

## CAPÍTULO 6

### Aborto e saúde reprodutiva no Nordeste brasileiro: mulheres, poder e resistência

*Rozeli Porto  
Cassia Helena Dantas Sousa  
Mayra Balza Moda*

#### Introdução

Há uma série de pesquisas nacionais e internacionais que levantam informações importantes que nos ajudam a compreender as razões pelas quais mulheres, de distintas idades e camadas sociais, recorrem ao aborto inseguro<sup>11</sup> (MENEZES, AQUINO, 2009; DINIZ, MEDEIROS, 2010; DINIZ et al., 2017; ROSTAGNOL, 2016). Muitas vezes, tal recurso é motivado pelo total desconhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos; e mesmo quando possuem algum conhecimento, correm o risco de não saber utilizá-los ou acessá-los (TORNQUIST; MIGUEL; PORTO, 2013).

Questões econômicas, sociais, culturais e ou subjetivas podem levar as mulheres a interromper voluntariamente uma gestação, embora o aborto não seja permitido pelo Código Penal Brasileiro de 1940 (CPB). De acordo com essa mesma legislação, abre-se exceção somente em dois casos: a) risco de morte para a mulher; b) gravidez decorrente de violência sexual/estupro (artigo 128, incisos I e II) – sendo que a prática deste último foi regulamentada somente no início da década de 2000 pelo Ministério da Saúde através de Normas Técnicas Ministeriais (BRASIL, 2011).

Permite-se, ainda, a interrupção da gravidez em caso de ocorrência de anencefalia, anomalia fetal grave que se caracteriza pela ausência dos hemisférios cerebrais. Tal fato mereceu o reconhecimento por parte do Supremo Tribunal Federal (STF) nesta proposição, garantindo interpretação conforme a Constituição Federal, na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - ADPF nº 54. Essa arguição foi instaurada em 2004, a pedido da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde (CNTS) e com assessoria da ONG feminista Anis (DINIZ; RIBEIRO, 2003). Após oito anos discutindo esta ação, a corte determinou que nem mulheres, nem profissionais que realizam abortos nessa condição poderiam ser punidos. Essa foi a primeira vez na história em que o STF tomou decisão sobre saúde e direitos reprodutivos.

Uma ação similar à anteriormente realizada sobre a interrupção da gestação de fetos anencéfalos está sendo preparada para pedir à Suprema

---

<sup>11</sup> Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2007), a definição para aborto inseguro é a de um procedimento para terminar uma gravidez inesperada, realizado por indivíduos sem as habilidades necessárias e/ou em ambiente abaixo dos padrões médicos exigidos.

Corte Brasileira o direito ao aborto em gestações de bebês com microcefalia<sup>12</sup>. Mais uma vez, a organização não governamental Anis, junto com outros profissionais, entre ativistas, médicos e advogados, está à frente dessa ação. Não se poderia pensar, na época da edição do Código, nos casos em que uma epidemia poderia trazer consequências tão devastadoras e incertas, como nas ocorrências de microcefalia causada pelo zika vírus; tampouco numa anomalia fetal grave como a anencefalia, em que o produto da concepção não sobreviveria após o nascimento.

Estamos vivenciando uma árida disputa no campo dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, onde tais regulamentações sofrem ameaças por projetos de lei referentes às reformulações legais sobre o aborto. Segundo Lia Zanotta Machado (2016: 5), nos anos noventa e início do milênio, era “legítimo o debate público e político em prol da defesa dos direitos ao aborto”, sendo que foram “instituídos serviços de aborto legal” às ocorrências permitidas em lei conforme consta no CPB (BRASIL, 2011). Contudo, Machado argumenta que, a partir do ano de 2005, distintas “formas de narrativas fundamentalistas” contrárias à legalização do aborto cresceram extraordinariamente no país, especialmente “em reação à elaboração e à apresentação naquele ano pelo Poder Executivo ao Legislativo de minuta de projeto de lei em favor da legalização da interrupção da gravidez”, formalmente elaborada por uma Comissão Tripartite<sup>13</sup>. Sendo que tal retrocesso aprofunda-se em 2010, com o crescimento do poder político da movimentação pró-vida no Parlamento brasileiro. Retrocesso que se reflete, do mesmo modo, durante a campanha presidencial, quando os candidatos foram fortemente pressionados pela Conferência Nacional de Bispos no Brasil (CNBB) e pelas Frentes Parlamentares Evangélicas e “contra o aborto”. Mesmo em um estado laico, questões de cunho religioso permanecem tutelando as políticas públicas, e tais pressões conservadoras acabaram, sem dúvida, por interferir nesse processo eleitoral (REGO; DANTAS DE MEDEIROS NETA, 2017).

A partir de então, desdobram-se tentativas de emendas constitucionais para anular os excludentes de penalidade do aborto ao apoiar a suposição moral do direito à vida do feto desde a concepção, a exemplo do Projeto de Lei nº 5069/13, que impõe dificuldades para realização de abortos

---

<sup>12</sup> A microcefalia é uma doença em que a cabeça e o cérebro das crianças são menores que o normal para a sua idade, o que prejudica o seu desenvolvimento mental. Ver matéria disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/01/1734795-grupo-prepara-acao-no-stf-por-aborto-em-casos-de-microcefalia.shtml>>.

<sup>13</sup> A comissão tripartite foi constituída por seis representantes do poder executivo, seis representantes do poder legislativo e seis representantes da sociedade civil, indicados ou membros do Conselho Nacional de Direitos das Mulheres. A Comissão Tripartite para Revisão da Legislação Punitiva da Interrupção Voluntária da Gravidez foi iniciativa do Poder Executivo, por meio da Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres. Essa minuta teve como origem a demanda, pelos movimentos feministas, de revisão da legislação punitiva do aborto, apresentada e aprovada na I Conferência Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres em 2004.

nos casos permitidos pela legislação brasileira; PL nº 478/2007, que trata do Estatuto do Nascituro (apelidado pelas feministas como Bolsa-estupro)<sup>14</sup>; CPI do aborto<sup>15</sup>; revogação de portarias do Ministério da Saúde<sup>16</sup>; lei geral das religiões<sup>17</sup>; fim do estado laico<sup>18</sup>; por fim, o PL nº 181/2011, que trata da licença-maternidade em casos de bebês prematuros, porém, com sugestões para alterações constitucionais, no que diz respeito à expressão "desde a concepção", quando trata da "dignidade da pessoa humana". O mesmo termo foi incluído no artigo 5º, que passa a garantir "a inviolabilidade do direito à vida desde a concepção", fato que pressupõe barrar a descriminalização do aborto em todas as ocorrências previstas no CPB<sup>19</sup>.

Tais projetos provêm de bancadas congressistas bastante influenciadas por grupos religiosos, os quais dificultam a discussão, e se refletem no cotidiano dos atendimentos aos casos de aborto. Os direitos reprodutivos e sexuais despertam grande resistência destes segmentos sociais religiosos, que implicam, por sua vez, moralidades particulares, impregnadas nos discursos e nas práticas de diferentes parlamentares latino-americanos (CAVALCANTE; BUGLIONE, 2008).

Entretanto, reconhece-se que leis restritivas não diminuem o problema em questão (DINIZ; MEDEIROS, 2012). Estas acabam por forçar a prática do aborto clandestino, desvelando o descompasso entre essas leis e a prática estabelecida pelas mulheres em relação ao aborto: por medo de serem punidas, as mulheres iniciam o abortamento em locais não hospitalares, através de itinerários abortivos os mais diversos, o que reverbera num grave

---

<sup>14</sup> O Estatuto do Nascituro é um Projeto de Lei (nº 478 de 2007) que tramita na Câmara dos Deputados substituindo o PL nº 1135/91, que propunha a total descriminalização do aborto. Prevê proteção jurídica à criança ainda não nascida. Obriga a mulher a parir uma criança gerada pela violência, eliminando suas possibilidades de serem sujeitas ativas desse processo.

