

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA

ANNE KAROLINE BORGES SILVA

A EXPERIÊNCIA DE MULHERES COM O MISOPROSTOL NO ABORTO ILEGAL

Belo Horizonte
2018

ANNE KAROLINE BORGES SILVA

A EXPERIÊNCIA DE MULHERES COM O MISOPROSTOL NO ABORTO ILEGAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestra em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Prof.^a Clarice Chemello – FaFar UFMG

Coorientadoras:

Prof.^a Érica Renata de Souza – FAFICH UFMG

Prof.^a Erica Dumont Pena – EENF UFMG

Belo Horizonte

2018

S586e Silva, Anne Karoline Borges.
A experiência de mulheres com o misoprostol no aborto ilegal / Anne Karoline Borges Silva. – 2018.
172 f. : il.

Orientadora: Clarice Chemello.

Coorientadoras: Érica Renata de Souza e Érica Dumont Pena.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

1. Aborto – Teses. 2. Misoprostol – Teses. 3. Cytotec® – Teses. 4. Saúde da mulher – Teses. I. Chemello, Clarice. II. Souza, Érica Renata de. III. Pena, Érica Dumont. IV. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. V. Título.

CDD: 618.392

Elaborado por Darlene Teresinha Schuler – CRB-6/1759



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTENCIA
FARMACEUTICA

UFMG


FOLHA DE APROVAÇÃO

A experiência de mulheres com o misoprostol no aborto ilegal.

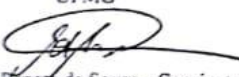
ANNE KAROLINE BORGES SILVA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICAMENTOS E ASSISTENCIA FARMACEUTICA, como requisito para obtenção do grau de Mestra em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Aprovada em 09 de outubro de 2018, pela banca constituída pelos membros:


Prof. Clarice Chemello - Orientadora
UFMG


Prof. Érica Dumont Pena - Coorientadora
UFMG


Prof. Érica Rêgina de Souza - Coorientadora
UFMG


Prof. Sabrina Deise Finamore
UFMG


Prof. Flávia Bulegon Pilecco
UFMG

Belo Horizonte, 16 de outubro de 2018.

AGRADECIMENTOS

Às interlocutoras deste trabalho, à todas as pesquisadoras e ativistas feministas que de alguma maneira contribuíram com esse caminhar e aos familiares, amigas e amigos, companheiras e companheiros que trilharam esse caminho ao meu lado, minha eterna gratidão. Estas páginas certamente não existiriam sem vocês.

A finalidade da ciência
Bertold Brecht

"Entretanto, seremos ainda cientistas,
se nos desligarmos da multidão?
Os movimentos dos corpos celestes
se tornaram mais claros
mas os movimentos dos poderosos continuam
imprevisíveis para os seus povos
A luta pela mensuração do céu
foi ganha através da dúvida

e a credulidade da dona-de-casa romana fará que
ela perca sempre de novo a sua luta pelo leite
A ciência, Sarti, está ligada às duas lutas

Enquanto tropeça dentro de sua bruma
luminosa de superstições e afirmações antigas
ignorante demais para desenvolver
plenamente as suas forças
a humanidade não será capaz de desenvolver
as forças da natureza que vocês descobrem

Vocês trabalham para quê?
Eu sustento que a única finalidade da ciência
está em aliviar a cansaço da existência humana

E se os cientistas
intimidados pela prepotência dos poderosos
acham que basta amontoar saber
por amor do saber
a ciência pode ser transformada em aleijão
e as suas novas máquinas serão novas aflições
nada mais

Com o tempo
é possível que vocês descubram
tudo o que haja por descobrir
e ainda assim o seu avanço
há de ser apenas um avanço
para longe da humanidade"

"Por um mundo onde sejamos socialmente iguais, humanamente diferentes e totalmente livres."

Rosa Luxemburgo

"Eu não estou mais aceitando as coisas que eu não posso mudar. Eu estou mudando as coisas que
eu não posso aceitar"

Ângela Davis

RESUMO

Título: A experiência de mulheres com o misoprostol no aborto ilegal

No Brasil, o aborto figura entre as cinco principais causas de mortalidade materna. Sua criminalização gera problemas em saúde e prejudica os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Estima-se que uma em cada cinco mulheres aos 40 anos já realizou ao menos um aborto no país, entre elas mulheres de diferentes crenças, cores, classes sociais, com ou sem filhos. O misoprostol (Cytotec®) tem sido o método mais utilizado para aborto nas áreas urbanas e o aumento de seu uso contribuiu para a queda da taxa de complicações relacionadas, permitindo o abandono parcial de técnicas inseguras, como o uso de objetos pontiagudos que podem resultar em perfuração uterina. A restrição do aborto não reduz a realização do mesmo e impulsiona sua indução em condições precárias. Isso expõe as mulheres a riscos e sofrimentos evitáveis, principalmente as negras, não brancas, pobres e jovens, em situação de maior vulnerabilidade social. O objetivo do estudo foi descrever a experiência de mulheres com o misoprostol em seus itinerários abortivos no contexto de restrição brasileiro, acessando informações sobre compra, uso e construção de conhecimento sobre o medicamento, assim como a participação de familiares, amigos e profissionais de saúde nesse processo. Trata-se de um estudo qualitativo, fenomenológico e feminista, cuja coleta de dados foi realizada em entrevistas com seis mulheres maiores de 18 anos que utilizaram o misoprostol para aborto, convidadas via redes de indicação na cidade de Belo Horizonte - MG. Coletou-se os dados a partir do diário de campo, questionário sócio econômico e entrevistas semiestruturadas. A análise foi realizada por meio de leitura exaustiva das transcrições, identificando-se temas em comum ou divergentes, que configuraram as categorias temáticas do trabalho. As entrevistadas pertencem ao universo do ensino superior universitário, porém são diversas: duas brancas, duas pardas, duas negras, com rendas que variam de um a sete salários mínimos e idade entre 22 e 33 anos na época do aborto. Apenas uma é mãe de um garoto de oito anos e duas realizaram dois abortos. Ao se verem grávidas, refletiram sobre a maternidade, entendendo o aborto como sua melhor opção para a gestação indesejada, por complexos motivos que envolvem planos futuros, o parceiro e os

familiares. Escolheram o medicamento por entenderem que ele é seguro, efetivo, barato, além de permitir privacidade e acompanhamento. Pagaram até 150 reais por cada comprimido de 200 mcg, utilizando-o em local privado. As informações foram acessadas por orientações de vendedores, familiares e amigos (as) e/ou buscas na internet. Algumas contactaram redes de apoio sobre o misoprostol, as quais se configuram em importantes iniciativas de auxílio às mulheres sobre como utilizá-lo. Compraram o medicamento via internet ou pessoalmente de vendedores e o utilizaram via oral, sublingual ou vaginal, de acordo com as informações que conseguiram acessar. Todas finalizaram o procedimento sem sequelas e buscaram os serviços de saúde posteriormente apenas para confirmar a finalização da gravidez. Elas temeram as violências ou denúncias, afastando-se dos profissionais que deveriam as acolher. Aponta-se a importância das ações de redução de danos, com a disponibilização de informações acessíveis sobre o medicamento, aumentando a segurança durante seu uso. Discute-se, ainda, essa questão como um problema de saúde pública que se inicia no campo dos direitos humanos, perpassado por relações desiguais de gênero, raça e classe, resultando na exacerbação das desigualdades sociais, violências diversas e restrições impostas à vida das mulheres. Reflete-se sobre a urgência da descriminalização e legalização do procedimento em um Estado laico, para que as mulheres sejam então reconhecidas enquanto sujeitas de direito. Entende-se que a partir dessas ações haverá o impulsionamento de discussões, elaboração de políticas públicas e serviços eficazes voltados à educação sexual e planejamento reprodutivo não moralizantes, melhorando a qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Aborto.Misoprostol.Cytotec®.

