



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

PALOMA SILVA SILVEIRA

**EXPERIÊNCIAS DE ABORTOS PROVOCADOS DE MULHERES E HOMENS
DE ESTRATOS SOCIAIS MÉDIOS NO NORDESTE BRASILEIRO**

**SALVADOR
2014**

PALOMA SILVA SILVEIRA

**EXPERIÊNCIAS DE ABORTOS PROVOCADOS DE MULHERES E HOMENS
DE ESTRATOS SOCIAIS MÉDIOS NO NORDESTE BRASILEIRO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora em Saúde Pública.

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde

Orientadora: Cecilia Anne McCallum

Co-orientadora: Greice Maria de Souza Menezes

Salvador, Bahia
Julho, 2014

Revisão e Formatação: Vanda Bastos

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S587e Silveira, Paloma Silva.

Experiências de abortos provocados de mulheres e homens de estratos sociais médios no nordeste brasileiro / Paloma Silva Silveira. -- Salvador: P.S.Silveira, 2014.

155 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cecília Anne McCallum.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Greice Maria de Souza Menezes.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Aborto. 2. Ilegalidade. 3. Relações de Gênero. 4. Poder. I. Título.

CDU 364



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

PALOMA SILVA SILVEIRA

Experiências de abortos provocados de mulheres e homens de estratos sociais médios no nordeste brasileiro.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 28 de julho de 2014.

Banca Examinadora:

Cecilia A. McCallum

Prof^a Cecilia Anne McCallum – Orientadora – FFCH/UFBA

Greice Maria de Souza Menezes

Prof^a Greice Maria de Souza Menezes – ISC/UFBA

Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino

Prof^a Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino – ISC/UFBA

Ana Cecilia de Sousa Bittencourt Bastos

Prof^a Ana Cecilia de Sousa Bittencourt Bastos – IPSI/UFBA

Rozeli Maria Porto

Prof^a Rozeli Maria Porto – CCHLA/UFRN

Margareth Martha Arilha Silva

Prof^a Margareth Martha Arilha Silva – NEPO/ UNICAMP

Salvador
2014

*Dedico este trabalho às mulheres brasileiras, em especial,
às que tive o prazer de encontrar pelos caminhos da vida.*

AGRADECIMENTOS

E se foram os quatro anos do Doutorado. A sensação é de que foram quatro longos anos. O tempo, quando vivido intensamente, é maior do que qualquer tipo de cronologia possa medir. O retorno a Salvador, as descobertas de outros olhares, de um novo campo de saber, as viagens. Foram tantas coisas vividas neste período que considero o término do Doutorado como o fechamento de um ciclo da minha vida para a abertura de outros. Assim, neste pequeno espaço, quero destacar as pessoas que caminharam, de alguma forma, junto comigo, sem desmerecer a presença das outras, neste período de descobertas e redescobertas da Bahia que habita em mim.

A minha família, por sempre estar perto. Mesmo não compreendendo direito o que fazia, soube dar o apoio e o incentivo necessários. Um beijo especial para vocês: *Rogério, Elfrida, Juliana, Aninha e Eduardo*.

A minha *Vó Nezia*, que vibrou com a minha entrada no Doutorado e me disse: “*Eu, ignorante, vou ter uma neta doutora*”. Infelizmente, faleceu antes de ver o famigerado título: o que posso lhe dizer é que gente sabida é quem vive a vida e, com certeza, *minha Vó* tinha muita sabedoria.

A *Gurgel*. Desde que nos conhecemos, no carnaval de Olinda, nunca deixamos de nos acompanhar, que sigamos assim. Obrigada pelo apoio, amor e carinho.

A minhas amigas, *Lua Mattos, Mila, Cau, Darlane e Ive* que, de diferentes maneiras, me apoiaram neste processo e, em especial, *Lua e Nana*. Meninas, nosso laço de confiança é tão bonito e forte, que consegue superar nossas diferenças e espero que também consiga superar a passagem do tempo.

A minhas orientadoras, *Cecilia McCallum e Greice Menezes*, pela paciência e dedicação a este trabalho escrito por seis mãos.

Às *Musas*, grupo no qual encontrei leveza, amizade e beleza. Um beijo especial para *Fran, Edi, as Cecílias, Estela, Vania, Greice, Ulla, Débora, Mariana, Nanda, Lígia e Lili*.

A *Antónia Lima*, pela acolhida no período em que estive em Lisboa.

Às pessoas que encontrei nesse “universo paralelo português”, em especial, *Bárbara e Daniela*.

Aos novos encontros e amizades que a vida sempre possibilita quando estamos dispostos a vivê-la. Assim, agradeço a *Ana, Pati, Marieta, Sandrinha, Elsa, Yeimi, Silvia, Carlinha, Andrija, Betânia, Lívia, as Moniques, Nise e Cristina Larrea*, pelos diversos momentos de conversas, risadas e reflexões.

Ao grupo GEMARX, que surgiu a partir de provocações e de uma ideia despreziosa conversada numa mesa de bar. Avante companheiros! *Andrés, Andrija, Silvia, Yeimi, Jairnilson*, as integrantes que não puderam participar mais, os temporariamente fora da luta e aos novos integrantes, sempre bem-vindos.

Aos professores da Pós-Graduação, em especial, a professora *Lígia Vieira* e o professor *Jairnilson Paim*, pelas experiências trocadas nos tirocínios docentes.

Ao *Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia*, por todo o apoio. Aos funcionários que colorem este Instituto, em especial aos da pós-graduação, sempre solícitos para as dúvidas ou problemas; e a *Rosinha*, cuja alegria deixará saudades.

A *Maria Luíza Heilborn* e *Estela Aquino*, participantes da banca de qualificação, obrigada pelas contribuições fundamentais nos caminhos desta tese.

A *Anamelia Franco*, por sempre ser uma incentivadora nesses percursos na vida acadêmica.

Aos mestres que tive a sorte e o prazer de encontrar no mundo acadêmico. Estas pessoas são verdadeiras fontes de inspiração e de fôlego para quando as coisas apertam. Gostaria de agradecer a *Mercedes Carvalho* – até hoje fico sentida por não ter tido a oportunidade de lhe agradecer pessoalmente e lhe dizer sobre sua importância na minha contínua construção como pessoa. Da mesma maneira, agradeço a *Aécio Mattos*, pelas conversas, por compartilhar sua sabedoria e por sua amizade; e a *Jairnilson Paim*, por irradiar o brilho nos olhos de quem acredita e luta por uma sociedade mais justa.

Às mulheres e aos homens que entrevistei, pela confiança depositada em mim.

A *Rivaldo*, amigo de *Gurgel*, que se tornou meu amigo e foi embora tão cedo, mas deixou sua alegria de viver.

A *Salvador*, a minha cidade. Por quaisquer caminhos que siga, Salvador pulsa em mim.

A *Recife* e *Olinda*, cidades que vivi intensamente e que passaram a ter um lugar especial na minha vida.

Ao *CNPq*, pelo período de apoio.

À *Capes*, pela bolsa sanduíche.

RESUMO

O aborto provocado é tema constante nas pesquisas brasileiras, na área da Saúde Pública, contudo, as temáticas da decisão e do itinerário abortivo são ainda pouco exploradas, sobretudo quando o aborto é realizado por pessoas de camadas médias. Esta tese visa contribuir para a superação desta lacuna ao analisar experiências de abortos de mulheres e homens pertencentes a estratos sociais médios do Nordeste brasileiro, focalizando a construção da decisão e o itinerário abortivo. Para isto, foi realizada uma pesquisa qualitativa no período de maio a dezembro de 2012, em que foram entrevistadas vinte mulheres e sete homens que passaram pela experiência de interromper uma gravidez. A tese está estruturada em duas partes. Na primeira parte, apresentamos uma revisão bibliográfica, a linha argumentativa da tese, os objetivos da pesquisa e o posicionamento teórico adotado referente a gênero e poder. Na segunda parte, são apresentados uma discussão metodológica e os resultados em forma de três artigos. No Artigo I, discutimos como a prática do aborto está envolta pelo segredo no Brasil e as consequências disto para a realização do estudo. Assim, analisamos as três lógicas identificadas que impõem o segredo ao aborto: a legal, a moral e a relacional e, posteriormente, tratamos dos aspectos metodológicos. No Artigo II, analisamos a construção da decisão pelo aborto. Constatamos que, para compreender a construção da decisão, temos que entendê-la como um processo composto por distintos momentos: a suspeita/confirmação da gestação, o pensar sobre o desfecho da gravidez, a tomada de decisão pela interrupção, o viabilizar esta decisão e o efetivar o aborto. No Artigo III, analisamos, especificamente, as experiências de aborto realizadas em clínicas privadas. Verificamos que existem diferentes clínicas e diversas modalidades de atendimento realizadas pelos médicos nestes serviços privados. Discutimos, assim, como a ilegalidade do aborto expõe as mulheres a situações de total vulnerabilidade. A tese é finalizada com algumas considerações relacionadas às contribuições da pesquisa.

Palavras-chave: Aborto. Ilegalidade. Relações de gênero. Poder. Processo decisório/Clínicas privadas. Brasil/Camadas médias.

ABSTRACT

Induced abortion is a constant theme in Brazilian research in the area of Public Health, however the themes of the decision and the abortion route are yet unexplored, especially when the abortion is performed by people of middle class. This thesis aims to contribute to overcoming this gap by analyzing the experiences of abortions in women and men from middle social strata of the Brazilian Northeast, focusing on the construction of the decision and the abortion route. For this, a study was conducted in the period May to December 2012, in which 20 women and seven men who had the experience to end a pregnancy were interviewed. The thesis is structured in two parts. In the first part we present a literature review, the line of argument put forward in this thesis, the theoretical position adopted regarding gender and power, and detail to support the research objectives. In the second part a methodological discussion and the results in the form of three articles are presented. In the article I discussed the way in which the practice of abortion is shrouded by secrecy in Brazil, and the consequences for the study. Thus, we analyzed the three identified logics that impose the secret abortion: legal, moral and relational, and subsequently treat the effects and methodological answers. In Article II analyzes the construction of the decision to abort. We note that to understand the construction of the decision we have to understand it as a process composed of distinct moments: the suspicion/confirmation of pregnancy, think about the outcome of pregnancy and decision making by the interruption, enabling the decision and the effect abortion. In Article III specifically analyze the experiences of abortions performed in private clinics. We found that there are different modalities and clinical care provided by the doctors at these clinics. Discussed, as well as the illegality of abortion exposes women to situations of complete vulnerability. The thesis concludes with some considerations related to the contributions of the research.

Keywords: Abortion. Illegality. Gender relations. Power. Decision making process/Private clinics. Brazil/Middle classes

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
AEV	Aspiração Elétrica a Vácuo
AMIU	Aspiração Manual Intrauterina
CDD	Católicas pelo Direito de Decidir
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CP	Código Penal
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
GRAVAD	Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil
HEXCA	Heterossexualidades, Contracepção e Aborto
IPAS-BRASIL	<i>International Pregnancy Advisory Services</i>
IMS	Instituto de Medicina Social
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PL	Projeto de lei
PNA	Pesquisa Nacional sobre Aborto
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSF	Programa Saúde da Família
STF	Superior Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia

LISTA DE QUADROS

ARTIGO I

Quadro 1	Estratégias utilizadas para identificação das/os participantes do estudo	62
----------	--	----

ARTIGO II

Quadro 2a	Dados sobre as histórias de aborto ocorridas quando jovens	95
Quadro 2b	Dados sobre as histórias de aborto ocorridas quando adultos	96

ARTIGO III

Quadro 3	Informações das/os participantes à época que realizaram o(s) aborto(s)	127
----------	--	-----

SUMÁRIO

PARTE I

1	COMPREENDENDO A DECISÃO E OS ITINERÁRIOS ABORTIVOS	14
1.1	PROCESSO DECISÓRIO PELO ABORTO: O QUE DIZEM OS ESTUDOS	16
1.1.1	Os motivos alegados	16
1.1.2	Os interlocutores da decisão pelo aborto	21
1.1.3	Os itinerários abortivos	23
1.1.4	Estudos que abordam o processo decisório pelo aborto	25
2	OBJETIVOS	30
2.1	OBJETIVO GERAL	30
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
3	CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE GÊNERO E PODER	31
3.1	AS CONCEPÇÕES DE GÊNERO E PODER	31
3.1.1	O poder em Foucault	34

PARTE II – RESULTADOS

4	ARTIGOS	41
I	AS MÚLTIPLAS CAMADAS DE SEGREDO DA VIDA REPRODUTIVA: PESQUISANDO O ABORTO PROVOCADO NO BRASIL	41
	INTRODUÇÃO	42
	AS TRÊS LÓGICAS QUE IMPÕEM O SEGREDO À EXPERIÊNCIA DO ABORTO PROVOCADO: A LEGAL, A MORAL E A RELACIONAL	43
	PESQUISANDO O ABORTO PROVOCADO	50
	REVELANDO O SEGREDO DO ABORTO EM UM CONTEXTO DE PESQUISA	52
	Encontrando as mulheres e os homens: a configuração de uma relação de confiança	54
	O momento da entrevista	56
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS	59
	APÊNDICE	62
II	A DECISÃO PELO ABORTO COMO UM PROCESSO	63
	INTRODUÇÃO	64
	METODOLOGIA	65

RESULTADOS	67
As histórias de abortos	67
Da constatação da gravidez à tomada de decisão pelo aborto	70
Os caminhos para viabilizar a decisão pelo aborto: da decisão tomada à realização da interrupção	81
DISCUSSÃO	88
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICE	95
III EXPERIÊNCIAS DE ABORTOS EM CLÍNICAS PRIVADAS	97
INTRODUÇÃO	98
METODOLOGIA	100
RESULTADOS	102
As histórias de abortos realizadas nas clínicas privadas	102
Os percursos de escolhas pelas clínicas privadas: a clínica “top” e a clínica “popular”	104
O dia da interrupção em uma clínica privada	114
DISCUSSÃO	122
REFERÊNCIAS	125
APÊNDICE	127
CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
REFERÊNCIAS	133
APÊNDICES	
APÊNDICE A ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA REALIZADA COM AS MULHERES	138
APÊNDICE B ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA REALIZADA COM OS HOMENS	142
APÊNDICE C TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	146
APÊNDICE D CARACTERIZAÇÃO DAS(OS) ENTREVISTADAS(OS) SEGUNDO DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	147
APÊNDICE E HISTÓRIAS DE ABORTO ANALISADAS	153

PARTE I

1 COMPREENDENDO A DECISÃO E OS ITINERÁRIOS ABORTIVOS

O presente trabalho apresenta os resultados de uma pesquisa qualitativa que teve como objetivo inicial compreender a construção da decisão pelo aborto de mulheres e homens de estratos sociais médios, residentes em duas capitais do Nordeste brasileiro. Ao construir o projeto de investigação, notamos que, apesar de o aborto provocado ser tema constante nas pesquisas realizadas no Brasil na área da Saúde Pública, a temática da decisão, particularmente entre pessoas de camadas médias, ainda é pouco explorada (BRASIL, 2009; MENEZES; AQUINO, 2009). Assim, este estudo visou contribuir para a superação desta lacuna. No decorrer da pesquisa e da escrita desta tese, demos-nos conta de que era necessário abrir mais o escopo em torno dos objetivos do projeto original e começamos a utilizar o conceito de itinerários abortivos¹ para analisar os resultados da investigação.

Entre maio e dezembro de 2012, foi realizada uma pesquisa qualitativa em que foram entrevistadas vinte mulheres e sete homens² de estratos sociais médios, incluindo três casais, residentes na Grande Salvador e na Grande Recife, e que passaram pela experiência do aborto provocado. Ao todo, foram narradas 41 histórias de abortos³, das quais 29 correspondem às histórias relatadas pelas mulheres, nove, pelos homens, e três, pelos casais, sendo realizada uma análise temática (GOMES, 2010).

Conforme indicado no resumo, esta tese está estruturada em duas partes. Inicialmente, apresentamos uma revisão bibliográfica sobre os temas, a linha argumentativa defendida e os objetivos da tese. Posteriormente, tecemos algumas considerações teóricas sobre gênero e

¹ Este conceito é discutido no item 2.1.3.

² A caracterização das(os) entrevistadas(os) segundo os dados sociodemográficos selecionados se encontra no Apêndice D.

³ Segundo Heilborn (2006), uma diversidade de estudos tem demonstrado como os marcos etários que delimitam as fases do ciclo de vida ou as categorias de idade são móveis e variam de acordo com as concepções sociais sobre o ser humano e as relações intergeracionais. A autora propõe uma definição de juventude como processo social e não apenas como grupo etário. Tal concepção permite entender este momento da vida a partir de elementos socioculturais, tidos como importantes pelo contexto estudado, que delimitam os diferentes momentos do ciclo de vida. Tomando como base esta noção de juventude, foram construídas duas categorias para a organização das histórias de aborto, tendo como eixo principal o período geracional em que os abortos foram realizados. A categoria *abortos realizados quando jovens* reúne as histórias de abortos ocorridas quando as pessoas tinham entre 15 e 25 anos. Além da idade, outros critérios foram utilizados para o enquadramento das histórias nesta categoria: morar com os pais, depender financeiramente da família ou ter fontes de renda relacionadas aos estudos na universidade e estar cursando o ensino médio ou o curso superior. A segunda categoria *abortos realizados quando adultas(os)* reúne as histórias de abortos quando as pessoas tinham idades entre 26 e 41 anos. Como na categoria anterior, outros elementos foram utilizados, além do marco etário: independência financeira total ou parcial das famílias de origem, conclusão do curso superior, moradia fora da casa dos pais e inserção no mercado de trabalho. Ver Apêndice D.

poder e a forma como marcam a experiência do aborto provocado. A segunda parte é composta por três artigos.

No que segue, analisamos os estudos que abordam a decisão e o itinerário abortivo, discutindo a linha argumentativa desta tese. O argumento central defendido é que a decisão, longe de ser resultado de um processo cognitivo individual, ocorre em um processo social que envolve distintos momentos e temporalidades: a suspeita e posterior confirmação da gravidez, as reflexões sobre seu desfecho resultando na tomada de decisão pela sua interrupção e as estratégias acionadas para viabilizar esta decisão e efetivar o aborto. Em vez de conceber estes momentos como estanques e sucessivos, é necessário entendê-los como fluidos e interconectados entre si e ao momento de vida em que ocorreu a gravidez imprevista. O processo decisório está emaranhado em uma rede de relações sociais que marca de modo contundente a experiência de abortamento. Não há como entender este processo sem compreender as influências e imbricações que os fatores socioculturais e as dinâmicas de poder têm sobre os comportamentos e decisões das mulheres, dos seus parceiros e de seus familiares (MCCALLUM, 2007).

Apesar de o aborto provocado⁴ ser tema constante nas pesquisas brasileiras, existindo uma abundância de fontes, o que indica a sua importância para a agenda da Saúde Pública no Brasil, as temáticas da decisão e do itinerário abortivo são ainda pouco exploradas (BRASIL, 2009; MENEZES; AQUINO, 2009). Estudos nacionais e estrangeiros encontrados são oriundos, na sua quase totalidade, de investigações das Ciências Sociais e Humanas, envolvendo pesquisas com entrevistas em profundidade a mulheres com relato de aborto provocado, sendo ainda menos frequentes estudos com homens e também com indivíduos pertencentes às camadas médias.

Sobre o processo de decisão, poucas pesquisas o elegem como objeto de estudo. Na maioria das vezes, analisam os motivos que levaram ao aborto e abordam a influência de terceiros (parceiro, familiares, amigas(os), profissionais de saúde, etc.) nesta tomada de decisão. Prevalece nestes estudos uma compreensão de que a decisão pelo aborto, ao ser tomada é automaticamente realizada, refletindo a suposição de que esta decisão depende

⁴ Interrupção da gravidez até a 22ª semana de gestação e/ou com produto da concepção pesando menos que 500g, sem sinais de vida (CID-10). De acordo com Sorrentino (2001), baseando-se em proposições utilizadas no meio médico, o aborto ou interrupção precoce da gravidez é denominado de espontâneo quando se inicia independentemente de qualquer procedimento ou mecanismo externo; na maioria das vezes, ocorre por causa de problemas relacionados à saúde da mulher ou à do feto. Por outro lado, é considerado provocado, quando é resultado da utilização de qualquer processo abortivo externo, químico ou mecânico, podendo ter motivação voluntária ou involuntária da gestante e ser considerado legal ou ilegal.

apenas do indivíduo, estando desconectada do itinerário abortivo, ou seja, dos caminhos percorridos pelas mulheres para realizar o aborto (DINIZ; MEDEIROS, 2012; ARILHA, 2012; HEILBORN ET AL., 2012b; TORNQUIST; MIGUEL; ASSIS, 2012). No que se refere aos itinerários abortivos, de uma maneira geral, as investigações sobre o tema apontam que estes variam segundo o contexto sociocultural e econômico, a idade à época do aborto e a existência de uma rede de relações sociais.

No decorrer da presente tese, mostramos que a separação heurística entre decisão e itinerário, presente tanto nos estudos que abordam a decisão como nas investigações sobre os itinerários, não se justifica face aos nossos resultados. As mulheres entrevistadas, ao narrarem suas experiências de abortos, deixaram claro que a decisão é algo frágil e contingente, que precisa ser reconsiderada durante o itinerário, podendo ser até revertida. A conexão entre decisão e itinerário é evidente ao ponto de, em certas situações, as pessoas terem cogitado em prosseguir com a gravidez, caso não conseguissem obter garantias de método abortivo considerado seguro⁵. Defendemos, assim, que análises que restringem a decisão apenas aos motivos e interlocutores, colocando o itinerário abortivo como algo à parte, não são capazes de elucidar o processo decisório pelo aborto.

1.1 PROCESSO DECISÓRIO PELO ABORTO: O QUE DIZEM OS ESTUDOS

1.1.1 Os motivos alegados

Um estudo coordenado por Bajos e Ferrand (2002) realizado na França, país no qual a prática do aborto é legal, analisou em que condições uma gravidez acontece e os motivos que levaram as mulheres a prosseguir ou interromper a gravidez⁶. As autoras discutem aspectos relacionados à ocorrência de uma gestação não prevista e seus desfechos, evidenciando as linhas tênues que separam as condições que levam à continuidade ou à interrupção de uma gravidez. Propõem, ainda, uma distinção entre o “porque” da decisão, isto é, os motivos alegados e a maneira “como” esta foi tomada, com ou sem a participação do parceiro, ressaltando a artificialidade desta distinção, já que o “porque” e o “como” estão estreitamente intrincados na decisão (DONATI; CÈBE; BAJOS, 2002).

⁵ Esses aspectos serão discutidos no Artigo 2 desta tese.

⁶ Neste estudo qualitativo, foram entrevistadas setenta e três mulheres com histórias de gravidez não prevista, com idades entre 17 e 44. Destas, cinquenta e três recorreram ao aborto e vinte prosseguiram com a gravidez.

Ao explorarem os motivos, as autoras enfatizam que a ocorrência de uma gravidez não prevista representou para as mulheres entrevistadas um rompimento com o curso da vida cotidiana. A decisão levou a mulher a realizar uma avaliação geral de sua vida pessoal, conjugal, profissional, familiar etc. Os motivos alegados para o aborto são de diferentes ordens, variando de acordo com o momento de vida da mulher (DONATI; CÈBE; BAJOS, 2002).

O estudo de Holmberg e Wahlberg (2000), em Borlänge, na Suécia, onde o aborto é legal, objetivou compreender quais foram as atitudes, as dúvidas e/ou os problemas encontrados por homens jovens para a tomada de decisão pelo aborto⁷. A partir das experiências relatadas pelos entrevistados, os autores construíram um modelo teórico para compreender a tomada de decisão pelo aborto, elegendo três categorias principais: reações (incluindo sentimentos, apreensões e conflitos morais); fatores de impacto (status/qualidade do relacionamento afetivo-sexual com a parceira e fatores psicossociais); e recursos (compartilhamento da decisão e organização do apoio).⁸ Os autores destacam o entrelaçamento dos aspectos que compõem as categorias do modelo, a sobreposição de uns sobre outros, variando de acordo com a maneira pela qual cada sujeito vivencia a tomada de decisão relacionada ao momento vivido.

Já o estudo realizado por Kirkman et al. (2010)⁹, no estado de Victoria, Austrália, onde o aborto é ilegal, ao analisar os motivos que levaram 60 mulheres a considerar a possibilidade ou a realizar um aborto, mostra como, para a maioria delas, o fato de a gravidez não ser planejada não se constitui razão suficiente para o aborto. Condições socioeconômicas e aspectos singulares relacionados às circunstâncias de vida das mulheres no momento em que ocorre a gravidez também adquirem relevância, tal como nos dois estudos anteriormente citados:

No woman gave as a reason for abortion that the pregnancy was unplanned; reasons concerned the ramifications of the pregnancy [...] In every case, women described making decisions about their pregnancy that took account of their life circumstances (KIRKMAN ET AL., 2010, p. 152).

⁷ Foram entrevistados dezoito homens, com idades variando entre 15 e 26 anos e que haviam tido conhecimento recente sobre o resultado positivo do teste de gravidez de suas parceiras.

⁸ Os nomes das categorias apresentados aqui são frutos de uma tradução livre, realizada apenas para fins didáticos. Para ver modelo completo, consultar: Holmberg; Wahlberg, 2000.

⁹ Estudo qualitativo, em que foram entrevistadas, via telefone, sessenta mulheres, com idades entre 15 e 38 anos, que procuraram um hospital público com serviços voltados para a saúde reprodutiva.

Da mesma forma, na Colômbia, país em que o aborto foi legalizado para três situações, em 2006¹⁰, Browner (1979)¹¹ também discute a importância, para entender a decisão pelo aborto, de compreender o momento de vida das mulheres em que ocorre a gravidez. Esta decisão está sujeita a mudanças e nem sempre as intenções prévias explicam as atitudes posteriores:

Because these perceptions may change over time, any specific decision must be seen in the light of a woman's circumstances at the time of the decision. Thus, the decision whether to continue a pregnancy is related to a woman's situation once she becomes pregnant. Her previous intentions do not always explain her later behavior (BROWNER, 1979, p. 96).

Entretanto, apesar de estar circunscrita a um curto período de tempo, Donati, Cèbe e Bajos (2002) argumentam que a decisão pelo aborto não está só remetida ao contexto imediato da gravidez, do momento presente, mas reporta a temporalidades mais vastas, relacionadas às histórias pessoais de cada mulher e aos seus planos futuros. Os estudos mencionados apontam como a decisão pelo aborto é difícil, já que é construída por uma rede complexa de múltiplas razões, objetivas e subjetivas. Planos profissionais, o desejo de ter uma criança, as condições socioeconômicas, a relação afetivo-sexual com o parceiro, as relações familiares, entre outros aspectos são mencionados. No entanto, enfatizam que uma hierarquização específica de motivos parece orientar e dar sentido à decisão. Os motivos seriam hierarquizados segundo o momento do ciclo de vida das mulheres no qual a gestação aconteceu, uns se sobrepondo em relação aos outros, havendo, porém, uma dimensão que parece adquirir primazia. (DONATI; CÈBE; BAJOS, 2002).

No Brasil, alguns estudos se dedicam ao tema da decisão. Duas investigações realizadas com mulheres de camadas populares apresentam a variedade de motivos enunciados pelas mulheres entrevistadas, mas dois se destacam como prioritários. Assim, no Rio de Janeiro, Chumpitaz (2003) e Carvalho (2009), cada uma entrevistando dezesseis mulheres de camadas populares com relato de aborto provocado, mostram como a decisão esteve relacionada às condições emocionais e econômicas presentes no momento em que ocorreu a gravidez, condições estas que não lhes permitiram assumir um (ou mais um) filho.

¹⁰ O aborto na Colômbia foi legalizado, parcialmente, em 2006, em casos de estupro, fetos com má formação e gestações que coloquem em risco a vida da mulher (CASTAÑEDA, 2014).

¹¹ Foram entrevistadas cento e oito mulheres de bairros populares que haviam relatado experiências com gravidezes consideradas indesejadas. Os desfechos das gravidezes foram analisados pela autora a partir dos recursos e/ou procedimentos utilizados pelas mulheres para interromper a gravidez. Foi construído um tipo de gradação das atitudes a partir do uso, da frequência deste uso e do tipo de recurso/procedimento usado na interrupção.

As dificuldades financeiras e a qualidade precária da relação afetivo-sexual estabelecida com o parceiro, isto é, a percepção de um relacionamento ruim e/ou a incerteza acerca do futuro do relacionamento foram destacadas como os principais motivos que levaram as mulheres ao aborto.

Leal (2012)¹², analisando a tomada de decisão pelo aborto a partir de narrativas de mulheres de baixa renda, em duas investigações em Porto Alegre, problematiza um aparente paradoxo entre uma opinião desfavorável ao aborto e uma tolerância diante de casos particulares. A autora construiu uma tipologia sobre a prática do aborto, classificando-a em “tolerável”, “recomendável” e “condenável”. Segundo a autora, em um plano normativo e discursivo, a maior parte das pessoas entrevistadas declarou ser contrária ao aborto, contudo, na prática, este surge como uma possibilidade a ser realizada em determinadas circunstâncias percebidas como adversas como, por exemplo, o não ter condições socioeconômicas de criar um filho.

Já a pesquisa elaborada por Villela et al. (2012) teve como objetivo¹³ identificar como a soropositividade para o HIV/AIDS interfere nas trajetórias reprodutivas das mulheres, focalizando a gravidez indesejada e a prática do aborto. As autoras discutem os motivos e as circunstâncias vinculadas à decisão pelo aborto entre mulheres que engravidaram após o diagnóstico da infecção pelo HIV. Não obstante a relevância do diagnóstico na construção da decisão pelo aborto, o relato da maior parte das mulheres, assim como identificado nos estudos acima mencionados, acena para a articulação deste com outros fatores: a situação de vida, o momento e as circunstâncias em que ocorreu a gravidez, o medo de perder o emprego, a falta de desejo de ser mãe, a influência da família e a relação com os parceiros. Mais uma vez, este último motivo foi destacado como um dos aspectos mais importantes para a decisão de interromper a gravidez. Diante da sua condição de soropositividade, para estas mulheres, a ausência de um parceiro capaz de assumir as responsabilidades da criação dos filhos adquire grande relevância.

¹² As análises foram realizadas a partir dos resultados de duas pesquisas, a primeira, uma pesquisa exploratória em que foram feitas entrevistas não estruturadas e em profundidade, entre 2007 e 2009, com nove mulheres que tinham tido a experiência de aborto. Todas as entrevistadas eram de baixa renda, moradoras de áreas metropolitanas de Porto Alegre e do Rio de Janeiro. A segunda pesquisa *Body, sexuality and reproduction: a study of social representation* (WHO-Body), combinou técnicas estatística e etnográfica, entrevistando 200 pessoas, 100 mulheres e 100 homens em idade reprodutiva, que buscaram os serviços comunitários de saúde na cidade de Porto Alegre.

¹³ O estudo foi produzido em 2009 e 2010, quando foram realizadas entrevistas em profundidade com 85 mulheres de 18 a 49 anos vivendo com HIV/Aids residentes nos municípios de São Paulo, Ribeirão Preto, Pelotas, Porto Alegre, Recife, Goiânia e Belém. O artigo citado apresenta a análise das narrativas de 30 mulheres que realizaram ou tentaram realizar um aborto após o diagnóstico.

Poucos são os estudos no Brasil com mulheres de camadas médias. Um destes foi desenvolvido por Arnaud (2008), com oito mulheres que tinham realizado aborto no Rio de Janeiro. A autora buscou entender os motivos que as levaram a interromper a gestação e suas opiniões sobre a legislação e a moralidade, no que diz respeito à prática do aborto. Os motivos são agrupados em três categorias: *valores individualistas*, *relações parentais* e *um ideal de maternidade*¹⁴. Em *valores individualistas* são reunidos motivos relativos às “vontades individuais” das mulheres em querer ou não ter filho(a) no momento em que engravidaram, ligados a questões pessoais como: projetos profissionais, realização de viagens etc. Na categoria *relações parentais*, os motivos se relacionam ao parceiro da gravidez, com a maioria das mulheres considerando não ter uma relação “boa” para ter um filho e/ou constituir família. Por fim, na categoria *ideal de maternidade*, foram incluídos os motivos que levaram em conta um tipo específico de “cuidado” requerido para com o(a) filho(a), contrapondo-se este cuidado a uma noção de “abandono” que envolveria tanto as situações em que as mulheres entregam a criança para outra pessoa criar quanto outras de “não cuidar”, ao menos da forma como as entrevistadas acreditavam/idealizavam que uma criança deveria ser criada e cuidada.

Ramírez-Gálvez (1999), entrevistando oito mulheres e sete homens de nível universitário, moradores de Campinas, com relato de aborto provocado até dez anos antes da entrevista, discute como o aborto se constitui uma opção diante de uma gravidez inesperada, ou não desejada. Nas falas das mulheres e dos homens, o tipo de relação/vínculo que tinham, ou queriam manter com o(a) parceiro(a) orientou a decisão sobre o destino da gravidez. A continuação ou interrupção desta esteve atrelada à consolidação ou não da relação afetivo-sexual, à concretização de projetos de vida relacionados à maternidade, à paternidade e à consequente formação de uma família.

Ao analisar esses estudos, um aspecto chama a atenção: como a natureza da relação afetivo-sexual sempre se destaca como o principal motivo ou um dos mais importantes que compõem a rede de razões elencadas para a decisão pelo aborto. Donati, Cèbe e Bajos (2002) construíram, então, quatro categorias para entender as diversas configurações das relações afetivo-sexuais: “*une relation peu investie, sans désir d’engagement*” – uma relação com pouco investimento, sem desejo de engajamento; “*un couple dont l’avenir est incertain – en construction ou en rupture*” – um casal com futuro incerto – em construção ou em crise; “*une relation investie mais incertaine*” – uma relação com investimento, mas incerta; e “*conjugalité instaurée*” – conjugalidade instaurada. Nas entrevistas que realizaram com

¹⁴ Cabe ressaltar que esses motivos se sobrepõem, dialogam entre si e que aqueles enunciados pela mesma mulher podem estar presentes, ao mesmo tempo, nas três categorias.

mulheres francesas que consideravam suas gravidezes como não previstas, a decisão pelo aborto ocorreu, na maior parte dos casos, em relações não consolidadas, com pouco investimento ou de futuro incerto.

A importância da relação afetivo-sexual, constatada em estudos realizados em contextos tão diversos e com mulheres de diferentes camadas sociais, denota o quanto o relacionamento estabelecido entre os parceiros pode ser determinante para o desfecho de uma gravidez em um aborto. Da mesma forma, evidencia a relevância que o parceiro pode ocupar na decisão pela interrupção de uma gestação.

1.1.2 Os interlocutores da decisão pelo aborto

Diversos estudos pontuam o parceiro como o principal ou um dos principais interlocutores na decisão pelo aborto. Todavia, existem poucas investigações que incluem os homens como entrevistados (HOLMBERG; WAHLBERG, 2000; DUARTE ET AL., 2002; BECKER; BAZANT; MEYERS, 2008). A maior parte das investigações identificadas analisa a participação do parceiro a partir das narrativas das mulheres. De modo geral, os relatos sugerem que a participação do parceiro na decisão pelo aborto é variada, segundo o tipo de relacionamento afetivo-sexual em que as gravidezes aconteceram, tanto no momento em que a gravidez ocorre quanto em suas perspectivas futuras (DONATI; CÈBE; BAJOS, 2002; CHUMPITAZ, 2003; CARVALHO, 2009; MENEZES, 2006; ARNAUD, 2008).

No estudo realizado por Chumpitaz (2003), o relato das mulheres sobre a participação masculina evidencia como esta variou entre o desejo de assumir ou não a paternidade (o parceiro se exclui, promove ou recusa o aborto), refletindo tanto as características da natureza e da qualidade do relacionamento afetivo-sexual como a situação de trabalho do parceiro e sua capacidade de se tornar provedor da família. Na maior parte dos casos, os parceiros dialogaram com as mulheres, mas se excluíram de tomar qualquer decisão em relação ao futuro da gravidez. Em relacionamentos considerados estáveis, esta atitude pareceu responder ao reconhecimento masculino do direito de decisão da mulher sobre o aborto, em alguns casos admitindo a possibilidade de aceitar mais um filho se ela assim o desejasse.

Na pesquisa desenvolvida por Carvalho (2009), a decisão de recorrer ao abortamento foi, na maior parte das vezes, compartilhada, com o parceiro tendo uma posição de apoio ao aborto ou de imposição deste. Estas duas posições variaram de acordo com o tipo e momento da relação afetivo-sexual estabelecida. Também Ramírez-Gálvez (1999) constatou que a

participação masculina na decisão pelo aborto variou de acordo com o tipo de relacionamento afetivo-sexual estabelecido entre os parceiros.

No caso das mulheres, em relações tidas como eventuais, as decisões foram mais individualizadas, com estas não informando aos seus parceiros sobre a gravidez e decidindo pelo aborto sem sua participação. Nos relacionamentos considerados estáveis, as mulheres compartilharam a decisão com os respectivos parceiros, aparecendo estes como figuras importantes tanto no apoio financeiro como emocional, em diferentes momentos (antes, durante e depois da realização do aborto). Os homens entrevistados referiram maior comprometimento nas decisões sobre o aborto nos relacionamentos em que estavam investidos afetivamente ou em que pretendiam investir. Em linhas gerais, a participação masculina foi caracterizada pela ajuda financeira, percebida pelos homens como uma forma de dividir a responsabilidade pelo que havia acontecido; pela busca de informações sobre os procedimentos ou lugares mais seguros; e pelo apoio posterior ao procedimento (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 1999).

Do mesmo modo, Donati, Cèbe e Bajos (2002) evidenciam como a decisão pelo aborto pode ocorrer unilateralmente, ou seja, a mulher toma a decisão sem consultar o parceiro, ou pode ser compartilhada com este, em um contexto de acordo ou desacordo. A decisão foi tomada individualmente pela mulher quando não havia relação afetivo-sexual legitimada e a decisão compartilhada, na maior parte dos casos, ocorreu em um contexto de acordo ou naquilo que as autoras nomeiam de pseudo-acordo, isto é, situações em que o homem apenas concordava com a decisão, não estando engajado no processo. No contexto de desacordo, existem variadas situações: a mulher recorreu à interrupção da gravidez por causa do parceiro (idealização de um padrão familiar, a prioridade da relação afetivo-sexual e a precariedade econômica) e em casos de violência doméstica. Nesta pesquisa, a família e os amigos apareceram como fontes de apoio para conversas sobre o assunto, mas não interferiram na tomada de decisão de continuar ou interromper a gravidez.

Estudos brasileiros, no entanto, apontam que a decisão pode ser tomada de forma compartilhada com outras pessoas além do parceiro, principalmente em gravidezes que ocorrem na juventude, com estas pessoas exercendo algum tipo de influência na decisão. Os jovens entrevistados na pesquisa *Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil (GRAVAD)*¹⁵, por exemplo, de maneira geral, a

¹⁵ A pesquisa GRAVAD (1998) teve como objetivo geral investigar os comportamentos sexuais e reprodutivos de jovens residentes em Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador. Inicialmente, foi realizado um estudo antropológico, utilizando-se entrevistas semiestruturadas, com jovens de ambos

decisão sobre o desfecho da gravidez foi compartilhada com outras pessoas, normalmente, familiares. Para eles, estes familiares foram peças fundamentais na tomada de decisão, com esta poucas vezes sendo tomada de forma solitária. As famílias se posicionam, sendo importantes fontes de consulta, oferecendo suporte material e apoio emocional (PERES, 2003; MENEZES, 2006).

1.1.3 Os itinerários abortivos

O itinerário abortivo é tema recente nos estudos brasileiros, sendo também pouco explorado. Os estudos qualitativos encontrados são oriundos das Ciências Sociais e Humanas e realizados, predominantemente, nas regiões Sul e Sudeste. Apenas o estudo de Diniz e Medeiros (2012) é mais abrangente. Nele, os autores analisam os resultados da etapa de entrevistas da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA)¹⁶, focalizando o itinerário percorrido pelas mulheres para a realização da interrupção: os métodos e a rede de cuidados acionada. O itinerário é definido como o percurso adotado pelas mulheres desde a identificação do atraso menstrual até os cuidados pós-aborto.

Os itinerários das mulheres de camadas populares são descritos como mais demorados e sinuosos em comparação àquelas de camadas médias, o que pode implicar em abortamentos tardios¹⁷. As mulheres de camadas populares utilizam variados recursos para regular a menstruação e apenas depois confirmam a gravidez por meio de algum exame. O Cytotec¹⁸ foi o método abortivo mais utilizado e o seu uso pode vir combinado com outros recursos, como chás e a maior parte finalizou os abortos em hospitais públicos sendo os riscos enfrentados pelas mais jovens maiores quando comparados aos das mulheres mais velhas. Já para as mulheres de camadas médias, a clínica privada foi o método mais utilizado, descrito

os sexos, de 18 a 24 anos, residentes nestas cidades. Os 123 entrevistados pertenciam a distintos estratos sociais (classes populares e camada média), sendo que uma parte destas(es) havia vivenciado, na adolescência, uma experiência de gravidez (própria ou da parceira). A leitura destas entrevistas foi utilizada para balizar a elaboração do questionário do inquérito domiciliar aplicado no segundo momento da pesquisa. Assim, os resultados específicos sobre aborto desta primeira parte da pesquisa qualitativa foram analisados por Peres (2003) e os dados do inquérito domiciliar com entrevista a 4634 jovens, nas três cidades, foram analisados por Menezes (2006) e Pilecco (2010), ainda que este último trabalho não trate do tema da decisão.

¹⁶ A PNA-Entrevistas foi realizada com 122 mulheres entre 18 e 39 anos, residentes nas cidades de Belém, Brasília, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador (DINIZ; MEDEIROS, 2012, p. 1.672).

¹⁷ Aborto realizado entre a 12ª e a 20ª semana de gestação (DINIZ, 2007).

¹⁸ Cytotec é o nome comercial do misoprostol, análogo sintético da prostaglandina E1, aprovado para uso no Brasil para o tratamento de úlceras gastroduodenais (BARBOSA; ARILHA, 1993, p. 409).

como apenas um procedimento médico cujo maior problema para acessar é ter o recurso financeiro.

O estudo de Heilborn et al. (2012b) teve como objetivo analisar os percursos de jovens mulheres e seus parceiros de distintos contextos socioeconômicos na busca de solução para uma gravidez imprevista, no Rio de Janeiro¹⁹. Os autores destacam a heterogeneidade de situações encontradas entre as mulheres de camadas populares. Diversas estratégias foram utilizadas, como “curiosas”, clínicas médicas, misoprostol, chás e infusões, havendo, em alguns casos, uma combinação entre estes métodos. As jovens de camadas populares também mencionaram ter realizado abortos tardios. Para as jovens pertencentes aos setores médios, os percursos são descritos como mais lineares, rápidos e seguros. O procedimento eleito foi a clínica privada que, como também apontam Diniz e Medeiros (2012), está condicionado à disponibilidade financeira, e o apoio emocional e/ou financeiro dado pela família e pelo parceiro foi destacado.

Já o estudo realizado por Arilha (2012) objetivou problematizar a comercialização e o uso abortivo do Misoprostol. Ao realizar um estudo de caso com duas mulheres jovens de camadas populares, residentes no estado de São Paulo e que tentaram realizar ou que realizaram abortamentos através do misoprostol, a autora constatou que o sucesso ou insucesso do aborto esteve relacionado às possibilidades oferecidas pelo entorno das mulheres. Os itinerários variaram segundo as mediações sociais e as redes de informações destas mulheres. Para ambas, o Misoprostol apareceu como a melhor alternativa por causa dos custos, da segurança e pela privacidade que o método favorece e o parceiro teve um papel fundamental na busca do medicamento.

