ele se dispôs, ele falou ainda: ‘Se você quiser, eu até gostaria’. E foi ruim, né? Esse posicionamento foi ruim. (Rosa, 05/09/2015)

Violeta também fez o aborto contra a vontade do parceiro, porque não queria ser mãe naquele momento. Seu relato mostra que a decisão de interromper a gravidez trouxe desavenças para a relação:

Ele [o parceiro] não acreditou, disse que era pra eu fazer outro teste. E eu também pensei tomara que tenha dado errado esse aí! Mas ele ficou meio assim, encheu o saco, depois ele ficou com aquele papo de que ele não teve poder nenhum pra decidir nada. E eu falei que nunca pensei em ter um filho, ainda mais nessa idade. E sei que conscientemente, não fiz pra isso acontecer. Mas agora que eu fiz, eu não vou ficar de mimimi, entendeu? Nunca pensei. Agora sei lá, paciência. (Violeta, 21/08/2016)

A entrevistada prossegue:

Ele cogitou ter o filho. Eu era piá pra tudo, mas pra ser mãe não era, porque o cara queria ter um filho. Daí a gente discutiu e ele mandou eu guardar meu discurso pras pessoas da UFRGS! [risos] E o cara não entende porque eu não quero falar com ele... (Violeta, 21/08/2016)

Margarida não cogitou prosseguir com a gravidez, também, em função do parceiro:

Não cogitei a hipótese de ter. Não queria por *n* motivos, pela questão da minha vida pessoal, individual e de não querer a maternidade nesse momento. E também pelo menino [o parceiro]... Jamais quero ter um filho com esse cara! Não quero ter vínculo com essa pessoa. Por mim e pela relação. Nada fazia sentido em ter aquele filho (Margarida, 24/08/2016).

A entrevistada prossegue, dizendo que ainda não decidiu se quer mesmo ser mãe:

Eu pretendo outras coisas da vida. Hoje em dia eu nem sei se um dia eu vou ter, não é uma meta pra mim, mas hoje eu já penso diferente, que pode até ser uma experiência interessante... Acho que realmente a gente tem autonomia sobre a vida, ou sobre a nossa, no mínimo (Margarida, 24/08/2016).

Rosa afirma que não se arrepende do aborto, apesar das dificuldades que enfrentou, e que não pensa em ser mãe porque

[...] tem a questão do tempo. A questão da maternidade passa pela mãe abrir mão de uma boa parte do tempo dela em função do filho. Eu não tinha essa disponibilidade, nem vontade. Eu não tenho essa coisa de vontade de ser mãe. Não tenho. Até hoje não tenho. E não me arrependo. E acho que o acesso a informação poderia ter tornado esse processo até mais tranquilo. Porque eu tentei antes chás, às vezes até meio passava mal... tomava um tanto assim e nada acontecia e aquilo meio que me fazia passar mal e eu ficava insegura. Essa insegurança de não saber se eu tava fazendo a coisa certa, não na questão ética, mas a coisa certa na questão da saúde. A falta de acesso à informação foi muito negativa. (Rosa, 05/09/2015)

Dália diz que, na época em que abortou, ainda tinha a maternidade entre seus projetos de vida, mas que aquele, definitivamente, não era um bom momento para ser mãe porque ela pretendia estudar, se formar e arrumar um bom emprego. Hoje, Dália diz que sua situação é inversa. Estabilizada no trabalho e realizada com a profissão, ela considera que esse até seria um bom momento para ter um/a filho/a, mas que não tem mais esse desejo. Ela prefere cuidar de sobrinhas e sobrinhos.

Assim, algumas mulheres abortam porque não querem ser mães, outras abortam sem ter uma posição bem definida quanto à maternidade. Há ainda aquelas que querem ser ou já são mães e, em determinada situação, precisam abortar também. Isso fica evidente porque o desejo de maternidade de uma mulher pode não se manter o mesmo durante a vida inteira.

Ainda nesse sentido, a fala de Hortênsia também demonstra como a vontade de ser mãe pode mudar conforme a fase da vida da mulher. Ela diz: “*Eu nem cogitei ficar com a criança. Porque na época eu era bem militante, já tinha uma vida muito atarefada, sabe? Era bem evidente isso pra mim*” (Hortênsia, 22/10/2015). Na sequência, ela relata:

[...] outra coisa louca é que eu fui fazer aquela tal de ecografia transvaginal e eu comecei a ouvir o coração do bebê, aquele tum tum tum tum... E o médico: “Olha, o coraçãozinho!” e eu “Ah, tá”. Aí recebi um papel com o formato do feto... e eu passei um mês, foi o período de ouvir o coraçãozinho e eu fazer. Aí começaram vários pensamentos na minha cabeça. Eu nunca tive dúvida, nunca me veio dúvida nenhuma de tirar ou não, isso nunca foi uma dúvida, só que eu saí da gravidez, quer dizer, do aborto com a sensação de que eu, com certeza, teria um filho. Hoje eu já acho que não, mas antes sim, lá naquela hora eu pensei, bah, com certeza eu vou ter um filho. (Hortênsia, 22/10/2015)

Violeta também comenta que a experiência a fez cogitar a possibilidade de um dia ser mãe, apesar de considerar que ainda é cedo para isso:

Vou te dizer, Meri, que eu comecei a pensar que ser mãe não é uma coisa tão absurda assim! Mas eu sei que é uma coisa que agora não, de jeito nenhum. Mas a partir disso, eu passei a pensar em ter filho, tá ligada? Que um dia eu possa ter filhos. Não to fantasiando, nem nada assim “quero ser mãe”, mas eu pensei que existe essa possibilidade também, mas com certeza não agora... Eu sou só uma latino-americana, de 24 anos, sem pai nem mãe, tentando acabar uma graduação! Eu sei que eu não to desamparada, mas eu não tenho condição nenhuma de ter filhos porque não tá nos meus planos, mas é louco isso, cara! Depois disso eu fiquei pensando que eu realmente podia ser mãe um dia... (Violeta, 21/08/2016)

Gardênia comenta que, por ela, até “[...] *gostaria de ser mãe. Acho que um dia, talvez*”. Mas esse não é um plano a curto prazo.