<sup>15</sup> O objeto da CPI é "investigar a existência de interesses e financiamentos internacionais para promover a legalização do aborto no Brasil, prática tipificada como crime no Código Penal Brasileiro, em seus artigos 124 a 127". Disponível em: <<http://artigo19.org>>. Acesso em: 3 jun. 2013.

<sup>16</sup> Tal portaria formalizava o aborto legal no SUS, nos casos que já estavam previstos em lei. Todavia, uma nova portaria foi publicada no "Diário Oficial" revogando a norma anterior, assinada pelo secretário de Atenção à Saúde, Fausto Pereira dos Santos. A assessoria do Ministério da Saúde afirmou que a portaria não alterava as regras já vigentes sobre o aborto legal e foi revogada por questões técnicas (<http://oglobo.globo.com>, 29/05/2014).

<sup>17</sup> O Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 160/2009, conhecido como Lei Geral das Religiões, é uma reivindicação de denominações religiosas, especialmente as evangélicas, para garantir isonomia com a Igreja Católica. O projeto foi apresentado em 2009, na Câmara, pelo deputado George Hilton (PRB-MG), depois que o governo brasileiro assinou, em 2008, um acordo com o Vaticano, criando o Estatuto Jurídico da Igreja Católica no país. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias>>. Acesso em: 9 abr. 2014.

<sup>18</sup> A PEC 99/11, aprovada na Comissão de Constituição e Justiça (CCJ), possibilita que entidades religiosas questionem decisões judiciais e eleva os valores da fé a argumentos jurídicos. O texto foi apresentado pelo deputado federal João Campos (PSDB-GO), após conversa com a Frente Parlamentar Evangélica do Congresso Nacional. Disponível em: <<http://www.sul21.com.br/jornal>, 02/04/2013>.

<sup>19</sup> Por usar o projeto sobre licença-maternidade para tratar de aborto, a PEC foi apelidada por movimentos sociais de "Cavalo de Troia".

problema de saúde pública, particularmente mais grave em países em desenvolvimento (PORTO, 2014, 2017).

Em nossa investigação sobre aborto e contracepção no Rio Grande do Norte, encontramos exatamente esse contraponto entre leis e práticas, teoria e ação. Estivemos em contato com 50 mulheres que passaram pela experiência do aborto inseguro nas cidades de Natal e Caicó, em ambientes hospitalares e não hospitalares. Como o tema envolve aspectos de cunho religioso, secreto, moral e de “ilegalidade”, tivemos que tomar cuidados técnicos e metodológicos específicos para acessar o tema (MENEZES; AQUINO, 2009), tanto no que diz respeito à parte ética e burocrática da investigação – autorização dos comitês de ética em pesquisa -, quanto no concerne à sensibilidade intersubjetiva de acesso às nossas interlocutoras (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000)<sup>20</sup>.

Assim, busca-se no texto delinear o perfil das mulheres que participaram da nossa pesquisa, levando em consideração elementos como classe, cor/raça, crenças religiosas, situação conjugal, número de abortos etc., além de preceitos morais e emoções. Um dos principais pontos de reflexão refere-se às razões que levaram essas sujeitas a recorrer ao aborto inseguro. Observa-se que a prática do aborto, envolvida em relações de gênero e poder (ORTNER, 1996; ROSTAGNOL, 2016), caracteriza-se como forte resistência à sanção social que se manifesta, por parte de distintos grupos sociais, no controle dos corpos e da saúde reprodutiva das mulheres (MENEZES; AQUINO, 2009).

## **Metodologia e Intersubjetividades**

Como observado em outros momentos (PORTO, 2014, 2017; PORTO, DANTAS SOUSA, 2017; DANTAS SOUSA, PORTO, 2013), esta pesquisa se guia por um viés qualitativo, onde as entrevistas semiestruturadas, observações e “muita escuta passiva e ativa” se fizeram presentes. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e conduzidas a partir de roteiro semiestruturado. Para evitar riscos de identificação, o consentimento das colaboradoras à participação em nosso trabalho foi oral, uma vez que a interrupção da gravidez no país é considerada crime – afora as exceções comentadas. As escutas, algumas vezes, se deram nas cigarreiras no entorno das maternidades, em bares, na universidade, na feira e, claro, dentro das maternidades e outros ambientes hospitalares e não hospitalares. Já ressaltamos também que passamos pelo crivo do comitê de ética em pesquisa de nossa Universidade (UFRN)<sup>21</sup>, sendo a investigação aprovada após idas e vindas, por conta dos

---

<sup>20</sup> Propositamente, não vamos localizar quantas e quais mulheres conversaram conosco entre os municípios de Natal e Caicó.

<sup>21</sup> Aprovado sob o CAAE nº 36085913.4.0000.5537.

desentendimentos destas pesquisadoras em relação aos questionamentos biomédicos que para nossa equipe eram incompreensíveis.

Intitulada “Práticas e representações de Profissionais de Saúde relativas ao aborto legal e suas relações com mulheres usuárias do SUS em hospitais/maternidades no Rio Grande do Norte”<sup>22</sup>, essa pesquisa foi realizada principalmente em dois hospitais/maternidades em Natal: Maternidade Januário Cicco, localizada no bairro da Ribeira, e na Maternidade Santa Catarina, fixada na zona norte de Natal. Também nos empenhamos em investigar uma unidade de saúde e ainda a feira livre de Caicó<sup>23</sup>.

A equipe foi composta por sete estudantes, sendo que cinco delas realizaram efetivamente trabalho de campo. As outras duas se limitaram à investigação bibliográfica em jornais, livros e revistas. Algumas iniciaram a pesquisa durante a graduação (Iniciação Científica – IC; Trabalho de Conclusão de Curso - TCC) e a finalizaram no Mestrado em Antropologia Social da UFRN, levando adiante o tema desta investigação para seus trabalhos<sup>24</sup>. Cada uma das pesquisadoras criou sua própria técnica de abordagem às interlocutoras dessa pesquisa<sup>25</sup>, que, aliás, não se restringiu às mulheres que passaram pela experiência de um abortamento, mas envolveu também e inclusive os profissionais de saúde representantes dos lócus de pesquisa investigados, assim como outros mediadores informais em campo<sup>26</sup> (DANTAS SOUSA, PORTO, 2013; PORTO, 2017; COSTA, 2017).

Especialmente em ambientes hospitalares, as profissionais de saúde foram articuladoras importantes para acessar estas sujeitas e outros dados. Contudo, foi principalmente a partir da observação nas áreas correspondentes aos centros obstétricos que houve maior acesso às mulheres, pois era nestes ambientes que elas aguardavam o atendimento e/ou estavam internadas. Inclusive, algumas vezes, as pesquisadoras foram confundidas com as próprias profissionais de saúde. Observe-se que o protocolo hospitalar – especialmente na maternidade Santa Catarina – exigia o uso do jaleco para que as pesquisadoras pudessem permanecer nas alas de espera e do centro obstétrico, realizando assim observação direta e participante. Essa exigência

---

<sup>22</sup> Edital MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA Nº 32/2012.

<sup>23</sup> Por razões que desconhecemos, fomos impedidas de realizar pesquisa na maternidade Caicoense. Assim, acabamos nas unidades básicas de saúde e, conseqüentemente, nas feiras livres. Mais detalhes sobre a pesquisa feita em Caicó podem ser encontrados em Porto e Galvão (2014).