A pesquisa²⁰ realizada por Tornquist, Miguel e Assis (2012), em um bairro da periferia de Florianópolis, buscou analisar as representações que circulam sobre contracepção e aborto entre as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Quando focalizam os itinerários abortivos, as autoras apontam que estes são marcados por uma temporalidade específica da qual participam

¹⁹ O artigo apresenta alguns resultados da pesquisa Heterossexualidades, Contracepção e Aborto (HEXCA) os quais contemplam biografias de 28 jovens entre 18 e 27 anos, de camadas médias e populares urbanas, residentes na área metropolitana do Rio de Janeiro.

²⁰ Os dados foram produzidos a partir de quatro procedimentos metodológicos: observação participante, realizada em duas comunidades do bairro e na Unidade de Saúde; a realização de 30 entrevistas semiestruturadas com mulheres e homens moradores das comunidades e com profissionais de saúde e educadoras(es) que atuam na região; dois grupos focais, realizados com ACS do Programa Saúde da Família (PSF); e dados do *survey* realizado no bairro, com uma amostra de 610 questionários.

as mulheres e também os parceiros e que procedimentos tradicionais se articulam com o uso recursivo do Misoprostol.

Em geral, essas investigações destacam as similaridades e distinções entre os itinerários abortivos percorridos pelas mulheres. Apontam que estes variam segundo o contexto sociocultural e econômico, com a idade da mulher à época do aborto e com a existência de uma rede de relações sociais. O Misoprostol foi utilizado predominantemente no caso de mulheres de camadas populares, que foram também aquelas que recorreram a diferentes recursos para interromper a gravidez e realizaram abortos tardios. Os percursos das mulheres de camadas médias, quando abordados, são pouco explorados, restritos às clínicas privadas e descritos como menos tortuosos e mais seguros em relação aos realizados por mulheres de camadas populares.

Se existem diferentes percursos para a realização do aborto e estes variam segundo distintos elementos, logo, a separação entre decisão e itinerário não existe, principalmente, quando a interrupção da gravidez é realizada em um contexto ilegal e de forte condenação moral como o brasileiro. Assim, alguns estudos identificados abordam, de fato, o processo decisório.

1.1.4 Estudos que abordam o processo decisório pelo aborto

O estudo de Peres (2003), elaborado a partir de análises dos resultados da pesquisa GRAVAD, constatou como a decisão frente ao aborto comporta desde a cogitação, a tentativa de concretizá-lo até a sua efetiva realização. A autora discute que a fala das mulheres sobre o aborto não pode ser resumida a “eu abortei ou não abortei”. Constata que, mesmo para aquelas que levaram a gravidez a termo, a possibilidade do aborto esteve presente, visto que parte delas cogitou abortar, algumas chegaram mesmo a tentar efetivá-lo, embora sem êxito, e uma parte, de fato, terminou por concretizá-lo. Portanto, a decisão é um *continuum* em que a atitude inicial da mulher frente à gravidez pode ser diferente daquela do desfecho final deste evento. Diante de uma gravidez, existe, assim, um horizonte de possibilidades que comporta desde cogitar o aborto até efetivamente realizá-lo ou não (PERES, 2003). Contudo, a expressão *continuum*, utilizada no estudo, reflete a ideia de algo que vai acontecendo sucessivamente. No nosso estudo, a decisão pelo aborto ocorreu entre idas e vindas, não seguindo necessariamente um ordenamento.

Menezes (2006), discutindo os dados da mesma pesquisa GRAVAD produzidos pelo inquérito domiciliar realizado com cerca de 4.634 jovens de Salvador, Rio de Janeiro e Porto

Alegre, utilizou as categorias analíticas desenvolvidas por Peres (2003) na etapa qualitativa do estudo – cogitação, tentativa e realização do aborto –, para analisar o desfecho da primeira gravidez. A autora confirmou em nível populacional como a decisão pelo aborto não é dicotômica, já que, pelo menos em um terço dos casos, o aborto foi cogitado como possibilidade ou efetivamente tentado.

A possibilidade do aborto apareceu assim como uma alternativa, independentemente do grupo social a que as mulheres pertenciam. Elementos do contexto da relação afetivo-sexual são relevantes, visto que as jovens que relataram um aborto estavam inseridas em relações ainda não consolidadas ou com vínculos frágeis. Além disto, as reações negativas do parceiro e das famílias frente à gravidez foram significativas: as jovens que admitiram ter cogitado e, principalmente, aquelas que disseram ter tentado interromper a gravidez ou efetivamente ter realizado o aborto relataram, com maior frequência, situações em que a interrupção lhes foi sugerida pelos parceiros e/ou pelos próprios familiares (MENEZES, 2006).

Em um contexto bastante diferente do brasileiro, Puri et al. (2007), no Nepal, país onde o aborto é legal, analisam os fatores associados à decisão pelo aborto provocado entre jovens casais²¹. Esta investigação reitera como a decisão pelo aborto é dinâmica, sendo influenciada por múltiplos fatores tanto socioculturais quanto econômicos. Entretanto, chama a atenção para a relevância das relações afetivo-sexuais, com destaque para o lugar dos parceiros. Apesar de a gravidez não ser desejada pela mulher de contexto socioeconômico desfavorável, dentre outros elementos, a decisão foi tomada, na maior parte dos casos, pelo parceiro.

Já Chaneton e Vacarezza (2011), em Buenos Aires, na Argentina, onde o aborto é ilegal²², buscaram conhecer as experiências relacionadas ao aborto provocado e os seus desdobramentos em um contexto social clandestino²³. Inicialmente, as autoras exploraram os motivos e as formas como a decisão pelo aborto foi tomada: se autodeterminada, isto é,

²¹ Puri et al. (2007) utilizaram, basicamente, nas suas análises, os dados de trinta entrevistas de uma pesquisa quantitativa mais ampla, dezenove mulheres e onze homens, casados, com idades variando entre 15 e 27 anos. Entre os onze homens, sete eram casados com as mulheres que participaram do estudo.

²² “*En la Argentina, el aborto está penalizado por la ley, según lo tipifica el Código Penal vigente desde 1921. Este Código, que rige en todos los distritos del país incluyendo la ciudad y área metropolitana de Buenos Aires, criminaliza el aborto durante todo el período de gestación, pero estipula que no es punible cuando es efectuado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer, o en caso de violación*” (PETRACCI ET AL., 2012, p. 167).

²³ As autoras entrevistaram vinte e seis pessoas, dezoito mulheres e oito homens, de classes sociais diferentes.

decidida somente pela mulher, se compartilhada. O motivo central apresentado pelas entrevistadas foi o fato de a gravidez ter ocorrido em um momento inoportuno em que a continuidade da gestação poderia modificar suas vidas como um todo seja pelas repercussões emocionais indesejadas, pelo despreparo para exercer a maternidade seja pela interrupção de projetos pessoais. As duas últimas causas estão mais presentes em mulheres de classe média, enquanto o não ter condições econômicas para sustentar uma ou mais uma criança foi alegado, sobretudo, pelas entrevistadas de classe popular.

Posteriormente, as autoras apontam as dificuldades na busca pelo procedimento abortivo, no contexto clandestino argentino, que tem que ser realizada em um curto período de tempo e é demarcada pelo pertencimento social. Enquanto, para as mulheres de classe média, houve alternativas para a escolha de um lugar com menores riscos à saúde, para aquelas de classe baixa, esta possibilidade não existiu. Assim, os itinerários abortivos foram também diferentes, a depender da classe social. As mulheres de classe baixa estão mais vulneráveis a situações com maior probabilidade de consequências danosas, podendo alguns procedimentos levá-las à morte. Como nos estudos já referidos, a participação masculina foi variada, segundo o tipo de relação afetivo-sexual construída pelos parceiros e como esta se encontrava no momento em que a gravidez aconteceu. No momento posterior à intervenção, mulheres e homens declararam variados sentimentos, desde alívio até tristeza. O estudo de Chaneton e Vacarezza (2011), ao abordar a decisão pelo aborto desde a descoberta da gravidez até o momento pós-aborto, reforça o nosso argumento de que a decisão pelo aborto é um processo e que a sua análise não deve se ater apenas aos motivos e interlocutores.

No Brasil, Heilborn et al. (2012a)²⁴ analisam os processos de negociação e tomada de decisão pelo aborto, buscando identificar, por meio do contraste geracional, mudanças nas relações de gênero, no que se refere à tomada de decisão em torno de uma gravidez imprevista, discutindo questões como a autonomia feminina e a relacionalidade dos processos decisórios. Entre os mais jovens, a decisão pelo aborto ou pela continuidade da gestação foi mais compartilhada com os parceiros, familiares e/ou amigos, diferentemente dos mais velhos cuja experiência foi vivenciada de modo mais solitário pelas mulheres, sendo menos negociada/dialogada pelos homens e, em muitas situações, sem a participação do parceiro. Em

²⁴ Trata-se de análises que fazem parte de uma pesquisa qualitativa mais ampla realizada no Rio de Janeiro, em Buenos Aires, Bogotá e Montevidéu – Heterossexualidade, Contracepção e Aborto (HEXCA) – que teve como objetivo avaliar o processo decisório de interrupção da gravidez. Reúne relatos de experiências femininas e masculinas de gerações diferentes (no início da vida sexual e no fim da vida reprodutiva) e de segmentos sociais distintos (de classes populares e de camadas médias). O presente artigo focaliza as trajetórias de 28 jovens (15 mulheres e 13 homens), com idade entre 18 e 27 anos, de camadas médias e populares, com residência no Rio de Janeiro.

grande parte destas situações, sobressaiu o protagonismo feminino na decisão pela interrupção da gravidez. Para os autores, estas análises indicam alguma transformação nas concepções de gênero entre gerações. Entre os jovens, há maior diálogo e negociação, sejam bem ou mal sucedidos; já na geração mais velha, os homens se mostram menos sensíveis às questões do campo reprodutivo e do exercício da paternidade (HEILBORN ET AL., 2012a).

Heilborn et al. (2012a) problematizam como a decisão pelo aborto é contingencial, estando inscrita em uma rede de relações sociais, desde as negociações em torno do desfecho de uma gravidez até as formas de como realizar o aborto, apontando para a noção de processo decisório, com a qual concordamos. Desta maneira, explicitam que o processo não é linear, mas conformado por várias etapas: suspeita/confirmação da gravidez; conversas com o parceiro, pares, familiares; decisão pela interrupção e realização do aborto até a recuperação da mulher que aborta e o retorno à vida cotidiana. Contudo, esta noção de processo decisório não era o foco do artigo e, portanto, não foi explorada.

A partir da análise dos estudos acima, percebemos que diversos motivos podem desencadear um aborto como desfecho de uma gravidez imprevista. Não se pretende afirmar, aqui, a homogeneidade das experiências, ao contrário, os contextos sociopolíticos e econômicos são bem distintos. Diferentes percursos foram delineados, a depender do contexto sociopolítico e econômico dos envolvidos, do momento em que acontece a gravidez e de quem participa da decisão. Não é o fato de a gravidez ser imprevista que leva ao aborto, mas a conformação de uma rede de múltiplos motivos hierarquizados de acordo com o momento de vida das pessoas envolvidas. Contudo, surpreende que, em contextos tão diversos, os motivos se repitam, sobretudo os motivos relacionados à relação afetivo-sexual.

Entretanto, cabe ressaltar que, em alguns estudos, notamos diferenças relacionadas às camadas sociais. A legitimidade do vínculo conjugal aparece, para as mulheres de ambas as camadas, como um motivo primaz, porém, as de camadas médias referem um ideal de maternidade que não aparece nas falas das mulheres de camadas populares, como também as condições socioeconômicas são tidas como motivos importantes para estas últimas, não estando presente nos estudos sobre as camadas médias. Estas distinções também são percebidas nos itinerários abortivos, sendo os percursos das mulheres de camadas populares descritos como mais tortuosos e inseguros quando comparados aos das mulheres de camadas médias.

A atitude inicial da mulher ante a gravidez nem sempre é coerente com o desfecho final. Isto se deve ao fato de que a decisão não é de cunho individual, mas construída a partir das relações sociais, estando submetida ao contexto sociocultural vivido, como alguns estudos aqui discutidos apontam. Contudo, mesmo nestes estudos, a ideia de processo decisório não é explorada, como também nos estudos que analisam os itinerários abortivos. Ademais, poucos estudos foram realizados no Nordeste brasileiro, com pessoas de estratos sociais médios e sobre as experiências em clínicas privadas.

O processo decisório pelo aborto está inserido em uma rede de relações sociais que demarca, de maneira contundente, o seu desfecho. Assim, a partir da visão de pessoas que passaram pela experiência do aborto provocado, procuramos compreender as relações sociais mais significativas e como elas influenciaram o processo decisório. Dois conceitos se tornam fundamentais para entender como essas relações são estruturadas dentro desse processo: o gênero e o poder.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as experiências de aborto de mulheres e homens pertencentes a estratos sociais médios do nordeste brasileiro, focalizando a construção da decisão e o itinerário abortivo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os caminhos percorridos pelas mulheres e pelos homens no processo decisório pelo aborto, desde a suspeita e a confirmação da gravidez até o momento da sua interrupção;
 - Analisar os fatores e pessoas que influenciaram a tomada de decisão pela interrupção da gravidez.
 - Identificar os procedimentos e/ou recursos utilizados pelas mulheres para a realização do aborto e quais fatores influenciaram estas escolhas.
 - Discutir os impasses metodológicos e éticos envolvidos na pesquisa sobre aborto.

3 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE GÊNERO E PODER

Para entender o processo decisório que resulta em um aborto, é preciso compreender como as relações de gênero e as dinâmicas de poder o estruturam. Apesar das mudanças significativas existentes nas sociedades ocidentais contemporâneas, no que se refere aos posicionamentos das mulheres como, por exemplo, sua maior escolaridade e a entrada no mercado de trabalho, ainda persiste a ideia essencialista de que a mulher foi feita para ser mãe e de estar o gênero feminino imaginado como imbricado com a maternidade (SCAVONE, 2004; MEYER, 2005). Assim, não há como estudar o aborto sem entender as implicações do gênero nesta prática.

Joan Scott se contrapõe às perspectivas que realizam análises de maneira fixa e dualista e que, de alguma maneira, essencializam o gênero. Aborda o gênero a partir de uma perspectiva relacional, que contempla os conflitos, as contradições e o poder, reconhecendo a fluidez e a variabilidade do gênero nas diversas práticas socioculturais (STOLCKE, 2004; LOURO, 2007) sendo a noção de poder foucaultiana evocada como uma potente articuladora. Por sua vez, Foucault (1979) não considera o poder como uma realidade que tenha uma natureza, uma essência que procuraria definir suas características universais. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, que produz significados, conhecimentos e práticas. O poder não é um objeto natural, uma coisa, é algo dinâmico (MACHADO, 1979).

Nessa perspectiva, se estamos defendendo que o processo decisório pelo aborto é composto por distintos momentos que são fluidos e interconectados entre si, não cabe conceitualizações de gênero que engessem as práticas sociais em posições dicotômicas como, por exemplo, de dominador e dominado. As relações de gênero são estabelecidas de diferentes maneiras, ao longo do processo decisório, da mesma forma que o poder não está centralizado em algo ou em alguém; ele circula.

3.1 AS CONCEPÇÕES DE GÊNERO E PODER

A perspectiva de gênero surge com o movimento feminista, entre as décadas de 1960 e 1970, e, em meados da década de 1980, começou a ser utilizada por diversas estudiosas feministas no Brasil (MATOS, 2002). Segundo Rago (1998), a passagem da história das mulheres ou dos chamados “estudos de mulheres” para a categoria gênero, foi repentina no Brasil, ocorrendo entre as décadas de 1980 e 1990.

De acordo com a mesma autora, uma imensa literatura diversificada sobre gênero foi inaugurada: as *pós-estruturalistas*, com Derrida e Foucault à frente, com a proposta de dissolução dos sujeitos e apontando para a dimensão relacional da nova categoria; as *marxistas*, procurando integrar, rapidamente, a nova categoria em seu sistema de pensamento com a preocupação de garantir o lugar outrora hegemônico e agora compartilhado do conceito de classe; e, por fim, as *psicológicas*, com suas propostas e interpretações mais ligadas às questões da maternidade e à crítica ao patriarcado. Lima Costa (1998) pontua que um dos principais ganhos que o conceito de gênero trouxe, quando aliado às correntes estruturalistas ou às pós-estruturalistas, foi a negação epistemológica de qualquer tipo de essência feminina. Para esta autora, mais que tudo, gênero permitiu teorizar com mais destreza as complexas e fluidas relações sociais e as tecnologias de poder.

A partir das pontuações realizadas acima, podemos notar que, no extremamente diversificado campo de estudos de gênero, parece haver, talvez, um único consenso: a negação de qualquer determinismo biológico e a noção de serem as relações de gênero “construções sociais” (GIFFIN, 2005; ROHDEN, 2009).

Scott (1995) compreende o gênero como uma categoria de análise. Nesses termos, gênero seria o conhecimento sobre a diferença sexual, conhecimento este entendido como sempre relativo, produzido por meios complexos, isto é, por amplos e complexos quadros epistêmicos, e referindo-se não somente às ideias, mas, também, às instituições e estruturas, práticas cotidianas, rituais, enfim, tudo aquilo que constitui as práticas e relações sociais (KOFES, 1998).

Ainda de acordo com Scott (1995), as abordagens teóricas feministas que mais utilizaram o gênero em suas análises podem ser resumidas em três posições teóricas: a primeira vinculada ao patriarcado, a segunda à tradição marxista; e a terceira dividida entre o pós-estruturalismo francês e as teorias anglo-americanas, inspiradas nas várias escolas de Psicanálise. Em termos gerais, apresenta uma reflexão sobre estas três abordagens teóricas, assinalando limitações e avanços relacionados ao uso da categoria gênero. Suas críticas se detêm, fundamentalmente, no emprego da categoria gênero por estas abordagens que, de uma maneira ou de outra, terminam reforçando o caráter fixo e de oposições binárias entre masculino e feminino, não avançando em discussões capazes de viabilizar análises críticas sobre os contextos nos quais se dão as construções hierárquicas e desiguais das relações sociais. Para a autora, estas abordagens feministas acabam, de alguma forma, por aceitar tais construções como reais ou como estando na natureza das coisas, e a não historicidade do

gênero, caindo, por vezes, em uma atemporalidade. Além disto, menosprezam a importância da categoria para reflexões sobre o político e o poder.

Scott compreende, pois, o gênero como uma categoria de análise, definindo-o a partir de duas proposições: “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”. Na primeira proposição, evidencia o caráter social, cultural e histórico do gênero, contrapondo-se às abordagens universalistas, essencialistas e biologizantes que buscam um denominador comum para explicar as desigualdades presentes nas relações de gênero. Posteriormente, ao colocar o gênero como uma “forma primeira de significar as relações de poder”, destaca as ligações intrínsecas entre gênero e poder. (1995, p. 19).

Pontua Scott (1995, p. 19) que o gênero, como “um elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos”, necessariamente implica em quatro elementos que se relacionam entre si. O primeiro corresponde aos símbolos culturais, que estão disponíveis e que trazem múltiplas representações, muitas vezes contraditórias. O segundo se refere aos conceitos normativos, que colocam em evidência interpretações dominantes sobre o sentido dos símbolos e tentam limitar e conter outras possibilidades interpretativas, interpretações estas que aparecem como única possibilidade de visão de mundo, construídas a partir de um suposto consenso social e não de conflitos. O terceiro elemento interligado ao gênero é o político: o gênero compõe e opera organizações políticas; por fim, o quarto elemento diz respeito à identidade subjetiva, a como esta é perpassada e intrinsecamente ligada ao gênero. Scott, assim, apresenta uma nova maneira de se trabalhar com a perspectiva de gênero: “O objetivo da nova pesquisa histórica é destruir a noção de fixidade, descobrir a natureza do debate ou da repressão que leva à aparência de uma permanência atemporal na representação binária dos gêneros” (1995, p. 22).

Segundo Scott (1995), o conceito de gênero é estabelecido como um conjunto de referências que estrutura a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social. Nesta perspectiva, estas referências estabelecem distribuições de poder diferentes por meio do controle ou do acesso diferencial aos recursos materiais e simbólicos. O gênero, pois, está implicado na concepção e na construção do poder em si, segundo a autora, que apresenta a noção de poder foucaultiana como uma potente articuladora.

3.1.1 O poder em Foucault

Não existe, em Foucault, uma teoria geral do poder. Para ele, toda teoria é provisória, acidental, dependente do estado de desenvolvimento da pesquisa, que aceita seus limites, seu inacabado e sua parcialidade. Sua pretensão é formular conceitos que clarifiquem os dados, organizando-os e explicitando suas interconexões mas que, ao mesmo tempo, estão abertos, podendo ser reformulados e substituídos a partir de um novo estudo (MACHADO, 1979).

Nesse sentido, nem a arqueologia nem, sobretudo, a genealogia tiveram por objetivo fundar uma ciência ou mesmo construir uma teoria. A proposta é de realizar análises fragmentárias e transformáveis. As análises foucaultianas, assim, não consideram o poder como uma realidade que possua uma essência ou mesmo uma universalidade. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, que implica uma relação: relações de poder. Não existe algo unitário e global chamado poder, mas unicamente, formas díspares, heterogêneas, em contínua transformação (MACHADO, 1979). Nas palavras de Foucault:

A análise em termos de poder não deve postular, como dados iniciais, a soberania do Estado, a forma da lei ou a unidade global de uma dominação; estas são apenas e, antes de mais nada, suas formas terminais. Parece-me que deve compreender o poder primeiro, como a multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas ou ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si; enfim, as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemônias sociais (1988, p. 102-103).

O poder seria um feixe aberto, mais ou menos organizado, de relações (FOUCAULT, 1979). Segundo Machado (1979), a genealogia foucaultiana sobre o poder é a dos mecanismos e técnicas infinitesimais de poder que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes: sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura, etc. O foco é voltado para a análise de como esses micropoderes, que possuem tecnologia e história específicas, se relacionam com o nível mais geral do poder constituído pelo aparelho de Estado (FOUCAULT, 2010).

A análise foucaultiana não parte de um elemento que centraliza e representa o poder, ela aponta que o poder está em todo lugar. Em qualquer relação social existe poder o qual se caracteriza, em algumas circunstâncias, como relações de dominação. O poder não é debatido

como uma dominação global e centralizada que se pluraliza, que se difunde e repercute nos outros setores da vida social, de modo igual e homogêneo, mas como tendo uma existência própria e formas específicas (FOUCAULT, 2009).

Nesses termos, o poder possui uma eficácia produtiva, uma riqueza estratégica, uma positividade. Não é algo “ruim” que se identifica e vê; pode-se senti-lo de variadas formas e é exatamente este aspecto que explica o fato de que o poder tem como alvo o corpo humano, não para supliciá-lo, mutilá-lo, mas para aprimorá-lo e adestrá-lo melhor (FOUCAULT, 1979).

Foucault (1988) identifica que, ao longo dos séculos XVII e XVIII, as sociedades ocidentais passaram por muitas transformações dentre as quais a substituição gradativa do poder exercido pela soberania, centralizado na figura do rei, por uma nova categoria de poder, o poder disciplinar. Ao contrário do que ocorreu no âmbito do poder da soberania, o poder disciplinar não é materializado na figura do rei, mas nos corpos dos sujeitos individualizados por técnicas disciplinares. O poder disciplinar não se detém como uma coisa, não se transfere como uma propriedade, ele incide sobre os corpos dos indivíduos:

[...] é com efeito um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior ‘adestrar’; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor. Ele não amarra as forças para reduzi-las; procura ligá-las para multiplicá-las e utilizá-las num todo (FOUCAULT, 2009, p. 164).

Nessa perspectiva, o corpo é tido como um objeto e alvo de poder em que é exercido um controle sub-reptício, quase imperceptível, por meio do poder disciplinar. O corpo é configurado como um lugar privilegiado para a ação política e ideológica de vigilância, controle e regulação. Diferente de outras formas de controle, a disciplina não se fundamenta apenas na apropriação do corpo físico, no aprofundamento da sujeição: ela tem como objetivo formar um corpo humano submisso, manipulando os pequenos detalhes e o comportamento (FOUCAULT, 1979).

O poder disciplinar, assim, atua na lógica de que quanto mais invisível, melhor será sua visibilidade. Por meio de técnicas de poder específicas torna mais forte toda a maquinaria que compõe o aparelho do Estado, uma vez que leva ao aumento da produção, ao desenvolvimento da economia, à distribuição do ensino e à elevação da moral pública (FOUCAULT, 2009).

O poder disciplinar possui algumas características. Primeiro, é um tipo de organização do espaço: distribui as pessoas em um espaço individualizado, classificatório e combinatório.

É também um controle do tempo, isto é, estabelece uma sujeição do corpo ao tempo, com o objetivo de produzir o máximo de rapidez e o máximo de eficácia. Neste sentido, não é basicamente o resultado de uma ação que lhe interessa, mas o seu desenvolvimento. Outro instrumento do poder disciplinar é a vigilância. Não uma vigilância que, reconhecidamente, se exerce de modo fragmentário e descontínuo, mas que é ou precisa ser percebida pelos indivíduos de maneira contínua, que deve impregnar quem é vigiado de tal modo que este adquira a visão de quem olha (MACHADO, 1979).

A partir da segunda metade do século XVIII, o poder disciplinar passa a ser complementado pelo biopoder. Em outras palavras, o biopoder se insere, de certo modo no poder disciplinar. O poder disciplinar se detém na individualização das pessoas, já o biopoder provoca a massificação, pois não se dirige aos indivíduos isolados, mas à população. Os efeitos do biopoder se fazem sentir sempre em processos coletivos, globais, processos estes que fazem parte da vida de uma população. Estas duas categorias analíticas de poder se sobrepõem constantemente. O melhor exemplo de superposição é dado pelo tema da sexualidade. A sexualidade depende, simultaneamente, de processos disciplinares e biológicos individualizantes e também de processos massificantes, controladores e regulamentadores (POGREBINSCHI, 2004).

Desse modo, na análise foucaultiana, o que está em jogo nas dinâmicas de poder não é a expulsão das pessoas da vida social ou o impedimento do exercício de suas atividades e sim a gestão de suas vidas, o controle de todas as suas práticas sejam elas sociais ou mentais, um controle minucioso das operações do corpo, que assegura a sujeição constante de suas forças e lhe impõe uma relação de docilidade-utilidade. É o diagrama de um poder que não atua do exterior, mas trabalha o corpo das pessoas, manipula seus elementos, produz seus comportamentos, enfim, fabrica o tipo de ser humano necessário ao funcionamento e manutenção da sociedade industrial capitalista (FOUCAULT, 2009).

Não se explica inteiramente o poder quando se procura caracterizá-lo por sua função apenas repressiva e negativa, diz Foucault (1988), pois, se o poder tivesse apenas as funções de repressão, censura, exclusão, impedimento e só se exercesse de uma maneira negativa, ele seria muito frágil. Sua força existe porque o poder produz efeitos positivos, a nível do desejo e também a nível do saber. O poder, longe de impedir o saber, o produz.

Toda forma de produção de saber é intrínseca às relações de poder. O saber não existe fora do poder ou sem poder. Não é um mito nem privilégio de espíritos livres. O saber é situado, contextual; é produzido nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder (FOUCAULT, 1979). O poder está em estreita relação com a

produção de saber. Poder e saber se produzem e autorreproduzem, estabelecem uma relação de mútua dependência e de mútua independência (POGREBINSCHI, 2004).

Segundo Pogrebinschi (2004), a noção de poder foucaultiana apresenta a ideia do poder que produz, que constrói e, ao mesmo tempo, destrói e reconstrói. É composto por uma multiplicidade e uma pluralidade. O poder transforma, acrescenta, diminui, modifica, a cada momento e em cada lugar, a si mesmo e a cada coisa com a qual se relaciona, em uma rede dinâmica e infinita. O poder é produção em ato, é uma prática.

Nesse sentido, o investimento do poder no corpo conduz ao domínio, à consciência do próprio corpo. A partir do momento em que o poder produz um efeito de controle sobre o corpo, como consequência direta de suas atuações emerge, inevitavelmente, a reivindicação do próprio corpo contra o poder. Quaisquer relações de poder contêm, ao mesmo tempo, mecanismos de controle e possibilidades de resistência. Os embates, pois, contra o exercício do poder, não podem ser realizados em outro lugar senão dentro das próprias dinâmicas de poder (FOUCAULT, 1979).

Para Costa (1998), uma perspectiva relacional de gênero considera que este não se refere unicamente a homens e mulheres e que as associações entre homem–masculino e mulher–feminino não são naturais, nem óbvias; são construções sociais implicadas no contexto histórico-político e cultural em que são constituídas e de que são constituintes. Como pontua Scott (1988), os significados das diferenças de gênero são sempre relativos a certas construções particulares, em contextos específicos. O foco fica voltado para as relações que são estabelecidas e imaginadas e as atribuições de masculino e feminino elaboradas nestas relações:

Enfatizar o caráter relacional do gênero não é afirmar que os estudos de gênero devam ser sempre e necessariamente com homens e mulheres simultaneamente, pois isso seria reforçar uma política identitária. Enfatizar o caráter relacional do gênero é dizer que os estudos sobre os sujeitos concretos devem considerar as percepções sobre masculino e feminino como dependentes, ao mesmo tempo que constitutivas, das relações sociais (COSTA, 1998, p. 173-174).

É necessário, portanto, entender que as relações de gênero não estão isoladas e sem interconexões com outras categorias sociais, ou mesmo, que são determinadas em todos os lugares pelos mesmos tipos de circunstâncias e da mesma forma, mas compreendê-las como

um produto complexo de uma variedade de forças sociais e situacionais, privilegiando uma abordagem que leve em consideração as continuidades e as mudanças presentes nas construções das relações sociais (MOORE, 1997; FONSECA, 2003).

O processo decisório pelo aborto está enredado em relações sociais estruturadas pelo gênero e pelo poder. As relações de gênero são fluidas no processo decisório e se conectam com outras categorias sociais demarcando percursos bem distintos, da mesma forma que o poder não está centralizado em algo ou em alguém, ele circula. No momento de tomada de decisão, por exemplo, muitas mulheres entrevistadas ocuparam uma posição de poder, ao se reconhecerem e serem reconhecidas, pelos homens entrevistados, como as quem têm o poder de decidir o desfecho da gravidez. Já no momento de viabilizar a decisão, o aspecto definidor foi o capital social²⁵ e econômico e, no momento em que a interrupção foi realizada na clínica privada, ou mesmo para as mulheres que usaram medicamentos e que recorreram aos hospitais para a finalização do aborto, em um contexto ilegal como o brasileiro, quem detém o poder nesses serviços são os profissionais de saúde. Assim, se queremos compreender como as relações de gênero e as dinâmicas de poder são estruturadas no processo decisório, temos que entender o gênero, como propõe Vale de Almeida (1996, p. 163): “é ao nível da negociação quotidiana, das interações carregadas de poder, das reformulações das narrativas de vida, que o gênero como processo e prática pode ser apreendido”.

Essas considerações teóricas embasam a discussão que segue na parte principal desta tese, ou seja, nos três artigos. No primeiro artigo, intitulado “As múltiplas camadas de segredo da vida reprodutiva: pesquisando o aborto provocado no Brasil”, problematizamos como o aborto é uma experiência envolta pelo segredo. Discutimos as três lógicas identificadas que condicionam este segredo – a legal, a moral e a relacional – e as dificuldades para a realização de pesquisas sobre o tema. Assim, neste artigo, também debatemos os aspectos metodológicos e éticos da pesquisa.

Nos artigos II e III, analisamos o material empírico produzido com as entrevistas. No artigo II, “A decisão pelo aborto como um processo”, mostramos como a separação entre decisão e itinerário abortivo, presente em muitos estudos, não condiz com as experiências narradas pelas mulheres e pelos homens entrevistados. Longe de ser de cunho apenas

²⁵ O capital social é definido pela capacidade que os agentes têm de mobilizar determinadas redes de relações sociais. Seria o conjunto de recursos atuais ou potenciais que permite os agentes acionarem as redes de relações sociais. Este capital pode ser medido não apenas pela extensão da rede de relações sociais, mas, também, pela identificação de quem participa desta rede e de suas posições de poder. Os agentes podem obter mais recursos se acionam pessoas em posição de poder na sua rede, mesmo que esta rede não seja muito extensa (BOURDIEU, 2008).

individual, a decisão está submetida às contingências do contexto sociocultural vivido, principalmente quando a interrupção é realizada em um contexto ilegal e de forte condenação moral como o brasileiro. A decisão pelo aborto, ao ser tomada, não é automaticamente realizada. Existem percursos para a viabilização desta decisão e a efetivação do aborto e, em diferentes ocasiões, ela pode ser questionada e refletida, estando, assim, sempre sujeita a mudanças. A decisão pelo aborto, de fato, só existe no dia em que a interrupção é realizada.

No Artigo III, intitulado “Experiências de abortos em clínicas privadas”, analisamos especificamente as histórias de abortos realizados em clínicas particulares. Constatamos que existem diferentes tipos de clínicas e modalidades de atendimentos prestados. A despeito de ser realizado de forma mais segura e eficaz, a realização de uma interrupção em clínica privada não é garantia de um atendimento humanizado à luz das recomendações nacionais e internacionais. Distintas experiências foram relatadas pelas mulheres, desde a falta de informações sobre os procedimentos, a utilização de procedimentos não recomendados, a ausência da contracepção pós-aborto até mesmo abortos realizados sem anestesia. A ilegalidade do aborto não impede que as mulheres o realizem, contudo, faz com que as clínicas particulares funcionem sem qualquer regulação do Estado, expondo as mulheres a situações de total vulnerabilidade e de violação dos direitos humanos.

PARTE II – RESULTADOS

4 ARTIGOS

ARTIGO I

AS MÚLTIPLAS CAMADAS DE SEGREDO DA VIDA REPRODUTIVA: PESQUISANDO O ABORTO PROVOCADO NO BRASIL

Resumo: Este artigo analisa as formas pelas quais a necessidade do segredo apareceu como elemento central no processo de pesquisa sobre o aborto provocado com pessoas de estratos sociais médios do Nordeste brasileiro. Mostramos que a necessidade do segredo é uma imposição oriunda de diferentes lógicas que denominamos como: legal, moral e relacional. Inicialmente, discutimos como esta qualidade múltipla do segredo do aborto decorre da criminalização de sua prática, do atual recrudescimento da condenação moral no Brasil e, também, dos contextos específicos relacionados aos processos biográficos inseridos no contexto sócio-histórico. As diferentes lógicas entrelaçadas marcam as experiências individuais, de forma contundente. O próprio processo de pesquisar aborto é marcado pelo efeito destas lógicas imbricadas que produzem a necessidade do segredo. No artigo, discutimos os elementos metodológicos que tornaram viável a realização da pesquisa em que a construção de uma relação de confiança se mostrou como condição fundamental. Deste modo, a discussão metodológica age como ferramenta para desvelar as múltiplas camadas de segredo em torno do aborto no Brasil.

Palavras-chave: Aborto provocado. Segredo. Pesquisa.

THE MULTIPLE LAYERS OF SECRECY IN THE REPRODUCTIVE LIFE: RESEARCHING INDUCED ABORTION IN BRAZIL

Abstract: This article analyzes the ways in which the need for secrecy appeared as a central element in the process of researching induced abortion with people from the middle social strata in the Brazilian Northeast. We show that the need for secrecy is an imposition deriving from different logics that we refer to as legal, moral and relational. Initially we discuss how this multiple quality of secrecy around abortion stems from the criminalization of the practice, the current resurgence of moral condemnation in Brazil, and also to the specific contexts in which it occurs, including the biographical processes within the socio-historical context. Thus, the different intertwined logics powerfully marks individual experiences. The process of researching abortion itself is marked by these entangled logics and the need for secrecy they produce. We discuss the methodological elements that made it feasible to carry out the research, where the construction of a relationship of trust proved crucial. Thus, the methodological discussion acts as means of revealing the multiple layers of secrecy around abortion in Brazil.

Keywords: Induced abortion. Secret. Research.

INTRODUÇÃO

Pesquisar o aborto provocado e analisar narrativas sobre o tema é revelar camada sobre camada de segredos, cada uma das quais obedece a uma lógica peculiar e marca, de forma cumulativa, as experiências de aborto de mulheres e de homens. Identificamos três esferas às quais estas lógicas estão atreladas, a legal, a moral e a relacional que, em uma perspectiva hermenêutica, correspondem a distintos níveis estruturais: 1) o mais abrangente é aquele das normas estabelecidas na lei para a aplicação do Estado por meio de imposição de força; 2) o mais difuso, mas nem por isto menos poderoso, é a ideologia hegemônica que sanciona e condena o aborto como contrário à moral; e 3) o mais imediato seria aquele que corresponde ao mundo relacional dos indivíduos.

Segundo Simmel, o segredo desempenha um papel funcional na articulação entre o individual e o social: *“a función sociológica del secreto son de naturaleza individual; pero la medida en que las disposiciones y complicaciones de las personalidades forman secretos, depende, al propio tiempo, de la estructura social en que la vida se desenvuelve”* (1939, p. 354). Adotamos esta perspectiva para demonstrar, neste artigo, que as lógicas que sustentam a qualidade múltipla do segredo do aborto existem na medida em que amarram os indivíduos nas teias sociais que vão desde o nível mais abrangente (o estado, a lei, a moral) até o mais restrito (o intersubjetivo e relacional). Assim, as lógicas identificadas decorrem da criminalização da prática do aborto; do atual recrudescimento da sua condenação moral no Brasil; e também dos contextos específicos, relacionados aos processos biográficos dos sujeitos, que só podem ser entendidos como inseridos no contexto sócio-histórico que os engloba.

Ginsburg (1998) aponta que, para compreender as experiências vividas, é fundamental entender o momento temporal em que acontecem. O momento temporal vivido pelas pessoas as coloca em contato com certos discursos e/ou determinadas possibilidades de práticas. A vivência em um determinado contexto sócio-histórico abre possibilidades para as pessoas se relacionarem em circunstâncias, situações e eventos que influenciam, direta ou indiretamente, as maneiras como elas constroem e relatam suas experiências no presente. As experiências exprimem não só aspectos particulares da vida das pessoas, mas, também, os aspectos socioculturais. Assim, enfatiza como as experiências individuais estão condicionadas e estruturadas pelo contexto sociocultural vivido.

Este artigo é composto por duas partes. Na primeira parte, discutimos as três esferas que impõem o segredo à experiência do aborto, mostrando como esta é uma experiência

singular que envolve múltiplas relações sociais. Na segunda, discutimos o processo de pesquisa. Constatamos que a construção de uma relação de confiança, mesmo que breve, é condição fundamental para a revelação do segredo, conseqüentemente, para a realização de pesquisas sobre aborto.

AS TRÊS LÓGICAS QUE IMPÕEM O SEGREDO À EXPERIÊNCIA DO ABORTO PROVOCADO: A LEGAL, A MORAL E A RELACIONAL

No momento em que esta pesquisa começou a ser realizada, em maio de 2012, o Estado brasileiro passou a adotar uma postura diferente em relação à prática do aborto. Se antes, como apontam os estudos de Ardaillon (1997) e Rolim (2007), em raros casos, as mulheres que interrompiam a gravidez eram processadas criminalmente, agora, em diversas regiões, as autoridades começaram a processar e condenar mulheres e profissionais de saúde. Entre os casos de mulheres presas por terem realizado aborto noticiados pela mídia, o da clínica de planejamento familiar em Campo Grande, no Mato Grosso do Sul, se tornou emblemático. Em 2007, a clínica foi fechada em seguida à denúncia de realização de abortos clandestinos²⁶. Na época, entre os anos de 2007 e 2008, muitos prontuários médicos foram apreendidos, quase mil mulheres foram indiciadas e, destas, vinte e seis foram condenadas a cumprir penas alternativas (GALLI ET AL., 2010; TUSSI, 2010). Anos mais tarde, no final de 2013, uma clínica privada que realizava abortos clandestinos no Rio de Janeiro também foi fechada, os médicos foram presos e a notícia foi veiculada na imprensa de forma espetacular: “Polícia desarticula maior rede de abortos do Rio”²⁷.

Essa mudança no cenário brasileiro marcou, mesmo que indiretamente, as experiências das pessoas que participaram da pesquisa que realizamos, de maio a dezembro de 2012, com 27 pessoas das camadas médias do nordeste do Brasil, sobre as suas experiências de aborto provocado. A entrevistada Beatriz nos disse ²⁸:

²⁶ Disponível em: <<http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/sao-paulo-tem-duas-mulheres-presas-por-aborto/n1597668956330.html>>. Acesso em: 25 maio 2012.

²⁷ Fonte: Estado de São Paulo. matéria publicada em 13 dez. 2013. Disponível em: <<http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,policia-desarticula-maior-rede-de-abortos-do-rio,1108176>>. Acesso em: 14 dez. 2013.

²⁸ Todos os nomes utilizados neste estudo são fictícios. A maior parte dos nomes foi escolhida pela(o) própria(o) entrevistada(o). Determinados nomes escolhidos pelas(os) participantes tiveram de ser modificados, já que no decorrer da pesquisa algumas pessoas escolheram os nomes verdadeiros de participantes da pesquisa.

Você sabe que a coisa é ilegal, que pode dar problema e aí todo esse processo é sigiloso, você só pode falar do assunto com algumas pessoas, escolhidas a dedo [...] Diante dessas notícias todas que você vê aí na televisão, você pensa que pode acontecer com você. (Três gravidezes, dois abortos: em 2010, aos 30 anos, e em 2012, aos 32 anos).

Apesar da ilegalidade, o aborto provocado é muito praticado na sociedade brasileira. Dados mais recentes sobre a magnitude do aborto no Brasil indicam que esta prática é tão comum no país que, ao completar 40 anos, mais de uma em cada cinco mulheres já fez aborto (DINIZ; MEDEIROS, 2010). No Brasil, a sua dimensão como problema social e de saúde pública é evocada, particularmente, face ao seu status ilegal²⁹, registrando-se elevada frequência de atos inseguros³⁰ com graves consequências à saúde das mulheres (BRASIL, 2009)³¹. Nosso entrevistado Paulo ressalta como a criminalização marca a experiência do aborto de maneira negativa, além de limitar o acesso aos procedimentos abortivos:

Acho que o processo seria muito mais fácil pros pais, especialmente pras mães principalmente do ponto de vista psicológico, se fosse descriminalizado que é a palavra que se usa. É difícil realizar aborto, o mais difícil é decidir, não que seja mais fácil fazer, porque você se depara com a ilegalidade e com serviços que podem não ser bons. (Quatro gravidezes, três abortos: em 1984, aos 18 anos; em 1990, aos 23/24 anos; e em 1996, aos 30 anos).

²⁹ No Brasil, a prática do aborto é considerada crime, como consta nos artigos 124 a 127 do Código Penal (CP) de 1940. No entanto, em duas situações, não é passível de penalização: quando a gravidez representa risco de morte para a mulher e quando a gravidez é resultado de violência sexual, artigo 128. Contudo, somente em 1989, foi implementado, na cidade de São Paulo, o primeiro serviço de aborto legal para os casos previstos por lei (SCAVONE, 2004). Em abril de 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu autorizar as mulheres que assim o desejassem a interromper a gravidez em casos de fetos anencéfalos, sem que a prática configurasse aborto criminoso. Fonte: <www.coad.jusbrasil.com.br>.

³⁰ De acordo com a OMS (2013), o aborto inseguro é definido como o procedimento utilizado para interromper uma gravidez, realizado por pessoas não habilitadas e/ou em ambiente não adequado. Em contrapartida, o aborto seguro implica risco extremamente baixo para a mulher quando realizado por pessoal treinado, em meio adequado e com os instrumentos necessários.