ABSTRACT

Title: The Women's Experience with Misoprostol in Illegal Abortion

In Brazil, abortion is among the five main causes of maternal mortality. Its criminalization creates health problems and harms the sexual and reproductive rights of women. It is estimated that one in five women at 40 has already had at least one abortion in the country, including women of different beliefs, colors, social classes, with or without children. Misoprostol (Cytotec®) has been the most widely used method for abortion in urban areas and increasing its use has contributed to the decrease in the rate of related complications, allowing the partial abandonment of unsafe techniques, such as the use of sharp objects that can result in uterine perforation. Restricting abortion does not reduce abortion and drives abortion in precarious conditions. This exposes women to avoidable risks and suffering, especially the black, nonwhite, poor and young, in situations of greater social vulnerability. The objective of the study was to describe the experience of the women interviewed with misoprostol in their abortive itineraries in the context of Brazilian restriction, accessing information on the purchase, use and construction of knowledge about the drug, as well as the participation of family members, friends and health professionals in this area. This is a qualitative, phenomenological and feminist study, whose data collection was performed in interviews with six women over 18 years of age who used misoprostol for abortion, who were invited via referral networks in the city of Belo Horizonte, MG. Data were collected from the field diary, socioeconomic questionnaire and semi-structured interviews. The analysis was carried out by means of an exhaustive reading of the transcriptions, identifying common or divergent themes, which configured the thematic categories of work. The interviewees belong to the universe of university higher education, but they are diverse: two white, two brown, two black, with incomes ranging from one to seven minimum wages and age between 22 and 33 years at the time of abortion. Only one is the mother of an eight-year-old boy and two have had two miscarriages. When they became pregnant, they reflected on motherhood, understanding abortion as their best option for unwanted pregnancy, for complex reasons involving future plans, the partner, and family members. They chose the drug because they thought it safe,

effective, cheap, and allowed privacy and follow-up. They paid up to 150 reais for each 200 mcg tablet, using it in a private place. Information was accessed by seller, family, and friends' guidelines and / or searches on the internet. Some have contacted support networks on misoprostol, which are important initiatives to help women on how to use it. They bought the drug via the internet or in person from sellers and used it via oral, sublingual or vaginal, according to the information they could access. All patients completed the procedure without sequelae and sought care later to confirm termination of pregnancy. They feared the violence or denunciation, moving away from the professionals who should welcome them. It is pointed out the importance of harm reduction actions, with the availability of accessible information about the medicine, increasing the safety during its use. This issue is also discussed as a public health problem that begins in the field of human rights, permeated by unequal relations of gender, race and class, resulting in the exacerbation of social inequalities, gender violence and restrictions imposed on women's lives. It reflects on the urgency of decriminalization and legalization of the procedure in a secular state, so that women are then recognized as subject to the law. It is understood that from these actions there will be the stimulation of discussions, the elaboration of public policies and effective services focused on non-moralizing sexual education and reproductive planning, improving the quality of life of the population.

Keywords: Abortion. Misoprostol. Cytotec®.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis¹
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MCG	Microgramas
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNA	Pesquisa Nacional de Aborto
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	World Health Organization

¹ O termo adequado é Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), porém a sigla DST aparece na fala de uma das interlocutoras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	1
2 DA CONSTRUÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA AOS OBJETIVOS	5
2.1 Objetivo geral	7
2.2 Objetivos específicos	7
3 UM PASSEIO PELA LITERATURA	8
3.1 Medicalização, maternidade e aborto na Saúde da Mulher: iniquidades em foco	8
3.1.1 Gênero e medicalização dos corpos das mulheres	8
3.1.2 Maternidade e aborto: faces de uma mesma questão	14
3.1.3 Aborto e saúde das mulheres	21
3.2 O uso do misoprostol para aborto no Brasil	25
4 CAMINHOS METODOLÓGICOS	33
4.1 Pesquisa qualitativa	33
4.2 Fenomenologia	34
4.3 Uma abordagem feminista fenomenológica	36
5 MÉTODOS	38
5.1 Coleta de dados	38
5.1.1 Entrevistas semiestruturadas	39
5.1.2 Diário de pesquisa	40
5.2 Amostragem	40
5.3 Análise dos dados	42
5.4 Qualidade analítica e credibilidade	43
5.5 Aspectos éticos	45
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
6.1 Apresentação das entrevistadas	48
6.2 Contracepção, maternidade indesejada e aborto: vozes da experiência	57

6.2.1 Educação sexual e planejamento reprodutivo: autonomia ou culpabilização?	58
6.2.2 Gravidez indesejada e a escolha pelo abortamento	67
6.2.3 A escolha pelo aborto medicamentoso	73
6.3 O uso do misoprostol	76
6.3.1 Acesso às informações	77
6.3.2 A aquisição do medicamento	83
6.3.3 O corpo em contato com o medicamento: como elas utilizaram o misoprostol?	88
6.3.4 Sentimentos e elaborações sobre o processo	111
6.4 O aborto e os outros: atores envolvidos nos itinerários abortivos	123
6.4.1 Familiares e amigos: entre auxílio e acusação	125
6.4.2 Os parceiros: conflito, abandono e apoio	127
6.4.3 Profissionais de saúde: promoção de cuidado ou ameaça?	132
6.4.4 Redes de apoio: construção de conhecimento e suporte entre mulheres	143
5 CONSIDERAÇÕES	150
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155
APÊNDICE A	167
APÊNDICE B	169
APÊNDICE C	170

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O aborto clandestino é um dos problemas de saúde mais perversos que aflige a liberdade e os direitos das mulheres no Brasil. Sua discussão envolve interesses religiosos e políticos, perpassados por debates sobre as iniquidades de gênero, raça e classe, nos quais destacam-se as discussões relacionadas à autonomia das mulheres sobre o próprio corpo e ao direito à saúde, não apenas reprodutiva, mas integral e de qualidade (WIESE E SALDANHA, 2014).

De acordo com o Instituto Guttmacher (2016), no período de 2010 a 2014 foram realizados 56 milhões de abortos por ano no mundo (SEDGH *et al.*, 2016). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que são realizados cerca de 21 milhões de abortos inseguros, sendo que 97% deles ocorre nos países em desenvolvimento (OMS, 2014). No Brasil urbano, as Pesquisas Nacionais de Aborto (PNA) de 2010 e 2016 demonstram que 1 a cada 5 mulheres aos 40 anos de idade já realizou ao menos um aborto. Em 2015, aproximadamente 500 mil mulheres abortaram, sendo que metade delas utilizaram medicamentos e 48% necessitou de internação hospitalar para finalizá-lo (DINIZ, *et al.*, 2017). Sabe-se que esses números podem ser subnotificados, devido à clandestinidade dos procedimentos, que dificulta o acesso aos dados.

O Código Penal (BRASIL, 1940) brasileiro prevê pena de até 3 anos para as mulheres que induzem o aborto, exceto se há estupro, risco à vida da mulher grávida ou anencefalia e, mesmo nesses casos, sabe-se que há dificuldades de acesso aos serviços de abortamento legal (MACHADO *et al.*, 2015).

O aborto figura entre as principais causas de mortalidade materna, como relatado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2011). A ilegalidade, além de não impedir os abortos, como indicam os dados epidemiológicos, coloca a vida das mulheres brasileiras em risco. Elas estão sujeitas a diversas sequelas biopsicosociais evitáveis relacionadas ao aborto inseguro, realizado em locais inadequados, sem orientação confiável, devido ao contexto de criminalização brasileiro (BRASIL, 2011).

A pesquisa “Aborto e saúde pública: 20 anos de estudos no Brasil” (2008) e o “Dossiê de criminalização das mulheres pela prática do aborto no Brasil” (2015), relatam que qualquer mulher na faixa etária fértil estaria sujeita à realização de um aborto clandestino no país, independente de sua classe social, cor ou crença religiosa, pois o aborto é um procedimento que faz parte da vida reprodutiva das mulheres.

Entretanto, os dados também demonstram que há marcadores sociais que contribuem para o aumento do risco a determinados grupos de mulheres. Entende-se que os marcadores sociais são sistemas de classificação que organizam a experiência ao identificar certos indivíduos com determinadas categorias sociais. Eles ajudam a explicar como são constituídas socialmente as desigualdades e hierarquias de poder entre as pessoas (MOUTINHO, 2014). Na perspectiva feminista, fala-se na categoria analítica interseccionalidade, que se propõe a compreender como efeitos interligados a identidades, opressões e privilégios (gênero, raça, classe, entre outras categorias sociais) moldam as condições sociais, culturais, econômicas e políticas dos indivíduos e grupos (PRICE, 2011).

Em relação ao aborto clandestino, são as jovens, negras ou pardas, com menor condição financeira e maior vulnerabilidade social que terão acesso normalmente a situações mais precárias ou invasivas de realização desse procedimento e estão expostas a maiores riscos decorrentes de um aborto inseguro, tanto em relação à criminalização e estigmatização, quanto em relação à falta de amparo nos cuidados em saúde necessários após o aborto (BRASIL, 2009; FRENTE NACIONAL CONTRA A CRIMINALIZAÇÃO DAS MULHERES E PELA LEGALIZAÇÃO DO ABORTO, 2015). Assim, a prática do aborto é marcada pelas iniquidades de gênero e também por questões de raça, classe, idade e região, fatores esses que se interseccionam e devem ser norteadores da discussão no Brasil.