<sup>24</sup> Agradeço às minhas orientandas pelo excelente trabalho de campo que empreenderam junto a mim nesta pesquisa: Cassia Helena Dantas Sousa (IC, TCC, Mestrado), Maynara Costa (IC, Mestrado), Mayra Balza (IC/TCC), Andrea Santos (TCC/Mestrado), Fabiana Galvão (Extensão), Renata Ribeiro (IC) e Carolyne Kyze (voluntária).

<sup>25</sup> Maiores detalhes metodológicos, dentre outros, poderão ser observados no livro que estamos organizando sobre essa investigação.

<sup>26</sup> Mediadores/as formais: profissionais de saúde ligadas/os a instituições hospitalares; mediadores informais: demais sujeitas/os envolvidas/os nessas relações sociais (PORTO, 2017). Outrossim, “mediadores” e “mediação” serão aqui compreendidos conforme Velho (1994).

acabou por auxiliar as pesquisadoras, uma vez que, após as encaminharem aos cuidados médicos, conseguiam reativar o contato e realizar entrevistas (dentro e fora de tais instituições) –, explicando, por certo, qual o seu efetivo papel naquele espaço hospitalar, conforme as premissas éticas que envolvem a pesquisa antropológica<sup>27</sup>.

Esse primeiro contato relativo ao encaminhamento médico realizado pelas investigadoras – e também a partir de outras formas de aproximação –, acabou por criar relações intersubjetivas entre pesquisadoras e pesquisadas, num exercício incansável para evitar julgamentos de valor etnocêntricos em nossas interpretações (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000)<sup>28</sup>. Sem dúvida, tentou-se envolver nesses encontros, como condição de conhecimento, uma capacidade de diálogo responsável e um pouco menos assimétrica entre sujeitas/interlocutoras<sup>29</sup>.

Destaca-se que a pesquisa não se limitou aos ambientes hospitalares. Conforme comentado, além das maternidades, unidades básicas de saúde e feiras, as próprias mulheres nos procuraram para falar de seus itinerários abortivos, ora porque haviam tomado conhecimento de nossa pesquisa e queriam dar suas contribuições a partir de suas histórias, ora pelo próprio “acaso” que o trabalho de campo proporciona (PEIRANO, 1995). Dessa forma, observa-se que o recorte para este artigo se embasa precisamente nas entrevistas realizadas com estas 50 mulheres, como poderemos conferir a partir do próximo tópico.

### **Quem são elas?**

Pesquisas que abordam o perfil e a magnitude do aborto, a exemplo das realizadas no Brasil por Débora Diniz et al. (2010 e 2017), demonstram que a mulher que interrompe uma gestação é uma mulher comum. Aos 40 anos, quase uma em cada cinco brasileiras realizaram o procedimento. Somente no ano de 2015, cerca de meio milhão de abortos ocorreram no Brasil. Segundo indicam as autoras, as mulheres que abortam são, ou virão a ser em algum momento de suas vidas, donas de casa, religiosas, estudantes, trabalhadoras, mães, vivendo, na maior parte das vezes, em regime conjugal estável, contrariando os estereótipos de mulher promíscua ou inconsequente que permeiam o senso comum. Pertencem a todos os grupos raciais, níveis

---

<sup>27</sup> Seguindo as premissas do Código de Ética da Associação Brasileira de Antropologia (ABA).

<sup>28</sup> A noção de intersubjetividade tem diversos desdobramentos, mas pode ser descrita, de uma forma geral, como uma prática de conhecimento que envolve a relação entre dois/duas sujeitos/as. Para Roberto Cardoso de Oliveira (2000, p. 31), o reconhecimento de tal intersubjetividade é uma das maiores contribuições do paradigma hermenêutico para a antropologia.

<sup>29</sup> Pode-se ainda conferir que tal renúncia a uma pretensa superioridade conferida pela posição privilegiada de observador e de cientista também está presente no que Habermas (1989) define como atitude performativa, por ele considerada inerente aos procedimentos hermenêuticos.

educacionais e classes sociais, residentes em todas as regiões do país (DINIZ et al., 2017).

Estes dados ratificam e nos ajudam a analisar parte de nossa investigação no Rio Grande do Norte, a partir das informações colhidas em diferenciados locais, como observado. Nossas interlocutoras, tal qual apontam Diniz et al. (2010, 2107), não deixam de ser mulheres comuns, pertencentes a classes sociais diferenciadas e com níveis de escolaridade variados que, por alguma razão, não levaram suas gestações adiante.

Foram entrevistadas 50 mulheres maiores de 18 anos. Levamos em consideração, para análise dos dados, os seguintes aspectos: a) idade do último aborto; b) situação conjugal; c) número de filhos; d) número de abortos; e) formas de abortamento; f) raça/cor; g) classe; h) escolaridade; i) religião. Por fim, verificamos quais foram as razões que motivaram essas mulheres a abortar.

### ***Idade em que realizaram o último Aborto***

Tabela 1 - Idade das mulheres no último aborto

13-19	12 mulheres
20-29	27
30-38	11
<b>Total</b>	<b>50</b>

Fonte: Elaborada pelas autoras

Na Tabela 1, percebe-se que mulheres na faixa etária entre 20 e 29 anos são as que mais recorreram ao aborto. Não é desprezível o número de abortos nas outras faixas etárias, lembrando que a região Nordeste é uma das mais afetadas no país, com altos índices de abortos inseguros, assim como a região Norte (MARTINS-MELO, 2012).

### ***Situação Conjugal***

Tabela 2 - Situação conjugal atual das mulheres

Casada/união estável	34 mulheres
Solteira	14
Separada/ Divorciada	2
Viúva	0
<b>Total</b>	<b>50</b>

Fonte: Elaborada pelas autoras

Outro dado bastante interessante nesse processo é a situação conjugal dessas mulheres. Observe-se na tabela 2 que, das 50 interlocutoras entrevistadas, 34 são casadas oficialmente ou possuem união estável. Quatorze delas, na época, estavam solteiras, e apenas duas disseram ser divorciadas.

### **Número de Filhos**

Tabela 3 – Número de filhos

nenhum filho	25 mulheres
1	7
2	7
3	5
4	4
5	0
6	1
7	1
<b>Total</b>	<b>50</b>

Fonte: Elaborada pelas autoras

Exatamente metade das mulheres entrevistadas têm filhos. Sete delas têm 1 filho. Outras 7, dois filhos. Cinco delas têm 3 filhos e outras 4 tem 4 filhos. Por fim, duas delas têm consecutivamente 6 e 7 filhos. Algumas mulheres com as quais conversamos ainda pretendem tê-los, embora não tenhamos os dados exatos sobre esta última informação.

### **Número de Abortos**

Tabela 4 - Número de Abortos

1 aborto	39 mulheres
2	10
3	0
4	1
<b>Total</b>	<b>50</b>

Fonte: Elaborada pelas autoras

Vimos que 39 mulheres realizaram pelo menos um abortamento durante seu período reprodutivo, conforme consta na Tabela 4. Dez realizaram dois abortos, número que também deve ser considerado. Apenas uma de nossas interlocutoras realizou 4 abortos, autoidentificando-se como morena clara, pertencente à classe popular e com Ensino Médio completo.