³¹ O direito ao aborto em condições de segurança foi defendido nas Conferências do Cairo (1994) e de Beijing (1995). Estes encontros se caracterizaram por terem sido espaços políticos onde se avançou na caracterização do aborto como uma questão de saúde pública, dando-se visibilidade aos alarmantes índices de morbimortalidade materna (BARSTED, 2009). Nas conferências, reconheceu-se que as restrições impostas à autonomia reprodutiva, por diversas leis e políticas públicas, violam os direitos humanos, principalmente os direitos das mulheres, e que tais leis não contribuem para o desenvolvimento econômico e humano das populações. Os documentos produzidos como resultados destas Conferências incorporam a concepção de direitos reprodutivos como prerrogativas dos sujeitos e fundamentados nos direitos humanos e recomendam que os países reformulem suas leis e políticas públicas de maneira que os garantam. O Brasil é signatário dos documentos finais de ambas as Conferências (LOREA, 2006; VENTURA, 2009).

O debate sobre o aborto, irremediavelmente, faz emergir a discussão sobre o momento em que se inicia a vida humana, ou seja, indaga-se sobre qual seria o momento exato em que embriões e fetos podem ser considerados seres humanos e pessoas. Neste debate, manifestam-se sujeitos com posições e pontos de vista explicitamente diferentes, tais como representantes das Igrejas Católica e Evangélica e de outras religiões, profissionais da ciência médica e da bioética e representantes dos movimentos feministas (ARDAILLON, 1997; KALSING, 2002).

A arena de discussões sobre o aborto provocado é, portanto, um espaço de confronto de, pelo menos, dois pontos de vista: do aborto como uma grave infração moral e como o exercício da autonomia reprodutiva das mulheres (CHAUÍ, 1984; DINIZ, 2007). O principal argumento em defesa do aborto sustentado pelos movimentos feministas é o direito inalienável da mulher ao próprio corpo. O aborto constitui um problema de foro íntimo, devendo ser garantido às mulheres o direito de escolha quanto à decisão de levar adiante uma gravidez e ter filhos, quanto ao número e ao melhor momento de tê-los (KALSING, 2002; SCAVONE, 2008). No Brasil, Barsted (2009) aponta que, por questões estratégicas, tem sido enfatizada pelo movimento feminista não só a denúncia das consequências da legislação restritiva vigente, que estimula práticas inseguras de aborto, configurando-o como um problema de saúde pública, como também a necessidade do Estado de garantir o atendimento qualificado para a realização do aborto previsto por lei na rede pública, questões, assim, relacionadas ao campo do direito à saúde mais do que ao direito à autodeterminação.

Existem, pois, muitas polêmicas relacionadas a situações em que a prática do aborto pode ocorrer no âmbito da legalidade ou é praticada na ilegalidade, como sucede na grande maioria dos casos (ARDAILLON, 2005; DUARTE ET AL., 2010). Pode-se dizer que tais polêmicas são alimentadas, principalmente, pelos segmentos religiosos. Em geral, para as religiões, o argumento contrário ao aborto está fundamentado na premissa de que se trata de um ato que elimina um ser humano, contrário ao preceito de inviolabilidade da vida (ROLIM, 2007; ALDANA, 2008). Tão forte é o argumento religioso que, mesmo para pessoas que declaram não ter religião, este se apresenta como um aspecto importante na experiência de aborto, como nos disse uma de nossas entrevistadas. Carol relata o quanto “ficou muito mal” com uma fala de um professor sobre o aborto, quando o mesmo evocou o argumento da inviolabilidade da vida:

Tinha um professor que tava falando, na verdade ele falou uma coisa que no fundo era o que eu sempre pensei, que quando você faz um aborto você tá interrompendo a vida. Ela foi iniciada já, se você interrompe aquele ser humano que cresceria ali, ele não vai mais existir, porque não existe a

possibilidade de ter outro que seria igual a ele. Não foi dada a oportunidade a ele. Ele falou pra gente: se sua mãe tivesse abortado você, você não estaria aqui. Aquilo acabou me tocando de alguma forma, eu fiquei muito mal pelo que tinha feito. (Duas gravidezes, dois abortos, ambos realizados em 2008, aos 28 anos).

Particularmente no Brasil, cabe destacar a proeminência do discurso oficial da Igreja Católica face à sua importância na trajetória histórica do país. A religião católica foi hegemônica por quase 400 anos, no Brasil, sendo a religião oficial do Estado até o final do século XIX, quando, com a instauração da República, em 1889, instituiu-se o Estado laico. Mesmo com mudanças recentes, o país conta ainda com um número significativo de adeptos deste credo religioso e a Igreja mantém uma participação significativa em debates importantes para a definição dos termos de vivência social e do ordenamento jurídico-penal³² (ROSADO-NUNES, 2009).

Assim, o poder político da Igreja Católica, que se mantém mesmo após a separação oficial Igreja-Estado, é responsável pela formação de uma cultura impregnada por valores do cristianismo. Não é sem sentido afirmar que, na contemporaneidade, há ainda uma relação de proximidade entre crime e pecado e que os códigos jurídicos têm a função de operar um aperfeiçoamento espiritual ou moral das sociedades que seguem os princípios do cristianismo católico, como se passa na sociedade brasileira (ROLIM, 2007; ROSADO-NUNES, 2009). Ademais, vale ressaltar que discursos de outros segmentos religiosos, especialmente de Evangélicos e de Espíritas, atualmente, são tão influentes quanto aqueles produzidos pela Igreja Católica. As correntes evangélicas e, também, do espiritismo apresentam posicionamentos contrários à prática do aborto em qualquer situação, também com argumentos de que a vida humana se inicia desde a concepção³³.

O texto da Constituição Brasileira de 1988 (CF/88) não estabelece o direito à vida desde a concepção e garante o direito dos cidadãos e cidadãs de decidirem livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, estabelecendo o planejamento reprodutivo (planejamento familiar, como escrito na constituição) como um direito das pessoas e conferindo ao Estado o dever de prover os meios e os recursos necessários para tal (VENTURA, 2009). Entretanto, atualmente, disputas no

³² Destaca-se que, mesmo no interior da Igreja Católica, o tema do aborto não é consenso. A organização Católicas pelo Direito de Decidir (CDD) diverge dos posicionamentos rígidos da hierarquia oficial da Igreja Católica e defende a descriminalização do aborto (RÁMIREZ-GÁLVEZ, 1999; SCAVONE, 2004).

³³ Ressalta-se que há dissensos entre as religiões, a exemplo da Igreja Universal do Reino de Deus, que já declarou posicionamento favorável pela descriminalização do aborto.

campo político vêm pressionando para mudanças na Constituição, implicando possíveis retrocessos.

Em 2005, foi criada a Frente Parlamentar em Defesa da Vida – Contra o Aborto, organizada, inicialmente, pelo deputado federal Luiz Bassuma, adepto da religião espírita, que postula o início da vida desde a concepção e reivindica direitos para o feto³⁴. No ano de 2011, a Frente Parlamentar contava com mais de 200 parlamentares na Câmara Federal e conseguiu o arquivamento definitivo, neste mesmo ano, do Projeto de Lei nº 1.135/91, de autoria dos ex-deputados Eduardo Jorge e Sandra Starling, que propunha a descriminalização do aborto (MIGUEL, 2012).

O aborto ainda esteve presente no centro das discussões ocorridas no segundo turno das últimas eleições presidenciais, em 2010, entre os dois candidatos. Para Diniz (2010), o tema do aborto “[...] se transformou em uma moeda de troca para angariar votos, em particular das comunidades evangélicas e católicas. As concessões políticas feitas pelos candidatos devem ser consideradas ameaças democráticas, pois indicam a força das religiões no espaço público”³⁵.

Ao analisar publicações na mídia impressa referentes ao aborto neste período, Fontes (2012) vai ao encontro dos argumentos de Diniz (2010), debatendo como a campanha eleitoral de 2010 privilegiou a perspectiva moral e religiosa na discussão do tema do aborto, em detrimento dos aspectos sanitários envolvidos na sua prática.

Desde então, o aborto permanece na agenda de debates na sociedade e são poucos os avanços em direção à flexibilização da legislação, à exceção da decisão do Superior Tribunal Federal (STF), em 2012, autorizando a interrupção da gravidez em casos de anencefalia. Vale, também, destacar a publicização da posição oficial dos Conselhos das profissões da área de saúde favorável à descriminalização³⁶. Os retrocessos, entretanto, têm sido maiores, a exemplo da mudança do texto da Política Nacional de Direitos Humanos; o recuo da posição favorável dos juristas à descriminalização, na revisão do Código Penal, e os avanços de projetos na Câmara Federal que representam uma ameaça à lei vigente.

³⁴ Fonte: www.cfemea.org.br.

³⁵ Débora Diniz, em entrevista a Kátia Mello publicada na matéria “A questão do aborto influenciará o seu voto?”. Revista Época, 6 out. 2010. Disponível em: <http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2010/10/epocablog061010_questaodoabortoinfluenciara.pdf>.

³⁶ No início de 2013, o Conselho Federal de Medicina (CFM) apresentou um posicionamento favorável à descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação, bem como os Conselhos Federais de Enfermagem, Psicologia e Serviço Social.

Assim, o Estatuto do Nascituro (PL 478/07)³⁷, proposta que foi aprovada pela Comissão de Finanças e Tributação, no início de 2013, estabelece proteção jurídica ao ser humano que ainda vai nascer. De acordo com Miguel (2012), a discussão em torno do Estatuto do Nascituro volta à cena com força em um momento de inflexão da relação entre religião e política no Brasil. Portanto, as propostas de revisão da legislação brasileira sobre a ampliação da prática do aborto tramitam com dificuldades no Congresso e convivem com iniciativas contrárias que visam aumentar a repressão às mulheres. Devem, ainda, ser mencionadas a Lei n° 2.504/2007, que determina o registro obrigatório de gravidezes detectadas em hospitais ou postos de saúde, e a revogação, pelo Ministério da Saúde, no final de maio de 2014, de uma Portaria que regulamentava a forma como o aborto legal tem sido pago pelo Sistema Único de Saúde (SUS), após uma semana de aprovação. Em um ano de eleição presidencial, a revogação, realizada sem justificativa, foi analisada por algumas feministas como uma concessão aos partidos da chamada bancada evangélica, representando também uma ameaça à lei vigente³⁸.

Cabe destacar que, no processo eleitoral que acontecerá em outubro deste ano, o tema do aborto já entrou novamente na pauta. Em abril, o candidato à Presidência pelo Partido Socialista Brasileiro (PSB), Eduardo Campos, e o candidato do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), Aécio Neves, afirmaram que a legislação brasileira atual é adequada, anunciando uma posição contrária ao aborto³⁹.

Em seu estudo, Arnaud (2008) constatou que as mulheres de sua pesquisa realizam um tipo de negociação moral: apesar de acharem o aborto uma prática errada, em determinadas circunstâncias, ela pode ser realizada. Entretanto, não pode ser uma prática banalizada e tem um limite certo de tempo para ser realizada. Algumas pessoas do nosso estudo também ponderaram sobre a questão moral. Paulo ressalta que não acha o aborto uma prática errada, “*cada pessoa tem um motivo para realizar*”, porém, destaca o tempo gestacional como importante para evitar qualquer tipo de “*carga moral*”:

³⁷ O projeto de lei, PL 6583/2013, da Câmara de Deputados, que trata do Estatuto da Família; os projetos PL 6998/2013, também da Câmara; e o PL 50/2014, do Senado, que introduzem a ideia de primeira infância no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) são considerados possíveis retrocessos à lei do aborto. CLAM₊10. **Aborto em tempos de eleição**. 4 jun. 2014. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/destaque/conteudo.asp?cod=11603>>.

³⁸ Cf. Matéria de Filipe Matoso, **Ministério revoga portaria que incluiu aborto legal na tabela do SUS**. G1, 29 maio 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2014/05/ministerio-revoga-portaria-que-incluiu-aborto-legal-na-tabela-do-sus.html>>.

³⁹ Cf. CLAM₊10. **Aborto em tempos de eleição...**, cit.

Eu sou a favor do aborto, acho que cada pessoa tem um motivo para realizar, e inclusive pode ser a melhor opção [...] E do ponto de vista é, moral, a minha opinião é que o aborto, principalmente o aborto feito no início da gravidez, eu acho que ele não tem nenhuma carga, não deveria ter nenhuma carga moral, você tá abortando um embrião, um conjunto de células. (Quatro gravidezes, três abortos: em 1984, aos 18 anos; em 1990, aos 23/24 anos; e, em 1996, aos 30 anos).

Flora justifica o aborto como a decisão possível em função do momento em que sua única gravidez aconteceu:

Na época eu pensava assim, não tinha nenhuma aproximação com o movimento feminista, mas pensava que não iria levar a gravidez adiante e responsabilizar minha mãe; não iria parir e entregar para ele [o parceiro] e não iria mudar a minha vida, meus projetos, em função de uma gravidez que realmente eu não desejei. (Uma gravidez, um aborto: em 2002, aos 25 anos).

Já Clara aponta “a culpa” por ter engravidado não devendo gerar uma criança sem condições para tê-la:

Existia a culpa de dizer assim: porra, eu tou grávida, por descuido meu, não foi por outra coisa assim. Portanto essa criança que está aqui dentro não tem nada a ver com isso [...] Porque, na boa, quando acontece um negócio desse com você, as ideologias que foram introjetadas em nós, na nossa formação enquanto mulher nesse mundo pesam muito forte. Pesam demasiadamente, a ponto de você achar que você não vai suportar esse negócio e que você deve ter a criança, e ao mesmo tempo você não quer ser mãe, não tem condições de arcar com tudo que a maternidade é. (Uma gravidez, um aborto, em 2009, aos 24 anos).

Em estudos epidemiológicos na área da Saúde Pública, o aborto é considerado um tema “sensível” e delicado, de difícil declaração. Esses estudos revelam como as mulheres tendem a omitir o aborto, ora declarando o evento como espontâneo ou mesmo negando a ocorrência da gravidez e a realização da sua interrupção (MENEZES, 2006). Falar sobre a experiência do aborto, uma prática estigmatizada e clandestina, para algumas pessoas, é difícil e pode remeter a lembranças que muitas delas não querem rememorar (OSIS ET AL., 1996; ARNAUD, 2008; BOLTANSKI, 2012). Desta maneira, a experiência de aborto não costuma ser um assunto conversado amplamente, ao contrário, trata-se, em geral, de um segredo restrito a determinadas redes de relações sociais. As pessoas não falam sobre a possibilidade de decisão por um aborto ou mesmo desta experiência com qualquer pessoa. Nossa entrevistada Laura conversou, primeiro com o parceiro e depois apenas com as pessoas que ela sabia que iam compreender a sua decisão pelo aborto:

Eu tinha várias dúvidas, mas eu não conversava com qualquer pessoa. Falei com ele (namorado), aí você acaba escolhendo as pessoas que podem de alguma forma te ajudar a fazer, te compreender, e eu gostava de conversar com a pessoa que estava me estimulando a fazer a coisa que no fundo eu queria fazer e cada vez eu tinha mais certeza que era isso que eu queria, porque eu deixava a conversa ir pra frente. Quando era alguém que dizia que não, eu só ouvia, não falava nada, tipo: vamos acabar com esse assunto, porque você não partilha da minha opinião. (Duas gravidezes, um aborto, em 2000, aos 20 anos).

As pessoas que foram procuradas para conversar, além do parceiro, em geral, foram amigas e amigos com histórias de abortamento, familiares, principalmente aqueles com atitudes mais liberais frente ao aborto ou que eram profissionais de saúde. Algumas mulheres ainda informaram ter consultado amigas vinculadas aos movimentos feministas. Estas pessoas foram elegidas, pelo apoio e compreensão na decisão pelo aborto e também porque foram consideradas como informantes privilegiadas sobre os procedimentos abortivos e as formas de acessá-los.

Já Flora ressalta o medo do julgamento moral ou mesmo de algum tipo de represália jurídica, o que a leva a falar “pouco” sobre sua experiência de aborto apesar dos dez anos já decorridos:

Tem dez anos que eu fiz, mas sempre tive muita dificuldade em falar sobre isso, só recentemente abri em alguns círculos que frequento e mesmo assim em poucos [...] É um tema complicado de falar, porque você está sujeita a todo tipo de julgamento ou até mesmo algo jurídico. (Uma gravidez, um aborto, em 2002, aos 25 anos).

Desse modo, uma pesquisa que insta as pessoas a falarem sobre o aborto provocado se depara com desafios metodológicos – como encontrar pessoas que passaram pela experiência do aborto provocado? – e também éticos, pois, uma vez encontrando-as, como conversar com elas sobre suas experiências? São estes aspectos que discutiremos abaixo.

PESQUISANDO O ABORTO PROVOCADO

Alguns desafios foram encontrados para a realização do estudo e, para enfrentá-los, a pesquisa foi delineada a partir de dois momentos. No primeiro, o “pré-campo”, os aspectos relativos às técnicas utilizadas para a produção de dados e a configuração do trabalho de campo foram definidos. O segundo momento foi a entrada no campo propriamente dita. No

“pré-campo”, foram construídos os roteiros para as entrevistas semiestruturadas⁴⁰, o termo de consentimento livre esclarecido⁴¹ e definido o perfil das(os) participantes da pesquisa.

A opção pelas entrevistas semiestruturadas se deve ao fato de que esta técnica fornece informações básicas para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação, sendo seu objetivo, o principal, a compreensão detalhada das práticas relacionadas com os comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos (GASKELL, 2002). Desse modo, a entrevista passa a ser vista como um momento de interação social que se dá em um determinado contexto, em uma relação constantemente negociada entre o/a entrevistador(a) e o/a entrevistado(a), por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões (PINHEIRO, 2004). As entrevistas são conduzidas de modo ativo, os/as entrevistadores(as) contribuem tanto quanto os/as entrevistados(as), já que há um envolvimento do(a) entrevistador(a) que intervém, dialoga e oferece a oportunidade de argumentação (POTTER; WETHERELL, 1987).

O perfil das(os) participantes da pesquisa foi definido abarcando mulheres e homens, de 18 a 49 anos, com experiência de aborto provocado, pertencentes a estratos sociais médios, professando diferentes credos religiosos, residentes na Grande Salvador (Salvador e Região Metropolitana) e na Grande Recife (Recife e Região Metropolitana). Os critérios utilizados para a definição do estrato social como médio e a localização dos potenciais elegíveis para esta pesquisa levaram em consideração a renda, a escolaridade dos sujeitos, a ocupação e seu bairro de moradia.

Existe todo um debate sobre a definição do que seja camada média e não há consenso nos estudos sociológicos que tratam do tema. Alguns autores destacam a renda como principal e único critério, outros apontam para a insuficiência desta abordagem adicionando outros elementos como ocupação, padrões de consumo e escolaridade. O que fica evidente é a dificuldade em definir o que seria camada média, sobretudo nos últimos anos em que o Brasil passou por mudanças significativas. O crescimento econômico aliado à diminuição das desigualdades de rendimentos, aos programas de transferência de renda e à expansão do crédito têm sido capazes de elevar os rendimentos, o grau de escolaridade e o padrão de consumo de muitas famílias, tanto que alguns autores chegam a falar do surgimento de uma “nova classe média” (SCALON; SALATA, 2012).

Assim, neste cenário de maiores possibilidades de mobilidade social, para localizar pessoas pertencentes aos estratos sociais médios, adicionalmente, demandou-se também o

⁴⁰ Ver Apêndices A e B.

⁴¹ Ver em Apêndice C.

local de realização do aborto. Partiu-se do pressuposto de que pessoas com acesso às clínicas privadas com atendimento médico muito provavelmente pertencem a estratos de maior renda familiar e escolaridade. Todavia, isto não exclui a possibilidade de que indivíduos pertencentes a estratos sociais médios não possam fazer uso de outros recursos/procedimentos para interromper a gravidez, bem como a utilização concomitante de mais de um recurso.

Cabe, ainda, pontuar que a escolha por entrevistar pessoas residentes na Grande Salvador e na Grande Recife se deveu às dificuldades para encontrar, apenas na Grande Salvador, mulheres e homens dispostos a participar da pesquisa, optando-se por incluir a Grande Recife, pelo conhecimento prévio da pesquisadora deste último local e a possibilidade de contatar potenciais elegíveis para participação na pesquisa.

O segundo momento se caracterizou pela (re)definição da logística do campo e o enfrentamento dos “*silêncios*” relacionados ao tema do aborto provocado, sobretudo, quando este é realizado por pessoas de estratos sociais médios e das muitas barreiras enfrentadas na busca por pessoas dispostas a conversar sobre suas experiências de abortos e a necessidade de respeitar os aspectos éticos envolvidos na investigação do tema.

REVELANDO O SEGREDO DO ABORTO EM UM CONTEXTO DE PESQUISA

No total, foram entrevistadas⁴², no período de maio a dezembro de 2012, 20 mulheres e sete homens, incluindo três casais⁴³: Júlia e Alfredo; Gabriela e Gustavo, cujas relações estavam em curso no momento da entrevista, e um casal já desfeito, Chica e Carlos⁴⁴. Entretanto, não foi fácil encontrar essas pessoas, sobretudo, os homens. As hipóteses que podem ser levantadas para explicar tais dificuldades remetem ao medo de falar, ao desejo de não compartilhar um assunto tão íntimo ou mesmo não querer mais falar da experiência vivida. Especificamente quanto aos homens, aliaram-se as dificuldades de interação com uma entrevistadora mulher e também a surpresa de serem instados a falar sobre o aborto.

A estratégia utilizada foi o acionamento da minha rede de relações sociais. Inicialmente, contatei amigas(os), colegas de trabalho e professores(as), via telefone ou em

⁴² As entrevistas duraram entre trinta e cinco minutos (tempo mínimo) e duas horas (tempo máximo). Os resultados são discutidos nos próximos dois artigos.

⁴³ As entrevistas com os casais foram realizadas separadamente. Em todos os casos, primeiro as mulheres foram entrevistadas e, em outro momento, os homens.

⁴⁴ A caracterização das(os) entrevistadas(os) segundo dados sociodemográficos selecionados encontra-se no Apêndice D.

encontros pessoais⁴⁵, perguntando se conheciam pessoas com experiência prévia de aborto provocado dentro do perfil definido. Obtive muitos “não conheço”, mas outros conheciam e se dispuseram a conversar com as pessoas para saber se aceitariam participar da pesquisa. Assim, um(a) amigo(a) em comum perguntava à pessoa se ela gostaria de participar da pesquisa e, caso concordasse, estes contatos me eram informados. Este foi o artifício encontrado para o estabelecimento prévio de uma relação de confiança em que as(os) potenciais entrevistadas(os) pudessem se sentir seguras(os). A partir da *indicação de pessoas próximas*, algumas pessoas, então, concordaram em participar da pesquisa.

Concomitantemente, contatei pessoas do meu círculo de contatos mais cotidiano e também do mais distante, que tinham passado pela experiência do aborto provocado e parte delas concordou em participar da pesquisa. Posteriormente, entrei em contato com pessoas que avalei serem sensíveis ao tema, as chamadas *informantes-chaves*. Embora não fizessem parte do meu convívio cotidiano, estas pessoas, em geral, estavam engajadas em discussões e/ou militavam em movimentos sociais a favor da legalização do aborto. Elas entraram em contato com suas respectivas redes de relações sociais mais amplas e de convívio cotidiano, buscando indicações. Adicionalmente, alguns participantes indicaram amigas(os) com experiência de aborto e algumas entrevistadas recomendaram os próprios parceiros ou ex-parceiros para participarem da pesquisa⁴⁶.

À medida que obtinha as indicações, após aguardar alguns dias, entrava em contato com as pessoas para me apresentar, explicar melhor a pesquisa e tentar agendar a entrevista. Esta etapa também constituiu outro processo com dificuldades específicas, para além da mera conciliação de agendas. Seis pessoas (quatro mulheres e dois homens), apesar de sinalizarem que queriam participar, no momento de viabilizar um encontro presencial não responderam às tentativas de marcação. Nestes casos, algumas nem mesmo atenderam às ligações, outras constantemente relatavam dificuldades em agendar um encontro e outras marcaram, mas não apareceram. Foram realizadas algumas tentativas de encontro, até que ficou evidente a resistência das pessoas em efetivamente participar da pesquisa.

Três mulheres quiseram me encontrar pessoalmente antes de concordarem em participar da pesquisa, para me conhecer melhor ou para saber mais sobre o estudo, enfim, de maneira geral, para se sentirem mais seguras. O agendamento prévio de um encontro anterior à entrevista mostrou-se efetivo, propiciando o estabelecimento de uma relação de confiança

⁴⁵ Esses cuidados foram tomados por questões de segurança, tanto da pesquisadora quanto das(os) participantes.

⁴⁶ Ver detalhamento das estratégias e número de pessoas no Quadro 1 no final do artigo.

que permitiu o engajamento das pessoas à pesquisa. Conhecer melhor a pesquisadora, sua formação profissional em Psicologia, seu vínculo com a universidade, sua rede de relações sociais na universidade e também sua postura diante de um tema complexo e delicado, foi um elemento importante para a construção de uma relação de confiança. A constituição de uma relação de confiança, assegurando um espaço onde o segredo do aborto pudesse ser revelado, fazendo com que as pessoas se sentissem seguras e à vontade para falar sobre suas experiências se mostrou, portanto, fundamental.

Encontrando as mulheres e os homens: a configuração de uma relação de confiança

Construir uma relação de confiança na breve interação que ocorre em um contexto de pesquisa requer criatividade. Alguns artifícios foram utilizados desde os formais, relacionados aos aspectos éticos da Resolução 196/96 que regula as pesquisas com seres humanos no Brasil⁴⁷, aos informais, mas, nem por isto, menos importantes, relacionados ao momento de interação da pesquisadora com as/os participantes.

A Resolução 196/1996 apresenta, sob a ótica tanto do indivíduo quanto das coletividades, cinco referenciais básicos da bioética como norteadores fundamentais do fazer pesquisa. São eles: a autonomia, a não maleficência, a beneficência, a justiça e a equidade (BRASIL, 2012). Parte-se do pressuposto de que estes referenciais asseguram os direitos e deveres relacionados à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (DINIZ, 2008).

Muitas discussões acontecem em torno da aplicabilidade desses princípios a todas as pesquisas com seres humanos⁴⁸. De acordo com Diniz (2008), existe um grande desafio para as pesquisas desenvolvidas nas Ciências Humanas e Sociais, no Brasil, sobretudo as que utilizam as técnicas qualitativas. Estas se deparam com uma regulação, a Resolução 196/96, elaborada a partir da matriz disciplinar das Ciências Biomédicas, que, embora tenha a pretensão de ser um documento válido para todas as áreas disciplinares, suas bases normativas e metodológicas foram construídas tomando-se como referência as pesquisas realizadas no campo médico. Isto imprime características disciplinares muito específicas e até mesmo estranhas às práticas investigativas das Ciências Humanas e Sociais. Desafios são construídos e estes se não forem analisados levando-se em consideração as particularidades de cada

⁴⁷ A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Parecer n^o 029-12/CEP-ISC.

⁴⁸ Ver Diniz e Vélez (1998).

campo disciplinar poderão resultar na impossibilidade de estudos na interface da saúde e das humanidades (DINIZ; GUERRIERO, 2008).

Não é pretensão aqui debater essas questões ou mesmo aprofundar o debate, mas elucidar qual posicionamento foi adotado na pesquisa, já que esta se encontra na interface da Saúde Coletiva e das Ciências Sociais, que usou uma técnica qualitativa na investigação de um tema ilegal, complexo e delicado como o aborto provocado. Spink (2000) pontua que a pesquisa é uma prática social e como tal implica, necessariamente, a coexistência do estar com os outros, o que traz a responsabilidade como um fator incondicional e norteador da relação. Reconhecer que durante todo o processo de pesquisa a(o) pesquisador(a) e as(os) participantes estão interrelacionadas(os) desde o primeiro contato até as análises dos dados e a publicização dos resultados, é o primeiro passo para garantir a realização de uma pesquisa pautada pela competência ética (SPINK, 2000).

No presente estudo, alguns cuidados éticos foram fundamentais: a proteção do anonimato e o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre pesquisador(a) e participantes (SPINK; MENEGON, 2004). Algumas medidas foram adotadas para garantir a confidencialidade dos dados e o anonimato das(os) entrevistadas(os), bem como a proteção das(os) participantes e da pesquisadora. A primeira medida se refere à própria construção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Quando os objetivos da pesquisa foram apresentados no TCLE, a palavra aborto foi omitida e substituída pela expressão “trajetórias de gravidezes”. As informações mais específicas e detalhadas sobre a pesquisa foram fornecidas oralmente: antes, durante e depois das entrevistas ou quando solicitadas pelas(os) participantes. A segunda medida foi a dispensa de assinatura do TCLE. Somente a pesquisadora assinou o termo, sendo oferecida às pessoas a opção de guardar, se assim o desejassem, uma cópia do documento.

Outra medida importante foi a escolha do local para realizar a entrevista. Foi fundamental que a entrevista acontecesse em um lugar em que as pessoas se sentissem à vontade e seguras para conversar. Existiu uma total flexibilidade: algumas pessoas preferiram vir até a residência da pesquisadora, outras que a pesquisadora fosse até as suas residências ou em seus locais de trabalho. Em todos estes lugares, as entrevistas foram realizadas em locais que garantiram a privacidade. Foi solicitada a permissão da gravação da entrevista e todas(os) concordaram. Autorizada a gravação, as/os participantes escolheram um nome pelo qual foram chamadas(os) durante a gravação, estratégia utilizada para preservar o anonimato. Não foram solicitados dados sociodemográficos como, por exemplo, datas de nascimento, endereço ou quaisquer outros capazes de identificar, de alguma maneira, as(os) participantes.

Todas as entrevistas foram transcritas pela pesquisadora e quaisquer informações que pudessem identificar as pessoas envolvidas bem como os serviços utilizados foram retiradas ou modificadas. Esta informação também foi dada às/aos participantes. Todas as gravações foram descartadas após a transcrição.

Uma última estratégia foi direcionada ao curso da entrevista. Antes de iniciá-la, foi estabelecida uma conversa sobre assuntos diversos, na tentativa de criar um ambiente com menos tensão e mais confiança. Este artifício foi fundamental, pois, na maior parte das entrevistas, conseguiu-se estabelecer uma relação de confiança, mesmo que breve, em que as pessoas se sentiram à vontade para contar suas experiências.

O momento da entrevista

Os cursos das entrevistas ocorreram de formas diferentes. A maior parte das pessoas narrou suas experiências sem dificuldades, sendo os problemas mais relacionados a dificuldades de rememoração dos eventos, pelo tempo decorrido do aborto. Para alguns entrevistados, este foi um momento de “soltar esse segredo” como disse Léon:

Eu que agradeço a tu, tinha isso aguardado aqui [aponta para o coração], um negócio que não pode falar pra qualquer pessoa, né? Foi bom soltar esse segredo. (Duas gravidezes, dois abortos: em 2002, aos 25 anos, e em 2007, aos 30 anos).

Maria chega a qualificar o momento da entrevista como “terapêutico”. A entrevista com Maria foi uma das mais longas, cerca de duas horas e, em diversos momentos, ela se emocionou ao relembrar suas histórias de abortos:

Paloma: – Então, tá bom. Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?

Maria: – Eu queria mesmo, assim, é parabenizar você pela pesquisa, me senti tão bem em falar com você sobre essas coisas delicadas e difíceis, desabafar mesmo.

Paloma: – Ah! obrigada!

Maria: – Eu me emocionei diversas vezes, foi muito terapêutico. (Quatro gravidezes, três abortos: em 1991, aos 18 anos; em 2001, aos 27 anos; e em 2002, aos 28 anos).

Já outras narrativas foram marcadas por silêncios, que sinalizavam algum desconforto com o tema e também o limite para a pesquisadora, como aconteceu na entrevista com Carlota.

No momento da entrevista, decorridos poucos meses que ela havia realizado seu único aborto, esta experiência ainda estava sendo “elaborada”:

Paloma: – *Você podia me falar mais um pouco, Carlota, como é que tava o relacionamento de vocês...*

(Silêncio)

Paloma: – *E aí, como é que foi...*

(Silêncio)

Paloma: – *Porque você me falou que tava no início, né?*

Carlota: – *Isso [...] Essa experiência assim tá muito recente [...] ainda tá sendo elaborada, nem sei direito se vai trazer algo [pausa] só sei que não esperava uma gravidez e foi o que tinha que fazer.* (Duas gravidezes, um aborto, em 2012, aos 41 anos).

Interessante ressaltar que os silêncios e as pausas não só estiveram mais presentes nas entrevistas cujos eventos eram mais recentes, mas também naquelas concedidas pelos homens. A interação com uma entrevistadora mulher se mostrou desafiadora. Nestes casos, a conversa inicial sobre assuntos diversos foi fundamental, como aconteceu com Carlos, quando namorava com Chica, uma de nossas entrevistadas. Em um primeiro momento, quando foi explicada a pesquisa, Carlos respondeu, apenas com gestos, que estava compreendendo. Foi percebido que daquela forma a entrevista não iria engrenar. Assim, foi modificado o enfoque e iniciada uma conversa mais informal, sobre a trajetória da pesquisa – dificuldades e desafios – o interesse pelo tema, os cuidados éticos adotados e, só assim, Carlos começou a falar. Entretanto, a entrevista foi marcada por momentos de silêncios ou por respostas curtas, sendo assim compreendidos os limites por onde o assunto podia circular:

Paloma: – *Você podia me falar sobre esta gravidez que foi interrompida?*
(Silêncio)

Paloma: – *Você disse que foi nesse namoro com Chica...*

Carlos: – *Foi.*

Paloma: – *E aí, como foi que aconteceu...*

Carlos: – *Foi meio complicado.*

(Silêncio)

Paloma: – *Hum. Você pode me falar mais um pouco, assim, porque foi complicado?* (Três gravidezes e um aborto realizado em 1991, aos 18/19 anos, quando namorava com Chica).

O resguardo das relações abusivas de poder entre pesquisadores/as e pesquisados/as requer o respeito à relação de confiança estabelecida na qual os direitos dos segundos, no que tange aos limites e à revelação ou não de informações, devem ser assegurados (SPINK; MENEGON, 2004). Todos os cuidados foram adotados, buscando-se uma postura de

sensibilidade quanto aos limites apropriados do compromisso com o outro e de zelo quanto à curiosidade de aspectos que extrapolassem o foco de interesse da pesquisa. Sendo assim, vale ressaltar que a reflexividade norteou todo o processo de pesquisa. Tal ação possibilita a constante revisão dos posicionamentos da pesquisadora durante o estudo, buscando sempre uma postura ética, inclusive no que se refere à escrita e divulgação dos resultados (SPINK, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O segredo do aborto não está apenas relacionado a um assunto que é silenciado, mas constitui a própria experiência do aborto, entretanto, como enfatiza Boltanski, analisando estudos sobre aborto nas áreas de antropologia e sociologia, este, em geral, é feito secretamente, contudo, na maioria das vezes, é um “*segredo de polichinelo*” (2012, p. 212). A prática do aborto é demarcada por zonas de segredo que correspondem a distintas lógicas – legal, moral e relacional – em que são articulados diferentes tipos de relações intersubjetivas da mulher com o parceiro, amigas(os) e/ou familiares e entre esta e pessoas não conhecidas, como os profissionais de saúde. As interações em todas estas zonas se pautam em dinâmicas distintas, em que o imperativo do segredo vai se constituindo – pois não se fala sobre o aborto com qualquer pessoa –, mas, ao mesmo tempo, se torna impossível, na medida em que apenas encontros com sujeitos nas zonas mais distantes fazem a resolução da gravidez por meio de um aborto possível.

Alguns estudos brasileiros enfatizam, também, como o aborto está envolto pelo segredo, porém, não discutem as lógicas que impõem o segredo às experiências de abortos, atendo-se mais às questões metodológicas⁴⁹. Mesmo em países onde o aborto é legalizado, este aspecto está presente. Walsh (2009), em estudo realizado no Canadá, onde o aborto é legal, procurou entender o silêncio das mulheres em torno desta prática. A autora constatou que o silêncio ocorre, principalmente, por causa da organização social, que compreende a interrupção de uma gravidez como uma questão moral das pessoas. Apesar da proteção legalmente sancionada de serviços de aborto, as mulheres enfrentam o estigma social que a decisão traz consigo. Atitudes sociais negativas ainda prevalecem na cultura, ensinando as mulheres que o aborto é um ato ruim. Estas alegações morais influenciam as experiências de aborto, de tal maneira, que impõem às mulheres o silêncio. Neste sentido, a decisão de não

⁴⁹ Ver Porto (2009); Tussi (2010) e Valpassos (2013).

falar sobre a experiência não é uma “escolha”. Segundo Walsh (2009), não importa o quanto as mulheres racionalizam suas interrupções de gravidez para si, se elas estão satisfeitas ou incomodadas com a decisão: elas tendem a manter secretas as suas experiências.

A criminalização da prática do aborto e o atual recrudescimento da condenação moral, no Brasil, tornam o estudo sobre o aborto provocado um grande desafio. A experiência nos mostrou que o estabelecimento de uma relação de confiança é condição fundamental para a realização de pesquisas sobre o tema. A construção desta relação requer uma postura ética baseada no compromisso com o outro, em todo o processo de pesquisa. Assim, para realizar pesquisas sobre aborto é preciso construir uma relação de confiança, não estando esta apenas relacionada a uma postura ética formal, mas a uma disponibilidade da(o) pesquisador(a) na interação com as/os participantes. Pesquisas sobre temas complexos e delicados e em contextos difíceis têm que aliar estratégias formais relacionadas aos cuidados éticos, entretanto exercidos de maneira flexível, pois cada interação de pesquisa demanda uma postura ética. Os/as pesquisadores/as têm que ser criativos para favorecer a construção de determinados cenários em que as pessoas se sintam seguras e à vontade para falar sobre suas experiências.

REFERÊNCIAS

ALDANA, M. Vozes católicas no Congresso Nacional: aborto, defesa da vida. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 639-646, maio/ago. 2008.

ARDAILLON, Danielle. **Cidadania de corpo inteiro**: discursos sobre o aborto em número e gênero. 1997, 184 p. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

ARDAILLON, Danielle. O aborto nas pesquisas das ciências sociais: objeto ou instrumento? In: ÁVILLA, M. B; PORTELLA, A. P.; FERREIRA, V. (Org.). **Novas legalidades e democratização da vida social**: família, sexualidade e aborto. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 269-280.

ARNAUD, Livia K. **Mulheres e abortos**: negociando moralidades. 2008. 124p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

BARSTED, Leila L. O movimento de mulheres e o debate sobre o aborto. In: ROCHA, Maria Isabel Baltar da; BARBOSA, Regina Maria (Org.). **Aborto no Brasil e países do Cone Sul**: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. Campinas: Núcleo de Estudos de População – Nepo/Unicamp, 2009. 284p. p. 228-256.

BOLTANSKI, Luc. As dimensões antropológicas do aborto. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 7, p. 205-245, jan./abr. 2012.

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. 428 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Revisão da Resolução CNS 196/96**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 16p.

CHAUÍ, Marilena. Mãe, mulher ou pessoa: discutindo o aborto. **Lua Nova**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 36-40, jun. 1984.

DINIZ, Debora. Aborto e Saúde Pública no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 1992-1993, set. 2007.

DINIZ, Debora. Ética na pesquisa em ciências humanas: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 417-426, 2008.

DINIZ, Debora; GUERRIERO, Iara. Ética na pesquisa social: desafios ao modelo biomédico. In: DINIZ, Debora et al. (Org.). **Ética em pesquisa: temas globais**. Brasília: Letras Livres, UNB, 2008. p. 289-322.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Supl. 1), p. 959-966, 2010.

DINIZ, Debora; VÉLEZ, Ana Cristina G. Bioética feminista: a emergência da diferença. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 255-264, 1998.

DUARTE, Graciana A. et al. Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 406-420, 2010.

FONTES, Maria Lucineide A. O enquadramento do aborto na mídia impressa brasileira nas eleições 2010: a exclusão da saúde pública do debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17 n.7, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1805-1812, 2012.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 64-89.

GINSBURG, Faye D. **Contested lives: the abortion debate in an American community**. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press, 1998. 359p.

KALSING, Vera Simone S. O debate do aborto: a votação do aborto legal no Rio Grande do Sul. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 19, p. 279-314, 2002.

LAURENTI, Ruy; MELLO JORGE, Maria Helena P.; GOTLIEB, Sabina Léa D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 4, p. 449-460, 2004.

LOREA, Roberto A. Acesso ao aborto e liberdades laicas. **Horizontes antropológicos**, Porto Alegre, v. 12, n. 26, p. 185-201, jul./dez. 2006.

MENEZES, Greice Maria S. **Aborto e juventude**: um estudo em três capitais brasileiras. 2006. 186p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

MIGUEL, Luis Felipe. Aborto e democracia. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 657-672, set./dez. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Abortamento seguro; orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. 2. ed. Genebra: OMS, 2013. 136p.

OSIS, Maria José D. et al. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 5, p. 444-451, 1996.

PINHEIRO, Odette de G. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, Mary Jane. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2004. p. 183-214.

PORTO, Rozeli M. **“Aborto legal” e o “cultivo ao segredo”**: dramas, práticas e representações de profissionais de saúde, feministas e agentes sociais no Brasil e em Portugal. 2009. 269p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

POTTER, Jonathan; WETHERELL, Margaret. **Discourse and social psychology**: beyond attitudes and behaviour. London: Sage, 1987.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, Martha Celia. **Os impasses do corpo**: ausências e preeminências de homens e mulheres no caso do aborto voluntário. 1999. 150p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

ROLIM, Rivail C. Justiça criminal e condição feminina na capital da república em meados do século XX. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 97-133, jan./abr. 2007.

ROSADO-NUNES, Maria José. Aborto e religião: as pesquisas no Brasil. In: ROCHA, Maria Isabel Baltar da; BARBOSA, Regina Maria (Org.). **Aborto no Brasil e países do Cone Sul**: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. Campinas: Núcleo de Estudos de População – Nepo/Unicamp, 2009. 284p. p. 207-226.

SCALON, Celi; SALATA, André. Uma nova classe média no Brasil da última década?: o debate a partir da perspectiva sociológica. **Soc. estado**. [online], v. 27, n. 2, p. 387-407, maio/ago. 2012.

SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida**: feminismo e Ciências Sociais. São Paulo: UNESP, 2004.

SCAVONE, Lucila. Políticas feministas do aborto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 675-680, 2008.

SIMMEL, Georg. El secreto y la sociedad secreta. In: _____. **Sociologia: estudios sobre las formas de socialización**. Buenos Aires: Espasa-Calpe, Argentina, 1939. p. 331-357.

SPINK, Mary Jane P. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Psico – Revista Semestral da Faculdade de Psicologia da PUCRS**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 7-22, jan./jul. 2000.

SPINK, Mary Jane P.; MENEGON, Vera M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, Mary Jane P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2004. p. 63-92.

TUSSI, Fernanda P. **Aborto vivido, aborto pensado: aborto punido?** as (inter)faces entre as esferas pública e privada em casos de aborto no Brasil. 2010. 144p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciência Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

VALPASSOS, Carlos Abraão M. Narrativas sobre abortos: uma pesquisa sobre segredos. **Interseções – Revista de Estudos Interdisciplinares**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 463-477, dez. 2013.

VENTURA, Miriam. A questão do aborto e seus aspectos jurídicos. In: ROCHA, Maria Isabel Baltar da; BARBOSA, Regina Maria (Org.). **Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos**. Campinas: Núcleo de Estudos de População – Nepo/Unicamp, 2009. 284p. p. 176-205.

WALSH, Diane. **Abortion rhetoric: the silence of experience**. Canada: Geode Publications, 2009.