Entre os métodos para provocar o aborto, estudos demonstram que o misoprostol - nome do princípio ativo do medicamento conhecido popularmente como Cytotec® -

tem sido o mais utilizado para a interrupção voluntária da gravidez nas últimas décadas (BRASIL, 2009; DINIZ e MEDEIROS, 2010).

O Misoprostol é um análogo sintético da prostaglandina E1 efetivo no tratamento e prevenção da úlcera gástrica induzida por anti-inflamatórios não hormonais (BRASIL, 2012). Também possui utilidade em obstetrícia, pois induz contrações e o alargamento do colo uterino (BRASIL, 2012; CORRÊA e MASTRELLA, 2012). Seu uso tem sido comprovado como estável, seguro, eficaz, barato e de fácil administração na área obstétrica (CORRÊA e MASTRELLA, 2012; IPAS, 2017).

As listas de medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde (2010) e do Ministério da Saúde (2015) contêm o misoprostol. No Brasil existe um protocolo de utilização desse medicamento em obstetrícia, em que se recomenda o uso do medicamento para abortos legais e indução de parto (BRASIL, 2012). A OMS também possui um guia completo sobre métodos utilizados para abortos seguros, no qual o misoprostol é recomendado como uma das primeiras opções para interrupção da gravidez, muitas vezes em associação com outros medicamentos, mas também isoladamente (OMS, 2012).

O aumento do uso do misoprostol para indução do aborto contribuiu para a queda do número de complicações decorrentes de abortos induzidos (SILVA *et al*, 2010). Porém, como o misoprostol tem ação abortiva e esse procedimento é considerado crime no Brasil, o medicamento não pode ser adquirido livremente em farmácias desde 1998, quando passou a ser de uso restrito hospitalar (BRASIL, 1998). Dessa maneira, as mulheres procuram obtê-lo clandestinamente (DINIZ e MADEIRO, 2012).

O comércio ilegal do medicamento favorece sua falsificação e a venda de apresentações com subdoses ou sem o princípio ativo, o que compromete sua eficácia e pode resultar em uma alta taxa de internação devido aos abortos incompletos (DINIZ e MADEIRO, 2012). Com o alto número de internações devido às complicações provenientes de procedimentos inseguros, há danos à saúde e aos direitos das mulheres, que geram custos sociais e em saúde (ARILHA *et al*, 2010).

Além disso, as mulheres podem depender das orientações dos vendedores do produto, o que pode resultar no uso inadequado do fármaco. Elas se encontram à mercê do mercado clandestino, muitas vezes sem nenhuma assistência da família, de parceiros e profissionais de saúde (FRENTE NACIONAL CONTRA A CRIMINALIZAÇÃO DAS MULHERES E PELA LEGALIZAÇÃO DO ABORTO, 2015).

Nesse contexto, existem ainda diversas perguntas não respondidas sobre o universo do uso do misoprostol para a indução de aborto, relacionadas aos fornecedores do medicamento, seu valor de mercado, a forma de apresentação, como as mulheres o utilizam, qual tipo de apoio tiveram durante esse percurso, entre outras questões (BRASIL, 2009; ARILHA *et al*, 2010; DINIZ & CASTRO, 2011; ARILHA, 2012). Além disso, pouco se sabe sobre as experiências dessas mulheres com o uso do misoprostol e como elas significam os itinerários abortivos com o medicamento no contexto de ilegalidade brasileiro. Neste trabalho, considera-se itinerários abortivos como o conjunto de métodos, técnicas e estratégias utilizadas por mulheres do atraso menstrual até as tentativas de abortamento (GONZAGA, 2015).

Dessa maneira, o presente estudo qualitativo busca ampliar a compreensão sobre as experiências das mulheres que utilizaram o misoprostol para aborto, na tentativa de contribuir com maiores informações em relação ao acesso e uso do medicamento, sobre as experiências vivenciadas pelas mulheres antes, durante e após o uso.

2 DA CONSTRUÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA AOS OBJETIVOS

Nem a teoria e nem a prática estão isentas de interesses, de preconceitos, de incursões subjetivas (...) Ser pesquisador[a] é também estar integrado no mundo: não existe conhecimento científico acima ou fora da realidade. (...) Na investigação social, a relação entre o sujeito investigador[a] e o sujeito investigado[a] é crucial. A visão de mundo de ambos está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho (MINAYO, 2008, p. 22, 23, 42).

Para descrever sobre como cheguei à minha pergunta de pesquisa e objetivos, me parece necessário primeiramente falar sobre a minha localidade enquanto pessoa no mundo, farmacêutica e pesquisadora, pois as minhas vivências e crenças também influenciaram em como conduzi o trabalho. Dessa maneira, me apresento, para que o leitor saiba de que lugar eu falo e como surgiu o interesse pelo tema.

Como subjetividade curiosa, inteligente, interferidora na objetividade com que dialeticamente me relaciono, meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre, mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências (...) É por isso também que não me parece possível nem aceitável a posição ingênua, ou, pior, astutamente neutra de quem *estuda* (...) Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra. (...) Há perguntas a serem feitas insistentemente por todos nós e que nos fazem ver a impossibilidade de *estudar por estudar*. (...) Em favor de que estudo? Em favor de quem? Contra que estudo? Contra quem? (FREIRE, 1996, p. 78-79).

Sou uma mulher cisgênera, não branca e bissexual, atualmente com 28 anos. Nasci e cresci em Belo Horizonte, na região Norte, em um dos bairros periféricos que compõem a região de Venda Nova. Minha família tem uma origem simples, trabalhadora, e minha trajetória no sistema de ensino se deu em escolas públicas. Fui a primeira pessoa da família a ingressar na universidade pública, o que me abriu diferentes possibilidades. Porém, meu caminho na Faculdade de Farmácia da UFMG foi marcado por dificuldades diversas relativas ao sistema de ensino e às desigualdades e discriminações que ali encontrei. No entanto, essa trajetória também possibilitou um grande envolvimento em atividades além da sala de aula, como programas de extensão, estágios e o movimento estudantil, em que conheci o feminismo. Esses dois últimos foram centrais na minha formação enquanto profissional de saúde e pesquisadora. Foi por meio dessa aproximação com os movimentos sociais que formulei as minhas concepções sobre como a sociedade funciona em um sistema econômico produtor de desigualdades e adoecimento,

perpassado por diversos tipos de opressões que se reforçam. Comecei então a aliar as atividades acadêmicas desenvolvidas à militância em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos direitos das mulheres e outras minorias.

Dentre os temas em torno de saúde sexual e reprodutiva, a questão do aborto era latente por ser uma prática criminalizada que levava a um problema de saúde pública ignorado pelo Estado e sociedade e permeado pelas relações desiguais de gênero, raça e classe, entre outras. O uso do misoprostol como um dos principais métodos abortivos no país, assim como os relatos de mulheres que haviam utilizado o medicamento, foram questões que me fizeram decidir por trabalhar com esse tópico e foi assim que o meu Trabalho de Conclusão de Curso se tornou uma revisão narrativa sobre o uso do misoprostol no contexto brasileiro de ilegalidade. A partir dos estudos sobre o tema, percebi outras lacunas e perguntas não respondidas em relação à temática do aborto medicamentoso no Brasil. Constatei que haviam ainda poucos estudos que tratavam da experiência subjetiva das mulheres com o misoprostol especificamente, devido à criminalização. Os dados epidemiológicos quantitativos são muito importantes para fornecer informações sobre o panorama do aborto no Brasil e fortalecer os argumentos em torno deste problema de saúde pública. Entretanto, ao conhecer a pesquisa qualitativa, percebi que também era crucial acessar essas mulheres sob essa perspectiva para apreender especificidades não abarcadas pelo olhar quantitativo.

Assim, a partir da epistemologia subjetivista, dos paradigmas crítico e interpretativo, assim como a pesquisa fenomenológica feminista, comecei a refletir sobre o uso do misoprostol para a interrupção da gravidez. Como as mulheres se articulam e se apropriam deste medicamento para seu benefício e como ele marca os itinerários abortivos delas?

Eu sabia que havia uma produção científica em torno do tema e me interessei em me aproximar das experiências das mulheres para conhecer o que elas têm a dizer sobre esse uso. Foi dessa maneira que cheguei à pergunta de pesquisa deste trabalho:

“Qual é a experiência de mulheres² com o misoprostol no aborto clandestino?”