Mesmo afirmando que fez a coisa certa, Tulipa mostra um certo conflito interno com a questão:

Eu sei que eu fiz muitas coisas que eu não faria se eu tivesse escolhido ser mãe, naquele momento. Então eu agradeço pelas oportunidades que eu tive em função dessa decisão, entendeu? Seria tudo diferente, mas eu tenho certeza de que seria bom também. [...] É uma coisa assim que... cara, é muito louco! Porque não tem como dizer se eu me arrependo ou não. Eu penso assim, eu fiz porque achei que era melhor, porque tava no início da minha carreira, tava recém me formando, tava tendo outras possibilidades no trabalho. Eu fui pela via, digamos, naquela hora, mais fácil, e mais coerente com a minha perspectiva das experiências que eu viria a ter, naquela fase da minha vida. Eu fui coerente também, por um lado, mas eu sempre tive aquela coisa de quero ser mãe. E que hoje eu já não sei também, entendeu? (Tulipa, 16/03/2015)

Tulipa diz que não abortaria outra vez, caso engravidasse inesperadamente, agora que está casada:

Hoje eu não teria dúvida, não ia tirar. Teria até o fim a gravidez. Porque eu to em outra fase da minha vida, uma outra idade, já fiz bastante coisa, tipo hoje me agradaria muito a maternidade. No caso, se acontecesse, ia ser muito mais tranquilo, no sentido de aceitar a situação, por estabilidade e tudo o mais. É outro momento. Então eu não faria novamente. (Tulipa, 16/03/2015)

Gérbera, por sua vez, diz que não pensa em engravidar porque já considera como sua a filha do marido.

Nesse sentido, é possível afirmar que o aborto é uma estratégia feminina para postergar ou evitar a maternidade, mas não pode ser considerado a “antítese” dela, como era no passado (PRIORE, 2004). Percebe-se que são muitas as razões

apresentadas pelas mulheres para não prosseguir com uma gravidez indesejada. Alguns argumentos se repetiram nas falas das entrevistadas, como a preocupação com seu futuro profissional e com os custos financeiros implicados na criação de uma criança. Em linhas gerais, as entrevistadas afirmaram que decidiram abortar porque tinham consciência da responsabilidade e das dificuldades da maternidade, entre outros motivos.

Os relatos mostram também que esse assunto é muito íntimo e, geralmente, apenas poucas pessoas ficam sabendo da gravidez indesejada e do aborto provocado, como no caso de Tulipa, por exemplo:

[...] Até hoje, ninguém sabe. Minha irmã ficou sabendo um tempo atrás e eu falei que não ia mais tocar no assunto. Eu falei, tipo, a gente foi tomar uma ceva e quando vi eu falei e... não devia ter falado. Mas aí nunca mais falei no assunto e ela me respeitou. Nunca tocamos mais nesse assunto. (Tulipa, 16/03/2015)

Rosa afirma que só ela e seu namorado souberam da gravidez e do aborto. O aborto era “[...] *uma coisa que eu não podia abrir, absolutamente, com a minha família. A minha família jamais daria apoio pra qualquer situação assim*”.

Hortênsia diz que também manteve o assunto em segredo, mas que ao falar de sua experiência com a mãe e a irmã, pessoas que se posicionavam contrárias ao aborto, ela encontrou acolhimento e compreensão, chegando a mudar suas opiniões.

Eu não contei nada pra minha família, nada. Só eu, meu namorado e alguns amigos próximos sabiam disso. Porque a minha mãe e a minha irmã são extremamente contra o aborto e falavam isso aos quatros ventos. Só depois de 1 ano que eu contei. E daí que elas começaram a “virar”, hoje elas são super feministas e defendem o aborto abertamente, porque elas souberam da minha experiência, eu contei. Só que antes eu não contei, foi assim meio solitário. Meu namorado queria contar pra mãe dele e eu falei que não, isso era minha decisão, meu corpo e se contar pras pessoas elas vão querer me influenciar e vai ser uma dor de cabeça, vão ficar no meu ouvido, então eu não queria ninguém no meu ouvido. Só contei pras pessoas que iam concordar comigo e fiz tudo que tinha que fazer. (Hortênsia, 22/10/2015)

Os depoimentos demonstram que as mulheres, muitas vezes, passam pela experiência de aborto sozinhas, com medo de sofrer críticas da família e da sua rede de amizades.

Algumas entrevistadas comentaram também a respeito das mortes que aparecem com frequência na mídia relacionadas ao aborto inseguro no país,

afirmando que tiveram medo de morrer. Elas relataram o medo de ser presas (comprando o medicamento ilegal e, principalmente, caso precisassem procurar um hospital, onde poderiam ser denunciadas para a polícia), mas a criminalização do aborto, ao contrário da insegurança da prática, parece não ter pesado na decisão.

Rosa afirmou que teve medo de precisar procurar um hospital em função da ilegalidade da prática:

Tinha conhecimento que era ilegal e que eu até poderia ser presa, eventualmente. Por conta disso, esse foi um dos fatores também pra eu ter feito um preparo psicológico pra não precisar ir pro hospital, né? Aguentar a hemorragia até o ponto que realmente começasse a afetar, me dar muita fraqueza ou uma coisa do tipo. (Rosa, 05/09/2015)

Violeta afirma que, em nenhum momento, a ilegalidade fez com que ela pensasse em não abortar, mas fala como se sentiu – e a sensação de espaço que teve – quando foi comprar o medicamento ilegal:

Bah, me senti uma fora da lei! [risos] Na real, não sei dizer. Foi muito louco porque eu não achei que fosse ser tão rápido. Aconteceu tudo muito rápido. A gente chegou [no Camelódromo], foi até o final, voltou, deu 10 minutos toda a transação... mas totalmente me sentindo num território sem lei. (Violeta, 21/08/2016)

Dália ficou surpresa com a quantidade de mulheres que estavam na mesma situação que ela, e disse que o clima no local era de tensão por causa da ilegalidade.