APÊNDICE

Quadro 1 – Estratégias utilizadas para identificação das(os) participantes do estudo

Estratégias de identificação para entrevista	Número de participantes	
	Mulheres	Homens
Indicação de pessoas próximas		
Indicação de uma informante chave	6	2
Indicação de uma/um participante	6	–
Pessoas do círculo de contatos da pesquisadora	4	1
Parceiro atual de uma das participantes, responsável pela gravidez	4	1
Ex-parceiro responsável pela gravidez	–	2
Total	–	1

Fonte: Elaboração própria

ARTIGO II

A DECISÃO PELO ABORTO COMO UM PROCESSO

Resumo: O artigo examina a construção da decisão pelo aborto de pessoas de estratos sociais médios, a partir da análise de uma pesquisa qualitativa, realizada em 2012, com 20 mulheres e sete homens residentes em duas capitais do Nordeste brasileiro. Ao revisar a literatura sobre o tópico, constatamos que muitos estudos fazem uma separação entre “a decisão” e “o itinerário abortivo”. No artigo, mostramos que tal separação não condiz com as experiências relatadas pelas pessoas entrevistadas. Longe de ser uma ação que dependa apenas do indivíduo, a decisão está submetida às contingências do contexto sociocultural vivido, principalmente quando a interrupção é realizada em um contexto ilegal e de forte condenação moral, como o brasileiro. Na nossa pesquisa, verificamos que a decisão pelo aborto ocorreu ao longo de um processo composto por distintos momentos: a suspeita/confirmação da gestação, a reflexão sobre qual será o seu desfecho, a decisão pela interrupção, a viabilização desta decisão e a efetivação do aborto. Diferentes elementos influenciaram estes momentos fazendo com que, em distintas ocasiões, a decisão pelo aborto fosse refletida e questionada por nossas(os) entrevistadas(os), estando, assim, sempre sujeita a mudanças. Portanto, para compreender a construção da decisão pelo aborto tem-se que entender todo o processo até chegar o momento em que se pode afirmar que, de fato, existiu a decisão, ou seja, o momento em que a interrupção é realizada.

Palavras-chave: Gravidez imprevista. Processo decisório. Aborto provocado e gênero.

THE DECISION TO ABORT AS A PROCESS

Abstract: The paper examines how middle class people construct the decision to abort through analysis of qualitative research conducted in 2012 with 20 women and seven men living in two cities of Northeast Brazil. When reviewing the literature on the topic, we found that many studies separate “the decision” and “the abortion itinerary”. In the paper we show that this separation, is not consistent with the experiences reported by those interviewed. Far from being an action that depends only on the individual, the decision is subject to the contingencies of the socio-cultural context experienced, especially when the abortion is illegal and subject to strong moral condemnation as in the Brazilian case. In our research we found that the decision to abort occurred along a process composed of distinct moments: the suspicion/confirmation of pregnancy, reflection on what will be its outcome, the decision to terminate, searching for the means and putting into action of this decision. Different factors came into play at each of these moments, such that the decision itself was rescrutinised on separate occasions and questioned by our informants, being always subject to change. Therefore, to understand the construction of the decision to abort one has to understand the whole process until the time comes when we can say that the decision in fact existed, that is, the time when the interrupt is performed.

Keywords: Unplanned pregnancy. Decision-making process. Induced abortion and gender.

INTRODUÇÃO

O aborto provocado é tema constante em pesquisas na área de saúde no Brasil, contudo, a temática da decisão é ainda pouco explorada (BRASIL, 2009; MENEZES; AQUINO, 2009). As pesquisas, em sua maioria, discutem os motivos que levaram ao aborto problematizando como estes estão relacionados ao momento de vida em que ocorreu a gravidez imprevista e como, na hora de decidir, as mulheres compartilharam ou não a decisão com o parceiro, amigas(os) e/ou familiares. Existe uma compreensão de que a decisão, ao ser tomada, é automaticamente realizada, refletindo a ideia da decisão como dependente apenas do indivíduo, já que estes estudos a apresentam como desconectada do itinerário abortivo, expressão que designa os caminhos percorridos pelas mulheres para realizar o aborto⁵⁰ (DINIZ; MEDEIROS, 2012). Mesmo em estudos sobre itinerários, esta separação permanece: “As perguntas tinham por objetivo conhecer *o itinerário da mulher após sua decisão pelo aborto*, não explorando questões morais ou motivações para o aborto” (DINIZ; MEDEIROS, 2012, p. 1.674, grifo nosso).

Os estudos sobre os itinerários abortivos são recentes, sendo também um tema pouco explorado. De modo geral, estas investigações apontam que os percursos das mulheres variam de acordo com o contexto sociocultural e econômico, com a idade à época do aborto e com a sua rede de relações sociais. Em um contexto ilegal e de forte condenação moral como o brasileiro, onde há distintos caminhos possíveis para a realização do aborto, não existe decisão separada do itinerário. Neste artigo, a partir de uma análise das histórias de abortos narradas por mulheres e homens de estratos sociais médios, residentes em duas capitais do Nordeste brasileiro, mostramos que a separação entre decisão e itinerário não condiz com as experiências de abortos relatadas pelas pessoas entrevistadas, sendo, assim, insuficiente para compreender a construção da decisão pelo aborto.

No nosso estudo, constatamos como a decisão é processual, como relata uma de nossas entrevistadas. Flora tomou a decisão pelo aborto de forma rápida, comunicando-a ao namorado à época. No momento em que a gestação aconteceu, ela estava na graduação e a maternidade iria interferir em seus projetos futuros de vida. Ao se deparar com as dificuldades para realizar o aborto, relata como aventou, inclusive, a possibilidade de continuar a gravidez, pois não faria o aborto de “*qualquer forma*”:

⁵⁰ Ver capítulo sobre a revisão bibliográfica, compreendendo a decisão e os itinerários abortivos.

Eu, desde o início, eu não tive dúvidas, não vou levar a gravidez adiante, não vou mudar a minha vida, meus projetos, em função de uma gravidez que realmente eu não desejei, eu passei por muitas coisas para estar na universidade [...] Aí vem como fazer, o mais difícil foi encontrar essa clínica, demorou pra caramba, porque também não faria de qualquer forma, talvez até levasse a gravidez adiante, pois não encararia um processo em qualquer clínica. (Flora, uma gravidez e um aborto, em 2002, aos 25 anos).

No relato de Flora, fica evidente a conexão entre decisão e itinerário abortivo. A decisão pelo aborto não está apenas circunscrita ao indivíduo; sua realização está submetida às contingências do contexto sociocultural vivido. Nesta perspectiva, defendemos que, para compreender a decisão pelo aborto, é preciso entendê-la como um processo composto por distintos momentos: a suspeita e posterior confirmação da gravidez, as reflexões sobre seu desfecho, resultando na tomada de decisão pela sua interrupção, e as estratégias acionadas para viabilizar esta decisão e efetivar o aborto. Esses momentos não são estanques, ou mesmo sucessivos, são fluidos e interconectados entre si e ao momento de vida em que ocorre a gravidez imprevista. Diferentes fatores os influenciam, fazendo com que a decisão pelo aborto ocorra entre idas e vindas e esteja sujeita a mudanças até mesmo no dia da interrupção.

METODOLOGIA

O presente estudo traz uma investigação qualitativa que teve como objetivo principal analisar as experiências de abortos de mulheres e homens pertencentes a estratos sociais médios do nordeste brasileiro, focalizando a construção da decisão e o itinerário abortivo. Para isto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com mulheres e homens com idades entre 24 e 49 anos, residentes na Grande Salvador e na Grande Recife, e que tinham passado pela experiência do aborto provocado.

Dois roteiros de entrevistas semiestruturadas⁵¹ foram elaborados, um para as mulheres e outro para os homens, que se iniciavam com perguntas sobre os dados sociodemográficos e, depois duas questões para introdução ao tema: *Você engravidou (ou engravidou uma parceira) quantas vezes e destas gravidezes quais foram interrompidas?* Em seguida, questões mais específicas buscavam focalizar cada história de aborto. Cabe ressaltar que, por se tratar de uma entrevista semiestruturada, existiu uma maior versatilidade, com as perguntas se constituindo como um convite ao/à entrevistado(a) para falar com suas próprias palavras,

⁵¹ Ver roteiros das entrevistas semiestruturadas: para as mulheres (Apêndice A); e para os homens (Apêndice B).

concedendo-lhe tempo para refletir sobre o assunto (GASKELL, 2002), não seguindo necessariamente, um ordenamento fechado de questões.

No período de maio a dezembro de 2012, foram entrevistados 20 mulheres e sete homens, incluindo três casais: Júlia e Alfredo, Gabriela e Gustavo – casais cuja relação estava em curso no momento da entrevista – e um casal já desfeito, Chica e Carlos. As entrevistas com os casais foram realizadas separadamente e, em todos os casos, primeiro, as mulheres foram entrevistadas e, em outro momento, os homens. Todos os nomes utilizados neste estudo são fictícios. Todas as entrevistas foram realizadas pela primeira autora deste artigo, em locais que garantiram segurança e privacidade às/aos participantes, tendo sido acertados previamente com elas(es)⁵². As entrevistas foram também transcritas pela mesma autora e duraram entre trinta e cinco minutos (tempo mínimo) e duas horas (tempo máximo)⁵³.

Das vinte mulheres entrevistadas, seis tinham, no momento da entrevista, entre 24 e 30 anos; oito, entre 31 e 40 anos; e seis, entre 41 e 49 anos de idade. Oito delas se declararam “negras”, quatro “pardas”, três “brancas”, duas “morenas claras”, duas “mestiças” e uma “afro-indígena”. Nove informaram não ter religião, cinco pertencem ou são simpatizantes do candomblé e duas afirmaram ser simpatizantes de duas religiões, especificamente o candomblé e o espiritismo; das quatro restantes, duas eram católicas, uma espírita e outra protestante. Oito mulheres nasceram no interior dos estados da Bahia ou de Pernambuco e as demais, nas capitais ou nas regiões metropolitanas destes dois estados ou em capitais de outros estados. Em relação à escolaridade, trata-se de um grupo com alta instrução: oito tinham pós-graduação (uma em curso), outras nove eram graduadas, duas ainda cursavam a graduação e uma tinha apenas o segundo grau completo. Todas as mulheres exerciam alguma atividade remunerada, no momento em que foi realizada a entrevista. A maior parte delas declarou morar em um bairro considerado de estrato social médio⁵⁴.

No que diz respeito ao estado civil, no momento da entrevista, sete estavam unidas e, destas, apenas uma, Júlia, com o mesmo parceiro da gestação que resultou em aborto. Três mulheres estavam casadas, sendo que duas, Clarice e Manuela, com os parceiros das gravidezes que foram interrompidas. Das sete entrevistadas solteiras, duas, Natália e Gabriela estavam namorando com os parceiros que as engravidaram e cujas gravidezes foram

⁵² Residência da primeira autora, residência das mulheres e dos homens e local de trabalho. Em todos estes locais as entrevistas foram realizadas em um espaço com privacidade.

⁵³ No Artigo I, discutimos com maior detalhe os percursos metodológicos para a realização do estudo.

⁵⁴ Os principais critérios usados para classificar os bairros em estratos sociais médios foram a percepção que as/os participantes tinham de seus bairros em termos de transporte, segurança, lazer e saneamento básico e a percepção da pesquisadora sobre a disposição dos bairros nas cidades.

interrompidas. Três mulheres declararam ser divorciadas ou separadas. Metade das mulheres não tinha filhos e, dentre as demais, a maior parte tinha apenas um; uma entrevistada estava grávida no momento da entrevista, Júlia.

Em relação às características dos sete homens, no momento da entrevista, dois tinham até 30 anos, três entre 31 e 40 anos e dois, 46 anos. Três entrevistados declararam ser “branco”, um “negro”, um “pardo”, um “amarelo enferrujado” e um “brasileiro”. Quatro informaram não ter religião, um afirmou ser “politeísta”, outro, espírita e um, católico. Quatro entrevistados nasceram no interior da Bahia ou de Pernambuco, dois na capital de um destes dois estados e um na capital de outro estado. Como as mulheres, são pessoas de alta escolaridade: cinco são graduados (quatro com pós-graduação), um possui curso superior incompleto e o outro estava cursando a graduação. Diferentemente das mulheres, a maioria estava solteira. Todos exerciam atividade remunerada à época da entrevista, com exceção de Gustavo, ainda estudante. A maior parte dos homens informou residir em bairros considerados de estratos sociais médios. Três deles têm filhos e um, Alfredo, informou que a parceira, Júlia, se encontrava grávida no momento da entrevista⁵⁵.

Ao longo da vida destas pessoas, ocorreram 59 histórias de gravidezes: 42 de mulheres, 13 de homens e quatro dos casais. Deste total, 41 gestações foram interrompidas e, portanto, analisadas no presente estudo. No que se refere à análise, os dados foram submetidos à análise temática. Segundo Gomes (2010), trabalhar com análise temática consiste, basicamente, na busca pelos sentidos e significados que compõem determinada comunicação e suas relações com o objetivo da pesquisa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Parecer nº 029-12/CEP-ISC.

RESULTADOS

As histórias de abortos

As histórias de aborto foram organizadas segundo o período geracional em que ocorreram. De acordo com Heilborn (2006), uma diversidade de estudos tem demonstrado que os marcos etários que delimitam as fases do ciclo de vida ou as categorias de idade são móveis e variam de acordo com as concepções sociais sobre o ser humano e as relações intergeracionais. A autora propõe uma definição de juventude como um processo social e não

⁵⁵ A caracterização detalhada das(os) entrevistadas(os) se encontra no Apêndice D.

apenas como grupo etário. Tal concepção permite entender este momento da vida a partir de elementos socioculturais que delimitam os diferentes momentos do ciclo de vida (HEILBORN, 2006). Tomando como base esta noção de juventude, foram construídas duas categorias para a organização das histórias, *abortos realizados quando jovens* e *abortos realizados quando adultos/as*. Dentro destas duas categorias, descrevemos quantos abortos ocorreram na vida das(os) entrevistadas(os), o ano de realização, a idade à época, a relação gravidez/aborto, o período gestacional, o tipo de parceria e os métodos utilizados.

A categoria *abortos realizados quando jovens*⁵⁶ reúne as histórias de aborto ocorridas quando as pessoas tinham entre 15 e 25 anos. Além da idade, outros critérios foram utilizados para o enquadramento das histórias nesta categoria: morar com os pais, depender financeiramente da família ou ter fontes de renda relacionadas aos estudos na universidade e estar cursando o ensino médio ou o curso superior.

Ao todo, foram 24 histórias de abortos ocorridas quando jovens, o que corresponde a um pouco mais da metade das histórias. Destas, 15 são de mulheres, seis de homens e três de casais. Doze ocorreram a partir dos anos 2000, nove, na década de 1990, e três, na década de 1980. A maior parte das pessoas realizou o aborto com idades entre 20 e 25 anos (19 interrupções) e cinco interrupções com idades entre 15 e 19 anos. Os abortos foram realizados, majoritariamente, na primeira gravidez (17), cinco, na segunda gravidez, um, na terceira e um, na quarta gravidez, ambos da mesma mulher, Chica. A maioria (18) foi realizada em relações afetivo-sexuais consideradas consolidadas, como namoro e noivado; quatro em relações caracterizadas como “encontros frequentes, mas sem envolvimento emocional”; uma, em uma relação sexual casual (o terceiro aborto de Chica) e uma, o único aborto de Lorena, decorreu de relações sexuais com seu primeiro ex-marido.

Em relação aos métodos/procedimentos utilizados, em 17 histórias, os abortos foram realizados exclusivamente em uma clínica privada com atendimento realizado por médico. Em duas histórias, de Laura e da ex-mulher de Iuri, foram utilizados mais de um recurso e, por não conseguirem realizar o aborto, efetivaram-no em clínicas. Quatro mulheres utilizaram somente o medicamento chamado Cytotec no Brasil (BARBOSA; ARILHA, 1993). Em uma interrupção, o primeiro aborto de Débora, ela utilizou mais de um recurso: não conseguindo efetivar recorreu à “*casa de uma aborteira*”.

A maior parte das pessoas, mesmo aquelas que não lembraram, exatamente, o período de gravidez, afirmou que o aborto foi realizado no início da gestação, geralmente, entre um

⁵⁶ Ver Quadro 2a – Dados sobre as histórias de aborto ocorridas quando jovens – no final deste artigo.

mês e três meses. Apenas Chica relatou que o segundo e o quarto abortos foram feitos aos quatro meses de gestação e, mesmo tendo-os realizado tardiamente, não informou complicações decorrentes.

A segunda categoria *abortos realizados quando adultas(os)*⁵⁷ reúne as histórias de abortos quando as pessoas tinham idades entre 26 e 41 anos. Como na categoria anterior, outros elementos foram utilizados, além do marco etário: independência financeira total ou parcial das famílias de origem, conclusão do curso superior, moradia fora da casa dos pais e inserção no mercado de trabalho.

Ao todo, foram 17 histórias de abortos ocorridas quando adultos. Destas, 14 são das mulheres e três dos homens. A maior parte ocorreu a partir dos anos 2000 (14 histórias) e apenas três abortos foram realizados na década de 1990. Dez interrupções foram realizadas quando as pessoas tinham idades entre 27 e 32 anos, sendo as demais realizadas com idades entre 33 e 41 anos. No que se refere à relação gravidez/aborto, oito interrupções foram realizadas na segunda gestação, cinco, na terceira, duas, na quarta e duas, na primeira gestação. Dezesesseis interrupções foram realizadas em relações afetivo-sexuais consolidadas, como namoro, casamento ou união estável, e, apenas no caso do primeiro aborto de Beatriz, a relação afetivo-sexual foi caracterizada como “encontros frequentes, mas sem envolvimento emocional”.

A maior parte dos abortos (13) foi realizada exclusivamente em clínicas com atendimento realizado por médico. Em duas interrupções, a de Carlota e a da ex-mulher de Iuri, em seu segundo aborto, houve relato do uso de mais de um recurso, pois ambas usaram primeiro o medicamento e, sem obter o resultado esperado, recorreram à clínica privada. Em duas outras interrupções, as mulheres usaram somente o medicamento: Alice, em seu segundo aborto, e Maria, em seu terceiro. Em todas as gestações, mesmo no caso das pessoas que não lembraram exatamente o período de gravidez, o aborto foi realizado no início da gestação, entre um mês e três meses.

Em suma, a maior parte das histórias de aborto ocorreu quando as pessoas eram jovens (24), nas primeiras gravidezes (19) e em relações afetivo-sexuais consolidadas (34). A maioria das interrupções foi realizada em um período gestacional entre um mês e três meses de gestação (39) e em clínica privada com atendimento médico (34). Embora a maior parte das histórias tenha acontecido em períodos de tempo mais longínquos, há mais de dez anos,

⁵⁷ Ver Quadro 2b – Dados sobre as histórias de aborto ocorridas quando adultos, no final deste artigo.

assim como Heilborn et al. (2012a), descobrimos que o aborto é um evento que deixa reminiscências duradouras na memória tanto da mulher quanto do homem.

Da constatação da gravidez à tomada de decisão pelo aborto

As mulheres entrevistadas são pessoas com alta escolaridade, que detêm informações sobre os seus corpos, sobre os métodos contraceptivos e dispõem de recursos para rapidamente confirmar a gestação. Assim, o período entre a suspeita e a confirmação da gravidez é breve, como nos relata Melissa:

Tava um pouco atrasada, aí eu cheguei porra, deu merda. Fiz logo o teste de farmácia, e aí vi que deu. Aí fui logo no médico pra poder pedir os exames de sangue, pra poder confirmar. Aí fiz o exame de sangue e confirmou. (Melissa, uma gravidez, um aborto, em 2002, aos 20 anos).

Uma vez constada a gravidez, começa-se então a pensar sobre seu desfecho. Para algumas pessoas, esse momento foi o mais difícil, como nos conta Clara:

Aí entra a discussão do que fazer e era uma situação muito tensa, uma situação que eu nunca passei na vida. Decidi sobre aquilo, uma gravidez resultado de um descuido, uma gravidez resultado de um não planejamento, uma gravidez resultado de um não desejo, isso tudo leva você pensar na sua vida, no que você vai fazer, quais são as explicações que você vai dar para sua família, pra a sociedade, o que aquilo ali mudaria sua vida e eu ficava tensa. (Clara, uma gravidez, um aborto, em 2009, aos 24 anos).

Já para outras, não. A decisão pelo aborto foi tomada de maneira rápida, desde a suspeita da gestação, como disse Flora:

Desde o início eu não tive dúvidas assim, quando já estava suspeitando, eu dizia não vou levar a gravidez adiante. (Flora, uma gravidez e um aborto, em 2002, aos 25 anos).

Diferentes elementos entram em jogo na decisão sobre o desfecho de uma gravidez. As pessoas realizam uma avaliação sobre suas vidas e o que a continuidade de uma gestação significaria naquele momento. Compreender o momento em que ocorre a gravidez é, assim, essencial para entender os seus desfechos⁵⁸. De acordo com Donati, Cèbe e Bajos (2002), há a

⁵⁸ Diversos estudos nacionais e internacionais ressaltam a importância de compreender o momento em que ocorreu a gravidez imprevista para entender seus desfechos como: Costa et al., 1995; Ramírez-

conformação de uma rede de múltiplos motivos que leva à decisão de interromper ou continuar uma gestação. Segundo essas autoras, em vez de basear as suas decisões em um único motivo, as pessoas colocam maior peso em alguns, sem esquecerem outros, a depender do momento de vida em que ocorre a gravidez imprevista. Esta proposta de haver uma “hierarquização” permite compreender que, dentre os variados motivos para a decisão de interromper ou continuar uma gestação, um deles adquire primazia orientando e dando sentido à decisão. É isto que Donati, Cèbe e Bajos (2002) nomeiam de dimensão estruturante imprescindível para compreender como aconteceu a tomada de decisão.

Tendo como base essas proposições, identificamos, no nosso material, quatro dimensões estruturantes: a *relação afetivo-sexual*, a *interrupção de projetos de vida* e a *influência da família*, todas relacionadas ao momento de vida em que ocorreu a gravidez não prevista; e uma quarta dimensão, *o desejo de não ser mãe*, relativa à recusa explícita da maternidade por algumas mulheres.

Na maior parte das histórias de aborto (21), a *relação afetivo-sexual* é a dimensão estruturante para a decisão de interromper a gestação. Identificamos duas situações em que isto ocorreu. Em uma primeira situação, a relação tinha futuro incerto seja por ainda estar em construção ou estar em crise. A incerteza do que pode acontecer com a relação contraria a ideia de que para se ter filhos(as), o vínculo conjugal deve estar consolidado e estável. Assim conta Léon, que participou de duas gravidezes, com duas namoradas, em distintas épocas, ambas interrompidas. Para ele, o que pesou mais nas decisões consensuais pelos abortos foi o fato de que ambos os namoros eram muito recentes:

Não foi assim uma decisão unilateral, foi uma decisão conversada em ambos os casos, e o que pesou mais foi o tempo de relação da gente, não era uma coisa certa, segura, eram relacionamentos muito recentes e encarar uma responsabilidade como um filho e de repente se unir por conta disso. (Léon, duas gravidezes, dois abortos, em 2002, aos 25 anos, e em 2007, aos 30 anos).

Já Clarice realizou um aborto na sua primeira gravidez quando estava noiva do atual marido. A decisão foi consensual, pois, naquele momento, ela e o parceiro tinham outros planos de vida que não convergiam com a maternidade e a paternidade. Seu segundo aborto ocorreu na terceira gravidez, logo após o nascimento de seu primeiro filho, quando já estava

casada, porém a relação passava por uma crise, o que a levou decidir sozinha pela interrupção da gravidez:

Aí na segunda vez não teve a ver com coisas que queria fazer, com família, ou pela questão financeira, foi mesmo por conta que eu achei que se o casamento já estava em crise, com outro filho ia piorar [...] Esse segundo aborto, ele nunca soube e aí a decisão foi minha, tomei sozinha, não comentei com ninguém, não pedi a opinião a ninguém. (Clarice, quatro gravidezes, dois abortos, em 1989, aos 21 anos, e em 1997, aos 29 anos. A fala corresponde ao segundo aborto).

O status estável da relação afetivo-sexual é também mencionado quando a gravidez ocorreu em uma relação casual. Chica engravidou quatro vezes, de parceiros distintos, tendo interrompido todas as gestações. À exceção da primeira gravidez, que aconteceu no namoro com Carlos, quando ainda eram adolescentes e se consideravam muito jovens para ter filhos(as), as demais histórias ilustram bem a importância da estabilidade da relação. Assim, seu segundo aborto foi realizado em sua primeira união estável, mas em crise à época. No mesmo período, ocorreu a terceira gravidez, fruto de uma relação casual com outro parceiro, quando também decidiu sozinha por sua interrupção. Na quarta gravidez, o namoro estava próximo do término e ela e o namorado decidiram pelo aborto:

No meio dessa crise da relação com X [o segundo aborto], vai e volta, rolou uma gravidez da gente, e eu nem quis saber dele, decidi abortar. Por causa dessa crise com X, eu fui morar na casa de meu pai, aí lá eu tive uma relação casual, e engravidei. Aí eu decidi por isso, a terceira vez foi muito rápido e ele não soube de nada, e o último que eu fiz foi no namoro com W, sabe quando você vê assim que a coisa não vai pra frente? (Chica, quatro gravidezes, quatro abortos: em 1991, aos 15 anos; o segundo e o terceiro, em 1994, aos 18 anos; e o último, em 1998, aos 22 anos).

A segunda situação tem a ver diretamente com os parceiros. Lorena engravidou quando estava separada do primeiro ex-marido. Ao compartilhar a notícia da gravidez, a reação negativa deste foi determinante para a decisão pelo aborto:

Acho que quando ele veio perguntar pra mim se era dele o filho, aí foi o fim da picada e a gente já começou a discutir muito, não cabia mais um filho ali. (Lorena, três gravidezes, um aborto, em 1990, aos 25 anos).

Letícia tomou a decisão de interromper sua primeira gravidez, pois achava que seu namorado à época não servia para ser pai de um filho seu. Já Paula engravidou pela segunda vez do seu ex-marido. Tendo sido abandonada na primeira gravidez e vivido a maternidade de

forma solitária, assim, decidiu pelo aborto, pois não imaginava ter mais uma criança de um parceiro/pai ausente. Ambas as mulheres comunicaram aos respectivos parceiros sua decisão unilateral:

Eu disse a ele: tou grávida, ele até ficou animado, mas eu não queria, foi um erro, não valia a pena ter um filho daquela coisa, oxe, já via pelo nosso relacionamento, ele totalmente descomprometido. (Letícia, duas gravidezes, um aborto, em 2004, aos 24 anos).

Foi uma gravidez muito traumática pra mim, eu tenho trauma até hoje da minha primeira gravidez, de tudo que eu passei, do sofrimento que eu passei com ele, eu fiz: não, eu não quero, eu não tenho condições de criar dois filhos sozinha, porque com você eu não posso contar, aí falei pra ele o que tinha decidido. (Paula, três gravidezes, um aborto, em 2009, aos 34 anos).

Mesmo quando os parceiros não souberam da gravidez, a decisão pode ter sido a eles endereçada. Beatriz, no seu segundo aborto, conta como a decisão foi tomada como uma forma de punir o namorado. Apaixonada por ele, ambos com planos de casar, presencia seu encontro com sua ex-mulher. Apesar de saber que o parceiro queria a gravidez, pois ele reagiu positivamente quando ela lhe informou suas suspeitas, decidiu sozinha pelo aborto:

Mas no momento que eu vi que ele tem vínculos ainda com a ex-mulher, ele mentiu muito pra mim. Não pensei em estética, eu não pensei em meu corpo, eu não pensei que eu quero emagrecer, eu não pensei na cirurgia de mama que eu quero fazer, eu não pensei se isso ia ter peso financeiro pra mim, eu não pensei se eu ia criar sozinha, mas foi muito uma coisa, ele não merece. Ele me traiu fortemente, publicamente, e eu fiz ouvindo inclusive ele dizer: se você tiver grávida vai ser ótimo e eu vi que tinha como eu decidir sozinha. (Beatriz, três gravidezes, dois abortos, em 2010, aos 30 anos, e em 2012, aos 32 anos. A fala corresponde ao segundo aborto).

Em 14 histórias, a *interrupção dos projetos de vida* é apontada como a dimensão estruturante para a tomada de decisão pelo aborto com a continuidade da gravidez imprevista implicando uma “ruptura” destes projetos. Esta circunstância foi mais ressaltada por pessoas que vivenciaram a gravidez imprevista quando eram jovens⁵⁹. Clara estava na graduação quando engravidou e tinha planos de vida que não convergiam com a maternidade naquele momento. Em conversas com o namorado e amigos decide pelo aborto. Elenca os diversos

⁵⁹ Segundo Brandão (2006), profundas mudanças ocorreram na contemporaneidade, no que se refere à geração e ao gênero, redefinindo as expectativas sociais esperadas para os jovens. A gestação, neste período, passa a ser considerada precoce, diante de um conjunto de significados que a colocam como um retrocesso e uma ameaça à concretização dos ideais contemporâneos relacionados a esta fase da vida.

motivos que levaram à tomada de decisão, destacando como a continuidade da gestação interromperia seus projetos de vida:

Quando eu soube, nós pegamos juntos, a primeira coisa nós conversamos. É, e no primeiro momento eu não sabia o que fazer, eu fiquei muito nervosa e inclusive ele [o namorado] falou pra mim: eu acho que nós vamos ter que estar mais calmos pra decidir sobre isso. Após conversar com ele, eu entrei em contato com outros amigos muito próximos a mim, pra falar desse processo. Aí os motivos que me fizeram abortar centralmente: não abri mão dos meus projetos de vida, segundo, me reconhecer como mulher, e entender que eu podia escolher aquilo, e que fazer aquilo tinha a ver com a decisão sobre o meu corpo. Terceiro, não tinha condições de arcar financeiramente com uma criança naquele momento, quarta coisa, eu não tinha condições psicológicas de arcar com a criação e educação de um filho naquele momento da minha vida. (Clara, uma gravidez, um aborto, em 2009, aos 24 anos).

A mesma circunstância foi apresentada por Júlia. Ela decidiu rapidamente pela interrupção comunicando a Alfredo. A gestação coincidiu com sua entrada no mestrado. Júlia, como outras entrevistadas jovens à época da gravidez, respondia ao conflito entre ser mãe e o projeto de vida profissional e de estudos:

Não teve dúvida, já era algo assim muito certo já, e aí falei com ele [Alfredo] [...] eu achava que a gravidez iria estragar a minha vida, ia interromper os meus projetos, eu tinha acabado de entrar no mestrado. (Júlia, duas gravidezes, um aborto, em 2008, aos 24 anos. Parceira de Alfredo).

Em três histórias, a *influência da família* foi o motivo primaz para a decisão pelo aborto. Laura engravidou, pela primeira vez, em um namoro. Distintos elementos apresentados no seu relato convergem para a decisão pelo aborto, mas a provável decepção que poderia ocasionar à família, sobretudo, à mãe, com a notícia da gravidez é ressaltada:

Primeiro a minha família. A expectativa toda que se tem, eu fazendo faculdade, começar a minha vida, me sustentar, iria toda por água abaixo, porque uma criança representaria parar esse processo. Então, primeiro a família, e claro a atenção pra minha mãe. Segundo, a faculdade, o estudo e o terceiro, a certeza de que aquele relacionamento não iria pra frente, que eu ia tá só. (Laura, duas gravidezes, um aborto, em 2000, aos 20 anos).

Paulo participou de quatro gravidezes e, destas, três foram interrompidas. A primeira gravidez aconteceu quando tinha 18 anos, em um namoro, e as outras duas, em outro relacionamento afetivo-sexual com sua primeira ex-mulher. Diferentes motivos levaram à

decisão pelo aborto: no segundo aborto, Paulo destaca a interrupção dos projetos de vida e, no terceiro, a crise na relação afetivo-sexual. Já na primeira interrupção, Paulo ressalta a influência da família. Ao compartilhar com os pais a notícia da primeira gravidez de uma namorada, buscando pedir-lhes apoio para manter a gravidez, seus pais ponderaram sobre o que isto poderia significar para sua vida naquele momento, levando-o a modificar seu posicionamento inicial de continuar a gravidez:

A da primeira eu era adolescente e não sabia o que fazer com aquilo, tanto é que eu fui procurar meu pai, uma coisa que eu não faria normalmente. Na verdade eu fui procurá-lo no sentido de que ele me ajudasse com o processo de ter o filho, quando ele me convenceu que isso não era o melhor a fazer. Meu pai conversou comigo de que não ia ser bom pra mim, meu futuro e, me convenceu de que realmente era algo muito complicado pra mim. Então, eu conversei com ela e ela concordou, não houve nenhuma pressão no sentido de obrigá-la, mas não foi fácil, principalmente para ela. (Paulo, quatro gravidezes, três abortos: em 1984, aos 18 anos; em 1990, aos 23/24 anos; e em 1996, aos 30 anos. A fala corresponde ao primeiro aborto).

A mesma circunstância ocorreu com Carol, que engravidou duas vezes do mesmo namorado e interrompeu ambas as gestações. Na primeira gravidez, houve mais hesitação. Inicialmente, pensou em abortar e comunicou ao namorado, mas, logo depois, mudou de decisão. Ao compartilhar a mudança de decisão com suas irmãs, estas foram contrárias à continuidade da gestação e a falta de apoio da família foi crucial para que decidisse pelo aborto:

A opinião do outro na minha primeira gravidez contou muito mesmo. Inicialmente pensei em tirar, falei até com ele [o namorado], mas depois mudei. Quando eu comecei a pensar em ter, as minhas duas irmãs vieram pra cima de mim: não, porque você vai ter que tirar, porque olha como tá a situação de Y, morando aqui, vive sozinha, se vira sozinha pra pagar a escola, o pai não chega junto, você não conhece W direito, você não sabe do que ele é capaz, você vai ficar só. Aí não imaginei na época, ser mãe sozinha, sem o apoio delas [irmãs]. (Carol, duas gravidezes, dois abortos ambos em 2008 aos 28 anos. A fala corresponde ao primeiro).

A última dimensão estruturante é relativa a um explícito *não desejo pela maternidade* (3). Melissa engravidou apenas uma vez, em um namoro, quando cursava a universidade. O principal motivo que a levou a decidir pela interrupção foi a convicção de não querer ser mãe:

Falei com ele [o namorado] da gravidez, fiquei meio desesperada e disse logo que queria abortar, porque eu sempre tive isso na minha mente, que de alguma forma eu tenho até hoje, que se acontecer um dia eu vou fazer.

Porque eu não pretendo ser mãe [...] Eu sei que tem seu lado bom, mas eu vejo como problema, é uma coisa que vai tirar sua liberdade, é uma coisa que vai tirar seu dinheiro, todas as coisas boas que a vida tem pra lhe oferecer. (Melissa, uma gravidez, um aborto, em 2002, aos 20 anos).

A partir dos relatos acima, notamos que, em algumas situações, as mulheres tomaram a decisão sozinha e em outras, esta foi compartilhada. Em 24 histórias, as mulheres tomaram a decisão sem a influência do parceiro ou de terceiros – amigas(os) e/ou familiares – e nas outras histórias (17), elas dialogaram com pessoas, situação que aconteceu, principalmente, quando as gravidezes ocorreram na juventude. Destas, em apenas duas situações as pessoas elegeram os familiares como interlocutores e consideraram que estes influenciaram a decisão pelo aborto: o primeiro aborto de Paulo e o primeiro aborto de Carol. O espaço familiar não foi apontado como um espaço privilegiado para o diálogo, no que diz respeito às decisões no campo reprodutivo, mesmo quando a gestação aconteceu quando se era jovem⁶⁰. Para Gustavo, parceiro de Gabriela, na época que engravidaram, quando ambos tinham 22 anos, a família poderia impor algum tipo de decisão que, para ele, cabia exclusivamente ao casal. A decisão foi tomada de maneira consensual por eles, pois consideravam a relação muito recente:

O namoro era muito recente, e a gente achou que aquele não era o momento [...] Eu não conversei com a minha família, não quis dividir com a minha família. Achei que era um risco da gente não ter plena liberdade de decisão. Não acredito que eles me obrigariam a coisa alguma, mas era um tipo de perturbação que eu não queria lidar. Eu preferia que a decisão fosse de fato da gente e foi o que ocorreu. (Gustavo, uma gravidez, um aborto realizado pela parceira Gabriela, em 2010. Ambos tinham 22 anos).

Na maioria dos casos, as/os amigas(os) não interferiram na tomada da decisão e serviram mais como fonte de apoio emocional diante de uma situação mobilizadora na qual algumas pessoas não sabiam como agir. O principal interlocutor neste momento foi o parceiro. Os homens entrevistados e os parceiros das mulheres tiveram posicionamentos variados nesse momento de reflexão sobre o desfecho da gravidez e de tomada de decisão pelo aborto.

Em dez histórias, as mulheres entrevistadas excluíram totalmente os parceiros, não os informando sobre a gravidez e a decisão pelo aborto. Estes casos ocorreram em relações casuais ou com pouco envolvimento emocional ou quando a relação afetivo-sexual estava em

⁶⁰ Nossos dados se contrapõem aos trazidos pelos estudos realizados por Menezes (2006) e Heilborn et al. (2012a), em que a família aparece como um interlocutor privilegiado na decisão sobre o desfecho da gravidez, sobretudo para os jovens de camadas populares.

crise. Uma exceção foi Beatriz que, na sua segunda interrupção, excluiu o parceiro, pois tomou a decisão pelo aborto como uma forma de punição ao sofrimento causado por ele. Em 14 histórias, as mulheres comunicaram ao parceiro a decisão já tomada por elas pelo aborto, quatro das quais foram narradas pelos homens entrevistados e uma pelo casal, Júlia e Alfredo; em onze histórias a decisão pelo aborto foi conversada somente entre o casal⁶¹.

Assim, esses distintos posicionamentos tiveram a ver com a relação afetivo-sexual: tipo, momento e planejamento futuro. Paulo, nosso entrevistado, elucida a importância da relação afetivo-sexual⁶² para a sua participação ativa nas três interrupções. Todas as três gravidezes aconteceram em relacionamentos afetivos/sexuais estáveis, em que estava investido emocionalmente:

Eu posso dizer que eu participei, que não me ausentei, nem me retirei do processo. Então, eu não deixei a decisão, nem a responsabilidade seja financeira, seja emocional, só da mãe. Mesmo porque não foram namoradas ocasionais, foram relações estáveis. Então, eu participei como participava de tudo na relação, eu participei da discussão de ter ou não ter um filho, da decisão, do processo de aborto, do apoio emocional pós-aborto, de tudo isso eu participei e sofri com o processo também. (Paulo, quatro gravidezes e três abortos: em 1986, aos 18 anos; em 1990, aos 23/24 anos; e em 1996, aos 30 anos, os dois últimos com a mesma parceira).

Da mesma forma que Alice ao contar sobre o porquê de ter excluído os parceiros da decisão dos seus dois abortos:

Eu tomei a decisão de não informar a nenhum dos dois, porque eu não queria, foram namoros, que, não tinha assim um envolvimento muito grande, inclusive isso pesou na decisão de interromper. (Alice, quatro gravidezes, dois abortos: em 1999, aos 36 anos, e em 2001, aos 38 anos).

Entretanto, em alguns casos, não foi apenas a natureza da relação afetivo-sexual que influenciou os posicionamentos dos homens, mas o argumento de que “cabe à mulher decidir o que fazer diante de uma gravidez, já que é em seu corpo que esta acontece” foi também apresentado por algumas mulheres entrevistadas e por alguns entrevistados. Natália, em sua única gravidez, ocorrida em um namoro ainda em curso no momento da entrevista, tomou a decisão pelo aborto e a comunicou ao namorado. Para ela, a maternidade, no momento em

⁶¹ Cinco histórias narradas pelas mulheres; quatro pelos homens entrevistados e duas pelos casais, respectivamente, Chica e Carlos e Gabriela e Gustavo. Nas outras seis histórias, as mulheres dialogaram também com outras pessoas (sobretudo amigas), além do parceiro.

⁶² Outros estudos apontam a mesma circunstância: ver Ramírez-Gálvez (1999), Chumpitaz (2003) e Rostagnol (2012).

que ocorreu, iria interromper seus projetos de vida. Em seu relato, apresenta como se sentiu poderosa ao decidir sobre o desfecho de um evento que acontecia em seu corpo e que poderia tanto afetar sua vida quanto a de seu parceiro:

É como se fosse um poder, essa minha autonomia, senti a autonomia plena dentro de mim, eu posso, eu tenho o poder de decidir sobre isso, sobre meu corpo, é no meu corpo que acontece, então, sou eu. Uma decisão sobre a minha vida e também sobre a vida de uma outra pessoa, não do embrião, porque eu acredito que não há vida naquilo ainda, naquele momento que eu fiz, mas eu pude escolher assim sobre a minha vida, mas naquele momento a minha decisão também passava, iria afetar a vida da outra pessoa que seria meu companheiro. (Natália, uma gravidez, um aborto, em 2011, aos 28 anos).

Iuri e sua ex-mulher engravidaram três vezes e duas gestações foram interrompidas. Segundo ele, na primeira gravidez de ambos, a decisão pelo aborto foi tomada porque eram muito jovens à época. O segundo aborto foi realizado, na terceira gravidez de sua parceira, quando já estavam casados, porém o casamento passava por uma crise. Iuri concordou com a decisão de ambos os abortos, ao ser comunicado pela parceira, por também não querer as gravidezes, embora ressalte a preeminência da mulher neste tipo de decisão:

Quando ela me comunicou a decisão, eu também não queria. Do ponto de vista pessoal eu acho que se a mulher ela toma a decisão: eu não quero, cabe ao sujeito respeitar, ponderar e dizer: olha não é assim que eu penso. Mantendo-se a situação não vejo razão pro sujeito insistir, nem de forma política instituir uma intervenção, pois é o corpo dela, existe um limite aí. Eu acho assim que deve ser ativa, compartilhada, mas depende da decisão da mulher, que é a única em última análise que toma a decisão. (Iuri, três gravidezes, dois abortos: em 1986, aos 19/20 anos, e em 2005, aos 39 anos).

O argumento de que cabe às mulheres decidir, já que é em seu corpo que a gravidez acontece⁶³, foi assim interpretado por alguns homens como uma precedência e também como um limite. A decisão pelo aborto atesta a dificuldade dos homens em se posicionarem no campo reprodutivo. Para alguns, foi difícil encontrar o modo de estar ao lado da parceira sem lhe impor a decisão ou sem “fugir” das suas responsabilidades. A fala de Gustavo ilustra bem esta dificuldade. Para ele, a decisão sobre o desfecho de uma gravidez é da mulher. Contudo, esta posição é difícil de ser colocada, pois pode ser interpretada como se ele estivesse delegando toda a responsabilidade à mulher:

⁶³ Esse argumento também foi mencionado pelos homens entrevistados nos estudos de Ramírez-Gálvez (2000) e Petracci et al. (2012).

Eu entendo que tenha essa precedência, mas ao mesmo tempo, é uma coisa, é meio difícil isso, porque você tem que conciliar duas coisas: primeiro eu acredito nisso que a mulher tem uma precedência, mas eu também não posso me esquivar de decidir, eu não posso dizer assim a decisão é sua, tou aqui só pra pagar a minha parte inclusive, nem pagar integralmente. Então, é difícil assim achar o meio termo. (Gustavo, uma gravidez, um aborto realizado pela parceira Gabriela, em 2010. Ambos tinham 22 anos).