2.1 Objetivo geral

Descrever e analisar as experiências de mulheres com o misoprostol no aborto ilegal.

2.2 Objetivos específicos

- a. Investigar o contexto de vida das mulheres durante a descoberta da gravidez;
- b. Compreender a decisão pelo aborto e a escolha do misoprostol;
- c. Descrever as experiências com o misoprostol, destacando as formas de acesso, as orientações e informações sobre o uso, o uso propriamente dito, a relação com os profissionais e o sistema de saúde, familiares, amigos e redes de apoio, considerando as interseccionalidades relacionadas.

² Nesta pesquisa, estudo e teorizo especificamente sobre como o uso do misoprostol para aborto no contexto de ilegalidade atinge as mulheres cisgêneras. Porém, é importante ressaltar que a população trans masculina e não-binária que pode engravidar também é atingida por essa questão. As restrições ao aborto ou à maternidade para as mulheres cis, atingem essas pessoas de maneira similar, ainda mais violenta e pouco se conhece dessa realidade. Há uma lacuna de estudos e discussões sobre a saúde sexual e reprodutiva da população trans como um todo, seja na temática da interrupção da gravidez ou outras, o que se configura como um tipo de transfobia institucionalizada. O silêncio em relação à essa população se reflete diretamente na falta de conhecimento sobre as multiplicidades de suas experiências e necessidades em saúde, o que prejudica o seu acolhimento nos serviços de saúde, impactando negativamente em sua qualidade de vida. Assim, há inúmeras perguntas não respondidas sobre as experiências da população transexual, transgênera e travesti relacionadas à sua saúde sexual e reprodutiva que precisam ser exploradas e discutidas junto aos movimentos sociais que pautam esses direitos, como o transfeminismo. Sigo, com foco nas interlocutoras deste trabalho, porém entendendo e incentivando estudos mais abrangentes e com foco em outras populações ainda não contempladas.

3 UM PASSEIO PELA LITERATURA

Para as discussões deste trabalho, alguns temas principais se mostraram essenciais de serem abordados. Neste passeio pela literatura resgato alguns conceitos que serão importantes para as seções a seguir, entendendo que no campo da Farmácia há poucas produções que considerem estes temas. Portanto, aqui objetivo introduzir e problematizar questões imbricadas na ilegalidade do abortamento no Brasil, iniciando um debate ainda pouco explorado nesta área do conhecimento.

3.1 Medicalização, maternidade e aborto na Saúde da Mulher: iniquidades em foco

3.1.1 Gênero e medicalização dos corpos das mulheres

Beauvoir (1967) afirma que „*ninguém nasce mulher: torna-se mulher*”, o que nos remete à construção social do gênero.

O gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação (SCOTT, 1995, p. 21).

Gênero é produto de diferentes tecnologias sociais como a mídia, discursos, teorias, aparatos biomédicos, práticas institucionalizadas e cotidianas. “*Não é algo inerente dos seres humanos, mas um conjunto de efeitos produzidos nos corpos, comportamentos e relações sociais, por meio do desdobramento de uma complexa tecnologia política*” (LAURETIS, 1989).

Mesmo antes de nascermos, o sexo/gênero é designado pela Medicina de acordo com a genitália, os hormônios e a genética apresentada por uma pessoa. Eles supostamente definiriam a verdadeira “essência” dos indivíduos, determinando comportamentos, relações, vocações e o nosso destino no mundo. Esse pensamento deriva do determinismo biológico, em que uma parte do corpo da

pessoa definiria os aspectos psicológicos e sociais de sua vida, assim como seu reconhecimento frente à sociedade (OUDSHOORN, 1994).

O modo como se determinam as relações de gênero na sociedade se apóia em regras que moldam identidades fixas e rígidas que dependem de padrões hierarquizados. Para Butler (2003), tanto sexo quanto gênero são materializados nos corpos por normas regulatórias que são constantemente reiteradas e que assumem caráter de naturalidade em um processo que visa disciplinar as possibilidades do masculino e do feminino. Essas regras estariam relacionadas à heteronormatividade, que determina a heterossexualidade como o que é natural e define gênero e sexo a partir de uma perspectiva biologicista e binária, baseada apenas nos órgãos sexuais (BUTLER, 2003).

A norma de gênero repete que somos o que nossas genitálias informam. Esse sistema, fundamentado na diferença sexual, nos faz acreditar que deve haver uma concordância entre gênero, sexualidade e corpo. Vagina-mulher-emoção-maternidade-procriação-heterossexualidade; pênis-homem-racionalidade-paternidade-procriação-heterossexualidade (SIQUEIRA, 2006, p.13).

O sexo e a sexualidade em função da reprodução são entendidos, então, como o único destino saudável e aceitável a ser trilhado pelas pessoas, com a formação de uma família consagrada pelo casamento, constituída de um homem com pênis, provedor da família, e uma mulher com vagina, cuidadora da casa e de seus filhos (VIEIRA, 2003).

As relações de gênero estão intrinsecamente ligadas a questões políticas, sociais e históricas em diferentes sociedades. Essas questões reverberam, ao longo dos anos, na construção de saberes em várias áreas de conhecimento, como as produções biomédicas. Conseqüentemente, a produção de corpos sexuados (de homens ou mulheres) se dá a partir das já conformadas expectativas sociais sobre como cada um deles deveria ser. Assim, os saberes são articulados para se justificar e naturalizar as relações desiguais já existentes, como as de gênero, raça, classe, entre outras (ROHDEN, 2000). A partir da suposta neutralidade científica, “verdades incontestáveis” são produzidas sobre os corpos (MARTINS, 2004).

Fabrica-se o corpo “feminino” com ênfase nos órgãos reprodutivos, no cérebro menor e na fragilidade dos nervos, naturalizando gradativamente as características já atribuídas às mulheres. Assim, nascem justificativas com fundamentação biológica para o lugar supostamente inferior destinado a elas (VIEIRA, 2003; CORRÊA & ARÁN, 2008).

Essa produção de “verdades” pelo saber biomédico é então utilizada para articular normas e comportamentos como intrínsecos ao corpo (VIEIRA, 2003). Naturaliza-se a mulher - mãe, dócil, cuidadora, dependente - e o homem - provedor, viril, descuidado, independente - questões que refletem no acirramento das desigualdades e violências de gênero.

Para Foucault (1987), em qualquer sociedade o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações, disciplinando-os por meio de técnicas e procedimentos centrados no corpo individual ou no corpo da população, por meio da disciplina e do biopoder.

O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica do poder” (...) Ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina (FOUCAULT, 1987, p. 119).

Além de integrar o agenciamento do corpo, o biopoder também se dirige à gestão da vida, tendo como central o controle da reprodução, estabelecendo as biopolíticas da vida para o governo da população (VIEIRA, 2003; CORRÊA & ARÁN, 2008; CARNEIRO, 2015). Esse processo de gestão da vida deriva de um conjunto de tecnologias de poder-saber articuladas e disciplinadoras, que “vão investir sobre o corpo, a saúde, as maneiras de se alimentar e morar, as condições de vida, todo o espaço da existência” (FOUCAULT, 1987). Esses aparatos, apropriados por atores e instituições em diversas esferas, como o Estado, a Igreja, a Biomedicina, a Pedagogia, o Direito, a mídia, entre outros, estabelecem a gestão da vida e também da maternidade através da medicalização minuciosa dos corpos e do sexo das mulheres.

Assim, as iniquidades de gênero são historicamente reforçadas por instituições diversas, por pesquisadores, profissionais de saúde e também por educadores, legitimando a prevalência de uma gama de estereótipos e discriminações (ROHDEN, 2001).

Essa vigilância dos corpos e da saúde, pela medicina e nos hospitais, teria brotado com a tentativa de se controlar não somente mais o corpo individual, mas “o corpo de muitas cabeças”, o corpo da população. (...) Dessa forma, com o interesse dos Estados sobre os corpos e sobre a população, passa a se pensar em controlar a vida, a normatizar o biológico e em prolongar a existência, evitando a morte. (...) os nascimentos e, por consequência, os partos [assim como os corpos das mulheres] também se tornaram objeto de vigilância estatal, já que diretamente conectados com o reforço e com o cuidado da população. (...) assiste-se, então, no século XIX, ao começo da coexistência de uma sociedade disciplinar e de uma sociedade da normalização; o biológico teria sido estatizado e regulamentado e a vida se tornará alvo de atenção vigilante. (...) Todo esse processo poderia ser compreendido também à luz da ideia de medicalização da sociedade, quando consideramos a farmacologia inclusive como uma das tecnologias usadas pela medicina para a normalização social (CARNEIRO, 2015, pg.54 a 56).