## Formas de Abortamento

Tabela 5 - Formas de Abortamento

Misoprostol/Cytotec®	34 mulheres
Misoprostol/Cytotec®/ outras substâncias (chá, garrafadas, etc.)	14
Clínicas	2
<b>Total</b>	<b>50</b>

Fonte: Elaborada pelas autoras

Quase todas as mulheres abortaram com medicamentos, sendo o Misoprostol/Cytotec®<sup>30</sup> utilizado por 48 das 50 mulheres. Esta medicação é conhecida em larga escala tanto por nossas interlocutoras como por outros mediadores em saúde formais e/ou informais entrevistados para esta pesquisa (PORTO, 2017). Observe-se, ainda, que 14 delas misturaram o Misoprostol/Cytotec® a diferentes substâncias, como chás de arruda e cabacinha, garrafadas (várias ervas), ampolas e/ou gotinhas com teores desconhecidos<sup>31</sup>. Entre as 50 entrevistadas, 43 finalizaram o abortamento em maternidades. Cinco delas iniciaram e terminaram o procedimento com medicamentos em locais não hospitalares. E outras duas realizaram o procedimento em clínicas particulares fora de Natal.

---

<sup>30</sup> O Misoprostol/Cytotec® é um medicamento utilizado na prevenção de úlceras gástricas associadas à administração de anti-inflamatórios não esteroides. Além disso, estimula as contrações uterinas, de modo que é utilizado, com frequência, para a realização de abortos seguros, recomendado pela Organização Mundial da Saúde. No país, foi comercializado normalmente entre os anos de 1986 e 1991, quando então a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) proíbe sua circulação a partir da publicação de uma pesquisa informando suas possíveis reações e “contraindicações” (MARIANI NETO et al., 1987).

<sup>31</sup> Duas delas ainda referiram-se aos escalda-pés (tratamento antigo cujo principal objetivo é aquecer os pés e tirar a friagem após uma caminhada pela neve, exposição à chuva, nas gripes e dores articulares), pois este recurso, unido aos outros, “ajudaria a descer a menstruação”. Para saber mais sobre este assunto, ver Porto e Galvão (2014).

## Raça/Cor

Tabela 6 - Raça/Cor

Negra	10 mulheres
Branca	9*
Morena Clara	4
Mulata	1
Parda	18
Misturada	1
Oriental/Nipônica	1
Branca do cabelo rebelde, pé na África	1*
Não disse/sem informações	5
<b>Total</b>	<b>50</b>

Fonte: Elaborada pelas autoras

Sobre a tabela raça/cor, 23 mulheres que participaram da pesquisa se autodenominaram nesse quesito<sup>32</sup>. Os dados sobre as outras 27 entrevistadas foram anotados a partir dos prontuários. Dentre as 23 colaboradoras, registramos que 7 se autodeclararam brancas e apenas 1 se autoidentificou como negra. Na soma entre as demais categorias, excetuando-se a oriental/nipônica, temos aí 13 mulheres que se autodeclararam morenas claras, mulatas, pardas, misturadas. Ainda, uma delas se declarou “branca do cabelo rebelde, pé na África”, afirmação que sem dúvida deixou intrigadas estas pesquisadoras com maneira pela qual seria aqui identificada. Seguindo as premissas do IBGE, resolvemos citá-la *ipsis literis* conforme sua autodeclaração.

Dentre as outras 27 colaboradoras, temos que 9 são negras, 11 pardas, 2 brancas e não constava no prontuário a identificação de 5 entrevistadas. Vale ressaltar que, na época da pesquisa, esse quesito do prontuário era marcado pelo primeiro profissional que atendia a paciente na triagem. Observa-se, assim, que na soma entre autodeclarações e identificações nos prontuários, temos um total de 10 negras, 25 pardas (somando-se as “não brancas”, morenas, mulatas, misturadas etc.), 10 brancas

---

<sup>32</sup> O censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) tem feito dessa maneira a partir das últimas edições, e qualquer coisa que o entrevistado responda (incluindo coisas como “marrom bombom”, “moreninho” etc.) devem ser registradas. Essa forma de classificação é fruto de intervenção de consultoria de profissionais das Ciências Sociais, que retiraram as categorias fixas (dentre as quais as pessoas deveriam escolher apenas uma) para que se passasse a perguntar como as pessoas realmente se veem. Tais informações foram obtidas oralmente por uma de nossas investigadoras com pesquisadores que atuaram no último censo de IBGE.

e apenas 5 mulheres não responderam/não constava informação no prontuário.

### **Classe Social**

Tabela 7- Classe Social

Classe Média Alta	01 mulher
Classe Média	07
Classe Média Baixa	05
Classe Popular	10
Não disse/sem informações	27
<b>Total</b>	<b>50</b>

Fonte: Elaborada pelas autoras

Não houve coleta suficiente da informação sobre classe social em nossa pesquisa, como também não houve sobre o quesito escolaridade. Obtivemos informações apenas de 23 entrevistadas, o que poderia enviesar a análise dos dados. Entretanto, acreditamos que tais informações não poderiam ser ignoradas.

Como na tabela precedente sobre raça/cor, as denominações de classe social estão sendo aqui proferidas de acordo com nossas interlocutoras, mas a diversidade de categorias já não se processa tão criativamente como na classificação anterior. Mesmo não havendo coleta suficiente de dados para esse quesito, o quadro demonstra que o aborto perpassa todas as classes sociais. Em menor número, entre 23 das 50 entrevistadas, aparecem mulheres que se autodesignaram pertencentes a classes sociais mais abastadas (1 classe alta e 7 delas classe média). Somando a classe média baixa com a classe popular, esse número se eleva para 15<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Observe-se ainda que existe maior dificuldade de acesso às classes sociais mais altas, em razão do próprio lugar da pesquisa e das muitas formas de controle da privacidade desses grupos sociais.

## Escolaridade

Tabela 8 - Escolaridade

Ensino Superior Completo	15 mulheres
Ensino Superior Incompleto	1
Ensino Médio Completo	5
Ensino Médio Incompleto	1
Ensino Básico Completo	3
Ensino Básico Incompleto	1
Não disse/sem informações	24
<b>Total</b>	<b>50</b>

Fonte: Elaborada pelas autoras

Identificamos 15 mulheres que efetivamente passaram pelo Ensino Superior. Uma outra colaboradora não concluiu por questões econômicas. Cinco têm Ensino Médio completo e uma informante não chegou a concluí-lo. Três entrevistadas conseguiram chegar até o fim do Ensino Básico. Uma outra desistiu, mas é alfabetizada. Contudo, torna-se difícil arriscar uma análise mais apurada sobre a escolarização das colaboradas nessa investigação sem as informações das outras 24 mulheres, lembrando que algumas estudantes universitárias vieram ao nosso encontro. Levando em consideração os dados aqui descritos, vemos que, em menor ou maior grau, todas as 26 mulheres que passaram por nossa pesquisa tinham algum tipo de escolarização.

## Religião

Tabela 9 - Religião

Católicas	21 mulheres
Evangélicas	3
Ateísta	2
Agnóstica	2
Católica 'confusa'	1
'espiritual'	1
'só cristã'	1
cristã (ex evangélica)	1
Cristã 'livre'	1
cristã 'não radical'	1
Crê em 'deusas', por ser feminista	1
Não lida bem com assunto de religião	1
Sem religião	1
Não disse	3
<b>Total</b>	<b>50</b>

Fonte: Elaborada pelas autoras

Novamente, a criatividade toma conta das categorias criadas por nossas interlocutoras no quesito religião: ‘Católica confusa’, ‘espiritual’, ‘não lida bem com assunto de religião’, ‘só cristã’, ‘cristã (ex-evangélica)’, ‘agnóstica’, ‘ateísta’, ‘evangélica (não era quando fez aborto)’, ‘católica’, ‘Cristã livre’, ‘Crê em ‘deusas’ por ser feminista’, ‘cristã não radical’ etc. Observe-se que boa parte de nossas entrevistadas professa algum tipo de religião (44), confirmando que estas mulheres decididas em suas escolhas, mesmo quando “crentes”, abortam.