Tinha mulheres ali que já era a terceira [vez que abortava]! Tinha uma que eu tive ainda tempo de conversar, porque ela era a primeira e eu fui a segunda dessa fila de não sei quantas mulheres. E eu perguntei pra ela... todo mundo com cara muito de apavorada, assim, como se tivesse... na verdade não deixa de ser um crime pela legislação que a gente tem. Então tu se sente meio que marginal ali dentro, né? E todo mundo se cuidando de todo mundo ali, sabe? Todo mundo apavorado pela situação que vai passar também, mas eu vi que assim, tinha mulheres que já eram frequentes ali. Essa que eu conversei, já era a segunda vez que ela tava fazendo aborto ali. (Dália, 18/05/2016)

Na fala de Bromélia pode-se perceber a associação do sofrimento à ilegalidade da prática: *“De certa forma, até a criminalização, ela ajuda nessa dor, porque eu me senti uma bandida!”*.

Tulipa fala a respeito da ilegalidade da prática, dizendo como se sentiu fazendo o aborto:

Não concordo com a proibição do aborto. Não concordo porque, como dizem, é uma verdade, isso existe, isso é uma realidade no

nosso país e em diversos países, e as pessoas acabam perdendo vidas por uma loucura. Porque, querendo ou não, é um embrião que tá ali, sim é uma vida. A vida começa a partir dali, mas querendo ou não, a gente tá vivo, e a gente precisa tomar algumas decisões em alguns momentos que, naquela hora acha que é certo, e depois a gente vê o que que vai ser. Mas eu acho que é um horror as pessoas morrerem por isso ser ilegal. [...] Como eu fiz numa clínica, fiz num lugar que, sei lá se é seguro ou não, mas dizem que, aparentemente, a clínica é um pouco mais segura do que fazer em casa, eu entendo que eu teria feito a mesma coisa, e a minha culpa teria sido exatamente igual. Quer dizer, não é culpa, é... existe a culpa que eu falei, ato falho. Essa questão da decisão, não sei se foi a mais certa ou a mais errada, eu não sei. Seria a mesma, porque onde me pega, é a questão de eu ter interrompido. Não é a questão de ser legal ou de ser ilegal. (Tulipa, 16/03/2015)

Para Gérbera, proibição não interferiu na sua experiência de aborto porque *“[...] foi fácil, no mesmo dia a gente já conseguiu contato. Ela [a sogra] também, já conseguiu o remédio, se não foi numa farmácia, foi na segunda. Então tá pra quem quiser fazer, né?”*

Algumas entrevistadas mostraram-se completamente tranquilas com a decisão, enquanto outras demonstraram carregar certos sentimentos de culpa.

Margarida diz que não se arrepende do aborto, mas que a experiência marcou sua história porque levantou a questão da origem da vida e da possibilidade de uma nascer uma nova, a partir de seu corpo:

A parte física eu tava mais preocupada, mas a psicológica eu não tinha parado pra pensar. Hoje em dia eu percebo que realmente, por mais que não seja tão racional, faz diferença. Fica. É meio tosco, de repente, mas essas coisinhas enquanto mulher, mesmo. E não é por moralismo nem nada. Cristianismo muito menos. Mas é bizarro, realmente toca e acho que é meio impossível de não tocar. Sei lá, acho que todo mundo tem um instintinho maternal a certos níveis. Nada assim de tão dramático, mas fica. Não tem como passar por isso e nada ficar marcado, como se nada tivesse acontecido. Impossível. Por mais que eu esteja bem de boa com isso, hoje eu vejo mais claramente que realmente que ficaram algumas coisas. Mas na hora não pensei sobre isso, não notei de imediato... É todo um processo que acontece todo dentro de ti que tu sente, né? Ainda mais eu, que comecei a sentir logo de início as mudanças. E tu começa a questionar umas coisinhas... Tem um grão de arroz aqui dentro que pode virar uma pessoa! Que absurdo! Como isso acontece assim? Mas não o fato de tirar uma vida, nada perto disso. É só o fato de estar dentro de ti, teu corpo tá no processo, por menor tempo que seja, tá se adaptando... Outra pira da vida é pensar, nossa, eu poderia ter tido um filho em tal momento. Como seria? E isso não é nem um sentimento de remorso, nada do tipo. É pensar a vida (Margarida, 24/08/2016).

Perguntei se a prática de aborto tinha, de alguma forma, sido traumática para.

Elas responderam:

A minha irresponsabilidade é um trauma pra mim! [risos] E continua sendo até hoje, mas o ato em si não é traumático. Ele é muito forte... pra mim não foi traumático, eu não acho. Achei denso, realmente... mas supera. Eu acho que já passei por coisa pior, sei lá. (Violeta, 21/08/2016)

Depois [do aborto] eu me senti aliviada. Eu nunca senti culpa de ter feito, porque eu tinha certeza de que eu não queria. Não dá pra dizer que foi uma coisa traumatizante, porque se eu penso, assim... ah, às vezes, parece que nem aconteceu, sabe? (Gérbera, 17/06/2016)

Dália pondera que o aborto

[...] não é uma coisa que te deixa feliz. Óbvio que não! Posso te dizer que assim eu nunca me arrependi, nunca, em nenhum momento eu me arrependi disso. E daí as pessoas também tentam colocar 'Ah, mas como assim, tu vai tirar essa criança? O teu espírito não vai dormir mais'. Porque daí as pessoas apelam, né? Nunca! Eu nunca deitei a minha cabeça no travesseiro e pensei meu Deus, tirei um filho meu. Nunca! Nunca porque foi uma coisa muito decidida, que eu não queria ter e achava que aquilo seria bom pra mim, seria bom pra criança, porque eu não seria uma boa mãe naquele momento. Não seria a mãe dedicada que eu sempre quis ser pra criança. Com certeza, jogaria minhas frustrações, de alguma coisa que não desse certo na minha vida, em cima daquela gravidez indesejada. E toquei a vida assim. Claro que procurei fazer com que isso não acontecesse mais, porque também acho que isso não é uma pílula, né? Tu não pode banalizar essa coisa assim, de ah tá, aconteceu... até porque não deixa de ser uma cirurgia, não deixa de ser uma invasão ao teu corpo, né? Antes de qualquer coisa, antes de tu tirar essa criança, de tu tirar esse feto, tu também tá agredindo o teu corpo. Então, assim, não aconselho. (Dália, 18/05/2016)