Matta e Camargo Jr. discutem o processo de medicalização a partir de Llich (1975) em “Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina”. Denunciam a articulação do Complexo Médico Industrial - entendido aqui como o conjunto de “técnicas, saberes, instituições, práticas e profissões” envolvidas nesse campo - no fortalecimento do neoliberalismo atualmente, seja no interesse econômico de produção de novas doenças, medicamentos e equipamentos, assim como práticas de governo da população por meio da ideia de “necessidades em saúde”. Essas precisam ser prevenidas e tratadas pelos “detentores do saber”, dentro de instituições que possuem tecnologia para tal e a partir de produções científicas que definem riscos epidemiológicos estatísticos, sem elucidar com profundidade o complexo processo saúde-doença, mascarando problemas históricos de base social, política e cultural e assim, construindo novas maneiras de subordinação, discriminação e violência (CAMARGO JR., 2007; MATTA, 2013).

Os médicos – e posteriormente outros profissionais de saúde – ampliaram seu papel social e assumiram gradativamente o caráter de educadores e guardiões das normas e costumes. A criação de um ensino formal universitário garantiu que esse campo do saber fosse ocupado apenas por aqueles formados dentro das instituições de ensino, negando essa atividade às parteiras e classificando os saberes populares

enquanto errôneos e perigosos, ao mesmo tempo em que se localizava o saber científico enquanto construtor de verdades universais (ROHDEN, 2001; COSTA et al, 2006).

Esse papel é resultado de um extenso processo de higienização que se inicia nos espaços públicos das cidades e interioriza-se nos serviços de saúde, nas escolas, nos lares, atingindo as famílias e as pessoas que as compõem. Fabrica-se, por meio de normas sociais e de saúde, corpos, sentimentos e relações que sirvam aos interesses de modernização e produção.

Influenciada pelo paradigma cartesiano, a ciência e suas diversas disciplinas, constroem o conceito de saúde como a ausência de doença e corpos que se assemelham a máquinas. Quando quebram uma peça, podem ser consertados com intervenções específicas a partir de técnicas, cada vez mais avançadas, para se prolongar a vida. Há, entre essas, máquinas classificadas como mais eficientes, melhores, mais potentes, representando o futuro e o progresso da nação, às quais serão mais valorizadas. O valor da vida e a quantidade de controle exercida sobre cada ser humano dependerá das interseccionalidades que o perpassam (Martins, 2004).

Gradativamente ocorre a retirada do saber-poder das pessoas em relação ao próprio corpo: apenas a Biomedicina teria respostas para os “problemas de saúde”, os quais também seriam definidos por ela. Aos que desejam “viver bem”, prevenir ou tratar suas enfermidades, devem buscar o auxílio dos profissionais de saúde, seguindo à risca suas orientações, independente de suas dificuldades, seus saberes ou contexto de vida (CARNEIRO, 2015).

Em paralelo, a “natureza feminina” também vai aos poucos sendo construída como verdade universal. Relacionam-se conceitos já estabelecidos sobre as mulheres a partir da produção de conhecimentos biológicos. Esses, escritos por cientistas que se encontravam imersos em uma cultura sexista, carregavam então todas as crenças consagradas na sociedade ocidental sobre o que significava ser mulher ou ser homem (ROHDEN, 2000).

Rohden (2000) retoma N. Theriot (1993), para a qual a relação entre ciência e gênero não tem um sentido único. O conhecimento produzido pelos médicos reflete a cultura e as relações de poder vigentes. Assim, as iniquidades de gênero influenciam a produção médica que, dessa maneira, reforça um determinado modelo, elaborando sobre os corpos. O gênero seria causa e efeito neste processo de representações.

Os discursos científicos produzidos com o surgimento do capitalismo, as cidades e o avanço industrial, além de perpetuarem desigualdades já existentes, justificaram políticas eugênicas diversas, com a ideia de higienização social para o fortalecimento e prevalência da nação, assegurando o povoamento com indivíduos “saudáveis” a partir de uma sexualidade e reprodução “úteis” (FOUCAULT, 1980; VIEIRA, 2003).

Rohden (2000) localiza a consolidação das especialidades médicas em torno do agenciamento dos corpos - principalmente os corpos das mulheres - enquanto objetos de intervenção entre o século XIX e início do século XX, parte de um processo complexo de transformações da sociedade ocidental, de ordem econômica e social, em que agentes e dispositivos se articulam, sendo a Medicina um deles, para a ressonância de padrões, prescrições e dúvidas relacionadas não apenas à saúde, mas à vida como um todo.

Como legítimos tradutores dos desígnios naturais, esses homens de ciência vão se esmerar em tentar garantir que nada prejudique o rumo ‘natural’ dos acontecimentos, que teria como resultado final a geração de uma mulher bem preparada para assumir o papel de mãe e esposa e de um homem capaz de ser um provedor competente (ROHDEN, 2001, p. 15).

Os discursos científicos, a partir do saber-poder a eles conferido, passam a definir os modelos de pessoa racional e saudável versus os indivíduos “problemáticos e doentes” em relação aos ideais do Estado, como os loucos, os criminosos ou àqueles desviantes das normas vigentes. Dentre as estratégias indicadas por Foucault, estaria a histerização do corpo da mulher, baseada na patologização intrínseca de sua biologia, que deveria então ser tratada e regulada a partir dos cuidados médicos, em função de *“seu papel fundamental na gestação e cuidado*

com a saúde dos seus filhos, na preservação da família e da sociedade” (ROHDEN, 2000).

A ideia de natureza feminina baseia-se em fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher - a capacidade de gestar, parir e amamentar. Na medida em que essa determinação biológica parece justificar plenamente as questões sociais que envolvem este corpo é que ela passa a ser dominante, como explicação legítima e única sobre estes fenômenos. Daí decorrem ideias sobre a maternidade, instinto maternal e divisão sexual do trabalho como atributos "naturais e essenciais" à divisão de gênero na sociedade (VIEIRA, 2003).

A maternidade, uma das principais responsabilidades atribuídas e assumidas pelas mulheres, é colocada como centro das “políticas de gestão da vida” nas sociedades ocidentais modernas. A gestão da população perpassa o controle da reprodução e, conseqüentemente, do corpo das mulheres (MEYER, 2005).

3.1.2 Maternidade e aborto: faces de uma mesma questão

As políticas de gestão da vida, por meio de dispositivos como o saber biomédico, ora incentivarão a maternidade, ora a repreenderão, de acordo com os interesses vigentes. Assim, saberes populares relacionados à fertilidade, contracepção e aborto entram em questão, pois eles podem se configurar em meios de retomada do controle de si e possibilidade de escolha em relação ao suposto destino a elas conferido, ameaçando então o controle da população (MEYER, 2005; MATTAR & DINIZ, 2012).

À maternidade soma-se uma gama de expectativas também relacionadas ao “feminino”, como a priorização e a exclusividade das atividades de cuidado no espaço doméstico, seja o cuidado dos outros ou o cuidado de si. Assim, o cuidado dos outros, ou seja, dos filhos, do marido, dos idosos, dos doentes, papel esse construído como sua função social, se sustenta não como uma escolha, mas como um “destino” escrito em seu corpo, em sua genética, que deveria ser levado à risca pelo futuro da nação (MATTAR & DINIZ, 2012). Pressupõe-se ainda que a gestão da casa, a higiene e alimentação da família, a limpeza, o planejamento reprodutivo, o pré-natal, a amamentação sob demanda e os cuidados individuais prescritos, devam

ser priorizados em relação às suas ambições profissionais, pessoais e desejos (BADINTER, 2005).

Esta multiplicação de capacidades, atributos e funções maternas produz e justifica a necessidade de inserir mulheres no âmbito de redes de saber e poder que devem educá-las, desde muito cedo, a viver sua vida como mulher e como mãe (MEYER, 2005).

Embora a ideia de maternidade sobrecarregue as mulheres na esfera individual, esta está relacionada às questões macrossociais. No Brasil do início do século XX, assim como nos países europeus e nos Estados Unidos, as questões de raça e o futuro da nação foram bases para discursos e práticas relacionados à maternidade, a partir dos perigos que ameaçavam o país: a suposta degeneração racial relacionada à miscigenação, às doenças, à pobreza e ao vasto território que precisava ser povoado e ter à sua disposição trabalhadores para modernizar e organizar o país à semelhança da Europa (ROHDEN, 2003).