Contudo, a religião é apenas um dos elementos que fazem parte dos itinerários abortivos dessas mulheres, de sua pluralidade e heterogeneidade. Além da discussão sobre o enfrentamento do aborto estar fortemente alicerçada nas ideias e nos usos que as mulheres fazem de Deus – através ou não de suas crenças – podemos, por outro lado, encontrar diferentes tipos de disposições subjetivas que as auxiliam em suas escolhas.

### **Aborto: Agenciamento e Resistência**

A antropóloga Susana Rostagnol (2016, p. 139) sugere que a ação de abortar sempre é um momento de agência para as mulheres, pois existe intenção e uma sujeita que atua. Embora se trate de uma agência que não as empodera, ainda assim é um tipo de agência.

Observe-se que as próprias mulheres que decidem interromper uma gestação fazem parte desse rol de resistências que as agenciam (ORTNER, 1996, 2007), podendo levá-las a um jogo perigoso, especialmente no que diz respeito à clandestinidade – risco de morte, perseguição, preconceito –, um jogo de resistência muitas vezes contra a família, o Estado e a religião (PORTO, 2009).

A partir dessa experiência extremamente complexa, as mulheres vão construindo sua decisão de abortar, sendo que são várias as considerações que entrarão em jogo durante o processo. Decisões que foram tomadas de maneiras bastante heterogêneas entre nossas entrevistadas, pois enquanto algumas titubearam diante da decisão, outras assim que souberam de sua gravidez não tiveram dúvida quanto ao que fazer. Com certeza, contradições, insegurança, medo e vergonha são fatores que, via de regra, estavam presentes nos discursos dessas mulheres. É uma luta que representa ser, dentre outras, contra as suas crenças, desejos, emoções e contra o tempo, uma vez que as transformações corporais/fisiológicas reforçam o sentimento de urgência para a decisão.

Uma vez determinadas as suas escolhas, acabam por alegar uma série de motivos para não levarem adiante uma gravidez inesperada: falta de recursos financeiros, violência conjugal/doméstica, muito jovem, estudos, irresponsabilidade do companheiro, tentativas de separação, independência,

relações sexuais ocasionais e/ou forçadas, abandono e descaso dos companheiros, alcoolismo ou drogas por parte do consorte, homens desempregados e “sem futuro”, “não serviria para ser pai de meus filhos”, cuidados com o corpo etc. E muitas vezes essas disposições se multiplicam e se articulam entre as razões que as levam ao aborto. Nesse caso, se deve levar em consideração que algumas mulheres engravidaram por problemas de acesso aos medicamentos, pelo esquecimento em tomar a pílula ou porque os maridos não as deixavam consumir os contraceptivos. Vamos explorar algumas delas.

Por vezes, o que impulsiona e ativa suas ações para abortarem perpassa pela satisfação pessoal e a responsabilidade individual decorrente da realização de um projeto de vida pessoal (MARIZ, 1998). Assim nos narra Ester<sup>34</sup>:

*Isso era algo pra mim muito distante... nada concreto. Engravidei por vacilo, entendeu? A camisinha estourou e eu pensei: não, não vai dar nada. ... Mas daí fiquei desconfiada e pimba: Estava grávida! Ai o carinho foi comprar o Cytotec que ele disse que já tinha comprado pra outra namorada... **Eu estava estudando e querendo ganhar o mundo. Não poderia ter filho durante esse tempo. Dai, toquei pra frente e resolvi que era hora de fazer as minhas coisas. Gravidez, nem sei, é conversa pra outro momento** (Ester, 22 anos, grifo nosso).*

Assumir uma gravidez inesperada nestas condições a faria abrir mão de uma série de eventos relacionados, como, por exemplo, uma carreira profissional, grandes projetos de trabalho, viagem de estudos ou lazer, privando Ester de muitos sonhos futuros ou de “aproveitar a vida” de maneira mais imediata.

Caso interessante demonstrou ser o de Monalisa (29 anos). Ela abortou porque ainda queria morar fora do Brasil e não considerava, segundo nos informa, os brasileiros ‘bons pais’ (ao contrário dos estrangeiros com quem teve contato). Não sabemos se este seria o caso de um “etnocentrismo invertido” (ROCHA, 1988), para não dizer de sérios problemas com a cultura colonizadora que, muitas vezes, se propaga por algumas regiões ou cidades do País. Pode-se ainda avaliar que Monalisa demonstra uma insatisfação na maneira pela qual se configuram as relações de gênero no espaço do seu cotidiano. Aspecto relevante, pois os modos de criação podem pesar na hora de ter ou não filhos – “em que mundo estou colocando essas criaturas?”,

---

<sup>34</sup> Todos os nomes foram trocados para preservar a identidade dessas mulheres, as quais gentilmente nos concederam as entrevistas, seguindo aqui os apontamentos de Claudia Fonseca (2008), especialmente no que diz respeito ao anonimato nos textos antropológicos.

“como essa decisão vai pesar no meu cotidiano?”, “meu meio social vai me colocar como única e principal responsável da criação deste filho?” –, questões que perpassam o pensamento de parte dessas mulheres na hora de tomar decisões.

Nossas interlocutoras, de uma forma ou de outra, ainda procuram uma maneira de resolver “o problema”, por vezes, sem a presença dos seus companheiros, pelas razões já conhecidas: abandono, descaso, medo que o consorte saiba da gravidez (especialmente em relações violentas), gravidez causada por relações sexuais ocasionais, por serem muito jovens, alcoolismo ou drogas etc. Josiane, outra de nossas interlocutoras, nos informa que seu namorado estava à milhas de distância, e não poderia assumir uma gravidez nessas condições:

*Quando fiz o aborto, eu namorava um rapaz que morava em Salvador e aí eu não tomava comprimidos. A gente se via a cada dois meses só. Eu e ele... a gente achava desnecessário tomar qualquer coisa, então usávamos caminha... ou era fora (coito interrompido). E foi nessas que eu engravidei. E daí, corri sozinha atrás de qualquer coisa para abortar. Estava realmente decidida. Só não sabia bem como iria fazer. Quando vi o preço das clínicas desisti. Primeiro, que teria que viajar para longe. Segundo, grana demais. Fui pro medicamento mesmo (Josiane, 21 anos, grifo nosso).*

Além de todos os percalços no caso de Josiane – sendo que ela teve que passar pelo processo duas vezes por ter tomado medicamento adulterado<sup>35</sup> –, a parte econômica, como se vê, também afeta fortemente as escolhas de nossas entrevistadas. Muitas outras interlocutoras não têm condições financeiras de assumir uma gravidez, pois além de subempregadas ou participantes de estágios de baixa remuneração, ainda precisam ajudar a família ou mesmo sustentar os filhos que já têm.

*Eu já tinha dois filhos, como que iria sustentar mais um? Aí eu fui junto com minha cunhada e a gente comprou o Cytotec, aquele remédio que faz descer... que aborta. Meu marido queria que eu engravidasse, mas eu não quero mais botar filho no mundo não. Afff Maria! Mal dá pra sustentar os que a gente já tem... (Anita, 33 anos, grifo nosso).*

Por vezes, mulheres que vivem relacionamentos estáveis acabam por abortar escondidas de seus companheiros justamente por não terem

---

<sup>35</sup> Ver Porto (2017).

condições financeiras de arcar “com mais uma boca pra comer” (Anita). O mesmo ocorreu com Renata, 34 anos, que, após várias discussões com o marido, resolveu que naquele momento não seria possível ter mais um filho – o casal já tinha duas crianças e, depois, tiveram a terceira. Renata observou que, naquele momento, “não seria bom por questões financeiras”, pois estavam comprando uma casa nova, não possuíam carro, tampouco contavam “com uma poupança...”.