Dessa maneira, existiram diferentes graus de participação dos homens. Em algumas situações, os parceiros participaram ativamente, estiveram presentes nos diálogos sobre a decisão, acompanharam suas parceiras em exames, sendo figuras importantes também nos demais momentos do processo decisório. Gabriela e Gustavo apresentam em seus relatos, obtidos separadamente, como a participação dele foi ativa e implicada:

Em todo o processo, desde a suspeita de tá grávida, a confirmação com o teste de farmácia e depois no teste de sangue, todo esse processo ele tava comigo. A gente sempre ouviu que é uma decisão muito solitária e tudo, mas eu não vivi essa solidão. Ele tava muito junto mesmo, não foi só essa coisa de dá o dinheiro ou dizer tudo bem, eu apoio a sua decisão, ele foi na consulta e queria ter estado na sala durante o procedimento. (Gabriela, uma gravidez, um aborto, em 2010. Parceira de Gustavo. Ambos tinham 22 anos).

A gente de fato dividiu tudo, desde a suspeita até o teste, inclusive o teste eu fui com ela, lembro até do resultado quando saiu, eu a acompanhei nessa ocasião do exame, acompanhei também na primeira visita ao médico, em tudo que pude estar presente, eu estive. (Gustavo, uma gravidez, um aborto realizado pela parceira Gabriela, em 2010. Ambos tinham 22 anos).

Quanto ao casal Júlia e Alfredo, embora a decisão tenha sido tomada somente por Júlia com a anuência de Alfredo, ele, acreditando ser a mulher quem deve decidir sobre o desfecho de uma gravidez, participou ativamente de todo o processo decisório:

Ele sempre foi assim de uma posição de que a decisão era minha, porque antes de tudo é no meu corpo, mas se eu quisesse ter ele topava. Ele me apoiaria na decisão que eu tivesse tomado. (Júlia, duas gravidezes, um aborto, em 2008, aos 24 anos. Parceira de Alfredo).

A minha posição é mais passiva no sentido de uma companhia, de um apoio psicológico, apoiar o que ela decidir. Apoiar mesmo, não é só aceitar a decisão dela, mas agi pra que aquilo funcionasse, a decisão se fosse de ter também. (Alfredo, duas gravidezes, um aborto em 2008, aos 25 anos, Parceiro de Júlia).

Nessas situações há, portanto, a conformação de um espaço em que ambos os parceiros se colocam de maneira ativa, tentando viabilizar a decisão consensual pelo aborto.

Em outros casos, apesar de a decisão ter ocorrido em um contexto de acordo, a participação do parceiro foi menos ativa. Houve a conformação do que Donati, Cèbe e Bajos (2002) nomearam de “pseudoacordo”, situação em que há menor engajamento do homem na tomada da decisão e nos outros momentos do processo decisório, deixando a mulher sozinha. Nesses casos, a “ausência” do parceiro fez com que esses processos decisórios fossem mais sofridos para as mulheres.

Ane relata a “falta de responsabilidade” do parceiro com ela. Ela engravidou duas vezes, no mesmo namoro, e a decisão pelo primeiro aborto ocorreu porque ambos achavam que a continuidade da gestação interromperia os projetos de vida em curso. A segunda gravidez aconteceu após um ano e a relação já estava em crise, o que a levou a decidir sozinha pelo aborto, comunicando-a ao namorado, que concordou com a decisão. Entretanto, apesar de ter sido consensual, em ambas as interrupções, o parceiro se manteve alheio, deixando-a sozinha:

Eu entendi que a decisão era essa dele: ela decidiu tirar, quando a gente tiver dinheiro a gente tira, até lá a minha responsabilidade com ela é zero. Ele não tinha a menor responsabilidade de dizer assim: poxa, será que ela tá precisando de mim? Qual é o meu papel agora? O cara que engravidou você só serve pra isso, pra decidir, pra dá o dinheiro e pra ir lá tirar com você. Nisso tudo eu me senti muito sozinha e por diversas vezes chorei. (Ane, duas gravidezes, dois abortos: em 2009, aos 22 anos, e em 2010, aos 23 anos).

Quando a decisão ocorreu em um contexto de desacordo, esta foi demarcada pelo afastamento do homem de todo o processo decisório. A parceira de Rômulo engravidou duas vezes, em uma relação afetivo-sexual que ele caracterizou como sendo de encontros frequentes mas sem envolvimento emocional. Segundo Rômulo, a parceira decidiu pela primeira interrupção porque, naquele momento, um filho iria atrapalhar sua vida. Apesar de não concordar com a prática do aborto, compreendeu o motivo alegado pela parceira, apoiando sua decisão. Já na segunda, não concordou com a decisão da parceira, não participando do segundo processo decisório:

O segundo eu não participei, foi pior do que a primeira, porque eu não tive consentimento de nada e tava até na expectativa diferente, tentando ver uma solução do que eu podia fazer pra tentar minimizar a bronca que ia ser, mas ela disse que ia tomar a mesma decisão. (Rômulo, duas gravidezes, dois abortos, ambos em 2002, aos 22 anos. A fala corresponde ao segundo).

Notamos como diferentes dimensões estruturaram a tomada de decisão pelo aborto, tendo a influência ou não de outras pessoas. É importante compreender este momento, pois ele delimita a configuração dos demais, principalmente no que se refere à participação dos parceiros. Existe um percurso para realizar a interrupção e outros fatores entram em cena nos momentos de viabilizar a decisão e efetivar o aborto, sendo a participação de outras pessoas condição fundamental, sobretudo, quando a interrupção é realizada pela primeira vez. Realizar um aborto no Brasil significa entrar em um circuito clandestino.

Os caminhos para viabilizar a decisão pelo aborto: da decisão tomada à realização da interrupção

No momento de viabilizar a decisão pelo aborto, mulheres e homens solicitaram a ajuda de terceiros na busca por informações e na consequente escolha dos métodos abortivos. Entendemos por busca todo o percurso realizado para adquirir informações sobre os métodos abortivos e as maneiras de acessá-los e, por escolha, o resultado obtido no percurso da busca conjugado com as condições presentes nos contextos socioeconômicos das mulheres e dos homens.

O período da busca é assim caracterizado pela procura por informações sobre os tipos de métodos abortivos, os riscos implicados em cada procedimento e pela indicação de como acessar estes métodos. O saber para poder viabilizar o aborto não está disponível em qualquer rede de relações sociais. Amigas(os) com história de abortamento anterior são mencionadas(os) como fontes privilegiadas de informação, como conta Beatriz:

Eu vou abortar, mas como? Aí lembrei de uma pessoa que eu ajudei financeiramente em um momento. Corri a minha colega e disse que precisava saber onde foi que ela tinha feito, saber o nome do médico, tudo direitinho. (Beatriz, três gravidezes, dois abortos. A fala corresponde ao primeiro aborto em 2010, aos 30 anos).

Também familiares/amigas(os) que são profissionais de saúde ou que têm atitudes mais liberais frente ao aborto e amigas vinculadas aos movimentos feministas foram acionadas por ocuparem uma posição de poder nas redes de relações sociais, ao serem consideradas confiáveis e detentoras de conhecimentos corretos sobre os procedimentos. Assim, Gabriela conversou com uma amiga vinculada ao movimento feminista:

Eu fui conversar com a minha amiga que a única que tá aqui, que era do movimento feminista. Ela foi atrás dessas informações como seria o fluxo de atendimento e as pessoas que conheciam falaram que era difícil pelo serviço público, mas indicaram uma clínica aqui, que fazia e que se eu tivesse condições de pagar, seria melhor. (Gabriela, uma gravidez, um aborto, em 2010. Parceira de Gustavo. Ambos tinham 22 anos).

E Léon procurou informações com uma parenta médica, especialista em ginecologia e obstetrícia:

Eu fui buscar, porque como eu falei pra você, ficou muito a cargo de mim como homem de ir atrás do método em si. Na primeira vez, eu conversei com minha prima, ela como ginecologista, ela me falou a questão médica em si, e a questão feminina. Ela é da área, então ela falou que era uma coisa que é meio que velado, mas que acontece muito, e que inclusive em várias situações seria uma melhor opção. Ela disse que se fosse realmente o que eu tava procurando era o mais indicado, porque ela tinha conhecimento também de outras pessoas que tinham ido lá [clínica] e ela encaminhou, assim, ela disse: oh se vocês forem nesse local, é o melhor local, não vão me inventar de tomar nada, de enfiar nada, de querer fazer nada artesanalmente não. (Léon, duas gravidezes, dois abortos. A fala se refere ao primeiro aborto, em 2002, aos 25 anos).

Os homens estiveram implicados na busca por informações sobre os procedimentos abortivos dependendo de como a decisão tenha sido tomada: quando esta foi consensual, em geral, os homens participaram ativamente. Para alguns entrevistados, como Léon, inclusive, esta seria uma função masculina. Figuras fundamentais neste momento, os homens assumem papel determinante na viabilização da decisão pelo aborto, já que ampliam as possibilidades de obtenção de informações corretas sobre os métodos abortivos, além de poderem oferecer melhores condições para as mulheres abortarem, seja pagando ou dividindo os custos do método e, também, como fonte de apoio emocional⁶⁴.

Realizar um ato na clandestinidade faz com que esse momento seja permeado por ansiedade e tensão. As pessoas sabem que dispõem de um curto período de tempo para adquirir informações e escolher o método abortivo. Interromper a gravidez em um determinado período gestacional foi considerado importante. O período ideal para realizar o aborto não é delimitado apenas pelo desejo de que não ocorram problemas de saúde para as mulheres, mas outros elementos são citados, como evitar dilemas sobre o que se está abortando e o envolvimento afetivo com a gravidez⁶⁵. Paulo enfatiza os possíveis conflitos

⁶⁴ Ver também: Ramírez-Gálvez (1999), Arilha (2012) e Petracci et al. (2012).

⁶⁵ Arnaud (2008), em seu estudo, constatou a mesma circunstância.

morais que ele e as parceiras teriam com um abortamento tardio, e Flora destaca como teve medo de se “apegar”:

Em todos os três casos, os abortos foram feitos muito cedo. Então, eu acho que eu teria algum, e elas também, algum tipo de problema moral, de consciência, se não fosse assim, se o aborto fosse muito tardio. (Paulo, quatro gravidezes e três abortos: em 1986, com 18 anos; em 1990, com 23/24 anos; e em 1996, aos 30 anos. Os dois últimos com a mesma parceira).

Demorou para encontrar essa clínica, foi difícil, e eu me lembro, inclusive, que fiquei com medo de começar a me apegar a essas mudanças no corpo e ficar frouxa e depois não fazer a interrupção. (Flora, uma gravidez, um aborto, em 2002, aos 25 anos).

Para algumas pessoas, como Léon, esse foi o pior momento. O intervalo entre a decisão tomada e sua concretização foi marcado por angústias e reflexões sobre se aquela era realmente a decisão certa:

Eu acho que é o período mais cão que tem, se você tomar uma decisão eu não tou a fim de ir pra praia hoje, você não vai, amanhã morreu, acabou, não é aquela decisão que você toma que você pode fazer imediatamente. Você fica naquela angústia de fazer ou não, a mulher também, da mesma forma, as opiniões mudam a cada quinze minutos e você também não sabe se realmente é isso que você tem que fazer e acontece de tudo na cabeça da pessoa. É um período muito punk, é uma pressão que não tem nem como descrever, você começa a se apegar, a querer ter aquele filho. (Léon, duas gravidezes, dois abortos: em 2002, aos 25 anos, e em 2007, aos 30 anos).

Em outros casos, a angústia desse período esteve relacionada ao surgimento de algum elemento que viesse a interferir na decisão. Letícia teve receio de que alguém descobrisse a gravidez e a decisão pelo aborto e, assim, não conseguisse realizar a interrupção:

Nesse tempo até chegar lá na clínica, eu fiquei bastante preocupada de alguma coisa não dar certo, que alguém pudesse descobrir. Fiquei ansiosa para que tudo aquilo acabasse. (Letícia, duas gravidezes, um aborto, em 2004, aos 24 anos).

Constatamos como a decisão pelo aborto ocorre em um processo. Diante dos limites de acesso aos métodos abortivos na clandestinidade emergem questionamentos se esta é a decisão certa a ser tomada, como destacou Léon, e receios de que algo possa dar errado, como ressaltou Letícia, e a decisão pelo aborto não venha a ser realizada. Esta circunstância foi vivida de forma mais dramática pelas mulheres que realizaram sua primeira interrupção, diferentemente daquelas com histórias de mais de um aborto. O percurso, para as pessoas que

têm experiência de abortos anteriores, é mais direto e rápido, pois estas terminam por adquirir um conhecimento prático sobre os procedimentos abortivos e os modos de acessá-los, como nos relata Clarice:

O segundo aborto foi rápido. Já tinha o contato da clínica, apenas liguei pra Y minha amiga, ela foi comigo fazer no mesmo lugar que eu já tinha feito. Aí eu fui lá e fiz. (Clarice quatro gravidezes, dois abortos. A fala corresponde ao segundo aborto, em 1997, aos 29 anos).

Os percursos de busca e escolha variam não só em função das experiências anteriores de aborto, mas, também, segundo o capital social das pessoas (BOURDIEU, 2008). Quanto maior for este capital, maiores serão as possibilidades de se ter informações corretas sobre os métodos abortivos e os modos de acessá-los. A escolha pelo método é produto da conjugação das informações obtidas na busca com as possibilidades concretas de acessá-las, dadas as condições socioeconômicas das pessoas. A posição socioeconômica marca a experiência de abortar de maneira contundente, implicando processos decisórios mais breves. Para a maior parte das nossas entrevistadas, os processos decisórios não foram demorados. A gravidez em pouco tempo foi constatada e confirmada, as negociações em torno do seu desfecho e a viabilização da decisão foram rápidas e logo realizaram o aborto⁶⁶.

Na maior parte dos casos, a segurança e a eficácia foram considerados como os aspectos fundamentais para a escolha do método. A clínica privada, com atendimento realizado por médico, foi avaliada como o procedimento mais seguro, com menores riscos aparentes à saúde da mulher e, também, mais eficaz, além de se constituir como um espaço no qual, supostamente, a mulher estaria mais resguardada de julgamentos morais e maus tratos. Para algumas entrevistadas, a escolha de um método considerado seguro era, inclusive, uma condição obrigatória para abortarem, caso contrário, levariam adiante a gravidez.

As falas de Flora e Clara ilustram esse aspecto. Apesar de terem decidido pela interrupção, elas insistem que, se não conseguissem acessar o procedimento abortivo considerado seguro – a clínica privada com atendimento médico –, teriam modificado a decisão pelo aborto:

⁶⁶ À exceção de dois abortos realizados por Chica, não existiram casos de abortamento tardio. Chica relatou que, no segundo e no quarto abortos, o momento de viabilizar a decisão foi mais demorado. No segundo aborto, o processo decisório foi marcado por conflitos entre ela e o parceiro. Já no quarto, ela e o namorado, à época, não tinham dinheiro e tiveram de esperar a ajuda da mãe do parceiro.

Tinha que fazer num lugar bom e seguro, sabe? Não faria de qualquer forma, talvez até levasse a gravidez adiante, porque não encararia um processo de, em qualquer clínica e isso levaria à continuidade da gravidez. (Flora, uma gravidez e um aborto, em 2002, aos 25 anos).

Tinha uma coisa que me colocava em dúvida em não abortar, era não conseguir levantar a grana para fazer o abortamento. Se eu não conseguisse levantar, eu não abortaria, porque eu não iria usar de um outro, de chá, de outras coisas. Tinha que ser num lugar seguro, numa clínica boa. (Clara, uma gravidez, um aborto, em 2009, aos 24 anos).

A continuidade da gravidez é sempre uma possibilidade, no processo decisório pelo aborto. Antes da realização da interrupção na clínica privada, na maior parte dos casos, houve, primeiro, uma consulta com o médico que realizaria o procedimento. Nesta consulta, as mulheres informaram que o profissional conversou sobre a decisão pelo aborto e lhes solicitou exames, principalmente o ultrassom, que algumas realizaram no próprio local. As mulheres relataram como esta conversa provocada pelo profissional se configurou em um espaço no qual a decisão pelo aborto foi novamente refletida, havendo a abertura para uma eventual mudança. Os médicos dialogaram com as mulheres e as inquiriram sobre a decisão pelo aborto, como nos relata Paula:

O médico que faz me chamou, fez uma entrevista comigo, conversou, ele não foi logo: faça. Ele falou: olhe, você tem certeza? Se você quiser, eu te dou até um tempo pra você pensar, ele fez a ultrassom, ele constatou a gravidez, você tem certeza disso? Você quer pensar um pouquinho? Eu fiz: não quero pensar, não quero nem perder tempo. Aí ele fez: então, tá! Depois do ultrassom que fiz lá mesmo, marcou o dia. Foram uns quatro dias depois. (Paula, três gravidezes, um aborto, em 2009, aos 34 anos).

A realização da ultrassonografia, por solicitação médica, se configura em outro momento no qual a decisão pelo aborto é posta sob reflexão. Para a maior parte das(os) entrevistadas(os), o exame foi percebido como “estranho”, sendo a experiência emocionalmente mobilizadora. Laura considera como um momento de suspensão, que a levou a se questionar sobre a decisão pelo aborto, ao imaginar como seria o bebê e se projetar como mãe. Estas emoções, entretanto, foram rapidamente controladas ao sair da clínica e se dar conta dos motivos que a levaram a decidir pela interrupção:

Eu fiz a ultrassonografia, que eu acho que era um exame que eu não deveria ter feito [...] Aí quando a mulher começou a fazer o exame, você se sente realizada e ao mesmo tempo culpabilizada porque você vai interromper aquele processo; eu acho que, no fundo, toda mulher acha que nasceu pra ser mãe, porque quando você vê aquele: tum, tum é como se você tivesse

vendo você do lado de fora de você mesmo, é uma parte de você, e você fica feliz. O foda é isso, porque você fica feliz e logo em seguida você sabe que essa felicidade é momentânea, ela vai encerrar ali na hora que você sair. [...] Então, você fica ali quietinha e meio que pensando: se eu ficasse? Mas é exatamente só naquela hora, quando sai, bate a porta, você tem certeza que não dá. (Laura, duas gravidezes, um aborto, em 2000, aos 20 anos).

O momento de realização do ultrassom parece como “deslocado” da cena do aborto, já que está atrelado ao pré-natal e pressupõe a continuidade da gravidez. Contraditoriamente, a visualização proporcionada pelo ultrassom pode ser também reconfortante, como narra Gustavo:

Aí lembro também de um momento que foi estranho, que foi o ultrassom, porque a sensação de um casal vendo o ultrassom é a sensação de alguém que vai chegar e não era o que iria acontecer, porque a gente não tinha decidido assim. Então, eu achei a cena um pouco deslocada do contexto todo [...] Foi um pouco impactante, visualmente mesmo, embora também de certa forma, você tem um pouco a dimensão do que tá acontecendo, porque afinal você não vê nada ali, não tem uma vida ali. (Gustavo, uma gravidez, um aborto realizado por Gabriela, em 2010. Ambos tinham 22 anos).

Nas clínicas privadas, o custo elevado do procedimento restringe a escolha desse método abortivo apenas para quem pode arcar com os valores implicados. A escolha do método varia, assim, de acordo com o capital econômico e social que as pessoas detêm. O exemplo de Natália é bem ilustrativo. Ela não tinha dinheiro disponível para realizar o aborto no momento em que engravidou, mas isto não constituiu um problema, pois tinha meios de reunir o dinheiro por empréstimo ou cotização entre suas amigas, como sucedeu:

O fato de eu ter acesso a grana, porque eu não tinha na época, eu fiquei cotizando, uma amiga minha me deu mil reais, outra amiga deu 300, outra amiga deu 500, e aí foi completando, mas se não fosse possível, eu faria o empréstimo que fosse, ou inventaria alguma coisa pra pedir dinheiro pro meu pai, mas assim eu ia fazer com dinheiro, numa clínica de classe média alta, pra rico. (Natália, uma gravidez, um aborto, em 2011, aos 28 anos).

Para aquelas que utilizaram medicamentos⁶⁷, a decisão também teve que ser reiterada, em cada tentativa sem êxito seja por uso incorreto ou pela utilização de um produto

⁶⁷ À exceção de três casos, o segundo aborto de Alice e o terceiro de Maria tiveram experiências de atendimentos tão ruins em clínicas privadas, em abortos prévios, que optaram pelo uso do *Cytotec* nos abortos posteriores. Discutiremos esta questão no próximo artigo e o primeiro aborto de Débora realizado na “*casa de uma aborteira*”.

falsificado⁶⁸. No presente estudo, seis abortos foram realizados com o uso do medicamento, mesmo as pessoas não tendo certeza se este seria efetivo. Uma exceção foi a do casal Júlia e Alfredo, que conseguiu o medicamento por meio de um amigo dele que morava na Europa e o enviou pelos correios: “*Camarada meu que tinha, trouxe da Europa: lá é fácil, a gente tinha certeza do produto e aí chegou na minha mão*”. Júlia relata o quanto ficou apreensiva que este não chegasse e ela tivesse que levar a gravidez adiante:

Eu ficava bastante preocupada se ia dar certo ou não, até o remédio chegar fiquei pensando: se não der certo a chegada desse remédio, eu vou ter que ser mãe, eu vou ter que largar o mestrado, eu vou ter que trabalhar, vou ter que desistir dos meus planos. (Júlia, duas gravidezes, um aborto, em 2008, aos 24 anos. Parceira de Alfredo, na época com 25 anos).

Desse modo, até a realização do procedimento, mesmo que para algumas pessoas entrevistadas tenha sido curto, este período de tempo pode ser demarcado por reflexões em torno da decisão pelo aborto. A ideia de que esta decisão pode ser modificada pode surgir até mesmo no momento da interrupção, como nos conta Léon no processo vivido no segundo aborto:

Eu me lembro de ficar na sala muito nervoso, apreensivo, do que eu tava fazendo, e queria, quase no último momento, eu entro dentro do consultório e digo: oh não, não, para, para. (Léon, duas gravidezes, dois abortos. A fala corresponde ao segundo aborto, em 2007, aos 30 anos).

O momento em que a decisão pelo aborto foi efetivada variou. Para as mulheres que recorreram à clínica privada, o procedimento foi rápido, com diferenças relacionadas, sobretudo, ao atendimento prestado pelo médico, como discutiremos no próximo artigo. Nas seis histórias de abortos realizadas com o uso do medicamento, a interrupção foi marcada por dois momentos: o primeiro, do uso do produto até o aparecimento do seu efeito; e o segundo, da procura de um hospital para finalizar o aborto. Todas as mulheres entrevistadas relataram que, antes de usar, obtiveram informações sobre o medicamento com amigas e/ou com suas ginecologistas e mencionaram ter ingerido dois comprimidos e inserido dois na vagina.

A maior parte das mulheres recorreu a um hospital da rede pública para finalizar o aborto⁶⁹. Por temerem ter problemas no atendimento, estratégias foram desenvolvidas ao

⁶⁸ Ver Diniz e Madeiro (2012) e Arilha (2012).

⁶⁹ Chica não necessitou ir ao hospital, no seu terceiro aborto, aos 22 anos, em 1998. No primeiro aborto da parceira de Rômulo, ela não precisou recorrer ao hospital e, no segundo, foi a um hospital particular.

chegarem aos serviços: Júlia omitiu ter provocado o aborto e Alice procurou uma maternidade que lhe foi indicada como sendo um lugar que poderia receber um “bom atendimento”:

Eu fui já falando que eu tava com suspeita de gravidez, no entanto eu tava sangrando. Eu não quis dizer que eu tinha provocado o aborto, porque eu achei que eles pudessem não querer me atender ou tivessem preconceito comigo. (Júlia, duas gravidezes, um aborto realizado em 2008, aos 24 anos. Parceira de Alfredo que tinha 25 anos).

Eu fui numa maternidade conhecida e indicada pela minha amiga, pelo bom atendimento às mulheres. (Alice, quatro gravidezes, dois abortos. A fala corresponde ao segundo aborto em 2001, aos 38 anos).

A fase imediata pós-aborto, independentemente do método abortivo utilizado, foi mais um momento de reflexão. Para a maior parte das pessoas, o sentimento de ter interrompido a gravidez era, sobretudo, de alívio, de resolução de um problema, como relata Alice:

Nos dois casos foi um misto de ansiedade, de desabafo. De manhã, eu amanheci o dia ansiosa, de tarde, é como se tivesse tirado um peso das costas, senti um alívio, assim, no ombro à noite. (Alice, quatro gravidezes, dois abortos: em 1999, com 36 anos, e em 2001, aos 38 anos).

Já algumas pessoas sentiram certa nostalgia relacionada a reflexões de como estariam suas vidas caso a gravidez tivesse continuado, como conta Carol:

Eu fiquei super triste, você sente um vazio, sabe? Até hoje, às vezes fico pensando como seria se eu tivesse tido um filho, se seria homem, se seria mulher, qual a idade que ele estaria. (Carol, duas gravidezes, dois abortos, ambos em 2008, aos 28 anos).

Carol teve um processo decisório mais ambivalente, principalmente, na primeira gravidez. Os significados que os abortos podem adquirir nas vidas das pessoas são diversificados, o que demandaria outro estudo para aprofundar esta questão. O que podemos conjecturar é que a forma como o processo decisório foi construído influencia a narrativa da experiência do aborto no presente.

DISCUSSÃO

Demonstramos neste artigo como a decisão pelo aborto ocorre em um processo. Em geral, esta não foi tomada e realizada automaticamente, mas se inseriu em um percurso.

Realizar um aborto em um contexto ilegal e de forte condenação moral como o brasileiro significa entrar em um circuito clandestino. Assim, não é em qualquer rede de relações sociais que se pode ter informações sobre os métodos abortivos e as maneiras de acessá-los e nem sempre se pode obter o método que se considera mais seguro, no caso das(os) entrevistadas(os), a clínica privada com atendimento médico, pois esta escolha está condicionada à situação socioeconômica de cada um.

Em nenhuma das histórias de abortos narradas, a ilegalidade foi um aspecto que interferiu na tomada de decisão pelo aborto, mas influenciou sim os momentos de viabilizar a decisão e efetivar a interrupção. Na clandestinidade, emergiram questionamentos e reflexões em torno da decisão e a possibilidade de mudança desta esteve sempre presente, principalmente para as pessoas que realizaram seus primeiros abortos. O processo decisório é, assim, composto por momentos de maior ou menor grau de intensidade, variando de acordo com os aspectos subjetivos e com o momento de vida em que ocorreu a gravidez. O primeiro momento de constatação da gravidez relatado pelas entrevistadas de estratos sociais médios foi breve, pois rapidamente suspeitaram e confirmaram a gestação, o que contrasta com aquele descrito em estudos realizados com mulheres de camadas populares como, por exemplo, o realizado por Leal (2012), em Porto Alegre, e por Tornquist, Miguel e Assis (2012), em Florianópolis⁷⁰.

No momento de pensar sobre o desfecho da gravidez e decidir pelo aborto, não houve relatos de dilemas morais ou religiosos relacionados à interrupção de uma vida. Distintas situações foram relatadas pelas pessoas, refletindo outro domínio do campo normativo, o que regula a reprodução, e a decisão pelo aborto indicou uma escolha circunstancial ou definitiva pela não maternidade (SCAVONE, 2004). Nas situações em que a dimensão estruturante esteve relacionada ao momento de vida em que ocorreu a gravidez imprevista, a decisão pelo aborto foi tomada como uma escolha circunstancial pela não maternidade porque a gravidez deve ocorrer ao interior de uma relação afetivo-sexual consolidada e estável; não pode interferir nos projetos de vida em curso, sobretudo, para os(as) jovens; e deve ser legitimada pela família de origem.

A tomada de decisão pelo aborto explicita as contradições e os conflitos atrelados à norma reprodutiva que situa a maternidade como um evento inevitável da constituição feminina e, ao mesmo tempo, delimita determinadas circunstâncias nas quais este evento deve

⁷⁰ Em ambos os estudos, as mulheres, diante do atraso menstrual, primeiro recorreram a variados recursos para regular a menstruação e só depois houve a confirmação da gestação e a posterior decisão pelo aborto.

acontecer. Elucida, assim, a multiplicidade de correlações de força em jogo na normalização das condutas, demonstrando como esta não é o resultado de um consenso social, mas de disputas (FOUCAULT, 2009).

Os parceiros das mulheres e os homens entrevistados tiveram posicionamentos variados no momento de decidir sobre o desfecho da gravidez. A participação deles variou segundo a relação afetivo-sexual, se ocorreu em um contexto de acordo ou desacordo e também pela assunção de que cabe à mulher decidir, porque é em seu corpo que a gravidez acontece. Quando a decisão foi consensual, sobretudo entre casais em que os homens compartilhavam do argumento de que a decisão cabe às mulheres, em geral, estes foram figuras fundamentais, participando ativamente de todos os momentos que compõem o processo decisório. Em outras situações, em um contexto de pseudo-acordo, a participação dos parceiros não foi tão ativa (DONATI; CÈBES; BAJOS, 2002).

A atuação (ou ausência) desses homens estaria consonante com o modelo hegemônico de gênero, que reserva aos homens um lugar de exclusão, de não sujeitos dos processos próprios do campo reprodutivo e outorga responsabilidade à mulher (FIGUEROA-PEREA, 1998; VIGOYA; NAVIA, 2012). Estes homens não pareceram implicados com o processo decisório pelo aborto; no máximo, se sentiram responsáveis pelo pagamento do procedimento. Esta falta de implicação pode ser interpretada de duas maneiras. Primeiro, pode refletir o menor grau de envolvimento deles na relação afetivo-sexual e, segundo, pode ser consequência do desconhecimento desses homens de como atuar nas decisões do campo reprodutivo. As próprias políticas de saúde voltadas para o campo reprodutivo, no Brasil, enfatizam o lugar principal da mulher e até mesmo os métodos contraceptivos se dirigem, sobretudo, às mulheres (MEYER, 2005; MENEZES; REIS; BELAUNDE, 2011; COUTO; GOMES, 2012).

Já na decisão que ocorreu em um contexto de desacordo, os homens não participaram do processo decisório. A dimensão relacional parece estar sempre em jogo nos processos de negociação no campo reprodutivo, mas, por vezes, um protagonismo da mulher parece prevalecer, a partir dos modos como estas inserem a maternidade em suas vidas, em que momento e/ou com quais homens pretendem realizar isto (HEILBORN ET AL., 2012a). A ideia da autodeterminação, proposta por Chaneton e Vacarezza (2011), enfatiza que, no momento de decidir o que fazer diante de uma gestação, algumas mulheres ocupam um lugar de poder, de sujeitos do seu próprio corpo. Menezes, Reis e Belaunde (2011) destacam o conceito de agencialidade (*agency*) para designar a mesma ideia, ou seja, o quanto as

mulheres são capazes de agir, de tomar decisões e interpretar suas próprias experiências no campo reprodutivo⁷¹.

Entretanto, esse *agency* reprodutivo é demarcado pelas dimensões sociais que o estruturam. No caso brasileiro, o contexto sociopolítico da ilegalidade e a estigmatização marcam a experiência do aborto de maneira contundente e levam as mulheres a enfrentar variadas situações, no momento de viabilizar a decisão e efetivar o aborto. O poder, assim, circula no processo decisório. No momento de tomada da decisão sobre o desfecho da gravidez, em diversas situações da nossa pesquisa, foi a mulher quem decidiu pelo aborto; já nos momentos de viabilizar a decisão e efetivar o aborto, o capital social e o capital econômico despontaram como fatores determinantes. Realizar o aborto em um contexto como o brasileiro implica ter um capital social específico e a participação dos parceiros amplia este capital: amigas(os) que passaram pela experiência do aborto provocado, familiares/amigas(os) profissionais de saúde ou conhecidos com atitudes mais liberais frente ao aborto ou vinculadas(os) ao movimento feminista. Como alerta Foucault (1979, p. 183), “o poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação”. As relações de poder são relações de força, enfrentamentos, exercidas nas práticas cotidianas e tomam contornos diferentes, revelando processos de hierarquia, desigualdade e diferença (FOUCAULT, 2010).

No intervalo entre a decisão tomada e a realização da interrupção, a decisão pelo aborto esteve sempre em questão. Quer nos momentos de dificuldades de obtenção dos métodos abortivos, quer pelo temor de que algo pudesse dar errado, quer pelos questionamentos dos médicos nas clínicas privadas, as mulheres refletiram a decisão. Algumas pessoas, como Léon⁷², chegaram a cogitar a desistência do aborto no momento em que a interrupção seria realizada. Portanto, fica evidente como esta decisão ocorre em um processo, sendo a separação entre decisão e itinerário abortivo não condizente com as experiências relatadas pelas pessoas entrevistadas. A decisão pelo aborto não está apenas relacionada aos motivos que levaram ao aborto ou às formas como foi tomada, com/sem a influência de terceiros. Para compreendê-la é preciso considerar como ocorreu todo o processo até chegar o momento em que se pode afirmar que existiu uma decisão pelo aborto, quando a interrupção da gravidez é realizada.

⁷¹ Ver também Ramírez-Gálvez (1999) e Arnaud (2008).

⁷² Sampaio (2013), em seu estudo, relata situação semelhante de uma mulher que desistiu do aborto em uma clínica privada quando estava aguardando a sua realização.

REFERÊNCIAS

- ARILHA, Margareth Martha. Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1785-1794, 2012.
- ARNAUD, Livia K. **Mulheres e abortos**: negociando moralidades. 2008. 124p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- BARBOSA, Regina Maria; ARILHA, Margareth Martha. A experiência brasileira com o Cytotec. **Revista Estudos Feministas**, ano 1, n. 2, p. 408-417, 2. sem. 1993.
- BOURDIEU, Pierre. **A distinção**: crítica social do julgamento. São Paulo: Edusp, 2008. 560p.
- BRANDÃO, Elaine R. Gravidez na adolescência: um balanço bibliográfico. In: HEILBORN, Maria Luiza et al. (Org.). **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond; Fiocruz, 2006. p. 61-95.
- 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. 428 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- CHANETON, July; VACAREZZA, Nayla. **La intemperie y lo intempestivo**: experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones. Buenos Aires: Marea, 2011. 192p.
- CHUMPITAZ, Violeta Angélica C. **Percepções femininas sobre a participação do parceiro nas decisões reprodutivas e no aborto induzido**. 2003.112p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- COSTA, Rosely G. et al. A decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 97-105, jan./mar. 1995.
- COUTO, Marcia Thereza; GOMES, Romeu. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2569-2578, 2012.
- DINIZ, Debora; MADEIRO, Alberto. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1795-1804, 2012.
- DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Supl. 1), p. 959-966, 2010.
- DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1671-1681, 2012.

DONATI, Pascale; CÈBE, Dominique; BAJOS, Nathalie. Interrompre ou poursuivre la grossesse? In: BAJOS, Nathalie; FERRAND, Michèle (Org.). **De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues**. Paris: Inserm., 2002. p. 115-162.

FIGUEROA-PEREA, Juan Guillermo. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14 (Supl. 1), p. 87-96, 1998.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Estratégia, poder-saber**. Forense Universitária, 2010. (Coleção Ditos e Escritos, 4).

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 64-89.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 79-108.

HEILBORN, Maria Luiza. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: _____ et al. (Org.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond; Fiocruz, 2006. p. 29-57.

HEILBORN, Maria Luiza et al. Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 12, Dossier n. 1, p. 224-257, 2012a.

HEILBORN, Maria Luiza et al. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro-Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1699-1708, 2012b.

KIRKMAN, Maggie et al. Reasons women give for contemplating or undergoing abortion: A qualitative investigation in Victoria, Australia. **Sexual & Reproductive Healthcare**, Elsevier, v. 1, n. 4, p. 149-155, 2010.

LEAL, Ondina F. “Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!”: revisitando dados etnográficos sobre a disseminação de práticas abortivas em populações de baixa-renda no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1689-1697, 2012.

MENEZES, Greice Maria S. **Aborto e juventude: um estudo em três capitais brasileiras**. 2006. 186p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

MENEZES, Greice Maria S.; AQUINO, Estela M. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 25 (Sup. 2), p. S193-S204, 2009.

MENEZES, Greice Maria S.; REIS, Ana Paula dos; BELAUNDE, Luiza Elvira. Decisões reprodutivas, interrupção da gravidez e agencialidade feminina em Salvador-Ba. REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL – CULTURAS, ENCONTROS E DESIGUALDADES, IX. **Anais...** Curitiba, jul. 2011.

MEYER, Dagmar E. E. A politização contemporânea da maternidade: construção de um argumento. **Revista Gênero**, Niterói, v. 6, n. 1, p. 81-104, 2005.

PETRACCI, M. et al. El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires. **Sexualidad, Salud y Sociedad** – Revista Latinoamericana, Rio de Janeiro, n. 12, Dossier n. 1, p. 164-197, 2012.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, Martha Celia. **Os impasses do corpo**: ausências e preeminências de homens e mulheres no caso do aborto voluntário. 1999. 150p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, M. C. A propriedade do corpo: o lugar da diferença nos discursos de homens e mulheres acerca do aborto voluntário. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 15, p. 297-335, 2000.

ROSTAGNOL, Susana. De la maternidad elegida a no ser madre (por ahora): anticoncepción y aborto en la vida de las mujeres. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 12, Dossier n. 1, p. 198-233, 2012.

SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida**: feminismo e Ciências Sociais. São Paulo: UNESP, 2004.

SERENO, Sara; LEAL, Isabel; MAROCO, João. Interrupção Voluntária da Gravidez: ajustamento psicológico no processo de decisão. **Saúde Reprodutiva: Sexualidade e Sociedade**, Lisboa, n. 1, p. 65-81, 2012.

TORNQUIST, Carmen Susana; MIGUEL, Denise S; ASSIS, Gláucia de O. Entre julgar e escutar: sexualidade e aborto em um bairro popular. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v. 17, n. 32, p. 45-63, 2012.

TUSSI, Fernanda P. **Aborto vivido, aborto pensado: aborto punido?** as (inter)faces entre as esferas pública e privada em casos de aborto no Brasil. 2010. 144p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciência Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

VIGOYA, Mara V; NAVIA, Ángela F. El lugar de las masculinidades en la decisión del aborto. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 12, Dossier n. 1, p. 135-163, 2012.

APÊNDICE

Quadro 2a – Dados sobre as histórias de aborto ocorridas quando jovens

NOME	ABORTO(S)			RELAÇÃO GRAVIDEZ /ABORTO	PERÍODO GRAVIDEZ	TIPO DE PARCERIA	MÉTODO
	Nº	ANO	IDADE À ÉPOCA				
Ane	02	2009	22	1ª gravidez	2º mês	Namoro	Clínica privada
		2010	23	2ª gravidez	1 mês e meio		Clínica privada
Chica/ Carlos	01	1991	Ela: 15 Ele: 18/19	1ª gravidez de ambos	1 mês e meio	Namoro desfeito	Clínica privada
Chica	03	1994	18	2ª gravidez	Quase 4 meses	União estável	Clínica privada
		1994	18	3ª gravidez	Início da gravidez	Relação sexual casual	Clínica privada
		1998	22	4ª gravidez	Quase 4 meses	Namoro	Cytotec
Clara	01	2009	24	1ª gravidez	5ª semana	Namoro	Clínica privada
Clarice	01	1989	21	1ª gravidez	2º mês	Noivado com o atual marido	Clínica privada
Débora	01	1990	25	1ª gravidez	Início de gravidez	Parceiro sexual, encontros frequentes sem envolvimento emocional	Chás + Cytotec + Casa de aborteira
Flora	01	2002	25	1ª gravidez	2º mês	Namoro	Clínica privada
Gabriela/ Gustavo	01	2010	Ambos 22	1ª gravidez	2º mês	Namoro em curso quando da entrevista	Clínica privada
Iuri	01	1984	19/20	1ª gravidez	2 meses e meio	Namoro com a ex-mulher	Cytotec+ Clínica privada
Júlia/ Alfredo	01	2008	Ela-24 Ele-25	1ª gravidez	8ª semana	Namoro, atualmente unidos	Medicamento trazido da Europa
Laura	01	2000	20/21	1ª gravidez	2º mês	Namoro	Chás+Cytotec+ Clínica privada
Léon	01	2002	25	1ª gravidez	2º mês	Namoro	Clínica privada
Letícia	01	2004	24	1ª gravidez	6ª semana	Namoro	Clínica privada
Lorena	01	1990	25	2ª gravidez	Quase 3 meses	Relação sexual com o ex-marido	Clínica privada
Manuela	01	1996	20	1ª gravidez	Entre 5ª e 6ª semana	Namoro com o atual marido	Clínica privada
Maria	01	1992	18	1ª gravidez	2º mês	Namoro	Clínica privada
Melissa	01	2002	20	1ª gravidez	Quase 3 meses	Namoro	Clínica privada
Paulo	02	1986	18	1ª gravidez	Início de gravidez	Namoro	Clínica privada
		1990	23/24	2ª gravidez	Início de gravidez		Namoro com a primeira ex-mulher
Rômulo	02	2002	22	1ª gravidez	NI	Parceira sexual, encontros frequentes sem envolvimento emocional	Cytotec
				2ª gravidez			

Quadro 2b – Dados sobre as histórias de aborto ocorridas quando adultos

NOME	ABORTO(S)			RELAÇÃO GRAVIDEZ /ABORTO	PERÍODO GRAVIDEZ	TIPO DE PARCERIA	MÉTODO
	Nº	ANO	IDADE À ÉPOCA				
Alice	02	1999	36	3ª gravidez	1 mês e meio	Namoro	Clínica privada
		2001	38	4ª gravidez	1 mês	Namoro	Cytotec
Beatriz	02	2010	30	2ª gravidez	2 ⁰ mês	Parceiro sexual, encontros frequentes sem envolvimento emocional	2 na mesma clínica privada
		2012	32	3ª gravidez	5ª semana		
Carlota	01	2012	41	2ª gravidez	Início da gravidez	Namoro	Cytotec + clínica privada
Carol	02	2008	28	1ª gravidez	Quase dois meses	Namoro	2 na mesma clínica privada
				2ª gravidez	Início da gravidez		
Clarice	01	1997	29	3ª gravidez	2 ⁰ mês	Casamento atual	Clínica privada
Débora	01	2004	38	2ª gravidez	Início da gravidez	Namoro	Clínica privada
Iuri	01	2005	39	3ª gravidez	3 ⁰ mês	Casamento	Cytotec + clínica privada
Léon	01	2007	30	2ª gravidez	Quase 3 meses	Namoro	Clínica privada
Manuela	01	2007	31	2ª gravidez	Entre 8ª e 9ª semana	Casamento atual	Clínica privada
Maria	02	2001	27	3ª gravidez	Início da gravidez	União com o ex-parceiro	Clínica privada
		2002	28	4ª gravidez	Início da gravidez		Cytotec
Natália	01	2011	28	1ª gravidez	4ª semana	Namoro	Clínica privada
Paula	01	2009	34	2ª gravidez	3ª semana	União com o ex-parceiro	Clínica privada
Paulo	01	1996	30	3ª gravidez	Quase três meses	Primeiro casamento	Clínica privada

ARTIGO III

EXPERIÊNCIAS DE ABORTOS EM CLÍNICAS PRIVADAS

Resumo: O artigo analisa experiências de abortos provocados de pessoas de estratos sociais médios realizados em clínicas privadas do nordeste brasileiro. A investigação qualitativa foi realizada em 2012. Ao entrevistar 19 mulheres e cinco homens residentes em duas capitais da região documentamos 55 gravidezes que ocorreram ao longo das suas vidas. Destas, 34 foram interrompidas em clínicas privadas. Uma análise temática das histórias de abortos revela que existem diferentes tipos de clínicas e de atendimento prestados pelos médicos, desde aqueles de alto padrão a aqueles mais precários. O artigo mostra que a realização de um aborto em uma clínica privada de alto padrão não é garantia de um bom atendimento por si só. As narrativas fornecem descrições de diversas situações e práticas, desde aquelas com algumas falhas, como a falta de informações sobre os medicamentos, até outras com abusos graves, como procedimentos realizados sem anestesia. A ilegalidade da prática do aborto, no Brasil, permite que as clínicas funcionem sem qualquer tipo de regulação do Estado e mesmo as normatizações internacionais e nacionais não foram respeitadas por alguns médicos. Assim, concluímos que a ilegalidade não impede que as mulheres realizem abortos, mas as expõe a situações de total vulnerabilidade e de violação dos direitos humanos.