Bromélia afirma que o aborto não pode ser comparado a nenhuma outra intervenção corporal e que a dor dessa experiência a marcou profundamente, apesar de também não se mostrar arrependida pela decisão:

Eu queria porque eu queria fazer o ultrassom, porque eu queria escutar o coração da criança... né? E aí eu fiz. Ele [o parceiro] pagou o ultrassom, me levou, eu fiz o ultrassom e foi muito emocionante, sabe? Porque eu tava fazendo aquele ultrassom e eu sabia que aquela criança, que aquele coração e que aquela batida que o médico fazia questão que eu ouvisse, que aquilo não ia sobreviver, porque a decisão já tava tomada. Mas eu queria ter aquela lembrança do meu filho... e aí... mas é a primeira vez que eu falo sobre isso, me emocionei agora! Mas não é uma emoção de arrependimento, é uma emoção de... saudade! De saudade e de pensar em tudo que poderia ter sido e não foi, né? Tudo, toda uma série, toda uma vida diferente que podia ter sido e não foi. Mas eu não me arrependo da escolha. Eu acho assim que o aborto é uma dor que a gente aprende a conviver. Tirar um filho, tirar um feto, tirar

um punhadinho de célula, não é a mesma coisa que tirar um dente do siso. Então marca, marcou pra sempre, é uma dor que tá aqui. (Bromélia, 02/05/2016)

Para Gardênia, a prática de aborto está associada à autonomia, mas também à responsabilidade. Ela desenvolve a ideia:

Acho que não é uma autonomia absoluta, acho que é sempre mediada. Quando a gente decide fazer alguma coisa, nossas escolhas estão muitas vezes dentro de padrões. E autonomia não só no sentido de “eu faço o que eu quiser como o meu corpo porque o corpo é meu”, sabe? Eu acho que tem a ver com outras coisas também. Acho que é uma responsabilidade, né? Porque quando a gente pensa no Estado acompanhando, a gente não quer só que o Estado descriminalize, legalize. Eu, pelo menos, acho que não basta fazer isso. [...] Eu acredito numa coisa acompanhada mesmo, que tu possa conversar com alguém sobre isso, com uma pessoa que trabalha, é especializada nisso, que já viu isso acontecendo e que vai te orientar. E pra ti ter essa noção de que é uma autonomia, mas que a pessoa sempre tem que ter ideia do que está fazendo. Até porque é um risco também e que, no fim, é só tu vai correr. Porque mesmo que teu companheiro diga que a decisão é tua, se der uma merda, é tu quem paga por isso, seja com a vida, enfim... acaba pagando por isso. Então não pode ser só uma responsabilidade da mulher, é da sociedade mesmo. (Gardênia, 13/10/2015)

A fala de Gardênia expressa um posicionamento feminista, ainda que ela não tenha usado o termo. Rosa também faz sua crítica, mas direcionada à Igreja, quando conta mais de sua história:

E é muito importante de pontuar que na época não tinha todo esse acesso à internet. Eu tinha acesso à internet em universidade. O pouco que eu podia pesquisar era por lá. E não existia absolutamente qualquer material sobre isso que não fosse duvidoso, condenando absurdamente. Então tudo que eu ia pesquisar era permeado por um julgamento moral muito forte da Igreja. E eu sabia que isso não me afetava. Nesse ponto eu já tinha uma concepção bem firme até mesmo da opressão que a Igreja imprime na vida das pessoas. É uma tentativa de controle, né? (Rosa, 05/09/2015)

Os trechos acima demonstram ainda a dificuldade que nós mulheres temos em lidar com a maternidade, as contradições, as imposições, as coerções sociais legitimadas a todo momento e, muitas vezes, impostas como sendo naturais, como se tivéssemos nascido para sermos mães, não temos o direito da escolha, nossos territórios corporais não sendo completamente nossos, pertencendo ao Estado, antes de nós mesmas. É necessário ainda quebrar esses tabus e para que as mulheres possam se apropriar de seus corpos.

Nas narrativas sobre a prática do aborto pode-se verificar alguns aspectos importantes para que as mulheres, nos dias de hoje, possam ter acesso à informação sobre como realizar o procedimento. O primeiro deles é o papel da internet, fundamental para a busca de informações sobre medicamentos, para acessar rede de mulheres que possam orientar e acolher as dúvidas, para obter informações sobre a localização de clínicas e sobre os riscos envolvidos na prática. É nos *sites* de movimentos sociais feministas ou de ONGs nacionais e internacionais que muitas mulheres encontram acolhimento e orientações para a concretização do aborto. A internet abriu caminhos para as mulheres esclarecerem suas dúvidas, anseios, inseguranças, possibilitando que o aborto seja realizado com menos insegurança.

Outro aspecto relevante para a existência das clínicas clandestinas são as redes acessadas pelas mulheres – sejam elas virtuais ou de mulheres que já realizaram aborto – que sabem os locais onde estão elas estão presentes. Esse “boca à boca” é um trunfo dos negócios clandestinos, mesmo que tudo ocorra à “boca pequena”. Alguma amiga, irmã, prima, tia, colega, vizinha, alguma conhecida certamente já viveu a experiência: isso é o que mostram as pesquisas e as entrevistadas confirmaram. É assim que, com frequência, se chega às clínicas clandestinas ou ao medicamento ilegal.

Cabe destacar, no entanto, que o acesso às clínicas tem um recorte socioeconômico, pois os preços cobrados são geralmente altos, em torno de três salários mínimos, sendo muitas vezes necessário pagar à vista. Os valores também estão diretamente relacionados com a infraestrutura oferecida no local, a higiene e qualificação das/dos provedoras/es do aborto, itens que implicam diretamente nos riscos à vida das mulheres e à sua segurança.