Rita, 35 anos, observa que abortou porque o marido não tinha empregos estáveis (no caso do primeiro aborto, ainda enfrentava problemas com o alcoolismo) e o primeiro filho, segundo ela, já custava muito ao casal. Disse que abortou duas vezes pelo mesmo motivo. Ainda, conforme observamos em outras ocorrências (ver Monalisa, citada acima), estas mulheres não têm certeza se desejam que estes homens sejam os pais de seus filhos. Pâmela, na época da pesquisa com 37 anos, nos disse que,

*O primeiro e segundo abortos foram de um namorado que era envolvido com tráfico de drogas na Zona Norte da cidade... o terceiro aborto foi porque meu namoro era recente... depois virou ‘ficante’, depois que virou marido... já separei dele. **Não tinha certeza se queria ter filhos com ele...** (Pâmela, 37 anos, grifo nosso).*

Por sua vez Amélie, 31 anos, além de não querer conturbar a pós-graduação que realizava na época (especialização), acreditava que o namorado não tinha os requisitos que ela gostaria para desejar ser mãe.

Em outros casos, as mulheres afirmam que não podem contar com os progenitores, justamente por estes não estarem dispostos a assumir uma gravidez. Nesse aspecto, não é novidade que os homens pouco participem dos processos de abortamento, até mesmo abandonado a mulher durante esse processo. Quando o fazem, agem, amiúde, no privado: procuram e compram o Cytotec® – e/ou outros tipos de medicação –, pagam pelo procedimento quando realizado em clínicas de aborto, dão carona à companheira, deixando-a na porta da maternidade. Uma das entrevistadas argumentou não ter contado sobre a gravidez e posterior aborto para o parceiro: “resolvi sozinha. Ele não precisa saber. Nem ia me ajudar mesmo” (Glória, 27 anos).

Outra razão bastante grave encontrada nos discursos das mulheres diz respeito à violência conjugal. Algumas de nossas interlocutoras engravidaram após terem relações sexuais forçadas com os companheiros (ou ex-companheiros), as quais ocorreram por vezes em relacionamentos “terminais”:

*Sabe, eu tenho um bebezinho de 7 meses, **minha religião não permite que eu faça isso e eu também sou contra!***

*mas... eu me separei do pai, ele me batia muito e agora que tô livre dele, veio esse bucho, eu não tenho condições. Ainda por cima ele vai pensar que eu fiz de propósito e não quero, não quero mais nada com ele. Sabe tive muito medo de vir aqui. Medo de ser presa e medo do pai descobrir. Ele me puniria por isso... ainda tenho medo que ele chame a polícia pra mim. (Juliana, 29 anos, grifo nosso).*

*É muito difícil pra mim, eu já tenho 7 filhos. Não ia dar conta de mais esse não. Lá em casa nós somos evangélicos e meu marido não deixa usar remédio não (anticoncepcional). Só ele que trabalhava e agora está desempregado. Eu que tô arrumando umas lavagem de roupa pra quebrar um galho senão nós tudo morria de fome. Imagina se fosse pra ter esse menino eu ia ter que dar pra alguém criar... ia ficar muito feio pra nós e meu marido não ia deixar. Faço isso por ele também... mas ele não sabe! (Josefa, 34 anos, grifo nosso).*

Nessa direção, é importante lembrar que as mulheres, em alguns casos, não têm chances de escolher seus próprios métodos contraceptivos, ou o fazem de maneira velada. Reflexo da imposição de seus companheiros, quando não de outras figuras masculinas – a exemplo do pai, tio ou até mesmo do padrasto – que acabam por decidir suas vidas reprodutivas (PORTO, 2014). Assim, por mais que a contracepção seja considerada comumente de responsabilidade das mulheres e que a maioria dos homens não tenha maiores preocupações com os cuidados preventivos – seja em relação a doenças sexualmente transmissíveis, seja em relação à gravidez – as mulheres muitas vezes precisam “driblar” seus maridos, especialmente quando estes desejam aumentar sua prole. Algumas mulheres, já considerando terem filhos “suficientes”, recorrem a métodos contraceptivos que consideram mais eficazes – a exemplo da injeção de três meses –, numa tentativa de esconder do companheiro que estão se protegendo de uma gravidez que, por uma série de razões, já não faz mais parte de seus planos (TORNQUIST; MIGUEL; PORTO, 2012)<sup>36</sup>.

Ainda, o cuidado com o corpo através da recusa na constante utilização de hormônios – e até mesmo o veganismo como articulação política, especialmente entre “jovens feministas” (CARMO, 2014; ARAÚJO, 2015) –, afeta estas sujeitas que acabam por engravidar ao utilizarem outras formas de contracepção consideradas seguras para sua saúde, porém, pouco eficazes no que diz respeito à contracepção – a exemplo do coito interrompido<sup>37</sup>.

---

<sup>36</sup> Importante lembrar que as mulheres abortam também para se livrarem das marcas da violência sexual, como o estupro, sendo que muitas desconhecem o seu direito ao aborto legal nesses casos.

<sup>37</sup> Sobre a questão do “coito interrompido”, ler sobre “O drama de Maria Flor” em artigo que publicamos na *Revista Estudos Feministas* (PORTO; DANTAS SOUSA, 2017).

Percebemos, em nosso universo de pesquisa, que tal “método” é muito utilizado pelas mulheres, todavia nos pareceu pouco eficaz, em virtude de seus já conhecidos efeitos colaterais, ou seja, a gravidez.

Nessa direção, Bela, 24 anos, nos conta que abortou porque, além de ser extremamente jovem na época (15 anos), e estar iniciando a carreira como fisiculturista (hoje é formada e trabalha como *personal trainer*), ainda iria pôr a perder anos de investimento na questão da construção corporal que estava em início, além de não ser bem-vinda para os pais, porque era adolescente.

Diante do exposto, observa-se que as razões para as mulheres abortarem são diversas e não se limitam a determinadas singularidades. Suas razões e motivações são plurais e perpassam o imaginário social e cultural de que “existe informação suficiente para não engravidar”. Como destaca Susana Rostagnol (2016, p. 119), “es un evento extraordinário porque lleva a la suspensión temporal de vida normal. La mujer pierde el control sobre su cuerpo y su vida, y aparece muy fuertemente el deseo de volver a la normalidad, asimilada a no embarazo”. São elas, de uma maneira ou de outra, que acabam sofrendo sozinhas as consequências que um aborto clandestino pode ocasionar. Fato, não obstante, que se processa de forma bastante diferenciada nos campos emocionais e subjetivos entre homens e mulheres.

## **Conclusões**

Michel Foucault (2008) já observara que vivemos em uma sociedade regida por questões que se delineiam através de práticas e ações de *governamentalidade*. Segundo o autor, desde o século XVIII somos regidos e controlados no que diz respeito às diversas áreas da vida, como a reprodução, a saúde, a morte, nossos hábitos, vícios etc.

Tal controle, sem dúvida, se reflete nessas relações de gênero e poder, confirmando a autoridade e domínio que se repetem pelos séculos sobre os corpos e “espíritos” das mulheres. Estes mesmos corpos que estão sob constante vigilância, seja no aspecto público – Estado, Igreja, Hospitais e outras instituições –, seja no privado – companheiros, maridos, namorados, pais, tios etc.