Palavras-chave: Aborto provocado. Clínicas privadas. Ilegalidade. Relações de gênero. Poder e direitos reprodutivos.

Experiences of abortions in private clinics

Abstract: The article examines the abortion experiences in private clinics of middle class people in northeastern Brazil. Qualitative research was conducted in 2012. Interviewing 19 women and five men living in two major cities in the region we documented 55 pregnancies that occurred throughout their lives. Of these, 34 were interrupted in private clinics. A thematic analysis of the abortion stories reveals that there are different types of clinics and forms of care provided by physicians, including both those providing high standards of care to more precarious ones. The article shows that performing an abortion in a private clinic of high standard is no guarantee of good care by itself. The narratives provide descriptions of various situations and practices, from those with a few flaws, such as lack of information on medicines, to others where grave abuses occurred, such as procedures performed without anesthesia. The illegality of abortion in Brazil allows clinics to operate without any state regulation and international and national norms are not respected by some doctors. Thus, illegality does not prevent women perform abortions, but it does expose them to situations of complete vulnerability and violation of human rights.

Keywords: Induced abortion. Private clinics. Illegality. Gender relations. Power and reproductive rights.

INTRODUÇÃO

As pesquisas científicas sobre o aborto no Brasil têm sido realizadas, em quase sua totalidade, com mulheres internadas em serviços da rede pública de saúde. Desenvolvidas em hospitais, espaços com sigilo garantido, regra geral, as/os pesquisadoras(es) são profissionais de saúde, na sua maioria, do sexo feminino, envolvidas(os) diretamente no cuidado às mulheres. Esta foi uma maneira encontrada de se viabilizar a realização de estudos sobre aborto e enfrentar os desafios éticos, em um contexto de ilegalidade da sua prática (BRASIL, 2009; DINIZ ET AL., 2009).

A concentração de pesquisas em serviços da rede pública de saúde apresenta alguns problemas. Primeiro, estes estudos terminam por analisar a situação exclusiva das mulheres que apresentaram algum tipo de complicação e demandaram atendimento médico, representadas por aquelas sem recursos financeiros que se dirigem aos hospitais públicos para finalizar o abortamento ou tratar das suas complicações. Isto leva ao desconhecimento das práticas abortivas e das circunstâncias pessoais, sociais e familiares de outros subgrupos de mulheres que, por diferentes meios, conseguem interromper suas gravidezes de forma exitosa, sem recorrer aos serviços públicos de saúde (PERES, 2003; BRASIL, 2009). Resulta, também, em um viés, ao associar a prática do aborto às dificuldades econômicas e à desinformação das mulheres mais pobres e menos escolarizadas (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 1999).

A Pesquisa Nacional sobre Aborto (PNA) evidencia que o aborto é um evento comum na vida reprodutiva das mulheres brasileiras de distintos estratos socioeconômicos (DINIZ; MEDEIROS, 2010)⁷³. Apesar de o aborto ser mais comum entre mulheres menos escolarizadas, diante de uma gravidez não prevista é o desfecho mais frequente entre aquelas de maior renda e instrução (HARDY; REBELLO; FAÚNDES, 1993; PIROTTA; SCHOR, 2004; MENEZES, 2006).

Contudo, ainda existem poucas investigações no Brasil sobre as experiências de abortos de mulheres de estratos sociais médios, permanecendo um grande desconhecimento quando a interrupção da gravidez é realizada em uma clínica privada. As pesquisas realizadas nestes locais, na sua maior parte, se voltam para a investigação de temas como aborto espontâneo ou recorrente e novas tecnologias reprodutivas (BRASIL, 2009). Identificou-se apenas uma investigação realizada em clínica privada no Brasil. Trata-se de um relato

⁷³ A Pesquisa Nacional sobre Aborto (PNA) realizou em 2010 um inquérito domiciliar com amostra representativa de mulheres com idades entre 18 e 39 anos em todo o Brasil urbano. Foi aplicado um questionário por entrevistadoras e utilizada técnica de urna para favorecer a confidencialidade da declaração do aborto pelas mulheres (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

etnográfico da pesquisadora, ao acompanhar uma amiga no dia da realização do aborto, que, apesar de descrever algumas situações vividas pelas mulheres na clínica, não analisa o itinerário destas mulheres até a interrupção da gravidez no local (SAMPAIO, 2013).

Somente dois estudos recentes que analisam os itinerários abortivos de mulheres incluem entrevistadas de estratos sociais médios que recorreram às clínicas privadas. Diniz e Medeiros (2012) analisam os resultados da etapa qualitativa da PNA⁷⁴, focalizando o itinerário percorrido pelas mulheres para a realização da interrupção, os métodos utilizados e a rede de cuidados acionada. A clínica privada é apresentada apenas como um procedimento médico ao qual as mulheres recorrem cujo maior problema seria dispor de recurso financeiro. Também o estudo realizado por Heilborn et al. (2012b), analisando os percursos de jovens mulheres e de seus parceiros, de distintos contextos socioeconômicos, na busca de um aborto no Rio de Janeiro, enfatiza o recurso à clínica privada condicionado à disponibilidade financeira⁷⁵. O itinerário dos jovens de camadas médias que utilizaram exclusivamente a clínica é descrito como mais direto, linear e seguro, quando comparado àquele dos entrevistados de camadas populares, descrito como mais tortuoso e inseguro. Nesses dois estudos, o recurso à clínica privada é pouco explorado terminando por reforçar o imaginário social de que a experiência das mulheres de camadas médias é homogênea e que a realização de um aborto em clínica privada por si só é garantia de um bom atendimento e de uma assistência médica adequada.

O presente estudo, ao analisar os relatos de abortos de mulheres e homens de estratos sociais médios, residentes em duas capitais do Nordeste brasileiro e que realizaram abortos em clínicas privadas, problematiza e desmitifica a noção de homogeneidade das suas experiências. Ao ouvir as pessoas narrarem suas histórias, constatamos que há uma grande variedade de formas de vivenciar a interrupção da gravidez em clínicas privadas e que, a despeito do poder de compra, não há garantia de um tratamento digno ou humanizado. As pessoas entrevistadas tinham expectativas de que o fato de pagar por um serviço privado, ainda que clandestino, lhes garantiria um bom atendimento. Entretanto, as mulheres entrevistadas se depararam com uma diversidade de tipos de serviço e algumas tiveram

⁷⁴ A PNA-Entrevistas é a etapa qualitativa da Pesquisa Nacional sobre Aborto, complementar ao inquérito domiciliar (PNA-Urna), já mencionado, tendo sido realizada com 122 mulheres entre 18 e 39 anos, residentes nas cidades de Belém, Brasília, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador.

⁷⁵ O artigo apresenta alguns resultados da pesquisa Heterossexualidades, Contracepção e Aborto (HEXCA) os quais contemplam biografias de 28 jovens (13 homens e 15 mulheres), entre 18 e 27 anos, de camadas médias e populares urbanas, residentes na área metropolitana do Rio de Janeiro, sobre suas experiências de contracepção, gravidez imprevista e aborto provocado.

experiências tão ruins que optaram pelo uso de medicamentos abortivos em seus abortos posteriores.

No que diz respeito ao aborto por intervenção cirúrgica no Brasil, a clínica privada se caracteriza como um espaço de poder do médico com funcionamento independente das leis. O exercício da medicina sem qualquer regulação do Estado afeta de maneira contundente as experiências de abortos das entrevistadas. Assim, nosso artigo mostra que as mulheres de estratos sociais médios não estão imunes às dificuldades, aos efeitos nocivos sobre a saúde e ao sofrimento decorrente da realização clandestina de um aborto, embora seja de grau distinto daqueles vivenciados por mulheres de camadas populares que estão expostas a situações de maior vulnerabilidade (HEILBORN ET AL., 2012b). Assim, mesmo pagando caro, as mulheres não têm garantias de receberem uma assistência consoante com as normatizações internacionais e nacionais acerca de uma atenção de qualidade.

METODOLOGIA

O presente estudo faz parte de uma investigação qualitativa que teve como objetivo principal analisar as experiências de abortos de mulheres e homens pertencentes a estratos sociais médios do nordeste brasileiro, focalizando a construção da decisão e o itinerário abortivo.⁷⁶ Nesta pesquisa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com mulheres e homens com idades entre 24 e 49 anos, residentes na Grande Salvador e na Grande Recife e que tinham passado pela experiência do aborto provocado.

Dois roteiros de entrevistas semiestruturadas⁷⁷ foram elaborados, um para as mulheres e outro para os homens. Os roteiros eram iniciados com perguntas sobre os dados sociodemográficos seguidas de duas questões para introdução ao tema: *Você engravidou (ou engravidou uma parceira) quantas vezes, e destas gravidezes quais foram interrompidas?* Em seguida, questões mais específicas buscavam focalizar cada história de aborto.

No período de maio a dezembro de 2012, foram entrevistadas vinte mulheres e sete homens, incluindo três casais. As entrevistas com os casais foram realizadas separadamente e em todos os casos, primeiro as mulheres foram entrevistadas e, em outro momento, os homens. Todos os nomes utilizados neste estudo são fictícios. As entrevistas foram realizadas pela primeira autora deste artigo, em locais que garantiram segurança e privacidade das(os)

⁷⁶ Esta pesquisa é discutida no Artigo II desta tese.

⁷⁷ Ver os roteiros das entrevistas semiestruturadas: para as mulheres (Apêndice A); e para os homens (Apêndice B).

participantes, tendo sido acertados previamente com elas(es)⁷⁸. As entrevistas foram também transcritas pela mesma autora e duraram entre trinta e cinco minutos (tempo mínimo) e duas horas (tempo máximo).⁷⁹

Neste artigo, serão analisadas especificamente as histórias de abortos realizadas em clínicas privadas, narradas por 19 mulheres e 5 homens, incluindo dois casais: Chica e Carlos, um casal desfeito, e Gabriela e Gustavo, relacionamento que estava em curso no momento da entrevista. Das 19 mulheres entrevistadas, cinco tinham no momento da entrevista entre 24 e 30 anos; oito, entre 31 e 40 anos; e seis entre 41 e 49 anos de idade. Oito delas se declararam “negras”, quatro “pardas”, três “brancas”, duas “morenas claras”, uma “mestiça” e uma “afro-indígena”. Oito informaram não ter religião, cinco pertencem ao candomblé ou são simpatizantes; duas afirmaram ser simpatizantes de duas religiões, especificamente, o candomblé e o espiritismo; das quatro restantes, duas eram católicas, uma espírita e outra protestante.

Oito mulheres nasceram no interior dos estados da Bahia e Pernambuco e as demais, nas capitais destes dois estados ou nas suas regiões metropolitanas, ou, ainda, em capitais de outros estados. Em relação à escolaridade, trata-se de um grupo com alta instrução: sete tinham pós-graduação (uma em curso), outras nove eram graduadas, duas ainda cursavam a graduação e uma tinha apenas o segundo grau completo. Todas as mulheres exerciam alguma atividade remunerada no momento em que foi realizada a entrevista. A maior parte delas declarou morar em um bairro considerado de estrato social médio⁸⁰.

No que diz respeito ao estado civil, no momento da entrevista, seis estavam unidas e três casadas, sendo que duas, Clarice e Manuela, com os parceiros das gravidezes que foram interrompidas. Das sete entrevistadas solteiras, duas, Natália e Gabriela, estavam namorando, no momento da entrevista, com os parceiros que as engravidaram e cujas gravidezes foram interrompidas. Três mulheres declararam ser divorciadas ou separadas. Dez mulheres não tinham filhos(as) e dentre as demais, a maior parte tinha apenas um.

Em relação às características dos cinco homens, no momento da entrevista três tinham idades entre 40 e 46 anos, um, 35 anos, e outro, 24 anos. Um entrevistado se declarou “branco”, um “negro”, um “pardo”, um “amarelo enferrujado” e um “brasileiro”. Três

⁷⁸ Residência da primeira autora, residência das mulheres e dos homens e local de trabalho. Em todos estes locais as entrevistas foram realizadas em um espaço com privacidade.

⁷⁹ No Artigo 1, discutimos com maior detalhe os percursos metodológicos para a realização do estudo.

⁸⁰ Os principais critérios usados para classificar os bairros em estratos sociais médios foram a percepção que as/os participantes tinham de seus bairros em termos de transporte, segurança, lazer e saneamento básico e a percepção da pesquisadora sobre a disposição dos bairros nas cidades.

informaram não ter religião, um afirmou ser “politeísta” e um espírita. Quatro entrevistados nasceram no interior da Bahia ou de Pernambuco e apenas um em Salvador. Como as mulheres, são pessoas de alta escolaridade: três possuíam pós-graduação, um, o curso superior incompleto e o outro estava cursando a graduação. Mas, diferentemente delas, no momento da entrevista, a maior parte deles estava solteira, um era divorciado e outro separado. Todos exerciam atividade remunerada à época da entrevista, com exceção de Gustavo, ainda estudante. A maior parte dos homens informou residir em bairros considerados de estratos sociais médios e três deles têm filhos⁸¹.

Os dados foram submetidos à análise temática, que consiste, basicamente, na busca pelos sentidos e significados que compõem determinada comunicação e suas relações com o objetivo da pesquisa (GOMES, 2010). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, parecer nº 029-12/CEP-ISC.

RESULTADOS

As histórias de abortos realizadas nas clínicas privadas

Ao todo foram relatadas 55 histórias de gravidezes que ocorreram ao longo da vida das pessoas: 42 de mulheres, 11 de homens e duas dos casais Chica e Carlos e Gabriela e Gustavo. Trinta e oito gravidezes foram interrompidas e, destas, 34 em clínicas privadas⁸² utilizando métodos de intervenção cirúrgica: Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), Aspiração Elétrica a Vácuo (AEV) ou Curetagem⁸³. Nas quatro histórias restantes, à exceção do primeiro aborto de Débora⁸⁴, apesar de a clínica ter sido a opção inicial, o aborto foi realizado com o uso

⁸¹ A caracterização detalhada das(os) entrevistadas(os) se encontra no Apêndice D.

⁸² São 25 histórias relatadas por mulheres, sete, por homens e duas, por casais.

⁸³ AMIU é um procedimento que utiliza cânulas com diâmetros variáveis acopladas a uma seringa com vácuo, promovendo a evacuação do conteúdo uterino por aspiração. Pode ser utilizada em gestações com menos de doze semanas, em função do tamanho uterino, pois há a necessidade de o colo uterino ser justo à cânula para que o vácuo seja transferido da seringa para a cavidade uterina. É recomendada a aplicação de anestesia local e/ou medicamentos para alívio da dor (BRASIL, 2011; OMS, 2013). A AEV consiste em uma bomba de vácuo que utiliza fonte elétrica. Recomenda-se anestesia local e/ou medicamentos para alívio da dor (OMS, 2013). A curetagem é um procedimento em que há a introdução de uma cureta que procede à raspagem da cavidade uterina, extraindo-se o material desprendido pelo instrumental. Recomenda-se uso da anestesia peridural ou geral (BRASIL, 2011; OMS, 2013).

⁸⁴ Débora, em seu primeiro aborto, aos 25 anos, não tinha dinheiro para arcar com os custos de uma intervenção em uma clínica privada; recorreu, assim, à casa de uma aborteira, espaço doméstico em que pessoas, profissionais de saúde ou não, auxiliam as mulheres a abortar utilizando uma variedade de recursos: sondas, injeção de líquidos, etc. (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

exclusivo do *Cytotec*⁸⁵. Assim, Chica, no seu quarto aborto, utilizou o medicamento, pois ela e o namorado, à época, ambos jovens com 22 anos, não tiveram recursos para bancar os custos do aborto em uma clínica particular e nem a quem recorrer para ajudá-los no pagamento. Já Alice e Maria tiveram experiências de atendimentos tão ruins em clínicas privadas, em abortos prévios, e tão opostas às suas expectativas originais que optaram pelo uso do *Cytotec* nos abortos posteriores⁸⁶:

Aí eu digo: eu vou abortar, mas dessa vez não vou procurar serviço, vou ver outro método. Usei o remédio, o cytotec [...] Aí pronto, foi assim, voltar para aquela clínica, eu não volto mais. Pagar caro, para receber aquele tipo de tratamento, não dava. (Alice, quatro gravidezes, dois abortos: em 1999, aos 36 anos; e em 2001, aos 38 anos. A fala corresponde ao segundo).

A segunda vez foi horrível [aborto realizado em uma clínica], foi muito ruim, e depois aconteceu a terceira vez [...] Só que dessa vez eu resolvi que seria pelo famoso cytotec [...] Não podia passar pelo que passei na experiência anterior [segundo aborto] com aquele médico, que foi uma verdadeira tortura. (Maria, quatro gravidezes, três abortos: em 1992, aos 18 anos; em 2001, aos 27anos; e em 2002, aos 28 anos. A fala corresponde ao terceiro).

As 34 histórias de abortos em clínicas ocorreram em distintas épocas, sendo a maior parte (19) quando as pessoas ainda eram jovens, com menos de 25 anos de idade⁸⁷ (13 histórias das mulheres, quatro dos homens e duas dos casais); nas demais (15) todos já adultos, tinham entre 26 e 41 anos (12 histórias das mulheres e três dos homens). Vinte e cinco das 34 histórias foram relatadas pelas mulheres; em onze casos, tratou-se do primeiro e único aborto

⁸⁵ Cytotec é o nome comercial do misoprostol, análogo sintético da prostaglandina E1, desenvolvido pela Searle e aprovado para uso no Brasil para o tratamento de úlceras gastroduodenais (BARBOSA; ARILHA, 1993, p. 409).

⁸⁶ Ver a seção abaixo sobre a assistência médica no dia da interrupção.

⁸⁷ Segundo Heilborn (2006), uma diversidade de estudos tem demonstrado como os marcos etários que delimitam as fases do ciclo de vida ou as categorias de idade são móveis e variam de acordo com as concepções sociais sobre o ser humano e as relações intergeracionais. A autora propõe uma definição de juventude como um processo social e não apenas como grupo etário. Tal concepção permite entender este momento da vida a partir de elementos socioculturais tidos como importantes pelo contexto estudado, que delimitam os diferentes momentos do ciclo de vida (HEILBORN, 2006). Tomando como base esta noção de juventude, foram construídas duas categorias para a organização das histórias de aborto, tendo como eixo principal o período geracional em que os abortos foram realizados. A categoria *abortos realizados quando jovens* reúne as histórias de abortos ocorridas quando as pessoas tinham entre 15 e 25 anos. Além da idade, outros critérios foram utilizados para o enquadramento das histórias nesta categoria: morar com os pais, depender financeiramente da família ou ter fontes de renda relacionadas aos estudos na universidade e/ou estar cursando o ensino médio ou o curso superior. A segunda categoria *abortos realizados quando adulta(os)* reúne as histórias de abortos quando as pessoas tinham idades entre 26 e 41 anos; como na categoria anterior, outros elementos foram utilizados, além do marco etário: independência financeira total ou parcial das famílias de origem, conclusão do curso superior, moradia fora da casa dos pais e inserção no mercado de trabalho. Ver quadros no Apêndice E.

e, em quatorze, foram realizados dois abortos. Duas mulheres, Carlota e Laura, em seus únicos abortos, utilizaram, primeiro, o Cytotec e outros recursos antes de recorrerem à clínica. A maioria das gravidezes (22) ocorreu em relações afetivo-sexuais consideradas consolidadas, como namoro, noivado, união estável e casamento; entre as demais, uma decorreu de uma relação casual (o terceiro aborto de Chica); uma de relação caracterizada como “encontros frequentes, mas sem envolvimento emocional” (o primeiro aborto de Beatriz); e a terceira, o único aborto de Lorena, resultante de relações sexuais com seu primeiro ex-marido. Apenas um aborto foi relatado por uma mulher no final da década de 80; sete foram nos anos 90, 12 entre 2000 e 2009 e cinco a partir de 2010. Isto significa que apenas para quatro mulheres — Ane, em seu segundo aborto, Beatriz em seus dois abortos, Carlota e Natália, nos seus únicos abortos — a memória dos eventos é bem recente.

Sete histórias de abortos foram relatadas pelos homens entrevistados. Todas as interrupções ocorreram em relações afetivo-sexuais consideradas consolidadas, como namoro e casamento. Todos narraram mais de um aborto realizado em clínicas privadas; apenas a parceira de Iuri, em ambos os abortos, usou, inicialmente, o Cytotec e depois recorreu à clínica. Dois abortos foram realizados na década de 80; dois, nos anos 90; e três entre 2000 e 2009. Por fim, duas histórias de aborto correspondem aos dois casais entrevistados: Chica e Carlos, à época em que namoravam, o primeiro aborto de Chica, em 1991; e Gabriela e Gustavo, na primeira gravidez de ambos e único aborto realizado em 2010, namoro em curso no momento da entrevista.

Os percursos de escolhas pelas clínicas privadas: a clínica “top” e a clínica “popular”

Antes da escolha do método abortivo, as pessoas entrevistadas buscaram informações sobre os tipos de métodos para interromper a gravidez, os riscos implicados em cada procedimento e como acessá-los. Procuraram amigas e amigos com histórias de abortamento e familiares, principalmente aqueles com atitudes mais liberais frente ao aborto ou que eram profissionais de saúde. Algumas mulheres ainda informaram ter consultado amigas vinculadas aos movimentos feministas, que se mostraram informantes privilegiadas nesta busca.

Na maior parte dos relatos, a segurança e a eficácia foram tidas como os aspectos fundamentais para a escolha do método e o procedimento realizado por médico em uma clínica privada foi apontado como aquele que mais preenchia estes requisitos. A noção de segurança mencionada por algumas mulheres e por alguns homens entrevistados esteve relacionada, sobretudo, à possibilidade de realizar o aborto em condições que não colocassem

a vida da mulher em risco. Adicionalmente, as pessoas tinham uma expectativa de que, ao realizarem o aborto em clínica privada, estariam menos expostas a eventuais situações de constrangimento moral e de punições legais, pelo maior sigilo e privacidade que este tipo de local ofereceria.

O relato de Gustavo, ao participar ativamente do aborto da parceira Gabriela, é exemplar, ao sintetizar o conjunto de critérios utilizados na escolha da clínica. Analisando as informações sobre os métodos abortivos fornecidas por uma amiga de Gabriela vinculada ao movimento feminista, ambos preferiram a clínica privada em detrimento do Cytotec:

Eu lembro que o Cytotec era mais em conta, acho que era 600 reais, não tenho certeza, tinha que usar dois, que tinha essa coisa também, pode ser que precise de um, pode ser que precise de dois, enfim, não me lembro bem, eram as duas possibilidades que a gente teve, que a gente conseguiu, encontrar [...] que a gente dispunha inclusive a partir do mesmo contato, essa amiga de Gabriela. Só que a gente pensou muito nessa coisa de como seria do desconforto mesmo de você, a gente tava conseguindo viver isso mais tranquilamente com a gente, e a gente não queria transformar isso numa situação traumática, que seria a situação de ir no médico e se expor a uma possibilidade de retaliação mesmo moral, ou até mesmo jurídica, de repente criminal, a gente não queria se expor a isso, não queria que ela passasse por dor, enfim, sofresse mais. Então, a gente optou de fato pela clínica, pelo mais seguro de todas as formas, era mais seguro pra saúde dela, era mais seguro pra nossa segurança, é moral no sentido de não se expor e tal, e pra nossa segurança também do ponto de vista jurídico. Não é nem segurança do ponto de vista jurídico, porque não tem segurança jurídica a situação [...] É de sigilo e também era mais seguro o resultado, mais certo que daria certo, que a gente conseguiria interromper. Então, tinham todas essas questões, além do que na clínica ela teria um acompanhamento médico. (Gustavo, uma gravidez, um aborto realizado pela parceira Gabriela, em 2010, quando ambos tinham 22 anos).

Natália, um único aborto realizado em um namoro em curso no momento da entrevista, enfatizou os riscos à saúde. Ela não faria o aborto de “qualquer jeito e em qualquer lugar”, e também não usaria o Cytotec. Conseguiu as informações sobre os métodos abortivos com amigas que já haviam abortado, diferenciando dois tipos de clínicas “uma lascada e fodida” e a outra “uma clínica legal”. Para Natália, era tão fundamental interromper a gestação por meio de um procedimento seguro, isto é, em um “lugar legal, com médico, pagando caro” que, caso não conseguisse acessar esta clínica, sua decisão seria modificada. Esta conexão entre decisão e itinerário abortivo esteve presente nos relatos de algumas pessoas

entrevistadas confirmando o quanto esta decisão ocorre em um processo. Como discutido no artigo anterior⁸⁸, a decisão pelo aborto, de fato, só “existe” no dia da interrupção:

Não faria de qualquer jeito e em qualquer lugar, vai que eu ficasse muito mal, como tanta gente conta [...] a indicação de onde fazer, como fazer, foi por indicações de amigas que já fizeram, mas assim hoje e na época, eu dizia: Cytotec eu não encaro, Cytotec eu não faço, eu me endivido toda e também não vou fazer de uma forma que não seja segura, numa clínica fodida, lascada, sem as menores condições de higiene, como tem tantas por aí né? Eu disse: se eu vou fazer, eu quero fazer num lugar legal, ok, com médico, pagando caro. (Natália, uma gravidez, um aborto, em 2011, aos 28 anos).

Os aspectos pontuados por Gustavo e Natália de recusa ao Cytotec e do recurso a um tipo de serviço privado remetem a um modelo ideal de clínica: um “local seguro”, “higiênico”, “caro”, “com uma boa assistência médica” e com “menos exposição a constrangimentos morais e maus tratos”. Para algumas mulheres, a falta de condições financeiras para pagar uma clínica privada obrigou a usar outros métodos, como o Cytotec, além de outros recursos. Foram tentativas mal sucedidas com estes métodos que as fizeram buscar a clínica e a eficácia, que foi o aspecto ressaltado. Carlota, em seu único aborto realizado durante um namoro utilizou, primeiro, o Cytotec, por não poder pagar uma clínica. Ela não quis a ajuda do namorado e, não conseguindo realizar o aborto, recorreu a uma amiga que pagou pelo procedimento:

Já era a decisão mesmo e aí como eu não tinha grana, aí tomei o remédio, Cytotec, não funcionou. Ele [o namorado] não participou muito, pois quis dar uma de porretona: ah é um problema meu e eu resolvo [...] Aí fui pra clínica particular, só me restava ir lá, uma amiga minha me emprestou o dinheiro, e eu fui [...] Tinha certeza que não ia dá errado lá, que conseguiria fazer (Carlota, duas gravidezes, um aborto, em 2012, aos 41 anos).

Laura destaca que embora já tivesse “ouvido muita loucura” sobre o que as pessoas fazem para abortar, não imaginava que também iria cometê-las algum dia. Diante da sua gravidez imprevista, realizou tudo o que lhe foi dito pelas pessoas para interromper a gestação, sempre com o auxílio do namorado. Não conseguindo realizá-la, foi para uma clínica:

Já tinha ouvido muita loucura do que as pessoas fazem pra tirar e não acreditava que eu ia fazer aquelas loucuras todas, mas eu fiz todas. Então,

⁸⁸ Artigo II intitulado “A decisão pelo aborto como um processo”.

se dissesse assim: corte sua barriga ao meio, depois corra pro médico, eu ia fazer! Tomei dois Cytotec, coloquei dois, e nada. Depois veio a garrafada aí eu tomei não rolou, não conseguia abortar. Depois falaram uma tal água inglesa, parece álcool assim, a sensação que você tem é que você tá tomando cachaça, eu não sabia muito que efeito isso ia ter, mas enfim tomei, mas não rolou. Aí eu vi que não tinha jeito, que eu tinha que ir pra clínica, lá não existia possibilidade de não conseguir. (Laura, duas gravidezes, um aborto, em 2000, aos 20 anos).

De forma contrária à percepção do senso comum de que existe apenas um tipo de clínica privada, identificamos duas categorias de serviços: a clínica “top” e a clínica “popular”. Estas se diferenciam pelos valores cobrados, pela localização geográfica nas cidades e por sua infraestrutura. Ainda, as clínicas “tops” funcionam em consultórios de ginecologia e obstetrícia, já as “populares” são locais em que se realizam exclusivamente abortos⁸⁹.

As clínicas “tops” estão localizadas em bairros de estratos sociais médios ou altos e cobram valores elevados para realizar os abortos. São clínicas de ginecologia e obstetrícia retratadas como lugares de “luxo”, que possuem equipamentos modernos, algumas mesmo dispendo de ultrassom. Nelas, vigora um tipo de código para se referir ao aborto, como relata Clara:

E aí, esperei, era uma clínica de luxo, top assim, esperei, era visivelmente uma clínica de ginecologia mesmo. Esperei, e ao entrar em contato com a recepcionista eu falei, me identifiquei, disse o horário da minha consulta, e ela me perguntou: é a primeira vez? Aí eu falei assim é a primeira vez, com doutor fulano de tal. Mas você pretende continuar sendo acompanhada por ele? Eu falei: não. Ela: ah, tá. Aí ela pegou os meus dados, pegou meus dados não, só pegou o meu nome e pediu para eu aguardar. (Clara, uma gravidez, um aborto, em 2009, aos 24 anos).

Já as clínicas “populares”, localizadas nos centros das cidades ou em bairros mais periféricos, funcionam em locais descritos como mais “simples” e cobram valores mais acessíveis quando comparados aos cobrados nas clínicas “tops”. Lá, não existem códigos de acesso, pois “as pessoas sabem, que elas só funcionam para isso”, como podemos perceber no relato apresentado por Laura:

Esse marido da minha amiga procurou saber, ele tinha mais conhecimento, tinha mais experiência, aí ele conseguiu um lugar, e uma de minhas colegas conseguiu uma clínica particular, top assim, lá no Z, ele conseguiu uma clínica clandestina, mas assim popular [...] As pessoas sabem dessa clínica (popular), que elas só funcionam para isso, ela é lá em W, no lugar Y, o

⁸⁹ Ver Quadro 3, ao final do artigo, que apresenta os dados sobre as histórias de abortos, a época em que foram realizados e o tipo de clínica acessado.

médico falou quanto era bem mais barato, acho que foi uns 300 reais, dividia eu acho, eu não me lembro. Não achei o lugar sujo, não era um lugar top, mas não era um lugar assim de sujeira, era bem simples. (Laura, duas gravidezes, um aborto, em 2000, aos 20 anos).

Das histórias realizadas em clínicas privadas, a grande maioria dos abortos foi efetivada em clínicas “tops”. Apenas quatro abortos foram feitos em clínicas “populares”⁹⁰. Nestes casos, as quatro mulheres, *a priori*, desejavam uma clínica “top”, mas, diante das dificuldades em arcarem com os custos requeridos nestes locais, foram obrigadas a recorrer a uma clínica “popular”, como nos relatam Laura e Maria.

Laura, em sua primeira gravidez, era ainda estudante e namorava um professor sem muitos recursos. Ambos avaliaram que o alto valor informado do procedimento na clínica “top” estava acima de suas possibilidades. Da mesma forma, aconteceu com Maria. No momento em que a gravidez imprevista aconteceu, ela e seu ex-marido não tinham condições econômicas para arcar com uma interrupção numa clínica “top”:

E essa outra pessoa que eu não me lembro quem foi, conseguiu uma clínica particular top sabe? De plano de saúde e tudo direitinho, que era ali na Z. Aí eu primeiro fui nessa clínica top, top mesmo assim e era acho que a especialidade ginecologia e obstetrícia, porque tinha muitas pessoas que você via que era atendimento normal. Quando ele [o médico] falou quanto era, eu fiz me lenhei, porque era mil reais na época, tem o que? 12 anos atrás, era mil reais. Mil reais para uma estudante, bancada pela mãe e pelo pai, o namorado professor, impossível. Eu saí de lá chorando, é impossível, me lenhei [...] Aí fui nessa clínica popular que esse marido de minha amiga conseguiu. (Laura, duas gravidezes, um aborto, em 2000, aos 20 anos).

Era até por conta do dinheiro que a gente não tinha, então, as condições eram outras, não é? [...] Aí já tinha mais ou menos, acho que era assim, era tipo 500, 800, uma coisa assim, que era um valor alto pra mim, muito alto, mas era menor do que as outras [referindo-se a clínicas top]. (Maria, quatro gravidezes, três abortos. A fala corresponde ao segundo aborto, em 2001, aos 27 anos).

É preciso destacar que a clínica “popular” é um tipo de clínica com atendimento realizado por médico, não devendo ser confundida com outro lugar clandestino que também realiza aborto, denominado por Diniz e Medeiros (2012) como “casa das aborteiras”. A “casa da aborteira” é um espaço doméstico em que pessoas, profissionais de saúde ou não, auxiliam as mulheres a abortar utilizando uma variedade de recursos: sondas, injeção de líquidos, dentre outros.

⁹⁰ O único aborto de Laura, o primeiro de Chica e o segundo aborto de Débora e de Maria.

Desse modo, o custo financeiro do aborto é o principal elemento que condiciona a escolha do método e também do tipo de clínica. Para as pessoas que detinham capital econômico, a escolha foi rápida e garantida. Para outras, no entanto, foi preciso esperar reunir o recurso necessário. Nas gravidezes que ocorreram, sobretudo, quando eram jovens mulheres e homens, ainda sem renda própria, tiveram que acionar a rede de relações sociais para ajudar na obtenção deste recurso, destacando-se, assim, a importância do capital social (BOURDIEU, 2008). Foram amigas(os) e, em poucos casos, familiares, aqueles a quem elas/eles recorreram para o pagamento do procedimento. Melissa recorreu a seu irmão, quando tinha 20 anos, à época do seu único aborto. Ela e o namorado, também estudante, não tinham os recursos para bancar os custos de uma interrupção numa clínica “top”:

Só que na época eu era universitária, não trabalhava e nada, então, não tinha dinheiro, quem ficou de arrumar o dinheiro foi ele [o namorado], ele também era, mas assim ele ficou de arrumar o dinheiro com a irmã dele, porque não é um procedimento barato, foi mil reais na época [...] Só que ele demorou, a gente até brigou, aí eu consegui essa grana com meu irmão e tinha que ser em espécie. (Melissa, uma gravidez, um aborto, em 2002, aos 20 anos).

Ane engravidou, a primeira vez, aos 22 anos. Na época, ela e o namorado eram estudantes e conseguiram a quantia para pagar o aborto em uma clínica “top” por meio de uma cotização entre seus amigos:

Na época eu não tinha, não trabalhava, só estudava, e muito menos ele [o namorado]. Eu não tinha como conseguir todo o dinheiro, porque eu não podia chegar em casa e dizer assim: ah meu pai eu preciso de mil e tantos reais pra eu poder abortar. Eu ia contar que eu tava grávida, eu ia contar que eu ia abortar, ou seja, não tinha como. Aí alguns amigos me ajudaram, meu e dele, e depois eu paguei, é, a quantia desse primeiro aborto. Cada um foi dando um pouco e conseguimos reunir o dinheiro necessário, 1500 reais na época. (Ane, duas gravidezes, dois abortos em clínicas diferentes. A fala corresponde ao primeiro aborto em 2009, aos 22 anos).

As clínicas funcionam com leis e regras próprias. Não há qualquer tipo de regulamentação sobre os valores ali cobrados, sendo estes bastantes diferentes a depender do tipo de clínica “top” ou “popular”. A idade gestacional da mulher também condiciona o preço do procedimento, sendo este mais elevado quanto mais tardia for a idade da gravidez, como o médico informou a Carol. Ela realizou dois abortos, em 2008, no mesmo namoro, e recorreu à mesma clínica privada, pagando por cada aborto 2000 reais:

Eu paguei 2000 reais na época em cada aborto. Esse foi o valor nas minhas duas gravidezes, a primeira foi com quase dois meses e a outra foi bem no início. Segundo o pessoal lá na clínica, o médico, o valor aumenta quando a gravidez é muito avançada e pode complicar também. Então, se eu fosse mais tarde ia pagar mais caro. (Carol, duas gravidezes, dois abortos na mesma clínica, em 2008, aos 28 anos).

Mulheres e homens cujas histórias de abortos ocorreram nas décadas de 80 e 90 não lembram os valores pagos. Entretanto, comparando-se os valores pagos para procedimentos realizados em um mesmo ano ou em anos próximos, observa-se que estes variaram entre clínicas do mesmo tipo e entre as cidades, mesmo com a informação de idades gestacionais diferentes. Apenas manteve-se a diferença entre as clínicas “tops” e as “populares”, com as primeiras cobrando valores até três vezes mais altos do que as segundas, sobretudo em anos mais recentes. Tanto em Recife como em Salvador, um aborto em uma clínica “top” custava em torno de dois a três mil reais, entre 2010 e 2011.

Todas as pessoas entrevistadas mencionaram ter efetuado o pagamento em espécie. Em certas clínicas, algumas mulheres informaram ter conseguido negociar o valor com o médico. Ane expôs suas dificuldades em arcar com o custo do seu segundo aborto: não tinha os 3000 reais solicitados, pois ainda era estudante, ganhava pouco em um estágio e, diferente da primeira vez, não contou com a ajuda do namorado, pois estavam brigados. Em conversa com o médico, conseguiu a redução do valor:

Aí chegou lá eu conversei com o médico e ele falou, disse logo o tempo em semanas disse que tinha 3 a 4 semanas, me disse o preço 3 mil reais. Aí eu disse pra ele que eu não tinha condições de pagar aquele valor, ele: ah mas eu só faço por 2300, a menina que saiu daqui agora foi esse valor e não sei o que. Eu chorei, disse a ele que só tinha 800 reais, que meu namorado não ia ajudar, que eu era estudante. Aí ele disse assim: por 800 eu não faço, meu método é não sei o que. Aí chorei, aí ele: tá bom, mas não comente com ninguém lá na outra sala. (Ane, duas gravidezes, dois abortos em clínicas diferentes. A fala corresponde ao segundo aborto, em 2010, aos 23 anos).

Já Flora, *a priori*, não iria conseguir pagar “uns mil e tantos reais”, valor cobrado na clínica “top”. Estudante à época de seu único aborto, não sabia se podia contar com a ajuda do namorado e, assim, ela e uma amiga inventaram uma história para o médico, tendo conseguido a redução do valor:

No primeiro momento achei que ele [o namorado] não ia ajudar, então, eu contei toda a história mentirosa que Y [a amiga] me ajudou a contar: que engravidei num encontro da juventude e que o cara era de fora, que a gente, eu nem sabia o nome dele, não tinha como assumir, então inventou tudo

para reduzir o custo. Eu sei que ele reduziu pela metade o valor, tipo, era mil e tantos, e conseguiu ficar, mais da metade, eu sei que ficou uns 700 reais assim, aí a gente conseguiu fazer. (Flora, uma gravidez, um aborto, em 2002, aos 25 anos).

A ilegalidade da prática do aborto no Brasil favorece, assim, a organização de um “mercado” clandestino que funciona de forma paralela, com autonomia absoluta dos médicos para determinar os altos valores cobrados, estando isentos de qualquer tipo de imposto. Algumas entrevistadas, como Natália, enfatizam este aspecto ao mencionarem sua percepção acerca do enriquecimento dos médicos que realizam abortos clandestinos:

E eu senti assim que era uma coisa tão corriqueira, o que passava na minha cabeça era dizer assim: Nossa! Esse médico é muito rico, ele é milionário, porque se tem seis aqui nessa sala de espera, é 12 mil no dia, entendeu? Em dinheiro vivo, então, assim, ele ganha muita grana. (Natália, uma gravidez, um aborto, em 2011, aos 28 anos).

O aborto em clínica privada é uma atividade exercida sem qualquer regulação do Estado. A clandestinidade favorece a existência deste mercado paralelo e também expõe as mulheres a diferentes situações de atendimento, como discutiremos adiante.

A maior parte das entrevistadas, independentemente do tipo de clínica, “top” ou “popular”, mencionou que uma consulta inicial com o médico que realizaria o procedimento precedeu o segundo momento, o da realização da interrupção. Nesta primeira consulta, o profissional conversou sobre a decisão pelo aborto e solicitou exames, principalmente o ultrassom, que algumas realizaram no próprio local, no caso das clínicas “tops”. Neste momento, lhes era informado o valor do procedimento, como relata Carol:

Só que aí eu fui na clínica pra poder marcar o aborto, e aí não sei se você já sabe como é que funciona, mas você não tira na mesma semana. Você faz o exame [ultrassom], ele conversa com você, diz lá o valor, você faz uma marcação e aí, depois, que ocorre. (Carol, duas gravidezes, dois abortos, na mesma clínica privada, em 2008, aos 28 anos).

As mulheres estavam cientes de que existia um tempo limite para a realização do aborto, como apontam Flora e Beatriz. Os médicos, em diferentes clínicas “tops”, na primeira consulta, lhes informaram que só faziam abortos até três meses de gestação⁹¹:

⁹¹ Em março de 2014, em entrevista, um médico que realiza abortos em São Paulo, há 40 anos, pontuou que só realiza abortos até a 12^a semana de gestação. De acordo com ele, este é o tempo limite e um dos critérios que utiliza para não realizar abortos. Fonte: <http://brasil.elpais.com/brasil/2014/03/08/sociedad/1394236454_746976.html>.

Quando você vai tirar ele, lá na clínica, eles fazem uma ultrassom, no dia da consulta, tira um ultrassom, e aí eu tava com 2 meses, porque depois de três meses ele realmente não faz. (Flora, uma gravidez, um aborto, em 2002, aos 25 anos).

Então, naquele dia [consulta e realização do ultrassom] que vai, ele já diz inclusive, a depender do tempo que você esteja posso fazer, porque ele faz rigorosamente até dois meses e meio, é uma coisa assim de rigor. (Beatriz, três gravidezes, dois abortos na mesma clínica: em 2010, aos 30 anos; e em 2012, aos 32 anos).

De modo oposto, duas entrevistadas tiveram, inclusive, que aguardar “mais um pouco” para realizar o procedimento. Natália e Alice rapidamente decidiram pelo aborto e obtiveram informações sobre a clínica e os meios de acessá-la, mas tiveram que esperar, pois o médico lhes informou ser a gravidez muito recente:

Aí eu levei o exame [ultrassom], o exame fica pronto na mesma hora, imprimir, imprimiram lá, eu levei pro médico e o médico disse: a gente vai ter que esperar mais um pouquinho, mais uma semana aí, porque tá muito pequeno e eu: ai doutor, e ele: é mais seguro esperar. (Natália, uma gravidez, um aborto, em 2011, aos 28 anos).

Aí tem um período, assim, um período ideal, digamos, vamos usar esse termo, um período ideal pra fazer, que ele [o médico] falou. E como eu descobri, ainda tava muito cedo, não era o ideal. O ideal seria esperar mais ou menos uns 15 dias, pra que fosse feito com mais sucesso. (Alice, quatro gravidezes, dois abortos. A fala corresponde ao primeiro aborto, em 1999, aos 36 anos).

Em alguns casos, as mulheres interromperam a gravidez no primeiro contato presencial. Foram, sobretudo, aquelas com histórias de mais de um aborto que, tendo adquirido um conhecimento prático sobre como interromper uma gravidez em uma clínica privada e compreendido a sua forma de funcionamento, diante de um novo evento acessaram diretamente os locais onde haviam realizados os primeiros abortos. Manuela e Carol engravidaram duas vezes e interromperam as duas gestações. Ambas recorreram à mesma clínica, no segundo aborto, e realizaram o procedimento já na primeira consulta:

Na primeira foi mais demorado, porque teve toda essa história de mapear o que a gente podia fazer, o que era mais seguro, de buscar referência [...] Então assim, foi um outro processo, o segundo a gente já sabia mais ou menos o caminho das pedras, então, foi mais tranquilo, já fui direto na clínica, com tudo certo e fiz no mesmo dia (Manuela, duas gravidezes, dois abortos: em 1996, aos 20 anos; e, em 2007, aos 31 anos).