Nesse período, o movimento sanitarista desdobrava-se em uma série de facetas que recobriram desde o higienismo tipo eugênico, a engenharia sanitária, a realização de campanhas, até a higiene moral e educação. Este amplo empreendimento social e político estaria relacionado a questões mais amplas, como o advento da ordem social capitalista e a formação do Estado (ROHDEN, 2003).

Assim, os médicos se dedicam a pensar a higienização e civilização das áreas pobres, a descrição e estudo dos indivíduos considerados “desviantes”, o controle da natalidade, a defesa da família e da reprodução, ditando sobre a maternidade e a infância, garantindo o maior controle da população e o desenvolvimento do país, com a formação de cidadãos saudáveis e aptos ao trabalho para a construção de uma nação civilizada. A partir disso, a contracepção entra em pauta: métodos como o coito interrompido, a abstinência sexual no período fértil da mulher, esterilização e também o aborto, serão condenados como atentados ao futuro da nação em campanhas publicitárias junto à valorização da maternidade integral (ROHDEN, 2003).

Importava não apenas a quantidade, mas a “qualidade” do povo que compunha a nação, de maneira que surge uma contradição nos discursos hegemônicos: enquanto a contracepção é repudiada nos indivíduos considerados saudáveis, nos “indesejáveis”, ela era incentivada, por meio de ideias eugênicas e racistas

disfarçadas no discurso científico. Os médicos seriam então os responsáveis por definir àqueles que deveriam acessar a contracepção e a esterilização, ou seja, os “doentes e os perigosos”, como os deficientes físicos, os usuários de saúde mental, os usuários de álcool e outras drogas, os ladrões, entre outros, impedindo a sua reprodução. Essas ideias, mesmo que modificadas, se apresentam ainda nos discursos e práticas que restringem com maior severidade os direitos sexuais e reprodutivos de determinados grupos atualmente (ROHDEN, 2003).

A ideia de risco, produzida por pesquisas epidemiológicas, para além do conhecimento valioso à ciência, também foi – e ainda é - utilizada para classificar determinados grupos de mulheres como “mães de risco” e, por consequência, transformá-las em sujeitos-alvo de práticas assistenciais, educativas e de controle sistemáticas, que muitas vezes mostram-se violentas (MEYER, 2005).

A alguns corpos a maternidade será imposta, com a condição de que sigam as regras fundamentadas nos discursos sobre cuidados a serem dispensados aos corpos das mulheres e de seus filhos (MEYER, 2005). A outros, será negada ou seu exercício será dificultado, como se observa na política de esterilização das mulheres jovens, pobres e negras, nas práticas de retirada de bebês das mães em situação de cárcere, usuárias de drogas e moradoras de rua, entre outras em situação de vulnerabilidade social (VIEIRA, 2003; MATTAR & DINIZ, 2012). Essas mulheres terão dificuldades aumentadas no acesso aos serviços de saúde, educação e serviços sociais, assim como maiores obstáculos para reivindicá-los enquanto direito (LUNA, 2009).

Retomando Rubin (1999), Mattar e Diniz (2012) realizam um paralelo entre hierarquia sexual e hierarquia reprodutiva, pois, assim como há um modelo para o exercício da sexualidade, há um guia ideal para “exercício da maternidade e/ou da reprodução e cuidado com os filhos, (...) pautado por um imaginário sexista, generificado, classista e homofóbico [LGBTfóbico e racista]”. Indivíduos com características e comportamentos específicos, adequados à norma branca cisheterossexual monogâmica, de preferência estabelecendo uma família a partir de um casamento, são recompensados com certificado de saúde mental, respeito,

maior acesso a benefícios e direitos, mas aqueles que fogem dessas, serão punidos e estigmatizados. *“A intensidade do estigma tem raízes nas tradições religiosas ocidentais. Mas, a maior parte do conteúdo contemporâneo deriva do pensamento médico e psiquiátrico”*.

A somatória e a interação entre os diferentes aspectos da mulher [ou do casal] é o que vai determinar o grau de aceitação social a determinada maternidade (e paternidade). Quanto maior o número de aspectos ditos negativos presentes na mulher ou no casal, ao exercitarem maternidade e/ou a reprodução e cuidado com os filhos, mais próximos estarão da base da pirâmide hierárquica e, ainda, menor será o exercício de direitos humanos – o que revela a exclusão social a que estão submetidos (MATTAR & DINIZ, 2012, pg. 114).

As que passam no “teste” e possuem aspectos classificados enquanto “positivos”, terão sua maternidade valorizada e maior acesso a direitos, mas também deverão seguir as prescrições à risca, diversas exigências e demandas fabricadas. A sua opinião sobre como gerir a sua gravidez, seu parto ou a maternidade não será considerada, explicitando então as redes de poder-saber, em que determinados tipos de conhecimento sustentam e conformam políticas, práticas em saúde e educação, que se configuram em modos de assistir e monitorar mulheres-mães. (ROHDEN,2001; MEYER, 2005; CARNEIRO, 2015). Delas, independente de seu contexto social, espera-se a perfeição, o cuidado de si antes e ao longo da gravidez. Recebem infinitas informações e atribuições que não conseguem absorver e executar devido aos custos e/ou à sobrecarga de funções. Seus comportamentos serão severamente monitorados pelos serviços de saúde e pelas pessoas que as cercam – também educadas pelos profissionais de saúde e outros meios. Quanto menos aspectos “positivos” as mulheres possuírem, mais minuciosamente monitoradas serão as suas práticas. Caso não consigam seguir as exigências para uma “boa maternidade”, que se inicia mesmo antes da concepção, terão que conviver com os julgamentos e a culpa internalizada, pois são responsabilizadas única e exclusivamente pela saúde física, emocional e psicológica dos filhos (MATTAR & DINIZ, 2012).

Portanto, devido a uma construção histórica complexa pautada no controle de corpos, não só a maternidade, mas uma forma específica de exercê-la, apresenta-se enquanto compulsória, relegando àquelas que a negam, o lugar de “desviantes”.

Ao assumirem a maternidade sem possuir as qualidades específicas desejadas ou “falharem” com as tarefas designadas, serão estigmatizadas pela sociedade, familiares ou serviços de saúde por transgredirem as normas. Ao decidirem pelo aborto e negarem a maternidade, serão estigmatizadas, de maneira ainda mais severa, perseguidas e criminalizadas, quando não mortas devido ao abortamento inseguro.

O termo “hierarquias reprodutivas” utilizado por Mattar e Diniz (2012) se reflete em todas as situações relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Enquanto as que têm condições de pagar pelo aborto acessam práticas minimamente mais “seguras”, as que não podem pagar e/ou não possuem suporte ou apoio para uma opção menos precária, sofrem maiores consequências, agravadas de acordo com as categorias que as marcam – raça, classe, geração, orientação sexual, identidade de gênero, entre outras questões (ZORDO, 2016).

A maternidade configura-se como o destino das mulheres, mas também apresenta uma infinidade de particularidades a serem cumpridas para ser aceita. Para Badinter (2005), as mulheres ocidentais vivem diversas contradições. A maternidade é considerada a principal realização de uma mulher, mas é desvalorizada socialmente e financeiramente. Uma mãe em tempo integral, sem remuneração, privada de competências profissionais ou excluída do mercado de trabalho, é vista como “desinteressante”. Enquanto os defensores da família tradicional e o senso comum condenam as mães que trabalham, o mercado censura a maternidade e, para manter-se nele, junto ao exercício de ser mãe, exige que elas realizem mais do que uma jornada de trabalho. A presença de uma criança parece não favorecer a vida social. O cansaço, as faltas de sono, assim como os sacrifícios exigidos dela, não contribuem para a vida em casal, no entanto é cobrado socialmente que elas enquanto mulheres mantenham um parceiro, além de todas as atribuições domésticas, que aumentam com a vida conjugal e os filhos. Além disso, o ideal de maternidade como foi construído e hoje é sustentado, exige das mulheres sempre mais, não permitindo que elas realizem seus desejos pessoais, muitas vezes privando-as de sua própria identidade e individualidade (BADINTER, 2005).

Quando recusam a gravidez, elas negam o suposto instinto maternal, desafiam sua “função social” e comprovam que nem toda mulher deseja ter um filho a qualquer momento da vida. Dessa maneira, demonstram que o cuidado não é algo natural e inerente da mulher e que a maternidade pode não ser central em sua vida, assim como a sua sexualidade não está condicionada à reprodução (KUMAR, 2009; ZORDO, 2012).