Para esse texto, analisamos entrevistas realizadas com 50 mulheres que participaram da pesquisa, tomando como recorte alguns dados censitários no que diz respeito à idade, situação conjugal, raça/cor, religião etc. Talvez esse número não seja suficiente para confirmar uma análise em grande escala, mas certamente não poderiam ser desprezados, uma vez que indicam uma série de fatores importantes para reflexão. Também nos preocupamos em analisar as razões pelas quais as mulheres recorreram ao aborto inseguro, segundo suas experiências e estilos de vida.

Na trajetória dessas mulheres, observa-se que sua atividade reprodutiva concentra-se mais na faixa etária entre os 20 e 29 anos, conforme corrobora a literatura sobre o tema (ROSTAGNOL, 2016; MONTEIRO, ADESSE, 2006; DINIZ et al., 2017). Pertencem a todas as classes sociais, sendo que 26 mulheres entrevistadas, em menor ou maior grau, são escolarizadas.

Metade delas tem pelo menos um filho. Trinta e quatro são casadas ou vivem em união estável, sendo que este último dado efetivamente desconstrói o pensamento do senso comum que, via de regra, acusa como protagonista do aborto aquela mulher solteira, jovem e sem filhos. Do mesmo modo, faz-se importante lembrar que algumas dessas sujeitas idealizam igualmente a reprodução, mesmo tendo recorrido, em determinados momentos de suas vidas, ao aborto. Interromper uma gestação não significa, pura e simplesmente, não desejar a maternidade. Deve-se levar em consideração também que o grau de complexidade nesse processo é bastante heterogêneo.

Percebemos diferenças bastante acentuadas em seus itinerários abortivos, como já observamos em outros momentos (PORTO, 2017; PORTO, DANTAS, 2017). Contudo, o desfecho de suas histórias se repete tal qual ilustra a literatura sobre o tema, principalmente no processo de substituição, expansão e utilização do Misoprostol/Cytotec® (por vezes misturado a outros medicamentos) e na finalização do abortamento em hospitais através de curetagem ou de aspiração manual intrauterina (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

Das 50 mulheres, apenas duas realizaram o aborto em clínicas clandestinas fora do Rio Grande do Norte. Estas pertencem a classes sociais diferenciadas<sup>38</sup>. Esses dados também corroboram as informações encontradas e aqui já citadas (MARTINS-MELO et al., 2014; DINIZ et al., 2017). Isso nos leva a crer, hipoteticamente, que não existem clínicas de aborto nos locais pesquisados no RN. Conforme informações de uma de nossas interlocutoras, a clínica mais próxima, na época em que realizou o aborto, estava a 300/400 km de distância, em outra cidade, fora do Estado – o que a fez optar pelo Misoprostol/Cytotec®. É necessário atentar, todavia, que tais “clínicas clandestinas” ou casas de “mães de anjo” não deixam de existir na região estudada. Especulam-se notícias sobre a existência de tais casas ou clínicas em alguns bairros da capital, especialmente através de narrativas policiais que aparecem em jornais potiguares, mas nunca nada foi comprovado, tampouco aparece qualquer notícia nos jornais da região (PORTO; DANTAS SOUSA, 2017).

Somando-se o número de mulheres “não brancas” nesta investigação (35), destacamos que são as mulheres negras, morenas claras, mulatas, pardas, misturadas e talvez “brancas do cabelo rebelde, pé na África”, as que

---

<sup>38</sup> A primeira, a classe média alta, e, a segunda, se autodeclarou como pertencente às classes médias baixas da população potiguar.

realizam aborto nesta parte do Nordeste, sendo que esta região apresenta um baixo grau de escolaridade e renda, onde, sem dúvida, as mulheres de etnias “não brancas” são as mais prejudicadas em seus direitos sexuais e reprodutivos. Resultados que se confirmam de acordo com outros levantamentos sobre o tema no Brasil, especialmente no que diz respeito ao recorte em referência – raça/cor (MARTINS-MELO et al., 2014; DINIZ et al., 2017).

Observamos que, independentemente de suas crenças, as mulheres entrevistadas acabam por ressignificar o aborto, muitas vezes propondo narrativas permeadas por discursos religiosos “em nome de Deus”, que serve como um “coringa”, ora positivo ora negativo (DIAS DUARTE et al., 2006, p. 45), para justificar as várias situações de abortamento: “Sou evangélica e sei que Deus quis assim”, “Deus sabe o que estou fazendo e vai me perdoar”, “Só Deus sabe o que eu passei”, “Deus pode até me castigar, mas eu faria tudo novamente”.

Nossa disposição crítica permite atentar que as mulheres remetem a vontade divina a um patamar superior, o que revela um fascinante panorama de religiosidade explícita, mas que, de nenhum modo, interfere em suas escolhas. Ao contrário, suas opiniões são ressignificadas de maneira bastante tolerante para com a prática do aborto e simultaneamente correlacionadas às suas crenças, conforme já observado por Flavia de Mattos Motta et al. (2013), em pesquisa realizada com mulheres de camadas populares em Santa Catarina.

Culpa, crime e castigo passam a ser reelaborados a partir do perdão e da compreensão divinos, da penalização ou vitimização por elas direcionadas, por meio da caridade e dos resgates kármicos, ou através do que poderíamos chamar de agenciamento e gerenciamento “da culpa”. Ainda, ele é agenciado pelas mulheres para apaziguar não somente o medo do castigo divino, mas para dar coragem e enfrentar os possíveis problemas que possam advir da realização de um ato criminalizado não somente por julgamentos religiosos ou morais, mas principalmente pela Justiça, uma vez que o aborto em nosso país é considerado ilegal. Em Deus encontram forças suficientes para enfrentar o medo e/ou para ter coragem de ir adiante em suas escolhas e decisões. Há, durante todo o tempo, uma reelaboração e uma ressignificação religiosa sobre os usos que fazem de Deus, ou em nome de Deus. Como bem nos lembram Luís Fernando Dias Duarte et al. (2006), tal reelaboração traria Deus como o grande “coringa” que sustenta, alimenta, agencia, castiga, mas ao mesmo tempo dá forças para enfrentarem tais incidentes inesperados, os quais reverberam fortemente nessas relações.

Finalmente, encontramos entre nossas interlocutoras diferentes disposições subjetivas que as impulsionaram a recorrer à interrupção da gravidez: falta de recursos financeiros, violência conjugal, relações sexuais

ocasionais e/ou forçadas, abandono e descaso dos companheiros, alcoolismo, drogas (por parte dos consortes), dentre outras razões mencionadas, as quais se inter cruzam, não havendo apenas um motivo singular para recorrerem ao aborto. Dizer que as mulheres registram informações suficientes para não engravidarem perpassa pelas opiniões do senso comum, mesmo entre os mais escolarizados e catedráticos. Para estes, o caminho “natural” para a culpabilização é composto por julgamentos e juízos de valor contra as mulheres pelo ato do aborto, retirando, comumente, a responsabilidade dos homens nesse processo.

Por fim, observa-se que a autonomia individual, subjetiva e hedonista das mulheres acaba por incomodar os mais conservadores, acostumados a demarcar diferentemente autonomias e hierarquias de gênero. Importante lembrar, tal qual reflete Veena Das (2007), que incidentes inesperados – como ocorrências de abortos inseguros – transformam de várias maneiras a vida das pessoas e, conseqüentemente, forçam-nas a se manifestarem sobre esse “algo que não esperavam” de formas as mais diversas.