Aí teve uma hora que falei: velho, não vou chorar mais não, vou resolver meu problema, eu peguei liguei pra clínica, aí o médico não tava lá, eu tinha o celular dele, liguei diretamente pra ele, eu falei: oh quem tá falando aqui é Carol e tal, tive aí, fiz um aborto com você e não sei o que, falei pra ele e ele não lembrava, afinal devem ser tantas, mas aí marquei e dessa vez não teve conversa nenhuma, foi logo fazendo. (Carol, duas gravidezes, dois abortos, em 2008, aos 28 anos. A fala corresponde ao segundo aborto).

Mas este também foi o caso de Clara, em seu único aborto, que, surpresa, foi submetida à interrupção logo na primeira consulta:

Eu tive as informações do local e mais ou menos do valor com os amigos, que me ajudaram [...] Aí cheguei lá, o que é que eu achava? Eu primeiro achei que ia lá, eu levei o exame, eu primeiro achei que ia fazer a transvaginal, ele ia, o médico iria me apresentar o preço, e não sei o que. Eu fiz a consulta, depois de fazer a consulta, o médico me perguntou: quer fazer agora, eu faço. Aí ele fez a transvaginal pra ver o tamanho do embrião, quantas semanas tinham, tinham 5 semanas de gestação, imprimiu e aí perguntou se eu já queria fazer, e aí eu falei que sim, e fui preparada pra fazer. (Clara, uma gravidez, um aborto, em 2009, aos 24 anos).

Entretanto, para a maioria das mulheres o aborto não poderia ser realizado em qualquer dia. Esta escolha foi condicionada pela necessidade de compatibilizar este dia com a dinâmica das diferentes esferas de suas vidas: trabalho, família, com quem moravam, responsabilidade sobre cuidados com filhos, etc. As falas de Paula e Lorena ilustram esta circunstância:

Eu disse a ele, que eu queria uma sexta-feira, pra me ficar sábado e domingo e eu ter como ir pra algum lugar e não ir diretamente pra casa, aí ele: não, tudo bem. Ele que falou pra mim: você quer marcar pra que dia? Pra você é melhor dia de semana, é melhor final de semana, aí eu fiz: eu prefiro uma sexta-feira. (Paula, três gravidezes, um aborto, em 2009, aos 34 anos).

A gente teve o cuidado de fazer numa sexta, pra eu poder ter o final de semana pra eu me recuperar na casa de Y, que era uma coisa comum de eu ir passar final de semana lá, pra não ter que voltar pra casa e mamãe me pegar em alguma situação que ela percebesse que eu tinha feito. (Lorena, três gravidezes, um aborto, em 1990, aos 25 anos).

As mulheres tiveram de administrar um tipo de segredo – a realização do aborto – sendo necessário, assim, organizar o tempo para realizá-lo e, posteriormente, o período de recuperação após a intervenção, sem ter que dar explicações às pessoas com as quais não queriam compartilhar a experiência.

O dia da interrupção em uma clínica privada

No dia da interrupção, em que pesem as diferenças das clínicas mencionadas, três momentos foram identificados: 1) a preparação do corpo; 2) a realização do procedimento de esvaziamento uterino; e 3) o repouso imediato após o procedimento, ainda na clínica⁹². No primeiro momento, de preparação do corpo, as mulheres, já acomodadas em uma sala específica da clínica, receberam alguns medicamentos. A maior parte delas não soube especificar o tipo de droga que foi usado, por não lembrarem ou por não terem sido informadas pelos profissionais das clínicas. Para algumas, foi um anestésico ou um tipo de tranquilizante, como relatam Gabriela, em aborto realizado em uma clínica “top”, e Laura, em uma clínica “popular”:

Eu fiquei na sala e eles me deram algum remédio, metade de um comprimido e falaram que era, era anestesia e tal, mas essa minha amiga que me acompanhou e que tem um conhecimento, falou que acha que não era anestesia não, porque eles, pra realizar procedimento anestésico precisaria de um anestesista, acha que foi algum tranquilizante, alguma outra coisa, que eu também não me lembro o que era, sei que foi metade de comprimido azul. E aí, eu fiquei na sala um tempo, esperando, ela [a técnica de enfermagem] falou, espere um pouquinho pra fazer efeito e, daqui a pouco o doutor vem lhe atender. (Gabriela, uma gravidez, um aborto, em 2010. Parceira de Gustavo ambos tinham 22 anos).

Os comprimidos eu acho que eram anestésicos. Ela [a técnica de enfermagem] me deu, assim, uns seis comprimidos e demorou um tempo, assim, tipo 40 minutos, fiquei numa sala tipo de pré-parto, numa macazinha. (Laura, duas gravidezes, um aborto, em 2000, aos 20 anos).

Já para outras, foi algo para dilatação do colo uterino, como informa Clara que o realizou em uma clínica “top”:

Depois eu fui encaminhada para umas salas dentro da clínica, pra fazer o procedimento. Aí tomei um anestésico, esperei algum tempo, pra o anestésico fazer efeito, e me dirigi. Na verdade não, o remédio que eu tomei era para dilatar o colo, se eu não me engano. Exatamente! Eu tomei um remédio, não foi anestesia não, foi pra dilatar o colo. (Clara, uma gravidez, um aborto, em 2009, aos 24 anos).

⁹² Apesar de ser constituído por três momentos, o procedimento realizado na clínica privada foi considerado rápido. A duração da permanência na clínica no dia da interrupção foi de, no máximo, uma hora e meia.

Em alguns casos, essa preparação foi iniciada ainda em casa, com a utilização de medicamentos prescritos na primeira consulta, como ocorreu com Ane, no seu primeiro aborto em uma clínica “top”:

E de manhã assim normal em casa, como se eu não fosse fazer nada, me preparando pra de tarde, tomando o remédio que ele [o médico] receitou [na consulta] para tomar antes. (Ane, duas gravidezes, dois abortos em clínicas diferentes. A fala corresponde ao primeiro aborto, em 2009, aos 22 anos).

Nesse momento de preparação do corpo, na maioria das vezes, as mulheres relataram que foi permitida a presença de acompanhantes, sendo, sobretudo amigas(os), familiares ou o parceiro. A rede de relações sociais foi mais uma vez acionada, sendo importante fonte de apoio emocional. Contudo, posteriormente, no segundo momento, o da realização do procedimento de esvaziamento uterino, a maior parte dos acompanhantes, independente do sexo, teve que aguardar a realização do procedimento na “sala de espera”, como nos disse Iuri:

Eu também não pude entrar, fiquei só na sala de espera, eu queria ter entrado, afinal de contas, acho que essas coisas, se você tá junto, é preciso participar de todas as etapas, mas o fato é que o médico não permitiu, decisão dele, tenho que cumprir. (Iuri, três gravidezes, dois abortos em clínicas diferentes. A fala corresponde ao segundo aborto realizado, pela ex-mulher, em 2005, quando ele tinha 39 anos).

Para os homens, particularmente, a ida à clínica representou um momento de limitação da atuação masculina no campo reprodutivo. Ali constataram como aquele era um espaço feminino, com a presença majoritária de mulheres, quer fossem amigas ou familiares. Alguns nem sequer puderam entrar no local, como aconteceu com o namorado de Natália⁹³:

Pegamos uma amiga minha, porque o médico disse que não podia ser com um homem na sala, só com uma mulher, e como essa minha amiga já tinha feito três, eu disse: então, é tu, e aí, foi ela que foi me acompanhando. (Natália, uma gravidez, um aborto, em 2011, aos 28 anos).

Para a maioria das entrevistadas, foram as amigas que as acompanharam neste dia. Depois de um breve tempo, cerca de 30 minutos, após os medicamentos fazerem efeito, as mulheres relataram terem sido encaminhadas para outra sala onde o procedimento foi

⁹³ Esta situação também ocorreu no estudo de Sampaio (2013).

realizado. O tempo de duração também foi descrito como rápido, com duração máxima de 40 minutos.

Diferentes experiências foram relatadas pelas mulheres neste segundo momento em que ocorreu o procedimento. Uma primeira distinção diz respeito ao método utilizado. Aquelas que recorreram às diferentes clínicas “tops” foram submetidas, predominantemente, à aspiração, tanto a AMIU como a AEV. As informações sobre o tipo de método foram fornecidas por distintos profissionais. Clara foi informada pela recepcionista da clínica que o médico utilizaria a AMIU:

Clara: – [...] Aí a... a recepcionista me explicou qual era o método, que era o AMIU, que era um método de sucção. Ela me explicou que eu ficaria em posição ginecológica, e que o médico iria introduzir um aparelho que sugaria o sangue, não é o sangue, o endométrio tava revestido de sangue e sugaria é...

Paloma: – O produto.

Clara: – Isso. O sangue, e ao sugar essa parte mais externa do endométrio, ele sugaria o feto e que ele faria o procedimento visualizando um monitorzinho, e que duraria entre 20 e 30 minutos, que não teria anestesia. (Uma gravidez, um aborto, em 2009, aos 24 anos).

Já Gabriela obteve as informações sobre o procedimento de AEV com o próprio médico:

Foi por outro método de sucção. Eu perguntei se seria AMIU, mas ele falou que AMIU já estava ultrapassado, ele me falou isso, que era elétrica [...] e esse foi ligado numa maquininha, parecia um, você já viu aqueles negócios de encher bola? Aquele negócio, que tem uma mangueirinha que enche bola, liga um motorzinho, não tem aquele tamanho monstruoso, mas eu também não vi o aparelho, eu só escutava o som, me lembrou isso e era uma mangueirinha. Então, introduz e abre com o bico de pato, o colo e ele faz essa aspiração na verdade, um processo de aspiração. (Gabriela, uma gravidez, um aborto, em 2010. Parceira de Gustavo. Ambos tinham 22 anos).

Nos quatro casos de abortos realizados nas clínicas “populares”, entretanto, o procedimento foi exclusivamente a curetagem:

Maria: – Não, não. Ele usou aquele método que inclusive é mais arriscado, né? O risco de furar o útero e tal, como é o nome dele...

Paloma: – Curetagem?

Maria: – Isso, curetagem. (Maria, quatro gravidezes, três abortos. A fala corresponde ao segundo aborto, em 2001, aos 27 anos).

Uma segunda distinção remete ao manejo da dor durante a realização do procedimento. Clara, em uma clínica “top”, considerou dolorosa a AMIU, pois o procedimento foi realizado sem administração de anestésicos, medicamentos ou aplicação de anestesia local:

E aí ele fez sem anestesia, dói muito, você parece que, ai, eu chorei muito de dor, porque é muita dor. Parece que tem algo te sugando, sugando em você, dentro de você, e doía em alguns momentos assim. (Clara, uma gravidez, um aborto, em 2009, aos 24 anos).

Já Natália apesar de ter tomado medicamentos na clínica “top”, que acha terem sido anestésicos, relatou que o procedimento, AMIU, foi muito doloroso. Segundo ela, o médico lhe informou que a dor pode ter sido ocasionada porque a gravidez era muito recente e também pela fisiologia de seus ovários:

Doeu muito, muito mesmo [...] mesmo eu tendo tomado aquele medicamento, acho que era anestésico. Segundo o médico, foi porque eu tenho ovário invertido, acho que foi, não sei, ele disse que foi alguma coisa ou então, por isso, ou porque tava muito pequeno e ele precisou sugar. Eu lembro que eu senti uma cólica muito grande num determinado momento. (Natália, uma gravidez, um aborto, em 2011, aos 28 anos).

Por outro lado, Beatriz, que foi medicada também em uma clínica “top” avaliou que o procedimento, a AMIU, foi rápido, tendo sentido apenas uma “colicazinha”. Da mesma forma, Laura, em uma clínica “popular” relatou não ter sentido dor após o uso de anestésicos:

É bem rápido o procedimento, muito acompanhado mesmo, não chegou a meia hora. Cheguei, tomei um medicamento, um analgésico, um tranquilizante, acho que é pra poder segurar a cólica, por causa das cólicas, das contrações que serão provocadas. Eu senti uma colicazinha na hora, mas nada demais. (Beatriz, três gravidezes, dois abortos na mesma clínica: em 2010, aos 30 anos; e, em 2012, aos 32 anos).

Eu não dormi, depois dos medicamentos, que eram anestésicos, eu acho, eu não senti dor, assim, eu sentia como se tivesse beliscando na vagina [...] E aí depois você sente umas pinicadas assim na vagina, como se você tivesse tomando uma injeção, pode até ter sido uma anestesia também, a sensação que você tem é que você tá fazendo um exame ginecológico. (Laura, duas gravidezes, um aborto, em 2000, aos 20 anos).

A terceira distinção é relativa à assistência prestada pelos médicos. Existiram situações em que as mulheres se sentiram bem atendidas e assistidas, como Gabriela, que ressalta a postura acolhedora do médico durante todo o procedimento na clínica “top”:

Quando eu reclamava que tava incomodando alguma coisa, ele falou: é só mais um pouquinho, já vai passar e tal, não tem como evitar, não ficou me tratando mal. Foi realmente o procedimento, foi muito acolhedor durante todo o processo. (Gabriela, uma gravidez, um aborto, em 2010. Parceira de Gustavo. Ambos com 22 anos).

E Beatriz que, além disto, ressalta o aparato tecnológico que lhe propiciou segurança:

O médico ficou conversando, muito gentil, muito natural, logicamente. Aí é tudo direitinho, monitoriza a pressão, bota um torpedo de oxigênio do lado, tudo certinho. (Beatriz, três gravidezes, dois abortos na mesma clínica: em 2010, aos 30 anos; e em 2012, aos 32 anos).

Além da postura do médico, as mulheres destacaram a presença de uma enfermeira ou técnica de enfermagem. Estas profissionais tanto auxiliaram o médico no procedimento quanto foram importantes fontes de apoio emocional, como podemos perceber nos relatos de Paula e Carol, que realizaram os abortos em clínicas “tops” diferentes:

Quando eu cheguei lá teve uma enfermeira que me deu todo apoio, muito carinhosa, e eu deitei, ela ficava me orientando: olhe não vai doer nada, você não vai sentir nada, é, o procedimento é assim, assim, eu também nem quis olhar que eles botam um aparelho lá, sucção, que chama né? Eu não vi nada [...] Só sei que ela ficou o tempo todo segurando minha mão. (Paula, três gravidezes, um aborto, em 2009, aos 34 anos).

Tinha uma moça lá, que eu acho que ela era técnica de enfermagem, ela ficava dando suporte lá, eu imagino que ela dê suporte pra ele, quando tá tendo aborto, aí ela pega na sua mão, ela dá uma força assim, sabe? Aí pega no seu cabelo, diz que aquilo é uma coisa normal nos países de primeiro mundo, aquela conversa toda. E que é assim mesmo, que eu sou nova, que eu vou ter outras oportunidades na vida de engravidar e não sei o que. (Carol, duas gravidezes, dois abortos na mesma clínica, ambos realizados em 2008, quando tinha 28 anos. A fala corresponde ao primeiro aborto).

Em uma clínica “popular”, Laura relata a mesma situação. Ela se sentiu bem atendida desde o primeiro contato até o dia da interrupção, destacando, também, a presença da técnica de enfermagem como importante fonte de apoio emocional no momento em que o procedimento foi realizado:

Na hora não tinha como chamar ninguém, aí a técnica veio perguntou se eu tava bem e tal, me deu umas medicações [...] É, a moça também passava a mão na cabeça, alisava: você tá bem minha filha? Não, eu tou bem e ele [o médico] só vai perguntando: tá sentindo alguma coisa? Não. Eu estou bem

[...] ele foi bem cuidadoso, desde o primeiro contato. (Laura, duas gravidezes, um aborto, em 2000, aos 20 anos).

Na maior parte das histórias de abortos as mulheres avaliaram o atendimento prestado nas clínicas privadas como bom. Contudo, chama a atenção que os relatos de bons atendimentos foram, sobretudo, de entrevistadas que haviam obtido indicação das clínicas com pessoas conhecidas dos médicos. Gabriela e Beatriz, por exemplo, procuraram duas diferentes clínicas “tops” na mesma cidade e enfatizaram, nos seus relatos, o bom atendimento recebido. Ambas, no momento da primeira consulta, responderam aos médicos como elas tinham conseguido seu contato, mencionando o nome de pessoas reconhecidas por eles.

Outras experiências, entretanto, foram marcadas por uma assistência considerada ruim, contrariando as expectativas prévias das mulheres. Alice avaliou o atendimento na clínica “top” que procurou como “desumano”, diferentemente do “bom” atendimento que esperava, já que estava pagando “caro” pelo procedimento:

Poxa, o que você espera, um atendimento bom, aí você chega num lugar, pagando caro pra fazer isso, você é tratada de forma tão desumana, é tão desumana, parece que você não é uma pessoa, é muito, sei lá, seco. Eu pelo menos me senti assim. O médico nem conversa com você, não olha nem na sua cara sabe, é uma coisa tão assim [...] Como se ele não precisasse nem saber quem eu sou, olhe, eu não preciso saber quem você é, você não precisa saber quem eu sou, você quer fazer isso aqui, pronto, você me paga, eu faço, você vai embora e acabou aqui, eu resolvi seu problema, você pagou pelo meu serviço, acabou. (Alice, quatro gravidezes, dois abortos. A fala corresponde ao primeiro aborto, em 1999, aos 36 anos).

A atenção qualificada como ruim foi mencionada, sobretudo, nas segundas experiências de aborto e ocorreram independentemente do tipo de clínica. Manuela e Carol, na mesma clínica “top” onde fizeram seus primeiros abortos, relatam como a assistência foi demarcada pela impessoalidade do médico e mesmo por uma forma agressiva de realizar o procedimento:

Eu acho que uma pessoa que se dispõe a fazer deveria ter um pouco mais de tato, porque você sabe que muitos médicos tratam paciente, independente da especialidade ou se é particular, convênio ou SUS, como se fosse um objeto [...] O médico foi super descuidado, numa situação que você tá muito vulnerável, colocou o instrumento de forma mais agressiva. Doeu. Eu senti que o ato em si foi muito mais doloroso do que o primeiro, eu não sei se ele fez de propósito ou não. Uma mão pesada, não sei se ele é assim ou não, mas não teve a menor sensibilidade. Na segunda vez, não teve esse processo

de perguntar nada, já foi logo fazendo e assim, eu me senti como objeto ali. (Manuela, duas gravidezes, dois abortos na mesma clínica: em 1996, aos 20 anos; e em 2007, aos 31 anos. A fala corresponde ao segundo).

Só que da segunda vez não teve nada disso [acolhimento, conversa e nem a técnica de enfermagem]. Eu fiquei sozinha com ele na sala, e ele praticamente não olhou na minha cara, fez o aborto, saiu e nem falou comigo. Eu achei: nossa! Você é açougueiro. Aí eu me senti super mal por isso. (Carol, duas gravidezes, dois abortos: em 2008, na mesma clínica. Em ambos, tinha 28 anos. A fala corresponde ao segundo).

O relato de Maria sobre seu segundo aborto realizado em uma clínica “popular” é chocante, muito distinto da experiência prévia que havia tido na clínica “top”, onde o médico foi atencioso, conversou com ela e o namorado à época sobre o procedimento. Neste segundo aborto, tudo foi diferente, sem conversa com médico, sendo sua curetagem realizada de forma violenta, sem anestesia:

Eu acho que ele era meio sádico. O cuidado que tinha sido, com o profissional anterior de botar os dois na sala, de conversar, de saber se era aquilo mesmo, até do método, do próprio método, da utilização do método, foi tudo diferente, muito diferente [referindo-se ao primeiro aborto, em que o médico conversou com ela e o namorado da época, sobre o procedimento que foi realizado numa clínica top] [...] ele fez uma curetagem sem anestesia, porque ele, quando eu entrei na sala, ele me disse que a anestesia tinha acabado, e aí eu fiz, vai assim mesmo. Mas foi muito, mas muito ruim, foi uma verdadeira tortura, eu não sei como eu sobrevivi àquilo, foi uma coisa tão violenta. (Maria, quatro gravidezes, três abortos. A fala corresponde ao segundo aborto, em 2001, aos 27 anos).

O terceiro e último momento do dia da interrupção ocorreu logo após a intervenção. As mulheres foram encaminhadas para uma sala na clínica, onde permaneceram para um breve repouso, como nos relatam Ane, em uma clínica “top”, e Laura, em uma clínica “popular”:

Depois eu fiquei na sala do lado. Voltei vamos dizer assim pro quarto, e repousei um pouco. (Ane, duas gravidezes, dois abortos em clínicas diferentes. A fala corresponde ao primeiro aborto, em 2009, aos 22 anos).

Aí depois quando termina, você vai para uma sala fica deitada, é, decúbito frontal olhando pro teto, não vê nada, não tem espelho, não tem nada, ele só vai perguntando: tá sentindo alguma coisa? Não, eu estou bem. (Laura, duas gravidezes, um aborto, em 2000, aos 20 anos).

Neste momento, o médico novamente encontrava as mulheres para o exame final e a prescrição de medicações, geralmente, anti-inflamatórios e antibióticos. A maior parte delas,

independentemente de a clínica ser “top” ou “popular”, relatou ter recebido orientações relacionadas aos cuidados que deveriam adotar, como repouso e abstinência sexual, além de recomendações de caráter geral, como boa alimentação e respeito à prescrição das medicações. Também foram alertadas que, diante de quaisquer intercorrências, deveriam entrar em contato com a clínica, sendo-lhes fornecido o contato pessoal do médico, como sucedeu com Manuela, em uma clínica “top” e, também, com Laura, em uma clínica “popular”:

Ele escreveu, me deu uma receita, acho que deve ser uma coisa de praxe da própria clínica. Eles te dão um remédio, um anti-inflamatório, antibiótico e dão o telefone celular, se você tiver alguma intercorrência pra ligar, mas eu não liguei não. O primeiro também fez a mesma coisa, nenhuma das duas vezes eu liguei, não precisei, entendeu? Eu acho que é um procedimento padrão deles lá. (Manuela, dois abortos na mesma clínica: em 1996, aos 20 anos; e em 2007, aos 31 anos).

Aí tá, perguntei o que é que eu ia precisar fazer, você vai ficar precisando tomar uma medicação, passou um remédio e repousar, se alimentar bem. Falou que se eu sentisse qualquer coisa, eu tinha que voltar lá. (Laura, duas gravidezes, um aborto, em 2000, aos 20 anos).

Como pontuam Diniz e Medeiros (2012), a volta para casa não finaliza o ciclo do aborto. O agendamento de uma consulta de retorno, entre 10 e 15 dias após o procedimento, ocorreu na maior parte dos abortos realizados em clínicas “tops”, não tendo sido relatado o mesmo para as clínicas “populares”. Nesta ocasião, os médicos verificaram eventuais problemas e algumas mulheres mencionaram uma orientação sobre a contracepção pós-aborto, a exemplo, de Gabriela e Clara:

Depois do dia do procedimento tem uma outra, uma outra consulta de revisão. Aí, nessa consulta de revisão, ele faz outra ultrassom, vê como tá o útero e tal, e conversou de novo com a gente [ela e o namorado, Gustavo] sobre métodos, eu achei isso bem legal também, porque ele de novo chamou a gente na sala e perguntou e aí, agora, como é que vocês pretendem fazer, já começaram algum método e tal, como é fica isso. Então, eu achei um acolhimento legal, por mais que a gente tenha pago caro. (Gabriela, uma gravidez, um aborto, em 2010. Parceira de Gustavo. Ambos tinham 22 anos).

Nessa consulta de uma semana depois ele perguntou se eu tive algum problema, eu falei: não. Ele fez a transvaginal para ver se tava tudo correto, e falou: tome cuidado e me deu camisinha. (Clara, uma gravidez, um aborto, em 2009, aos 24 anos).

Não houve relatos de complicações pós-aborto. Entretanto, algumas mulheres, especialmente aquelas cujos atendimentos nas clínicas foram qualificados como ruins,

mencionaram a persistência de sintomas que lhes causaram desconfortos. Maria disse que após o segundo aborto realizado numa clínica “popular”, ficou sangrando muito e sentindo mais dores do que aquelas experimentadas anteriormente. O mesmo ocorreu com Manuela, no seu segundo aborto, em uma clínica “top”:

Que eu passei depois, o que não tinha acontecido da outra vez [primeiro aborto], eu não sangrei muito da outra vez. Dessa vez eu sangrei muito, senti mais dores também. Acho que eu passei uns dois, três dias sangrando. (Maria, quatro gravidezes, três abortos. A fala corresponde ao segundo aborto, em 2001, aos 27 anos).

Mas e também como foi um ato assim que eu senti assim, eu senti dor, eu senti incômodo depois, sangrei mais, que no primeiro eu não senti dessa forma e tal. (Manuela, duas gravidezes, dois abortos na mesma clínica. A fala corresponde ao segundo aborto, em 2007, aos 31 anos).

Fica evidente, então, que há nítidas diferenças entre as clínicas particulares às quais as pessoas entrevistadas recorreram para realizar abortos. Distintas situações foram relatadas demonstrando que o recurso a uma clínica privada por si só não garante um bom atendimento e uma boa assistência médica às mulheres.

DISCUSSÃO

Mostramos aqui que as experiências das mulheres entrevistadas de estratos sociais médios são diversas – existem diferentes clínicas com distintos tipos de atendimento – contrariando o imaginário social de que tais experiências são homogêneas. Apesar de o procedimento realizado por médico ser mais eficaz e seguro, a falta de controle sobre a prática médica ocasionada pela ilegalidade do aborto coloca estas mulheres em uma posição de absoluto desamparo.

A criminalização do aborto, no Brasil, atinge as mulheres de distintos estratos sociais sujeitando-as às mesmas forças históricas, culturais e sociais que lhes impõe, em função da clandestinidade, uma situação de vulnerabilidade e um sofrimento desnecessário. Deste modo, a criminalização do aborto pune todas as mulheres, porém, em graus diferenciados. No Brasil, as mortes ocasionadas por complicações pós-aborto atingem predominantemente mulheres jovens, negras, de estratos sociais baixos e que residem em áreas urbanas periféricas (IPAS; IMS, 2007; BRASIL, 2009).

Diante da quase inexistência de estudos em clínicas privadas, tanto na literatura nacional, aspecto apontado nas revisões sobre o tema (BRASIL, 2009; MENEZES; AQUINO, 2009), quanto internacional⁹⁴, fica difícil a comparação dos resultados desta pesquisa com outras investigações realizadas em serviços privados. Entretanto, eles são convergentes com os de Sampaio (2013), em seu estudo em uma clínica privada no Brasil, e de Chaneton e Vacarezza (2011), em Buenos Aires. Ambos os estudos enfatizam a situação de total vulnerabilidade das mulheres que recorrem às clínicas privadas, em contextos onde o aborto é criminalizado e condenado moralmente.

O recurso a uma clínica particular seja “top” ou “popular” não garante um atendimento humanizado. Mesmo pagando e, em muitas situações, pagando caro, algumas mulheres entrevistadas foram mal assistidas pelos médicos. Relatos sobre a falta de informação sobre os procedimentos, sobre o tratamento “desumano” recebido do médico, sobre a manipulação agressiva do método por parte do profissional e o caso dramático do aborto realizado por curetagem, sem anestesia, qualificam o atendimento recebido como muito negativo. Para algumas mulheres, a experiência foi tão sofrida e ruim que elas optaram por outro método em interrupção posterior. As distinções constatadas também não estiveram relacionadas às cidades onde estas clínicas funcionam. Tanto na Grande Salvador quanto na Grande Recife houve relatos de pessoas que foram bem assistidas e atendidas e relatos de má assistência e atendimentos ruins.

Portanto, parte das nossas entrevistadas, mesmo pertencendo a estratos sociais médios, relatou experiências que as aproximam daquelas mulheres de camadas populares, usuárias das maternidades públicas em que diversos estudos constataram deficiências na atenção e desumanização do atendimento. Estes estudos mostram a existência de atitudes discriminatórias que se expressam em julgamentos dos profissionais de saúde, falta de informações sobre os procedimentos e punições pelo fato de as mulheres terem abortado (BERTOLANI; OLIVEIRA, 2010; CARNEIRO; IRIART; MENEZES, 2013). Um inquérito com usuárias de dezenove hospitais públicos de três capitais do Nordeste evidencia como a impessoalidade na atenção, a falta de informações e a ausência do planejamento reprodutivo pós-aborto terminam por desconsiderar as necessidades concretas das mulheres e sua capacidade de tomar decisões nos campos da sexualidade e da reprodução (AQUINO ET AL., 2012).

⁹⁴ Estudos realizados em contexto sociopolíticos semelhantes ao brasileiro.

Além disso, nos serviços privados, as mulheres ficam a mercê dos profissionais, em um contexto sem qualquer regulação do Estado, ainda que algumas entrevistadas mencionem ter encontrado “bons” profissionais. As mulheres que podem pagar por abortos, se têm sua saúde física mais preservada e percursos menos tortuosos quando comparados aos realizados pelas mulheres de camadas populares, como apontam alguns estudos (HEILBORN ET AL., 2012b; DINIZ; MEDEIROS, 2012), não alcançam sua cidadania plena nem têm seus direitos reprodutivos respeitados, pois apenas consomem um serviço que não coloca suas vidas em risco.

A clínica privada se configura como um lugar de poder do médico e como mais um lugar de desempoderamento das mulheres no campo reprodutivo. O mau atendimento realizado pelo médico pode ser interpretado como uma forma a mais de disciplinamento do corpo da mulher, como aponta Chauí (1984). Para Foucault (1988), o poder/saber produzido pela medicina descreve e caracteriza o que seria o desviante ou o normal, o higiênico e o insalubre, os que devem ser controlados ou os que necessitam de controle.

Os médicos, na maior parte das clínicas, não respeitaram a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2005; 2011) que recomenda uma série de medidas e práticas no protocolo de atendimento ao aborto, de modo a garantir uma atenção de qualidade às mulheres. Apesar do que é preconizado pela Norma, os médicos realizaram os abortos da forma que lhes convinha, bastando observar o exemplo do não fornecimento das informações necessárias sobre os procedimentos/medicamentos ou a não administração dos medicamentos e anestesia adequados ou, ainda, a ausência, em alguns casos, de um atendimento atencioso e acolhedor bem como a orientação sistemática para a contracepção pós-aborto.

Assim, a distinção quanto à atenção recebida não está diretamente relacionada a um tipo de clínica, mas às singularidades de cada local e, particularmente, à postura do médico e de sua equipe. Ainda nos relatos de algumas mulheres, há evidências da construção de uma relação pessoal, nos termos de DaMatta (1997), nestes espaços. Os médicos que assistiram bem as mulheres foram, principalmente, aqueles que conheciam as pessoas que lhes indicaram as clínicas.

Apesar de as ações e os serviços de saúde serem considerados como de relevância pública, pela Constituição vigente, e o setor privado estar sujeito ao controle e fiscalização do Estado (SILVA ET AL., 1997), as clínicas privadas que realizam abortos operam clandestinamente estando, portanto, fora deste controle. Representam, sim, um submundo criado pela própria lei que criminaliza o aborto, criminalização esta que não impede as

mulheres de realizarem o aborto, mas favorece a existência de serviços que violam os direitos humanos já consagrados das mulheres (ARDAILLON, 1997).

REFERÊNCIAS

ARDAILLON, Danielle. O lugar do íntimo na cidadania de corpo inteiro. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 1997.

AQUINO, Estela M. L. et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1765-1776, 2012.

BARBOSA, Regina Maria; ARILHA, Margareth Martha. A experiência brasileira com o Cytotec. **Revista Estudos Feministas**, ano 1, n. 2, p. 408-417, 2. sem. 1993.

BERTOLANI, Georgia Bianca M.; OLIVEIRA, Eleonora M. Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 286-301, 2010.

BOURDIEU, Pierre. **A distinção: crítica social do julgamento**. São Paulo: Edusp, 2008. 560p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36p. color. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno 4).

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. 428 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno 4).

CARNEIRO, Monique F.; IRIART, Jorge Alberto B.; MENEZES, Greice Maria de S. “Largada sozinha, mas tudo bem”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 405-418, abr./jun. 2013.

CHAUÍ, Marilena. Mãe, mulher ou pessoa: discutindo o aborto. **Lua Nova**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 36-40, jun. 1984.

DAMATTA, Roberto. **A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 1997. 160p.

DINIZ, Debora et al. Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 939-942, abr. 2009.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (Supl. 1), p. 959-966, 2010.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1671-1681, 2012.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade, 1: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 64-89.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 79-108.

HARDY, Ellen; REBELLO, Ivanise; FAÚNDES, Aníbal. Aborto entre alunas e funcionárias de uma universidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 113-116, 1993.

HEILBORN, Maria Luiza. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: _____ et al. (Org.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond; Fiocruz, 2006. p. 29-57.

HEILBORN, Maria Luiza et al. Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 12, Dossier n. 1, p. 224-257, 2012a.

HEILBORN, Maria Luiza et al. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro-Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1699-1708, 2012b.

INTERNATIONAL PREGNANCY ADVISORY SERVICES – IPAS-BRASIL; INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL – IMS. **Magnitude do Aborto no Brasil: uma análise dos resultados de pesquisa**. Brasil: MS, 2007.

MENEZES, Greice Maria S. **Aborto e juventude: um estudo em três capitais brasileiras**. 2006. 186p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

MENEZES, Greice Maria S.; AQUINO, Estela M. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 25 (Sup. 2), p. S193-S204, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Abortamento seguro; orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. 2. ed. Genebra: OMS, 2013. 136p.

PERES, Simone O. **Aborto e juventude**: um horizonte de possibilidades diante da gravidez na adolescência. 2003. 278p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

PIROTTA, Kátia Cibelle M.; SCHOR, Néia. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 495-502, 2004.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, Martha Celia. **Os impasses do corpo**: ausências e preeminências de homens e mulheres no caso do aborto voluntário. 1999. 150p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

SAMPAIO, Camila A. M. Vendem-se criminosas: um ensaio etnográfico em uma clínica contra a lei. **Bagoas – Estudos Gays: gêneros e sexualidades**, v. 7, n. 9, p. 245-265, 2013.

SILVA, L. M. V. et al. Algumas características do setor privado de saúde de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p.:701-709, out./dez. 1997.

APÊNDICE

Quadro 3. Informações das(os) participantes à época que realizaram o(s) aborto(s)

NOME	CLÍNICA “TOP”	CLÍNICA “POPULAR”
Alice	Parda, nasceu no interior de Pernambuco, sem religião Nível superior de escolaridade, autônoma 1º aborto em 1999, aos 36 anos, do namorado. Irmã arcou com os custos, 800 reais. Experiência foi tão ruim que usou Cytotec no seu segundo aborto em 2001	
Ane	Negra, nasceu no interior da Bahia, sem religião Estudante universitária e funcionária de uma instituição particular As clínicas foram diferentes: 1º aborto em 2009, aos 22 anos, ainda estudante, do namorado, pago com cotização de amigos. 1500 reais foi o valor pago 2º aborto em 2010, aos 23 anos, do mesmo namorado, pago com recursos próprios, pois já trabalhava. Conseguiu negociar o valor do aborto com o médico. 800 reais foi o valor pago	
Beatriz	Negra, nasceu em Salvador, protestante Com Pós-Graduação, cursando segunda graduação, funcionária terceirizada de empresa pública. Mesma clínica: 1º aborto em 2010, aos 30 anos, de um parceiro sexual, pago por ela e as irmãs. 2500 reais foi o valor pago 2º aborto em 2012, aos 32 anos, do namorado, pago com recursos próprios, na mesma clínica. Conseguiu negociar o valor do aborto com o médico. 2000 reais foi o valor pago	

continua

		continuação
NOME	CLÍNICA “TOP”	CLÍNICA “POPULAR”
Carlota	Mestiça, nasceu em Salvador, do candomblé Nível superior de escolaridade, cursando segunda graduação, autônoma Único aborto em 2012, aos 41 anos, do namorado, pago pela amiga. 2150 reais foi o valor pago	
Carol	Morena clara, nasceu no interior da Bahia, sem religião Nível superior de escolaridade, funcionária de uma instituição particular Mesma clínica privada: 1º aborto em 2008, aos 28 anos, do namorado, pago com recursos próprios 2º aborto no mesmo ano, do mesmo namorado, pago com recursos próprios. Ambos os abortos custaram 2000 reais.	
Chica	Negra, nasceu no interior da Bahia, do candomblé 2º aborto em 1994, aos 18 anos, ainda estudante, do namorado, pago por ele. Não lembrou o valor pago. 3º aborto no mesmo ano, de uma relação casual, pago pelo pai. Não soube informar o valor pago.	1º aborto em 1991, aos 15 anos, do namorado Carlos, 18/19 anos. Ambos estudantes e pago por ele, que realizava alguns trabalhos na época. Informaram o valor atualizado de 150 reais.
Clara	Negra, nasceu em Salvador, do candomblé Estudante Único aborto em 2009, aos 24 anos, ainda estudante, do namorado. Pago com recursos próprios, do parceiro e cotização de amigos. 1500 reais foi o valor pago.	
Clarice	Branca, nasceu no interior da Bahia, católica Mesma clínica privada: 1º aborto em 1989, aos 21 anos, ainda estudante, do noivo, atual marido; pago por ele que já trabalhava. Não lembrou o valor pago 2º aborto em 1997, aos 29 anos, do marido, pago com recursos próprios, pois já trabalhava. 2000 reais foi o valor pago	
Débora		Negra, nasceu no interior da Bahia, simpatizante de duas religiões: candomblé e espiritismo Funcionária pública e estudante de graduação 2º aborto em 2004, aos 38 anos, do namorado, pago com recursos próprios. Não lembrou o valor pago
Flora	Afro-indígena, nasceu no interior da Bahia, simpatizante do candomblé Estudante de graduação, com bolsa de pesquisa Único aborto em 2002, aos 25 anos, do namorado. Pago com recursos próprios, reserva de poupança, e do namorado que já trabalhava. Conseguiu negociar o valor do aborto com o médico. 700 reais foi o valor pago	
		continua

conclusão

NOME	CLÍNICA “TOP”	CLÍNICA “POPULAR”
Gabriela	Parda, nasceu na Região Metropolitana de Recife Pesquisadora e autônoma Único aborto em 2010, aos 22 anos. Ela e o namorado Gustavo, 22 anos à época, pagaram juntos o valor com reserva da poupança que tinham. 3000 reais foi o valor pago	
Laura		Negra nasceu em Salvador, do candomblé Único aborto em 2000, aos 20 anos, ainda estudante, do namorado; pago por ambos; ele era professor e já trabalhava. 300 reais foi o valor pago
Letícia	Morena clara, nasceu em Salvador, católica Funcionária terceirizada de uma instituição pública Único aborto em 2004, aos 24 anos, pago pelo do namorado. Não lembrou o valor pago	

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Poucas pesquisas realizadas no Brasil tomam como objeto de estudo a decisão pelo aborto e os itinerários abortivos, sobretudo, quando os abortos são realizados por pessoas de estratos sociais médios e em clínicas privadas. As dificuldades inerentes ao estudo dessas temáticas, tratadas no primeiro artigo dessa tese, explicam, pelo menos parcialmente, essa escassez. Neste artigo analisamos como o segredo constitui a prática do aborto provocado e está relacionado a três lógicas interligadas: a legal, a moral e a relacional. A ilegalidade da prática do aborto no Brasil e o atual recrudescimento de sua condenação moral influenciaram direta ou indiretamente as experiências vividas das pessoas entrevistadas. Ao conseguir penetrar as múltiplas camadas de segredo em torno do aborto, a partir da criação de uma relação de confiança com nossas(os) informantes, nossa investigação contribui para a superação desta lacuna. Conferimos visibilidade a aspectos do aborto no Brasil pouco tratados na literatura, investigando um segmento da população que raramente tem sido alvo de pesquisas.

No Brasil, a predominância de estudos do tema entre mulheres de camadas populares terminou por reforçar a percepção de que mulheres e homens de estratos sociais médios vivem acima das leis, pois, mesmo que na clandestinidade, seus recursos financeiros lhes asseguram o acesso a procedimentos seguros de abortos, com uma atenção de qualidade. Ao investigar mulheres e homens de camadas médias, mostramos, de um lado, como seu capital econômico e social os possibilita, relativamente a mulheres de camadas populares, um acesso mais rápido ao diagnóstico da gravidez, com itinerários abortivos menos tortuosos e mais breves, e a realização de abortos por meio de métodos seguros em clínicas privadas, aparentemente sem riscos imediatos à saúde. Por outro lado, evidenciamos, no artigo três, como estas clínicas constituem um universo heterogêneo onde não há garantia de uma atenção de qualidade e humanizada.

Nossos resultados indicam que embora o modelo de atenção ao aborto oferecido às mulheres pelas clínicas privadas seja similar àquele vigente nos países onde o aborto é legal, principalmente, as clínicas categorizadas pelas informantes como “*tops*”, os cuidados prestados não atendem aos requisitos de uma atenção humanizada e de qualidade ao abortamento, tal como recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS). A utilização da aspiração (manual ou elétrica, para esvaziamento uterino) permite a efetivação do aborto em regime de “hospital-dia”, e outros benefícios, o que é recomendado, mas a desinformação e, sobretudo a ausência de orientações para a

contracepção pós-aborto foi uma constante nos relatos das/dos entrevistados. Na completa ausência de regulamentação e controle das atividades das clínicas, as práticas ali exercidas ficam exclusivamente a critério dos profissionais.

Como acontece no caso de mulheres com menor capital social, cultural e econômico no Brasil, as formas de acesso ao aborto e as práticas relacionadas das mulheres de camadas médias emergem como um reflexo das relações sociais vigentes, baseadas na distribuição desigual de recursos econômicos, sociais e simbólicos. O contexto de ilegalidade reforça as iniquidades nos percursos para a realização do aborto, pois as mulheres economicamente desfavorecidas sofrem as consequências imediatas à sua saúde, ao recorrerem a práticas mais inseguras (HEILBORN ET AL., 2012b; IPAS; IMS, 2007; BRASIL, 2009). Entretanto, independente da sua camada social ou poder econômico, as mulheres estão em situação de vulnerabilidade por não ter respaldo legal ou institucional. Nenhuma mulher que vive no Brasil tem seus direitos reprodutivos assegurados.

Segundo Leal (2012), existe uma invisibilidade crônica do aborto ilegal no Brasil no que se refere às suas implicações para a saúde das mulheres. Para esta autora, ainda que a sociedade brasileira tenha passado por profundas transformações nas duas últimas décadas, o aborto continua sendo um problema de Saúde Pública que permanece sem soluções. Podemos adicionar, a partir da nossa breve incursão no mundo das experiências de pessoas que dispõem de recursos que os possibilitam fugir das piores consequências de um aborto clandestino inseguro, que há ainda uma crônica invisibilidade da forma em que a desigualdade de gênero é reproduzida diariamente nas cenas em que o aborto se torna necessário.

A vulnerabilidade é produto de dinâmicas interligadas, e não de uma condição única (de pobreza, de sexo, de idade...), sua complexidade é refletida no próprio processo de decisão pelo aborto, que, conforme mostramos no segundo artigo, pode se tornar uma decisão que tem que ser retomada diariamente, até que, finalmente, o aborto é realizado. Para compreendermos como ocorre a construção da decisão pelo aborto temos que entender todo o processo: a suspeita/confirmação da gestação, a tomada de decisão pela interrupção, o viabilizar essa decisão e o momento em que se pode afirmar que houve uma decisão pelo aborto, o dia da interrupção.