Quando assumem a maternidade, mas possuem características desviantes daquelas desejadas para uma “boa mãe” – são adolescentes, negras, não brancas, pobres, entre outras características - ou resolvem cuidar dos filhos de maneiras diferentes às que foram prescritas, também serão punidas. Além de todas as responsabilizações, as mulheres - principalmente as negras e não brancas e as que possuem menores condições financeiras - encontram dificuldades em acessar planejamento reprodutivo de qualidade, creches, direitos trabalhistas, cuidados em saúde, durante e após a gravidez, assim como suporte para que não sejam excluídas do mercado de trabalho, exacerbando as limitações a elas impostas e as desigualdades sociais (BADINTER, 2005; MATTAR & DINIZ, 2012).

Ao não corresponderem à lógica hegemônica que a sociedade espera delas em relação ao seu corpo e à sua sexualidade sofrem julgamentos morais dos profissionais de saúde, os quais negligenciam o atendimento e orientação às mulheres em situação de abortamento, seja a interrupção da gravidez prevista por lei ou não (VILLELA E MONTEIRO, 2015). Essa situação se repete na assistência à gravidez, em que mulheres, majoritariamente aquelas em situação de vulnerabilidade, são maltratadas ou violentadas, principalmente durante seus partos (CARNEIRO, 2015).

Em ambos os casos, nos serviços de saúde, essas mulheres podem sofrer violência obstétrica, termo que engloba diversas formas de abuso durante a assistência à gravidez, parto, pós-parto e abortamento, que podem incluir violência física, cuidado impróprio, agressão verbal, imposição de intervenções, atraso ou recusa de atendimento, negligência, humilhação, estigmatização, entre outras. Quanto maior a

sua vulnerabilidade social, maiores são as violências às quais estão expostas (DINIZ *et al*, 2015; PEREIRA *et al*, 2016).

Segundo a lei orgânica sobre o direito das mulheres em vida livre de violência, tipificada pela Venezuela, a violência obstétrica é caracterizada como a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso de medicação e patologização dos processos naturais, de forma a causar a perda da autonomia e capacidade de livre decisão sobre o corpo e sexualidade, que tem um impacto negativo na qualidade de vida (PEREIRA *et al*, 2016, p. 104).

Portanto, aborto e maternidade são frutos de um mesmo problema complexo - sistêmico, histórico, social, econômico - porém ainda discutidos como temáticas opostas em muitos âmbitos, inclusive no movimento feminista. A partir de Mattar e Diniz (2012) proponho aqui também tomarmos o direito pela interrupção da gravidez como parte intrínseca da construção de uma maternidade verdadeiramente voluntária, segura, socialmente amparada e prazerosa, que só pode ser garantida a partir de um contexto diferente da criminalização do aborto (MATTAR & DINIZ, 2012).

A maternidade voluntária, é aquela decorrente de uma escolha consciente da mulher, que opta por ser mãe. A segurança está relacionada aos parâmetros mínimos de direitos humanos, como saúde, liberdade e não discriminação. Ao ser amparada socialmente, a maternidade - assim como tudo relacionado ao campo da reprodução - não permanece enquanto responsabilidade exclusiva da mulher, mas do casal, da família, da sociedade e do Estado, com assistência pública, gratuita e de qualidade desde à gravidez até a educação da criança. Como parte da vida sexual da mulher, a maternidade pode e deve ser prazerosa, livre de violências e intervenções não consentidas no sistema de saúde, vivenciada de forma satisfatória física e emocionalmente (MATTAR & DINIZ, 2012). Os movimentos feministas têm então o desafio de insistir em estratégias que contribuam para tensionar a concretização das políticas públicas, assim como ampliação da agenda dos direitos sexuais e reprodutivos. Faz-se necessário pautar direitos que perpassam educação sexual, acesso à informação e aos métodos contraceptivos, planejamento reprodutivo contra-hegemônico, pré-natal, parto e pós-parto, licença-maternidade e paternidade, creche e educação infantil, assim como o acesso ao aborto legal e

seguro e o combate às desigualdades e violências de gênero (MATTAR & DINIZ, 2012).

3.1.3 Aborto e saúde das mulheres

A ilegalidade do aborto inibe as mulheres de procurarem atendimento pós-aborto repercutindo em agravos à saúde, sequelas e mortes evitáveis (BRASIL, 2011). Ao considerar o aborto como uma questão de saúde, em cujo processo as pessoas que engravidam são culpabilizadas e criminalizadas isoladamente, é essencial que se empreenda esforços para a construção de cuidados que não reproduzam, mas que combatam as desigualdades (VILLELA E MONTEIRO, 2015).

Tomar o aborto como fato social significa trazer à luz as condições estruturais de um país desigual em termos de acesso a bens materiais e simbólicos e da ilegalidade do aborto, ao mesmo tempo em que mecanismos para burlar a lei estão disponíveis com maior ou menor facilidade e segurança a depender da situação de classe das pessoas envolvidas. Assim, o cenário de uma interrupção voluntária da gravidez envolve as modalidades das relações entre gêneros e gerações, o modo como as relações familiares se organizam, o acesso às políticas públicas, o pertencimento de raça/cor, medicamentos e serviços de saúde compatíveis com as necessidades dos usuários, na conexão/desconexão entre sexualidade e reprodução, entre direitos sexuais e direitos reprodutivos, no confronto entre normas/legitimidade e práticas oficiosas, entre o público e o privado, entre religião e política, dentre outros (HEILBORN *et al*, 2012, p. 226).

Apesar da criminalização, o aborto induzido no Brasil é um procedimento muito comum e na maioria dos casos é inseguro, ou seja, realizado em situações precárias, sem orientações confiáveis (CECATTI *et al*, 2010). Dessa maneira, está entre as cinco principais causas de morte materna do país (BRASIL, 2011). Ao descobrirem a gravidez indesejada, as mulheres procuram meios clandestinos para abortar, já que opções seguras não estão disponíveis (DOMINGOS e MERIGHI, 2010).

Quando legal, o procedimento tende a ser seguro (ROMIO *et al*, 2015). Nos países em que o aborto é legalizado, estima-se que 92% deles são seguros (CECATTI *et al*, 2010). Nos primeiros seis meses após a aprovação do procedimento de interrupção da gravidez no Uruguai, não se registrou no país nenhum caso de morte de

mulheres por aborto, embora tenham sido registrados 2.550 casos de abortamento (ANJOS *et al*, 2013; MILANEZ, 2014). De acordo com publicação do Ministerio de Salud do Uruguay, durante o ano de 2014 ocorreram 8.500 interrupções voluntárias da gravidez. Nesse período, também não ocorreu nenhuma morte materna decorrente de aborto (MINISTERIO DE SALUD, 2015).

No Brasil, mesmo nos casos de estupro e risco à vida da mulher, previstos enquanto procedimentos legais, a situação de indisponibilidade é crítica. Em estudo sobre esses serviços no Brasil, Madeiro e Diniz (2016) avaliaram 68 locais de atendimento listados pelo Governo Federal, dos quais, apenas 37 realizavam o aborto legal, sendo que a maioria não possuía equipe devidamente treinada para o acolhimento das mulheres.

Nos anos 80, feministas e sanitaristas se organizaram para reivindicar ações em torno da pauta da saúde integral da mulher, o que culminou com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). A proposta foi uma tentativa de romper com a visão limitada da saúde materno-infantil e agregar ações direcionadas para além do ciclo da gravidez, com um plano de assistência integral à mulher em todas as fases de sua vida, considerando também questões relacionadas à sexualidade e à autonomia reprodutiva feminina (ANJOS *et al*, 2013).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento Inseguro, criadas respectivamente em 2004 e 2005, frutos do PAISM, orientam o adequado acolhimento a mulheres em processo de abortamento no SUS, na tentativa de minimizar a discriminação nos serviços de saúde e diminuir o número de mortes maternas relacionadas. No entanto, a implantação de ações em torno do panorama do aborto inseguro tem sido muito falha no contexto de ilegalidade (BRASIL, 2011; DINIZ *et al*, 2017).

De acordo com os princípios do SUS e a Lei 8080/90 (BRASIL, 1990), o Estado deve fornecer atendimento integral, universal, equânime, gratuito e de qualidade a toda a população, o que deveria incluir as políticas e os serviços relacionados à saúde integral da mulher. Além disso, o Brasil é signatário de acordos internacionais,

como os planos de ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994, no Cairo, e da Conferência Mundial Sobre a Mulher realizada em 1995, em Beijing, que reconhecem que o aborto inseguro deve ser tratado de forma humana e solidária, visando diminuir as mortes maternas evitáveis (BRASIL, 2011).