A partir da análise das práticas estudadas, podemos afirmar a existência da territorialidade do aborto nas cidades brasileiras, materializada no espaço urbano, nos pontos de venda do medicamento e nas clínicas clandestinas. As mulheres que optam pelo aborto precisam percorrer estes trajetos na cidade para fazer o procedimento. Essas territorialidades são, portanto, fluídas – tanto no caso dos camelôs, como no das clínicas que, muitas vezes, mudam de lugar para não serem descobertas pela polícia. Essa fluidez de territorialidades está relacionada diretamente com as biopolíticas empregadas pelo Estado brasileiro, o poder

exercido através da coerção, punição, prisão e criminalização das mulheres brasileiras por fazerem um aborto.

Pode-se ressaltar que, nas narrativas sobre as experiências de aborto, as mulheres referem-se a múltiplas escalas, quando falam sobre o que se passou *dentro* do corpo ou *com* o seu corpo, e sobre seu “mundo ao redor”, das relações íntimas, amorosas e/ou sexuais, da vida pessoal e das relações familiares mais próximas. Referem-se ao cotidiano e à situação ou posição em que se encontravam no momento em que engravidaram sem querer.

Especialmente ao narrar a descoberta da gravidez, as entrevistadas referem-se ao próprio corpo e às pistas que ele dá: o atraso no ciclo menstrual, o inchaço dos seios, os enjoos, o aumento de peso... Geralmente, as mulheres percebem as mudanças nos seus corpos indicando a gravidez mesmo antes de fazer qualquer tipo de teste – que acaba servindo apenas “para comprovar”. Elas conhecem seus territórios corporais, com sua “topografia”, suas “marés”, suas “erupções”.

Independentemente do local onde é realizado o aborto, seja em casa ou em uma clínica, no Brasil ou em qualquer outra parte do mundo, a resposta mais precisa para a questão “onde acontece o aborto?” é, definitivamente, “no corpo da mulher”. Na espécie humana, o corpo da fêmea é o lugar da experiência e da prática da gestação. É, portanto, esse o corpo que deve ter o poder de decidir se quer ou não prosseguir com gravidez. É dentro desse corpo que um outro ser poderá se desenvolver, mas apenas se o primeiro estiver de acordo e desejar que isso aconteça, caso contrário a maternidade é compulsória. Nós, mulheres, não somos “hospedeiras”; nossos corpos não são fábricas de “homens”, não devem servir à pátria como repositores de população.

Relações de poder, submissão ou resistência apareceram ao longo do trabalho e foram confirmadas nas narrativas das entrevistadas, especialmente quando se referem à lei restritiva ao aborto e à maternidade ou, mais especificamente, à decisão de abortar. Assim, o título dessa seção remeteu ao livro de Brown (2013), *Contested Spaces*. Conforme já havia sido comentado no Capítulo 1, a autora não fala do corpo feminino como uma escala mas, a partir do que foi exposto na seção 2.3 – *Mulheres e território corporal* e com base na análise das entrevistas, o espaço corporal das mulheres é historicamente contestado pela Igreja, pelo Estado e pelo poder patriarcal em diferentes esferas da vida cotidiana. No entanto, os argumentos expostos nos capítulos anteriores sobre as lutas femininas

contra a dominação masculina, somados aos relatos das entrevistadas, mostram que a mulher que aborta de acordo com a lei e, especialmente, fora dela, faz do seu corpo uma escala de resistência, ou um espaço contestado por ela mesma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Que nada nos defina, que nada nos sujeite. Que a liberdade seja a nossa própria substância.”
Simone de Beauvoir (1967)

Encerrar um trabalho é sempre complicado, é preciso lidar com o desejo de fazer mais e melhor, com as intenções que não se concretizaram, com os dados que foram coletados e que, por questões de temporalidade, foram deixados de lado... É preciso aceitar que o trabalho não acaba, ele é encerrado, é interrompido, sendo necessário despedir-se dele mesmo não querendo deixa-lo ir. O fim também traz o alívio de concluir uma etapa solitária, tortuosa e cheia de dúvidas. Aprendi, no processo dessa pesquisa, com meus erros e limitações.

Fazendo uma retomada do que foi visto, o primeiro capítulo trouxe os referenciais teórico-metodológicos escolhidos para o desenvolvimento dessa pesquisa. A questão do aborto provocado foi situada no âmbito mais amplo das questões de gênero e da maternidade, exploradas pelas correntes feministas da Geografia. Foram discutidas a construção social da escala geográfica e as possibilidades do uso desse conceito em conjunto com outros como, por exemplo, o de espaço, que também foi fundamental ao longo da argumentação.

Compreendendo o caráter relacional, múltiplo e aberto do espaço, abraçamos novas imaginações geográficas que permitem pensar o corpo como nossa geografia mais próxima, a última fronteira do sujeito, um lugar privilegiado ou, ainda, um território íntimo. O conceito de território em diferentes escalas também foi muito importante para o desenvolvimento do estudo – assim como os de biopolítica e heterotopia, que foram explorados nesse capítulo – e a compreensão de que a prática e os locais do aborto variam conforme normas territoriais.

No segundo capítulo, as práticas de aborto foram analisadas sob uma perspectiva escalar. Apresentei estudos que mostram que o Brasil figura entre os países que têm legislações mais restritivas, e que, mesmo assim, esses locais têm altas taxas de aborto e de mortalidade relacionada à insegurança dos procedimentos feitos na clandestinidade. Para tanto, parti de uma análise da situação do país no contexto global das biopolíticas de aborto, com base em documentos da OMS, apresentando ainda um breve histórico da proibição do aborto no Brasil, para

demonstrar que o controle dos corpos e da sexualidade das mulheres tem sido uma estratégia de governo da população, com as mais diversas finalidades.

Ainda no segundo capítulo, abordei as dificuldades que as mulheres brasileiras encontram para ter acesso ao aborto previsto em lei, em função do limitado número destes serviços e da sua má distribuição no território nacional. Por meio de notícias veiculadas pela grande mídia, explorei também o combate institucional ao aborto ilegal, evidenciando as condições de insegurança as quais as mulheres são expostas nas clínicas clandestinas, assim como o mercado paralelo do Cytotec. Por fim, procurei demonstrar como tem sido a atuação dos movimentos feministas na luta pela descriminalização do aborto no país, que também representa uma luta pela autonomia de nossos territórios corporais e por espaços adequados para a prática do aborto seguro.