Dentro desse processo distintos elementos entram em jogo, elucidando a complexidade que envolve a decisão pelo aborto. A insegurança e as incertezas que marcaram o processo de algumas pessoas advêm de dinâmicas que sugerimos, timidamente, no início dessa tese, relacionadas às distinções simbólicas e práticas que constituem gênero e poder como parte integral dos processos sociais.

Como as teóricas feministas de gênero a exemplo de Scott (1995) nos levam a entender, existe uma dinâmica simbólica e prática enraizada, fundada na estreita relacionalidade das categorias e das pessoas, em que a vulnerabilidade específica das mulheres é produzida e reproduzida, por meio de conceitos generizados, sobretudo no campo reprodutivo em que tudo é associado à noção da “boa mãe” e a maternidade é tida como destino. O aborto como prática, e a mulher que aborta como categoria representam a antítese simbólica de tudo que é valorizado no regime de gênero vigente no Brasil. Então, a vulnerabilidade das pessoas e, sobretudo, das mulheres de camadas médias e aquelas de camadas mais baixas é reflexo em boa medida desse mesmo regime, embora seja mais do que justo afirmar que as primeiras gozam de maior proteção em decorrência do seu posicionamento privilegiado no campo social e da sua posse maior de capital.

Mas a vulnerabilidade é, no final das contas, vivida e sentida no corpo. Para muitas pessoas no Brasil, principalmente, mulheres, não ter seus direitos reprodutivos respeitados significa sofrer uma série de experiências corporais negativas. Mas o corpo é o eixo não só da vivência da vulnerabilidade, mas também da sua produção. E é aqui que Foucault (1988) nos ensina que os corpos não existem em isolamento das ações de uma sociedade histórica, não se retira dos processos históricos e sociais que os constituem. Assim, o argumento desenvolvido nessa tese tentou seguir os passos desse autor, ao apontar para a inserção das experiências, dos itinerários e dos processos de decisão de aborto dos sujeitos estudados nos contextos simbólicos e sociais mais abrangentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARILHA, Margareth Martha. Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1785-1794, 2012.
- ARNAUD, Livia K. **Mulheres e abortos: negociando moralidades**. 2008. 124p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- BAJOS, Nathalie; FERRAND, Michèle (Org.). **De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues**. Paris: Inserm, 2002.
- BARBOSA, Regina Maria; ARILHA, Margareth Martha. A experiência brasileira com o Cytotec. **Revista Estudos Feministas**, ano 1, n. 2, p. 408-417, 2. sem. 1993.
- BECKER, Stan; BAZANT, Eva S.; MEYERS, Carole. Couples counseling at an abortion clinic: a pilot study. **Contraception**, v. 78, n. 5, p. 424-431, nov. 2008.
- BOURDIEU, Pierre. **A distinção: crítica social do julgamento**. São Paulo: Edusp, 2008. 560p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36p. color. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 4).
- 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. 428p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 4).
- BROWNER, Carole. Abortion decision making: some findings from Colombia. **Studies in Family Planning**, v. 10, n. 3, p. 96-106, 1979.
- CARVALHO, Simone M. **Mulheres jovens e o processo do aborto clandestino: uma abordagem sociológica**. 2009. 173p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- CASTAÑEDA, Oscar Javier Maldonado. Cortes, expertos y grupos de interés: movilización y localización del conocimiento experto en la sentencia C 355 de 2006. **Universitas Humanística**, Bogotá, n. 77, p. 327-353, jan./jun. 2014.
- CHANETON, July; VACAREZZA, Nayla. **La intemperie y lo intempestivo: experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones**. Buenos Aires: Marea, 2011. 192p.

CHUMPITAZ, Violeta Angélica C. **Percepções femininas sobre a participação do parceiro nas decisões reprodutivas e no aborto induzido**. 2003. 112p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

COSTA, Rosely G. et al. A decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 97-105, jan./mar. 1995.

COSTA, Rosely G. De clonagens e de paternidades: as encruzilhadas do gênero. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 11, p. 157-199, 1998.

DINIZ, Debora. Aborto e Saúde Pública no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 1992-1993, set. 2007.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 15 (Supl. 1), p. 959-966, 2010.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1671-1681, 2012.

DONATI, Pascale; CÈBE, Dominique; BAJOS, Nathalie. Interrompre ou poursuivre la grossesse? In: BAJOS, Nathalie; FERRAND, Michèle (Org.). **De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues**. Paris: Inserm., 2002. p. 115-162.

DUARTE, G. A. et al. Perspectiva masculina acerca do aborto provocado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, 2002.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988. v. I.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Estratégia, Poder-Saber**. Forense Universitária, 2010. (Coleção Ditos e Escritos, 4).

FONSECA, C. De afinidades a coalizões: uma reflexão sobre a “transpolinização” entre gênero e parentesco em décadas recentes da antropologia. **Ilha**, v.5, n.2, Florianópolis, 2003.

GIFFIN, K. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10 n.1, 2005.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 79-108.

HEILBORN, Maria Luiza et al. Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 12, Dossier n. 1, p. 224-257, 2012a.

HEILBORN, Maria Luiza et al. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro-Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1699-1708, 2012b.

HOLMBERG, M.D; WAHLBERG, R.N. The process of decision-making on abortion: a grounded theory study of young men in Sweden. **Journal of Adolescent Health**, Elsevier Science Inc., New York, n. 26, p. 230-234, 2000.

INTERNATIONAL PREGNANCY ADVISORY SERVICES – IPAS-BRASIL; INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL – IMS. **Magnitude do Aborto no Brasil**: uma análise dos resultados de pesquisa. Brasil: MS, 2007.

KIRKMAN, Maggie et al. Reasons women give for contemplating or undergoing abortion: A qualitative investigation in Victoria, Australia. **Sexual & Reproductive Healthcare**, Elsevier, v. 1, n. 4, p. 149-155, 2010.

KOFES, S. Categorias analítica e empírica: gênero e mulher: Disjunções, conjunções e mediações. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 11, 1998.

LEAL, Ondina F. “Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!”: revisitando dados etnográficos sobre a disseminação de práticas abortivas em populações de baixa-renda no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1689-1697, 2012.

LIMA COSTA, Claudia de. O tráfico do gênero. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 11, p. 127-140, 1998.

LOURO, Guacira L. A emergência do gênero. In: _____. **Gênero, sexualidade e educação**: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 14-36.

MACHADO, Lia Z. Masculinidades e violências: gênero e mal-estar na sociedade contemporânea. In: SCHPUN, Mônica Raisa. (Org.). **Masculinidades**. São Paulo: Boitempo; Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2004.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MATOS, Auxiliadora Aparecida de. Feminilidades e gênero: re-lendo Cláudia e Nova. **Revista Ciências Humanas** (Taubate), v. 8, n. 1, p. 39-46, 2002.

MCCALLUM, Cecilia. **Trajetórias de mulheres em situação de abortamento**. Subprojeto 1 – do Projeto de pesquisa em elaboração: “Morbimortalidade e atenção ao aborto no nordeste brasileiro: uma abordagem multicêntrica”, para Edital MCT/CNPQ/MS-SCTIE-DECIT/CT-Saúde n. 022/2007. 2007.

MENEZES, Greice Maria S. **Aborto e juventude**: um estudo em três capitais brasileiras. 2006. 186p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

MENEZES, Greice Maria S.; AQUINO, Estela M. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 25 (Sup. 2), p. S193-S204, 2009.

MEYER, Dagmar E. E. A politização contemporânea da maternidade: construção de um argumento. **Revista Gênero**, Niterói, v. 6, n. 1, p. 81-104, 2005.

MOORE, Henrietta. Compreendendo sexo e gênero. Understanding sex and gender. In: INGOLD, Tim (Ed.). **Companion Encyclopedia of Anthropology**. Tradução Júlio Assis Simões. Londres: Routledge, 1997. p. 813-830.

PERES, Simone O. **Aborto e juventude**: um horizonte de possibilidades diante da gravidez na adolescência. 2003. 278p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

PILECCO, Flávia B. **Aborto e violência sexual**: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. 2010. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Departamento de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

POGREBINSCHI, Thamy. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 63, p. 179-201, 2004.

PURI, Mahesh et al. Factors affecting abortion decisions among young couples in Nepal. **Journal of Adolescent Health**, v. 40, n. 6, p. 535-542, 2007.

RAGO, Margareth. Descobrimos historicamente o gênero. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 11, p. 89-98, 1998.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, Martha Celia. **Os impasses do corpo**: ausências e preeminências de homens e mulheres no caso do aborto voluntário. 1999. 150p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

ROHDEN, Fabíola. Gênero, sexualidade e saúde em perspectiva: notas para discussão. In: HEILBORN, Maria Luiza et al. (Org.). **Sexualidade, reprodução e saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2009. p. 23-32.

SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida**: feminismo e Ciências Sociais. São Paulo: UNESP, 2004.

SCOTT, Joan. Igualdade versus diferença: os usos da teoria pós-estruturalista. In: LAMAS, Marta (Org.). **Cidadania e feminismo**: feminismo e teoria pública/privada. 1988. p. 203-222.

SCOTT, Joan. **Gênero uma categoria útil para análise histórica**. Recife: SOS Corpo, 1995.

SERENO, Sara; LEAL, Isabel; MAROCO, João. Interrupção Voluntária da Gravidez: ajustamento psicológico no processo de decisão. **Saúde Reprodutiva: Sexualidade e Sociedade**, Lisboa, n. 1, p. 65-81, 2012.

SORRENTINO, Sara R. **Dossiê Aborto Inseguro**. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – Rede de Saúde, 2001.

STOLCKE, Verena. La mujer es puro cuento: la cultura del género. **Revista Estudos Feministas**, v. 12, n. 2, p. 77-105, 2004.

TORNQUIST, Carmen Susana; MIGUEL, Denise S; ASSIS, Gláucia de O. Entre julgar e escutar: sexualidade e aborto em um bairro popular. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v. 17, n. 32, p. 45-63, 2012.

TUSSI, Fernanda P. **Aborto vivido, aborto pensado: aborto punido?** as (inter)faces entre as esferas pública e privada em casos de aborto no Brasil. 2010. 144p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciência Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

VALE DE ALMEIDA, Miguel. Gênero, masculinidade e poder: revendo um caso do sul de Portugal. **Anuário Antropológico**, 95, 1996. p. 161-190.

VILLELA, Wilza et al. Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1709-1719, 2012.

APÊNDICE A

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA REALIZADA COM AS MULHERES

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Gostaria de começar a nossa conversa, fazendo algumas perguntas para nos conhecermos melhor ...

- Onde você nasceu?
- Quantos anos você tem?
- Como você se descreveria em termos de cor ou raça?
- Sempre morou aqui (nome da cidade)? Mora com quem?
- Você mora em que bairro? Como é o bairro que você mora?
- Você tem família aqui (nome da cidade)? Tem muitos(a)s amigas(os), conhecidos, aqui?
- Você estudou? É formada?
- Você faz o que? Trabalha com alguma coisa? Tem uma renda fixa? Você poderia me falar quanto é a (sua) renda, em salários mínimos, (e das pessoas que são responsáveis pelo sustento da casa)?
- Você frequenta algum culto religioso? Se sim, qual? Com que frequência?
- Você tem filhos(as)? Se sim, quantos?
- Caso tenha filhos(as), como é para você a experiência de ser mãe?
 - E como é o pai de seu filho(a) – fale um pouco sobre como ele exerce a paternidade? Como é a relação dele com sua filha(o)?
- Caso não tenha filhos, você tem vontade de ser mãe? Se sim, para você o que é ser mãe?
 - Como você vê/ou imagina – se não tem filhos(as) – o pai dos seus filhos(as)?
-

1. Você engravidou quantas vezes? E destas gravidezes quais foram interrompidas?
2. Você poderia me falar sobre a(s) gravidez(es) que foi/foram interrompida(s)? Contar a história toda (caso tenha mais de um aborto, tentar destrinchar cada história separadamente)?
3. Como foi o período entre a suspeita da gravidez e a confirmação desse evento?
 - 3.1. O que levou você a suspeitar que estava grávida?

- 3.2. Você contou para alguém sobre sua suspeita? Quem? E como essa(s) pessoa(s) reagiu/reagiram?
 - 3.2.1. Seu parceiro ficou sabendo? Se sim, como ele reagiu? O que você achou desta reação?
 - 3.2.1.1. Como ficou a relação de vocês depois dessa notícia?
- 3.3. Qual(is) método(s)/recurso(s) utilizou para confirmar a gravidez?
- 3.4. Quanto tempo de gravidez você estava? Como você estava se sentindo?
- 3.5. E quando confirmou a gravidez, compartilhou com alguém a notícia? Quem? E como essa(s) pessoa(s) reagiu/reagiram?
 - 3.5.1. Você contou para seu parceiro? Se sim, como ele reagiu? O que você achou desta reação?
 - 3.5.2. E a relação afetivo-sexual entre vocês, como ficou?
- 3.6. Como estava sua vida quando descobriu a gravidez?
 - 3.6.1. A confirmação da gravidez trouxe alguma mudança na sua vida? Se sim, quais?
 - 3.6.2. Sua família conversava com você sobre esses assuntos (sexo, gravidez, anticoncepção, aborto)? Se sim, como eram/são tratados? Se não, com quem conversava e como eram tratados?
4. Como era a relação afetivo-sexual entre você e seu parceiro?
 - 4.1. E como estava na época em que a gravidez foi interrompida?
 - 4.2. Há quanto tempo vocês estavam juntos?
 - 4.3. Vocês moravam juntos? Onde? Ele trabalhava e/ou estudava?
 - 4.4. Na época, vocês usavam algum método contraceptivo?
 - 4.5. Vocês falavam em ter filhos? Haviam conversado sobre a possibilidade do aborto?
5. E depois da confirmação da gravidez, como foi a decisão pelo(a) aborto/interrupção?

- 5.1. Você conversou com alguém? Se sim, com quem? Essa(s) pessoa(s) influenciou a sua decisão?
 - 5.1.1. Conversou com o parceiro? Ele exerceu algum tipo de influência na decisão? Qual foi a participação dele?
 - 5.2. Caso tenha decidido sozinha:
 - 5.2.1. Você comunicou ao seu parceiro sobre sua decisão? Se sim, qual foi a reação dele (concordou ou discordou? Tentou fazer você mudar de ideia)?
 - 5.3. Quais foram os motivos que levaram você, ou vocês, a tomar(em) essa decisão?
 - 5.4. Quanto tempo levou entre a confirmação da gravidez e a decisão pelo aborto? Você poderia me falar um pouco como foi esse período? Como estava se sentindo?
6. E depois da decisão tomada, como foi o período até a realização do aborto?
 - 6.1. Quanto tempo decorreu da decisão tomada para a realização do aborto? Você poderia me falar um pouco como foi esse período? Como estava se sentindo?
 - 6.2. Quais foram as pessoas que participaram desse período? Como foi essa participação?
 - 6.2.1. Como foi a participação de seu parceiro?
 7. Qual (ou quais) procedimento(s)/recurso(s) foi utilizado(s) para realizar o aborto?
 - 7.1. Como foi a escolha por esse procedimento/recurso?
 - 7.2. Alguém lhe ajudou (indicou) ou influenciou nessa escolha? Se sim, quem? E como foi essa ajuda?
 - 7.2.1. Como foi a participação de seu parceiro nesse momento?
 8. Como foi o dia em que realizou a interrupção?
 - 8.1. Onde foi realizado o aborto?
 - 8.2. Quem realizou?
 - 8.3. Quem pagou?

- 8.4. Alguém foi com você? Se sim, quem? Você que escolheu essa(s) pessoa(s)? Seu parceiro foi com você?
- 8.5. Como estava se sentindo?
9. E logo depois da realização do aborto o que aconteceu? Como você estava se sentindo?
- 9.1. Houve pessoas que te apoiaram nesse momento? Se sim, quem foi (foram)?
- 9.2. Como ficou a relação afetivo-sexual que você tinha com seu parceiro?
10. Quais foram as repercussões que esse(s) evento(s) teve na sua vida?
- 10.1. (Caso tenha filhos(as),) Como a experiência de ser mãe afetou você em relação a tudo isso que você contou (sobre o aborto)?
- 10.1.1. E o seu parceiro? Como a experiência de ser pai (ou padrasto) o afetou em relação a tudo isso que você contou (sobre o aborto).
11. Você já ouviu falar ou conversou antes com alguém sobre aborto? Quais discursos/falas sobre a interrupção da gravidez você teve/tem contato? (discursos religiosos, mídia eletrônica – internet-programas de televisão, feministas etc.)
12. E na época em que realizou o(s) aborto(s) você frequentava? Se sim, qual?
13. Finalizar perguntando se ela gostaria de falar mais alguma coisa.

APÊNDICE B

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA REALIZADA COM OS HOMENS

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Gostaria de começar a nossa conversa, fazendo algumas perguntas para nos conhecermos melhor ...

- Onde você nasceu?
- Quantos anos você tem?
- Como você se descreveria em termos de cor ou raça?
- Sempre morou aqui (nome da cidade)? Mora com quem?
- Você mora em que bairro? Como é o bairro que você mora?
- Você tem família aqui (nome da cidade)? Tem muitos(a)s amigas(os), conhecidos, aqui?
- Você estudou? É formado?
- Você faz o que? Trabalha com alguma coisa? Tem uma renda fixa? Você poderia me falar quanto é a (sua) renda, em salários mínimos (e das pessoas que são responsáveis pelo sustento da casa)?
- Você frequenta algum culto religioso? Se sim, qual? Com que frequência?
- Você tem filhos(as)? Se sim, quantos? Quem foi/foram na época a(s) pessoa(s) que engravidou(aram) de você?
 - Caso tenha filhos(as), como é para você a experiência de ser pai?
 - E como é a mãe de seu filho(a) – fale um pouco sobre como ela exerce a maternidade? Como é a relação dela com sua filha(o)?
 - Caso não tenha filhos, você tem vontade de ser pai? Se sim, para você o que é ser pai?
 - Como você vê/ou imagina – se não tem filhos(as) – a mãe dos seus filhos(as)?

1. Você engravidou quantas parceiras? E destas gravidezes quais foram interrompidas?
2. Você poderia me falar sobre a(s) gravidez(es) que foi interrompida? Contar a história toda. (*Caso tenha mais de um aborto, tentar destrinchar cada história separadamente*).

3. Quando ficou sabendo da gravidez de sua parceira?
 - 3.1. Caso fale que a parceira lhe contou desde a suspeita: como foi esse período da suspeita até a confirmação da gravidez?
 - 3.1.1. O que a levou a suspeitar que estivesse grávida?
 - 3.1.2. Qual foi a sua reação com a notícia? Como se sentiu?
 - 3.1.3. Você contou para alguém sobre essa suspeita? Quem? E como essa(s) pessoa(s) reagiu/reagiram?
 - 3.2. Qual(is) método(s)/recurso(s) que foi utilizado para confirmar a gravidez?
 - 3.2.1. Quanto tempo de gravidez ela estava?
 - 3.2.2. E quando confirmou a gravidez, como você reagiu? Como se sentiu?
 - 3.2.3. Como ficou a relação afetivo-sexual entre você e sua parceira?
 - 3.2.4. Você compartilhou com alguém essa notícia? Quem? E como essa(s) pessoa(s) reagiu/reagiram?
 - 3.3. Como estava sua vida quando recebeu a notícia da gravidez?
 - 3.3.1. A confirmação da gravidez trouxe alguma mudança na sua vida? Se sim, quais?
 - 3.3.2. Sua família conversava com você sobre esses assuntos (sexo, gravidez, anticoncepção, aborto)? Se sim, como eram/são tratados? Se não, com quem conversava e como eram tratados?
4. Como era a relação afetivo-sexual entre você e sua parceira?
 - 4.1. Como estava a relação afetivo-sexual na época em que a gravidez foi interrompida?
 - 4.2. Há quanto tempo vocês estavam juntos?
 - 4.3. Vocês moravam juntos? Onde? Ela trabalhava e/ou estudava?
 - 4.4. Na época, vocês usavam algum método contraceptivo?
 - 4.5. Vocês falavam em ter filhos? Havia conversado sobre a possibilidade do aborto?

5. E depois da confirmação da gravidez, como foi a decisão pelo(a) aborto/interrupção?
 - 5.1. Como aconteceu a decisão pela interrupção?
 - 5.1.1. Caso a parceira tenha tomado a decisão sozinha:
 - 5.1.1.1. Qual foi sua reação quando ela lhe comunicou a decisão (concordou ou discordou? Tentou fazer com que ela mudasse de ideia)?
 - 5.1.2. Caso a decisão tenha sido compartilhada:
 - 5.1.2.1. Como foi sua participação?
 - 5.2. Você conversou com alguém sobre essa decisão? Se sim, com quem? Essa(s) pessoa(s) influenciou a decisão?
 - 5.3. Quanto tempo levou entre a confirmação da gravidez e a decisão pelo aborto? Você poderia me falar um pouco como foi esse período? Como se sentiu?
 - 5.4. Quais foram os motivos que levaram vocês (ou você) a decidirem interromper a gravidez?
6. E depois da decisão tomada, como foi o período até a realização do aborto?
 - 6.1. Quanto tempo decorreu da decisão tomada para a realização do aborto? Você poderia me falar um pouco como foi esse período? Como estava se sentindo?
 - 6.2. Como foi sua participação nesse período?
 - 6.3. Você conversou com alguém? Se sim, quem? E porque conversou com essa(s) pessoa(s)?
7. Qual (ou quais) procedimento(s)/recurso(s) foi utilizado(s) para realizar o aborto?
 - 7.1. Como foi a escolha por esse procedimento/recurso?
 - 7.2. Alguém ajudou (indicou) ou influenciou nessa escolha? Se sim, quem? E como foi essa ajuda?
 - 7.3. Como foi sua participação nesse momento?
8. Como foi o dia em que a interrupção aconteceu? Qual foi o seu papel?
 - 8.1. Onde foi realizado o aborto?

- 8.2. Quem realizou?
- 8.3. Quem pagou?
- 8.4. Você acompanhou sua parceira?
 - 8.4.1. Se sim, como foi? Como estava se sentindo?
 - 8.4.2. Se não, porque não acompanhou (ela não quis? você não pôde?)?
9. E logo depois da realização do aborto o que aconteceu?
 - 9.1. Caso tenha acompanhado a parceira:
 - 9.1.1. Como foi? Como sua parceira estava se sentindo? E você?
 - 9.2. Caso não tenha acompanhado:
 - 9.2.1. Alguém ficou com ela logo após a interrupção? Se sim, quem?
 - 9.2.2. E você onde estava? Procurou ter informações como ela estava?
Como estava se sentindo?
 - 9.3. Compartilhou esse momento com alguém? Se sim, quem foi (foram)?
 - 9.4. Como ficou a relação afetivo-sexual que você tinha com sua parceira?
10. Quais foram as repercussões que esse(s) evento(s) teve na sua vida?
 - 10.1. *(Caso tenha filhos(as))* Como a experiência de ser pai afetou você em relação a tudo isso que você contou (sobre o aborto)?
 - 10.1.1. E o sua parceira? Como a experiência de ser mãe (ou padrasto) o afetou em relação a tudo isso que você contou (sobre o aborto).
11. Você já ouviu falar ou conversou antes com alguém sobre aborto? Quais discursos/falas sobre a interrupção da gravidez você teve/tem contato? (discursos religiosos, mídia eletrônica – internet-programas de televisão, feministas etc.)
12. Na época em que sua(s) parceira(s) realizou o aborto você frequentava? Se sim, qual?
13. Finalizar perguntando se ele gostaria de falar mais alguma coisa.

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada(o) para participar da pesquisa: Trajetória(s) de gravidez(es). Este estudo pretende compreender como a gestação foi vivida pelas pessoas que experienciaram esse evento, bem como identificar as mudanças, motivadas pela gravidez, que ocorreram nas suas vidas.

Trata-se de um trabalho acadêmico e sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento. Serão realizadas algumas perguntas que talvez possam lhe trazer constrangimentos e/ou algum tipo de desconforto emocional. Nestes termos, lhe é garantido o direito de recusa em respondê-las ou mesmo a retirada deste consentimento, assim como, o de determinar que sejam excluídas do material da pesquisa informações que já tenham sido dadas.

As informações fornecidas serão usadas, apenas, para fins acadêmicos, garantindo-se a confidencialidade e o anonimato das(os) participantes. Para isto, serão utilizados nomes fictícios na identificação das(os) entrevistadas(os) e não serão coletados dados como, endereços, datas de nascimento e outros, que possam identificar, de alguma maneira, você enquanto participante dessa pesquisa. As entrevistas serão realizadas com privacidade e se alguém se aproximar podemos interromper imediatamente a conversa.

Ao final, os resultados do estudo serão apresentados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento nas áreas acadêmica, de saúde pública, dentre outras. Embora não haja qualquer benefício imediato para sua participação, a pesquisadora desse estudo acredita que os seus resultados irão ajudar a compreender melhor os aspectos relacionados à(s) gravidez(es).

Ademais, gostaríamos de destacar que a participação na pesquisa não envolve nenhuma remuneração. Para saber informações sobre seus direitos como participante da pesquisa, você pode entrar em contato com a coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (UFBA) pelo telefone: (71) 3283-7441.

Caso haja dúvidas, coloco-me à disposição para esclarecê-las agora, ou no decorrer da entrevista. Gostaríamos ainda de pedir sua autorização para a gravação da entrevista, ressaltando que após a transcrição a gravação será descartada.

Após ter lido e discutido com a pesquisadora os termos desse consentimento livre e esclarecido, se concorda em participar como informante colaborando assim, para a realização dessa pesquisa, por favor, manifeste-se verbalmente dizendo que aceita ser voluntária(o) e presencie a assinatura da pesquisadora abaixo. Uma via ficará com você, se assim o desejar, e a outra com a pesquisadora.

Salvador, ___/___/20___

Pesquisadora assinatura: _____

Nome completo da pesquisadora: _____

APÊNDICE D

CARACTERIZAÇÃO DAS(OS) ENTREVISTADAS(OS) SEGUNDO DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

As descrições a seguir apresentam a caracterização das(os) entrevistadas(os) segundo dados sociodemográficos selecionados. Não serão identificadas as pessoas segundo local de residência (Grande Salvador ou Grande Recife), bem como as cidades de nascimento, no intuito de preservar seu anonimato.

Das 20 mulheres entrevistadas, no momento da entrevista, cinco tinham menos de 30 anos, dez, entre 30 e 40 anos, e cinco, mais de 40 anos de idade. Oito delas se declararam “negras”, quatro “pardas”, três “brancas”, duas “mestiças”, duas “morenas claras” e uma “afro-indígena”. Quase a metade – nove mulheres – informou não ter religião; cinco afirmaram pertencer ao candomblé ou ser simpatizante; duas, simpatizantes de duas religiões, especificamente o candomblé e o espiritismo: duas, religião católica; uma é espírita; e outra é protestante. Oito mulheres nasceram no interior dos estados da Bahia ou de Pernambuco, nove nas capitais destes dois estados ou cidades da Região Metropolitana de Salvador ou de Recife, e três em capitais de outros estados. Em relação à escolaridade, apenas uma não tem ensino superior, duas estão na graduação e oito têm algum tipo de pós-graduação.

No que diz respeito ao estado civil, sete estão unidas e destas, apenas uma, Júlia, está com o mesmo parceiro da gestação que resultou em aborto. Três mulheres são casadas, sendo que duas, Clarice e Manuela, com os parceiros das gravidezes que foram interrompidas. Das sete entrevistadas solteiras, duas, Natália e Gabriela, estavam namorando com os parceiros que as engravidaram e cujas gravidezes foram interrompidas. Três mulheres declararam ser divorciadas ou separadas. Deste modo, cinco entrevistadas continuam com os parceiros que, de alguma maneira, participaram da experiência do aborto provocado

Todas as mulheres exercem alguma atividade remunerada. A renda foi dividida em: *renda própria* (1), quando a mulher tem renda e só ela é responsável pelo sustento da casa, incluindo gastos com dependentes; *renda familiar* (2), quando a renda representa o somatório da renda da mulher com a de familiares e/ou parceiro(a), divisão no sustento da casa e de dependentes; *renda irregular* (3), quando a mulher não tem uma renda regular e pode receber ajuda de terceiros para o sustento da casa e de dependentes; e *renda individual* (4), quando a mulher não é responsável pelo sustento da casa, podendo ter ou não dependentes, mas tem uma renda para gastos pessoais.

Das 20 mulheres, seis mulheres dividem o sustento da casa com o parceiro atual com quem moram; duas com familiares e parceiro (moram na casa dos pais) e uma mulher divide o sustento da casa somente com os familiares (mora na casa dos pais). Essas nove mulheres têm uma *renda familiar* (2) que varia de seis a trinta salários mínimos. Quatro mulheres têm *renda própria* (1), variando de três a nove salários mínimos; quatro mulheres têm *renda irregular* (3) e dependem da ajuda de terceiros para se sustentar e três mulheres não são responsáveis pelo sustento da casa, ou pelo seu próprio sustento, moram com os pais, mas têm uma *renda individual* (4) que varia de dois a oito salários mínimos.

A maior parte das mulheres declarou morar em um bairro considerado de estrato social médio⁹⁵. No que diz respeito ao número de filhos, metade das mulheres não tinha filhos; dentre as demais, a maior parte tinha apenas um filho e uma estava grávida no momento da entrevista. (Quadro 4).

Quanto às características dos homens, dois têm até 30 anos, três, entre 31 e 40 anos, e dois, entre 41 e 49 anos. Três entrevistados se declararam “brancos”, um “negro”, um “pardo”, um “amarelo enferrujado” e um “brasileiro”. Também quatro homens informaram não ter religião, um afirmou ser “politeísta”, outro espírita e um católico. Quatro entrevistados nasceram no interior da Bahia ou de Pernambuco, dois na capital de um destes dois estados e um na capital de outro estado. Um homem está na graduação, cinco são graduados e destes, quatro têm algum tipo de pós-graduação; um homem possui curso superior incompleto.

Apenas um entrevistado, Gustavo, é estudante, com os demais exercendo algum tipo de atividade remunerada. Dois homens, Alfredo e Iuri, possuem uma *renda familiar* (2). Alfredo divide o sustento da casa com sua parceira, Júlia, tendo uma renda de oito salários mínimos, já Iuri divide o sustento da casa com familiares, mora com a mãe e a irmã, tendo uma renda familiar de 6,5 salários mínimos. Carlos e Paulo têm, cada um, uma *renda própria* (1) de 10,5 e 16 salários mínimos. Léon possui uma *renda individual* (4) de cinco salários mínimos e Rômulo uma *renda irregular* (3).

A maior parte dos homens informou residir em bairros considerados de estratos sociais médios. Três deles têm filhos, outro informou que a parceira se encontrava grávida no momento da entrevista e os demais não têm filhos. (Quadro 5).

⁹⁵ O principal critério usado para classificar os bairros em estratos sociais médios foi a percepção que as/os participantes tinham de seus bairros em termos de transporte, segurança, lazer e saneamento básico. Além disto, a percepção da pesquisadora sobre a disposição dos bairros nas cidades também foi utilizada como critério para definição dos bairros em: nobre, estratos sociais médios, estratos sociais médio/baixo e região metropolitana.

Quadro 4 –Mulheres entrevistadas segundo características socioeconômicas selecionadas

Nomes	Idade	Raça /cor	Religião	Local de nascimento	Escolaridade	Estado civil	Ocupação	Renda: salário mínimo	Habitação	Filhos
Alice	49	Parda	Sem religião	Interior de Pernambuco	Superior	Unida	Autônoma	Irregular ³	Região metropolitana	2
Ane	25	Negra	Sem religião	Interior da Bahia	Superior	Solteira	Funcionária de uma instituição particular	2 ⁴	Bairro estratos sociais médios	–
Beatriz	32	Negra	Protestante	Salvador	Superior com PG e cursando segunda graduação	Divorciada	Funcionária terceirizada de uma instituição pública e estudante	8 ⁴	Região metropolitana	1
Carlota	41	Mestiça	Candomblé	Salvador	Superior e cursando segunda graduação	Separada	Autônoma	Irregular ³	Bairro de estratos sociais médios	1
Carol	31	Morena clara	Sem religião	Interior da Bahia	Superior	Solteira	Funcionária de uma instituição particular	16 ²	Bairro nobre	–
Chica	36	Negra	Candomblé	Interior da Bahia	Superior	Unida	Funcionária pública/ Autônoma	Até 6 ²	Bairro de estratos sociais médio/baixo	–
Clara	27	Negra	Candomblé	Salvador	Superior com PG em curso	Solteira	Estudante/bolsista de pós-graduação	Até 2,5 ⁴	Bairro de estratos sociais médio/baixo	–
Clarice	44	Branca	Católica	Interior da Bahia	Superior com PG e cursando segunda graduação	Casada	Funcionária pública e estudante	Até 30 ²	Bairro nobre	2
Débora	47	Negra	Simpatizante de duas religiões: Candomblé e espiritismo	Interior da Bahia	Graduação em curso	Solteira	Funcionária pública e estudante	6 ¹	Bairro de estratos sociais médio/baixo	–
Flora	35	Afro-indígena	Simpatizante do Candomblé	Interior da Bahia	Superior Com PG	Solteira	Estudante/ bolsista de pós-graduação e pesquisadora	Até 5 ¹	Bairro de estratos sociais médio/baixo	–

Nomes	Idade	Raça /cor	Religião	Local de nascimento	Escolaridade	Estado civil	Ocupação	Renda: salário mínimo	Habitação	Filhos
Gabriela	24	Parda	Sem religião	Olinda	Graduação em curso	Solteira	Estudante/bolsista e autônoma	Até 3 ¹	Bairro nobre	-
Júlia	28	Mestiça	Sem religião	São Paulo	Superior com PG	Unida	Funcionária de uma instituição particular	8 ²	Bairro de estratos sociais médio	Grávida 2ª vez
Laura	32	Negra	Candomblé	Salvador	Superior	Unida	Funcionária terceirizada de uma instituição pública	7 ²	Bairro de estratos sociais médio	1
Letícia	32	Morena clara	Católica	Salvador	Superior com PG	Unida	Funcionária terceirizada de uma instituição pública	Até 8 ²	Região metropolitana	1
Lorena	47	Parda	Sem religião	Olinda	Segundo grau completo	Divorciada	Sócia minoritária de uma empresa	Até 9 ¹	Bairro nobre	1
Manuela	36	Branca	Sem religião	Salvador	Superior com PG	Casada	Funcionária pública e estudante de pós-graduação	21 ²	Bairro nobre	-
Maria	38	Negra	Sem religião	Interior da Bahia	Superior com PG	Unida	Funcionária de uma instituição particular	11 ²	Bairro de estratos sociais médio	1
Melissa	30	Branca	Simpatizante de duas religiões: Candomblé e espiritismo	Brasília	Superior e cursando segunda graduação	Unida	Estudante bolsista/ Autônoma	Irregular ³	Bairro de estratos sociais médio	-
Natália	29	Negra	Sem religião	Recife	Superior	Solteira	Autônoma	Irregular ³	Bairro de estratos sociais médio	-
Paula	38	Parda	Espírita	São Paulo	Superior	Casada	Funcionária terceirizada de uma instituição pública	10,5 ²	Região metropolitana	2

De acordo com o DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos) o valor do salário mínimo em 2012 foi R\$678.00. Renda: (1) própria; (2) familiar; (3) irregular e (4) individual.

Quadro 5 – Homens entrevistados segundo características socioeconômicas selecionadas

Nomes	Idade	Raça /cor	Religião	Local de nascimento	Escolaridade	Estado civil	Ocupação	Renda: salário mínimo	Habitação	Filhos
Alfredo	30	Branco	Sem religião	São Paulo	Superior com PG	Unido	Funcionário de uma instituição particular	8 ²	Bairro de estratos sociais médio	Parceira grávida 2 ^a vez
Carlos	40	Pardo	Politeísta	Interior da Bahia	Superior incompleto	Solteiro	Proprietário de uma empresa	10, 5 ¹	Região metropolitana	2
Gustavo	24	Negro	Sem religião	Interior da Bahia	Graduação em curso	Solteiro	Estudante	–	Bairro nobre	–
Iuri	46	Amarelo enferrujado	Sem religião	Interior da Bahia	Superior com PG	Separado	Funcionário terceirizado de uma instituição pública	6,5 ¹	Bairro nobre	1
Léon	35	Brasileiro	Espírita	Interior de Pernambuco	Superior com PG e cursando segunda graduação	Solteiro	Funcionário de uma instituição particular e estudante	5 ¹	Bairro nobre	–
Paulo	46	Branco	Sem religião	Salvador	Superior com PG	Divorciado	Funcionário público	16 ¹	Bairro nobre	1
Rômulo	32	Branco	Católico	Recife	Superior	Solteiro	Autônomo	Irregular ³	Região metropolitana	–

De acordo com o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), o valor do salário mínimo, em 2012, foi de R\$678.00. Renda: (1) própria; (2) familiar; (3) irregular; e (4) individual.

Assim, resumindo os dados das(os) participantes da pesquisa, a maior parte das pessoas nasceu na capital ou na região metropolitana de Salvador ou Recife, tem idades entre 31 a 40 anos, se declarou negra e sem religião. No que se refere ao número de filhos, 12 tem filhos, o casal Júlia e Alfredo estava grávido no momento da entrevista, e 13 não têm filhos. A maior parte tem curso superior, algum tipo de ocupação, que proporciona uma renda com valores que variam de 2,5 a 30 salários mínimos. No momento da entrevista, a maioria declarou como estado civil, solteiro, porém estão dentro de relacionamentos (namoros), e residem em bairros considerados de estratos sociais médios.

APÊNDICE E

HISTÓRIAS DE ABORTO

Quadro. Dados sobre as histórias de aborto ocorridas quando jovens

NOME	ABORTO			RELAÇÃO ABORTO\GRAVIDEZ		TIPO DE PARCERIA	MÉTODOS UTILIZADOS	VALOR* PAGO
	Nº	ANO	IDADE À ÉPOCA	GRAVIDEZ	PERÍODO GESTACIONAL			
Ane	02	2009	22	1ª gravidez	2º mês	Namoro	“Clínica top”	1.500,00
		2010	23	2ª gravidez	1 mês e meio		“Clínica top”	800,00 (valor negociado com o médico)
Chica/ Carlos	01	1991	Ela: 15 Ele: 18/19	1ª gravidez de ambos	1 mês e meio	Namoro desfeito	“Clínica popular”	Pelos cálculos de Carlos equivale a 150,00
Chica	03	1994	18	2ª gravidez	Quase 4 meses	Namoro	“Clínica top”	NL
		1994	18	3ª gravidez	Início da gravidez	Relação sexual casual	“Clínica top”	NI
		1998	22	4ª gravidez	Quase 4 meses	Namoro	Cytotec	NI
Clara	01	2009	24	1ª gravidez	5ª semana	Namoro	“Clínica top”	1.500,00
Clarice	01	1989	21	1ª gravidez	2º mês	Noivado com o atual marido	“Clínica top”	NL
Débora	01	1990	25	1ª gravidez	Início de gravidez	Parceiro sexual, encontros frequentes sem envolvimento emocional	Chás + Cytotec + Casa de aborteira	NL
Flora	01	2002	25	1ª gravidez	2º mês	Namoro	“Clínica top”	700,00 (valor negociado com o médico)
Gabriela /Gustavo	01	2010	Ambos 22	1ª gravidez	2º mês	Namoro em curso no momento da entrevista	“Clínica top”	3.000,00

continua

conclusão

NOME	ABORTO			RELAÇÃO ABORTO\GRAVIDEZ		TIPO DE PARCERIA	MÉTODOS UTILIZADOS	VALOR* PAGO
	Nº	ANO	IDADE À ÉPOCA	GRAVIDEZ	PERÍODO GESTACIONAL			
Iuri	01	1984	19/20	1ª gravidez	2 meses e meio	Namoro com a ex-mulher	Cytotec + “Clínica top”	400 dólares (clínica)
Júlia/ Alfredo	01	2008	Ela-24 Ele-25	1ª gravidez	8ª semana	Namoro, atualmente unidos	Medicamento trazido da Europa	Não pagaram
Laura	01	2000	20/21	1ª gravidez	2º mês	Namoro	Chás+Cytotec+ “Clínica popular”	300,00 (clínica)
Léon	01	2002	25	1ª gravidez	2º mês	Namoro	“Clínica top”	2.000,00
Letícia	01	2004	24	1ª gravidez	6ª semana	Namoro	“Clínica top”	NL
Lorena	01	1990	25	2ª gravidez	Quase 3 meses	Relação sexual com o ex-marido	“Clínica top”	NL
Manuela	01	1996	20	1ª gravidez	Entre 5ª e 6ª semana	Namoro com o atual marido	“Clínica top”	NL
Maria	01	1992	18	1ª gravidez	2º mês	Namoro	“Clínica top”	NL
Melissa	01	2002	20	1ª gravidez	Quase 3 meses	Namoro	“Clínica top”	1.000,00
Paulo	02	1986	18	1ª gravidez	Início de gravidez	Namoro	“Clínica top”	NI
		1990	23/24	2ª gravidez	Início de gravidez	Namoro com a primeira ex-mulher	“Clínica top”	Gratuito
Rômulo	02	2002	22	1ª gravidez	NI	Parceira sexual, encontros frequentes sem envolvimento emocional	Cytotec	NI
				2ª gravidez				

NL: não lembra; NI: não soube informar, por não estar implicada(o) no pagamento do procedimento

Quadro 5 – Dados sobre as histórias de aborto ocorridas quando adultos

NOME	ABORTO			RELAÇÃO ABORTO\GRAVIDEZ		TIPO DE PARCERIA	MÉTODOS UTILIZADOS	VALOR* PAGO
	Nº	ANO	IDADE À ÉPOCA	GRAVIDEZ	PERÍODO GESTACIONAL			
Alice	02	1999	36	3ª gravidez	1 mês e meio	Namoro	“Clínica top”	800
		2001	38	4ª gravidez	1º mês	Namoro	Cytotec	NL*
Beatriz	02	2010	30	2ª gravidez	2º mês	Parceiro sexual,encontros frequentes sem envolvimento emocional	2 na mesma “Clínica top”	2.500,00
		2012	32	3ª gravidez	5ª semana			Namoro
Carlota	01	2012	41	2ª gravidez	Início da gravidez	Namoro	Cytotec + “Clínica top”	2.150,00 (clínica)
Carol	02	2008	28	1ª gravidez	Quase 2 meses	Namoro	2 na mesma “Clínica top”	2.000,00
				2ª gravidez	Início da gravidez			
Clarice	01	1997	29	3ª gravidez	2º mês	Casamento atual	“Clínica top”	2.000,00
Débora	01	2004	38	2ª gravidez	Início da gravidez	Namoro	“Clínica popular”	NL
Iuri	01	2005	39	3ª gravidez	3º mês	Casamento	Cytotec + “Clínica top”	NL
Léon	01	2007	30	2ª gravidez	Quase 3 meses	Namoro	“Clínica top”	+ de 2.000,00
Manuela	01	2007	31	2ª gravidez	Entre 8ª e 9ª semana	Casamento atual	“Clínica top”	3.000,00
Maria	02	2001	27	3ª gravidez	Início da gravidez	União com o ex-parceiro	“Clínica popular”	800,00
		2002	28	4ª gravidez	Início da gravidez		Cytotec	NL
Natália	01	2011	28	1ª gravidez	4ª semana	Namoro	“Clínica top”	2.000,00
Paula	01	2009	34	2ª gravidez	3ª semana	União com o ex-parceiro	“Clínica top”	1.800,00
Paulo	01	1996	30	3ª gravidez	Quase 3 meses	Primeiro casamento	“Clínica top”	NL

NL: não lembra; NI: não soube informar, por não estar implicada(o) no pagamento do procedimento