### **Colaboradoras**

Rozeli Porto foi responsável pela coleta e análise dos dados empíricos, e pela redação do artigo. As demais autoras pela coleta de dados e revisão dos argumentos.

### **Referências**

ARAÚJO, V. D. de. **“Eu Não Engravidei, Fiz Um Aborto”**: Narrativas do Aborto Clandestino entre Feministas Jovens. 2015. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

AREND, S. M. F. et al. (orgs.). **Aborto e Contracepção**. Histórias que ninguém conta. Frlotianópolis: Insular, 2012.

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. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 4).

BALZA, M. **Rompendo o Silêncio: Aborto e violência institucional no atendimento do hospital/maternidade Santa Catarina, Natal-RN**. Relatório de Pesquisa CNPq. Projeto: Práticas e representações de Profissionais de Saúde relativas ao aborto legal e suas relações com mulheres usuárias do SUS em hospitais/maternidades no RN”. Edital MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA Nº 32/2012 - 2015.

CARDOSO de OLIVEIRA, R. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. In: **O trabalho do antropólogo**. 2. ed. Brasília; São Paulo: Paralelo 15; Ed. da UNESP, 2000. Cap. 1

CARMO, Í. N. do. **“Viva o feminismo vegano!”**: gastropolíticas e convenções de gênero, sexualidade e espécie entre feministas jovens. 2013. 166p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

CAVALCANTE, A.; BUGLIONE, S. Pluralidade de Vozes em Democracias Laicas: o desafio da alteridade. In: MAIA, M. B. (org.). **Direito de Decidir**: Múltiplos Olhares sobre o aborto. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

COSTA, M. **A Via Crucis da Legalidade**: Violência sexual, aborto e objeção de consciência em uma Maternidade Potiguar. 2017. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

CPI que investiga ONGs favoráveis à legalização do aborto pode ameaçar o acesso à informação. 03/06/2013. Disponível em: <<http://artigo19.org/blog/cpi-que-questiona-ongs-favoraveis-a-legalizacao-do-aborto-pode-ameacar-o-acesso-a-informacao>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

DANTAS SOUSA, C. H.; PORTO, R. Paradoxos da atenção ao aborto provocado: urgências e emergências em uma Maternidade Escola em Natal/RN. **Bagoas**, Estudos gays: gêneros e sexualidades, v. 7, p. 44-64, 2013.

DAS, V. The Act of Witnessing: Violence, Gender, and Subjectivity. In: **Life and Words**: Violence and the Descent into the Ordinary. California: University of California Press, 2007.

DIAS DUARTE, L. F. et al. Família, Reprodução e Ethos Religioso: subjetivismo e naturalismo como valores estruturantes. In: DUARTE, L. F. D. et al. (orgs.). **Família e Religião**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2006.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 959-966, 2010.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, [online], v. 22, p. 653-660, 2017.

DINIZ, D.; RIBEIRO, D. C. **Aborto por anomalia fetal**. Brasília: edição do autor, 2003.

FONSECA, C. O anonimato e o texto antropológico: Dilemas éticos e políticos da etnografia “em casa”. In: **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2008.

FOUCAULT, M. A Governamentalidade. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GRUPO prepara ação no STF por aborto em casos de microcefalia. **Folha de S. Paulo**, 29/1/2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/01/1734795-grupo-prepara-acao-no-stf-por-aborto-em-casos-de-microcefalia.shtml>> Acesso em: 20 mar. 2016.

HABERMAS J. **Consciência Moral e Agir Comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

LEI Geral das Religiões segue sem definição. **Senado Notícias**, 4/09/2014. Disponível em:

<<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2014/09/04/lei-geral-das-religioes-segue-sem-definicao>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

MACHADO, L. Z. Feminismos brasileiros nas relações com o Estado. Contextos e incertezas. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 1, p. 1-13, 2016.

MARIZ, C. L. A opinião dos evangélicos sobre aborto. In: FERNANDES, R. C. (org.). **Novo nascimento: os evangélicos em casa, da igreja e na política**. Rio de Janeiro, Mauad, 1998.

MARTINS-MELO, F. R. et al. Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. **Revista Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 508-520, 2014.

MENEZES, G.; AQUINO, E. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, Sup. 2, p. S193-S204, 2009.

MINISTÉRIO da Saúde revoga portaria que definia valor de aborto terapêutico no SUS. **O Globo**, 29/6/2014. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/ministerio-da-saude-revoga-portaria-que-definia-valor-de-aborto-terapeutico-no-sus-12651190>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). **Saúde Sexual e Reprodução**, n. 26, p. 1-10, 2006.

MOTTA, F. de M. Vida interrompida: Aborto e espiritismo nas representações de mulheres de grupos populares. **Bagoas**, n. 9, p. 109-131, 2013.

MISOPROSTOL. Disponível em: <[http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/mulher/0013/P\\_rot\\_misoprostol\\_2005.pdf](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/mulher/0013/P_rot_misoprostol_2005.pdf)>. Acesso em: ago. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003**. Geneva: OMS, 2007.

ORTNER, S. **Making Gender: The politics and erotics of culture**. Boston: Beacon Press, 1996.

\_\_\_\_\_. Poder e Projetos: reflexões sobre a agência. In: GROSSI, M; ECKERT, C; FRY, P. (org.). **Conferências e diálogos: saberes e práticas antropológicas**. Brasília, Blumenau: ABA; Nova Letra, 2007.

PEC que ameaça estado laico avança no Congresso brasileiro. **Sul 21**, 2/4/2013. Disponível em: <<http://www.sul21.com.br/jornal/pec-que-ameaca-estado-laico-avanca-no-congresso-brasileiro>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

- PEIRANO, M. **A favor da etnografia**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.
- PORTO, R. **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. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.
- \_\_\_\_\_. Desafios e avanços sobre o aborto no Brasil e na América Latina. In: MINELLA, L. S.; ASSIS, G. de O.; FUNCK, S. B. (orgs.). **Políticas e fronteiras**. Tubarão, SC: Copiart, 2014.
- \_\_\_\_\_. Entremeando Relações de Poder: Itinerários Abortivos e os/as diferentes Mediadores/as em Saúde. In: VALLE, C. G. O; NEVES, R. C. M; TEIXEIRA, C. C. (orgs.). **Antropologia e Mediadores no Campo das Políticas de Saúde**. (2017) Prelo.
- PORTO, R.; DANTAS SOUSA, C. H. “Percorrendo caminhos da angústia”: itinerários abortivos em uma capital do Nordeste brasileiro. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 25, n. 2, edição maio-agosto, 2017.
- PORTO, R.; GALVÃO, F. D. “Aborto não, chá pra fazer descer!”: interstícios da medicina popular na saúde sexual e reprodutiva de mulheres em Caicó/ RN. In: RBA - REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 29. UFRN, Natal/RN, 3 a 6 de agosto de 2014.
- GUIMARÃES, E. P. R. **O que é etnocentrismo?** 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- ROSTAGNOL, S. **Aborto Voluntario y relaciones de Género**: Políticas del cuerpo y de la reproducción. Montevideo: Ed. Universidad de la Republica, 2016.
- TORNQUIST, C. S.; MIGUEL, D. S.; PORTO, R. Receitas, Filhos e Injeções: sexualidade e contracepção em uma unidade de saúde. In: AREND, S. M. F.; ASSIS, G. de O.; MOTTA, F. de M. (orgs.). **Aborto e Contracepção**. Histórias que ninguém conta. Florianópolis: Insular, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Emergency contraception**: a guide for service delivery. Gêneve: World Health Organization, 1998.