No terceiro e último capítulo, sobre o aborto na escala do corpo, tratei da carga política contida no ato de quebrar o silêncio e falar de uma experiência pessoal de aborto, no sentido de colocar o assunto em pauta, com o objetivo de reduzir o estigma sobre esta prática. Assim, apresentei as experiências das nove mulheres entrevistadas, buscando compreender as relações de poder que envolvem a questão, além de evidenciar a relação entre corpo e espaço, no que diz respeito ao aborto. Esperando, com esta pesquisa, ter também contribuído para consolidar o entendimento de que o corpo pode ser um espaço de dominação, mas, sobretudo, que esta é uma importante escala de resistência.

Os caminhos da pesquisa foram apresentando as seguintes reflexões: Em primeiro lugar, o aborto voluntário é um tema complexo que envolve aspectos culturais, religiosos e morais porque envolve a vida humana. Essa prática corporal feminina ancestral, empregada nos mais diversos tempo-espacos como estratégia de controle da natalidade, pode ser proibida ou mesmo incentivada por políticas de governo que, em geral, levantam polêmicas.

No Brasil, a prática de aborto voluntário é considerada um problema de saúde pública porque a ilegalidade obriga as mulheres a fazerem procedimentos clandestinos e, portanto, inseguros. O aborto voluntário consiste ainda em uma das principais pautas das lutas feministas por direitos sexuais e (não) reprodutivos, desde os anos 1970, contrárias à violência de gênero que representa a criminalização da prática. O aborto voluntário é, em última instância, uma forma de resistência à maternidade compulsória.

O segundo ponto, que levanta a questão das relações entre corpo e espaço a partir da perspectiva escalar das práticas de aborto, foi bastante explorado ao longo dos capítulos. As normas territoriais, evidenciadas por biopolíticas mais ou menos restritivas ao aborto, impedem, dificultam ou facilitam o acesso das mulheres a procedimentos seguros. Consequentemente, o método, o local e a experiência de aborto de cada mulher variam de acordo com as normas vigentes no território. Conforme foi revelado pela pesquisa documental, nos locais onde a prática é permitida, as taxas de morbimortalidade por aborto – e mesmo o número de procedimentos – são menores do que naqueles que o proíbem ou restringem.

Além disso, a análise das entrevistas mostrou que a experiência de um aborto voluntário é também marcada por relações com outras escalas, sejam elas nanoterritoriais, locais, regionais ou internacionais, dependendo de onde e como é feito o procedimento, e dos deslocamentos necessários para esse fim. Ou seja, o(s) lugar(es) envolvido(s) na prática implica(m) diferentes sensações corporais para as mulheres que abortam. Interromper a gravidez em casa, com chás ou medicamentos, não é a mesma coisa que abortar em uma clínica, assim como as experiências nas clínicas podem ser muito diferentes umas das outras (em termos de valores, higiene, atendimento e segurança). Assim, entendo que a abordagem escalar das práticas de aborto voluntário evidenciou complexas relações entre corpo e espaço.

Nesse sentido, o corpo pode se constituir em uma escala de resistência porque, mesmo em um Estado restritivo que criminaliza o aborto, as mulheres subvertem as leis e exercem o poder de serem donas de seus corpos. A resistência, portanto, nem sempre está diretamente relacionada com engajamento em movimentos sociais. Assim, considero que tanto as mulheres que abortam clandestinamente, quanto aquelas que se engajam nas lutas feministas por direitos sexuais e (não) reprodutivos e outras causas fazem de seus corpos espaços de resistência ao poder patriarcal estabelecido.

Espero que esse trabalho incentive outras mulheres a trazerem suas experiências corporais para a Geografia, fazendo sua crítica às injustiças de gênero, sem perder de vista as questões econômicas que também estão envolvidas, e para reforçar a ideia de que o pessoal é político.

REFERÊNCIAS

- ADELMAN, Miriam. **Feminismo, pós-colonialismo e novas narrativas sociológicas**. Seminário Temático Pós-colonialismo, pós-nacionalismo, pós-socialismo: a democracia como suspensão e a demanda por uma nova normalidade. ANPOCS, 2004.
- ANIS, Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (Org.). **Aspectos éticos do atendimento ao aborto legal**: perguntas e respostas. Brasília: LetrasLivres, 2012.
- BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2007.
- BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**: A experiência vivida. 2ª ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1967.
- BRASIL. **Código Penal**. Decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm, acesso em 25 jan. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Aborto e saúde pública no Brasil**: 20 Anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)**. Brasília: SEDH/PR, 2010. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/direito-para-todos/programas/pdfs/programa-nacional-de-direitos-humanos-pndh-3>, acesso em 10 jun. 2016.
- BROWN, Josefina L. **Los derechos (no)reproductivos em Argentina**: encrucijadas teóricas y políticas. Cadernos Pagu, nº 30, jan/jun, 2008.
- BROWN, Lori A. **Contested Spaces**: abortion clinics, women's shelters and hospitals. Farnham: Ashgate, 2013.
- CASTRO, Iná E. **Geografia e política**: território, escalas de ação e instituições. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

CASTRO, Iná E. O problema da escala. In: CASTRO, Iná E. et al.(Orgs.). **Geografia: Conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand, 1995.

COELHO, Edméia. A. et al. **O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde**: determinantes históricos. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 34, nº 1, mar. 2000.

DIMEN, Muriel. Poder, sexualidade e intimidade. In: JAGGAR, Alison M.; BORDO, Susan R. (Orgs.). **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1997.

DINIZ, Débora. **A cada minuto uma mulher faz um aborto no Brasil**. Carta Capital, 05 dez. 2016. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/aborto-a-cada-minuto-uma-mulher-faz-um-aborto-no-brasil>, acesso em 06 dez. 2016.

DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo. **Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, nº 7, p. 1671-1681, jul. 2012. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700002&lng=en&nrm=iso, acesso em 30 jan. 2016.

DINIZ, Débora; MADEIRO, Alberto. **Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, nº 7, jul. 2012. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700018&lng=en&nrm=iso, acesso em 15 mar. 2016.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: **uma pesquisa domiciliar com técnica de urna**. Ciência & Saúde Coletiva, 15 (Supl. 1), 2010. Disponível em: <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/09/PNA.pdf>, acesso em 20 abr. 2015.

DIP, Andrea. **Clandestinas**. Agência Pública, 17 set. 2013. Disponível em: <http://apublica.org/2013/09/um-milhao-de-mulheres/>, acesso em 20 abr. 2016.

DIXON, Deborah P.; JONES III, John P. Feminist geographies of difference, relation, and construction. In: AITKEN, Stuart; VALENTINE, Gill (Orgs.). **Approaches to human geography**. London: SAGE, 2006.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1984.

- FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. 21ª reimpressão. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011.
- FOUCAULT, Michel. **O corpo utópico, as heterotopias**. São Paulo: n-1 Edições, 2013.
- FOUCAULT, Michel. **Segurança, Território, População**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- GALEOTTI, Giulia. **História do aborto**. Lisboa: Ed. 70, 2007.
- GALLI, Maria B.; VIANA, Ana P. **O impacto da ilegalidade do aborto na saúde das mulheres e nos serviços de saúde em cinco estados brasileiros**: subsídios para o debate político. *Fazendo Gênero 9 – Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*, ago. 2010. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278297541_ARQUIVO_OimpactodailegalidadedoabortoBrasilFG10FINAL.pdf, acesso em 29 jan. 2015.
- GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria C. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- GONZAGA, Paula R.; ARAS, Lina M. **Mulheres latino-americanas e a luta por direitos reprodutivos**: o panorama da conjuntura política e legal do aborto nos países da América Latina. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, v.9, nº 2, 2015.
- GRANJEIA, Juliana. **Governo afirma à ONU que aborto clandestino no país é problema de saúde pública**. *O Globo*, 10 mar. 2016. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/sociedade/governo-afirma-onu-que-aborto-clandestino-no-pais-problema-de-saude-publica-15550664>, acesso em 10 mar. 2016.
- GUTTMACHER Institute. **Facts on Induced Abortion Worldwide**. Jan. 2012. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/induced_abortion_2012.pdf?ua=1, acesso em 21 mar. 2016.
- HAESBAERT, Rogério; LIMONAD, Ester. **O território em tempos de globalização**. etc..., espaço, tempo e crítica, v. 1, n. 2(4), ago. 2007. Disponível em: http://www.uff.br/etc/UPLOADS/etc%202007_2_4.pdf, acesso em: 22 mar. 2015.
- HARVEY, David. **Espaços de esperança**. São Paulo: Loyola, 2004.

HEIDRICH, Álvaro L. Espaço e multiterritorialidade entre territórios: reflexões sobre a abordagem territorial. In: PEREIRA, Silvia R.; COSTA, Benhur P.; SOUZA, Edson B. (Orgs.). **Teorias e práticas territoriais**: análises espaço-temporais. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

JANNOTTI, Cláudia B.; SOARES, Gilberta S. Aborto. In: FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth; MENEGHEL, Stela N. **Dicionário Feminino da Infância**: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

LEFBVRE, Henri. **La producción del espacio**. Madrid: Capitán Swing, 2013.

MACIEL, Edgar. **33 mulheres foram presas por aborto em 2014**. Exame, 24 dez. 2014. Disponível em: <http://exame.abril.com.br/brasil/33-mulheres-foram-presas-por-aborto-em-2014/>, acesso em 13 mai. 2015.

MADEIRO, Alberto P.; DINIZ, Debora. **Serviços de aborto legal no Brasil**: um estudo nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2):563-572, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0563.pdf>, acesso em 13 mai. 2015.

MASSEY, Doreen. **Pelo espaço**: uma nova política da espacialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

MASSEY, Doreen; KEYNES, Milton. **Filosofia e política da espacialidade**: algumas considerações. *GEOgraphia*, ano 6, nº 12, 2004.

MASSEY, Doreen. **Space, place and gender**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2001.

McDOWELL, Linda. **Doing gender**: feminism, feminists and research methods in human geography. *Transactions of the Institute of British Geographers*, v. 17, nº 4, 1992.

MEYER, Dagmar E.; SCHWENGBER, Maria S. Gravidez. In: FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth; MENEGHEL, Stela N. **Dicionário Feminino da Infância**: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

NARVAZ, Martha G.; KOLLER, Sílvia H. **Famílias e patriarcado**: da prescrição normativa à subversão criativa. *Psicologia Social*, Porto Alegre, v. 18, n. 1, jan./abr.

de 2006. <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n1/a07v18n1.pdf>, acesso em 28 de abril de 2015.

NETO, Otávio C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria C. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

NUNES, Camila X. **Geografias do Corpo: por uma Geografia da Diferença** (Tese de Doutorado). Porto Alegre: IGEO/UFRGS, 2014.

PARIS, Ginette. **O sacramento do aborto**. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 2000.

PHILIPPI, Jane M. S. Políticas de saúde da mulher no Brasil – história e evolução. In: RIAL, Carmen; PEDRO, Joana M.; AREND, Sílvia M. F. **Diversidades: Dimensões de gênero e sexualidade**. Ilha de Santa Catarina: Mulheres, 2010.

PIMENTEL, Sílvia; VILLELA, Wilza. **Um pouco da história da luta feminista pela descriminalização do aborto no Brasil**. Cienc. Cult., São Paulo, v. 64, nº 2, jun. 2012. Disponível em:

http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252012000200010&lng=en&nrm=iso, acesso em 27 ago. 2016.

POUZA, Anna B.; PESSOA, Gabriela S.; CORTÊZ, Natacha. **Dor em dobro**. Agência Pública. Disponível em: <http://apublica.org/2014/05/dor-em-dobro-2/>, acesso em 26 jan. 2016.

PRIORE, Mary L. **A árvore e o fruto: um breve ensaio histórico sobre o aborto**. **Revista Bioética**, Brasília, v.2, nº1, nov. 2009. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/442/325, acesso em 20 abr. 2015.

ROCHA, Maria I. **A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese**. Revista Brasileira de Estudos de População. São Paulo, v. 23, nº 2, p. 369-374, jul. 2006.

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

RUIBAL, Alba M. **Feminismo frente a fundamentalismos religiosos: mobilização e contramobilização em torno dos direitos reprodutivos na América Latina**. Revista Brasileira de Ciência Política, nº14. Brasília, mai-ago 2014, pp. 111-138.

- SACK, Robert D. **Human territoriality: its theory and history**. Cambridge University Press, 2009.
- SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida: Feminismo e Ciências Sociais**. São Paulo: Editora UNESP, 2004.
- SCOTT, Joan. **A invisibilidade da experiência**. Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História. V. 16, set. 2012. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/11183/8194>, acesso em 20 mar. 2016.
- SILVA, Susana M. V. **Geografia e Gênero / Geografia Feminista – o que é isto?** Boletim Gaúcho de Geografia, n. 23, p. 105-110, 1998. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/bgg/article/view/38385>, acesso em 25 abr. 2015.
- SILVA, Joseli M. Corpo, corporeidade e espaço na análise geográfica. In: HEIDRICH, Álvaro L.; COSTA, Benhur P.; PIRES, Cláudia L. (Orgs.). **Maneiras de ler: geografia e cultura [recurso eletrônico]**. Porto Alegre: Imprensa Livre: Compasso Lugar Cultura, 2013.
- SILVA, Joseli M.; et al. O corpo como elemento das geografias feministas e *queer*: um desafio para a análise no Brasil. In: SILVA, Joseli M.; ORNAT, Márcio J.; CHIMIN JUNIOR, Alides B. (Orgs.). **Geografias malditas: corpos, sexualidades e espaços**. Ponta Grossa: Todapalavra, 2013.
- SILVA, Joseli M.; NABOZNY, Almir; ORNAT, Marcio J. **A visibilidade e a invisibilidade feminina na pesquisa geográfica: uma questão de escolhas metodológicas**. Abordagens geográficas, v. 1, nº 1, out./nov de 2010.
- SILVA, Rebeca S.; FUSCO, Carmen L. Aborto provocado: uma realidade ilegal. In: RIBEIRO, Paula M.; SIMÃO, Andréa B. (Orgs.). **Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. 2ª ed. Belo Horizonte: ABEP: UNFPA, 2009.
- SMITH, Neil. Contornos de uma política espacializada: veículos dos sem-teto e produção de escala geográfica. In: ARANTES, Antônio A. (Org.). **O espaço da diferença**. Campinas, SP: Papyrus, 2000.
- SOUZA, Marcelo L. **Os conceitos fundamentais da pesquisa sócio-espacial**. 2.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2015.
- UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **Abortion policies and reproductive health around the world**. United Nations

publication, 2014. Disponível em:

<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf>, acesso em 23 mar. 2015.

VAZQUEZ, Georgiane G. **Sobre as mulheres e o aborto**: notas sobre leis, medicina e práticas femininas. Revista Latino-americana de Geografia e Gênero. Ponta Grossa, v. 5, nº 2, ago./dez de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Abortion rates drop in more developed regions but fail to improve in developing regions**. 12 mai. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/news/abortion-rates/en/>, acesso em 07 jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Unsafe abortion**: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6ª ed. 2011. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44529/1/9789241501118_eng.pdf, acesso em 07 jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Unsafe abortion incidence and mortality**: global and regional levels in 2008 and trends during 1990–2008. Geneva, 2012.

Disponível em: <http://>

apps.who.int/iris/bitstream/10665/75173/1/WHO_RHR_12.01_eng.pdf, acesso em 07 fev. 2015.

PÁGINAS NA INTERNET:

31ª Bienal de São Paulo: 31bienal.org.br/pt/

Católicas Pelo Direito de Decidir: catolicasonline.org.br

Center for Reproductive Rights: reproductiverights.org

Frente Nacional contra a Criminalização de Mulheres e pela Legalização do Aborto: frentelegalizacaoaborto.wordpress.com

Grupo de Estudos sobre o Aborto (GEA): geasite.com

Marcha Mundial das Mulheres: marchamulheres.wordpress.com

Museum of contraception and abortion: <http://en.muvs.org/>

Rede Feminista de Saúde: redesaude.org.br

Taller Salud: micuerpoterritorioconderechos.wordpress.com

Women on Waves: womenonwaves.org

Women on Web: womenonweb.org

ANEXO A – Roteiro de entrevista semi-estruturada com mulheres que interromperam voluntariamente (pelo menos) uma gravidez, em um contexto de clandestinidade.

1ª Parte: Perfil da entrevistada

- 1.1 Idade atual e na ocasião do aborto;
- 1.2 Cor ou etnia;
- 1.3 Nível de escolaridade;
- 1.4 Estado civil;
- 1.5 Número de filhas/os e de abortos provocados;
- 1.6 Cidade onde reside e onde o aborto foi realizado;
- 1.7 Religião.

2ª Parte: Histórias de aborto provocado

- Gostaria que você contasse sua(s) história(s) de aborto(s) provocado(s), da maneira como lembra dos fatos e dos seus sentimentos, da descoberta da gravidez até o fim.

3ª Parte: Sensações de espaço nas experiências de aborto clandestino

- Como você se sentiu adquirindo o medicamento ilegal e fazendo o procedimento em ambiente doméstico? *ou*
- Como você se sentiu fazendo o aborto em uma clínica?

4ª Parte: Relações de poder em múltiplas escalas

- Como foi decidir abortar? Quem participou da decisão?
- O que significa(va) a maternidade para você?
- Por que escolheu esse método e local para fazer o procedimento?
- Quanto gastou? Quem pagou?
- Em que medida a criminalização dessa prática no Brasil interferiu na sua decisão e/ou na sua experiência de aborto provocado?