Repetidamente, as pesquisas afirmam que a criminalização apenas contribui para que as mulheres realizem abortos inseguros, arriscando a sua vida em condições que ferem os direitos humanos e o direito à saúde (FRENTE NACIONAL CONTRA A CRIMINALIZAÇÃO DAS MULHERES E PELA LEGALIZAÇÃO DO ABORTO, 2015).

As justificativas que sustentam a criminalização do aborto estão constantemente relacionadas ao significado atribuído à maternidade e ao papel reservado às mulheres pela sociedade, assim como às discussões sobre o conceito de início da vida e sobre bioética, envolvendo dogmas religiosos, questões morais e interesses políticos (ROSENDO & GONÇALVES, 2015).

De acordo com a Constituição, o Brasil é um país laico, que prevê a liberdade de crença religiosa, proteção e respeito às manifestações religiosas, assim como a não interferência das religiões em assuntos e decisões do Estado (BRASIL, 1988). Porém, não é isso o que se observa atualmente com o avanço de investidas conservadoras no Congresso brasileiro para limitar completamente o acesso das mulheres ao abortamento, mesmo nos casos em que a continuação da gestação representa risco à vida da mulher ou quando ela é fruto de uma violência sexual.

Nesse contexto, às mulheres é negado o direito de escolha e o direito à saúde. As ações de planejamento reprodutivo, orientações para prevenção da gravidez, métodos contraceptivos, acesso ao pré-natal de qualidade e a condições sociais que permitam às mulheres criarem seus filhos com dignidade, assim como ações que combatam as violências de gênero têm se mostrado insuficientes (ANJOS *et al*, 2013). Por isso, é importante que os serviços do SUS estejam melhor estruturados para garantir um atendimento integral de acordo com as necessidades dessas

mulheres, aliado ao combate às desigualdades raciais, sociais e de gênero como essenciais para a promoção e prevenção de saúde.

Considerando as mortes maternas evitáveis decorrentes de abortos inseguros, o Conselho Federal de Medicina (CFM) (2013) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2012) apoiam a mudança do Código Penal, com realização do aborto por vontade da gestante até a 12^o semana de gestação. Durante a escrita desta pesquisa, a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 442 aguardava julgamento do Superior Tribunal Federal (STF), com pedido de descriminalização do aborto para gestações de até três meses de idade no Brasil. A ação foi proposta pelo Instituto de Bioética Anís e pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) (Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=385093>).

Diferentes organizações de mulheres feministas debatem o tema do aborto como um direito da mulher e como problema de saúde pública há décadas e reivindicam a descriminalização e a legalização da interrupção voluntária da gravidez, entendendo a autonomia sobre o próprio corpo como algo que deve ser garantido pelo Estado (FRENTE NACIONAL CONTRA A CRIMINALIZAÇÃO DAS MULHERES E PELA LEGALIZAÇÃO DO ABORTO, 2015).

A criminalização do aborto e o estigma derivado das crenças religiosas e das relações de gênero desiguais cultivadas na sociedade, contribuem para que haja omissão do Estado e dos profissionais de saúde (ALMEIDA *et al*, 2012). Há também, entre esses, desinformação sobre discussões e legislações em torno dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (DINIZ & MADEIRO, 2016). Faz-se necessário que a discussão sobre violências de gênero, raça e classe, sexualidade e aborto, entre outros tópicos, ganhe a área da saúde com a devida importância. Para tal, é interessante que essas questões sejam abordadas em sua formação e que pesquisas sejam conduzidas no sentido de acessar a experiência e conhecimento de profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

Enquanto experiências desafiadoras, a sexualidade e a reprodução podem ser vividas com maior ou menor suporte social, podendo, nesse sentido,

serem tanto uma expressão de empoderamento e realização, como de impotência e humilhação. Tanto a opção pelo não exercício da maternidade, como aquela opção (portanto, voluntária) pelo seu exercício de forma segura, socialmente amparada e prazerosa, estão vinculadas ao exercício de direitos humanos, individualmente e na sua integralidade. Destarte, é possível concluir que quanto menos as mulheres exercitarem seus direitos humanos em geral, e os reprodutivos e sexuais especificamente, em piores condições vivenciarão o exercício da maternidade ou arcarão com as consequências da falta de respaldo do Estado e da sociedade. Isso é válido qualquer que seja sua opção: exemplo emblemático é a difícil escolha entre o aborto inseguro e a maternidade forçada (MATTAR & DINIZ, 2012, p.112).

Dessa maneira, também é urgente avançar no debate sobre maternidade voluntária e aborto, institucionalmente e nos movimentos sociais, com responsabilidade e comprometimento por parte do Estado, de profissionais de saúde e da sociedade, entendendo como essas questões se entrelaçam, discutindo-as para garantir que as mulheres sejam realmente reconhecidas enquanto sujeitos de direito.

3.2 O uso do misoprostol para aborto no Brasil

Desde a década de 1960, a atividade biológica do misoprostol e de outras prostaglandinas é conhecida. Denominado também como Cytotec®, nome do medicamento de referência, é um análogo sintético da prostaglandina E1, desenvolvido pela GD Searle & Company na década de 70 para o tratamento de úlceras gástricas e duodenais. Como toda prostaglandina, provoca contrações e alargamento do colo uterino (ARILHA & BARBOSA, 1993; ARILHA, 2010).

A primeira publicação sobre o uso de misoprostol para indução de parto no caso de óbito fetal ocorreu no Brasil, em 1987. Na década de 90, a utilidade deste foi comprovada também para a indução de parto de fetos vivos. Posteriormente, surgiram diversas publicações sobre o seu uso para indução de aborto no primeiro e segundo trimestre da gravidez (ARILHA & BARBOSA, 1993).

Em 1993 foi publicado o primeiro relatório sobre o uso de misoprostol no manejo de aborto incompleto e em 1998 foi realizado um trabalho sobre administração retal da droga para o tratamento de hemorragia pós-parto insensível ao uso convencional de ocitocinas. Atualmente, o misoprostol é uma droga muito utilizada por ginecologistas e obstetras latino-americanos. Devido à extensa pesquisa científica no mundo, este medicamento tem seu uso cada vez mais difundido e é aplicado em diversas

situações clínicas, porém apenas seis países da América Latina permitem seu uso em obstetrícia (CLACAI, 2013).

No Brasil, o misoprostol foi aprovado pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde para o tratamento de úlceras gástricas em 1985. Na época, o medicamento era comercializado livremente com o nome de Cytotec® (ZORDO, 2016). As mulheres se apropriaram de seu uso para o aborto, repassando orientações entre si, com auxílio de vendedores, profissionais de saúde, assim como do movimento feminista. Entre as décadas de 80 e 90 o uso desse medicamento para o aborto ilegal atingiu grandes proporções (BRASIL, 2009).

Estudos relatam que no Brasil e em outros países da América Latina, os balconistas de farmácia, observando sua bula e os efeitos apresentados pelo medicamento, passam a oferecê-lo às mulheres enquanto uma das opções para "regularizar o atraso da menstruação" (ARILHA & BARBOSA, 1993; ARILHA, 2010). Os profissionais de saúde também surgem enquanto intermediadores desse processo, orientando as mulheres a utilizar o misoprostol (ZAMBERLIN *et al*, 2012). Assim, farmácias, médicos e as próprias mulheres passam a compartilhar informações constituindo uma rede em torno do uso do medicamento (ARILHA & BARBOSA, 1993).

Dessa maneira, em 1991, o Ministério da Saúde proíbe a venda livre e passa a exigir prescrições médicas para a venda desse medicamento nas farmácias (CORRÊA e MASTRELLA, 2012). Em 1998, a portaria 344 classifica o misoprostol como medicamento sujeito a controle especial e restrito a uso hospitalar, na tentativa de restringir o acesso aos abortos ilegais realizados com misoprostol (BRASIL, 1998; CORRÊA e MASTRELLA, 2012).

Uma análise sobre o consumo do medicamento realizada de 1989 a 1991 demonstra uma tendência de crescimento, com venda de até 50 mil unidades de misoprostol por mês. Exceto por algumas flutuações, as vendas apenas diminuíram após a imposição das restrições pelo Ministério da Saúde (ARILHA & BARBOSA, 1993).

Essas restrições estão associadas à tentativa de dificultar o acesso das mulheres ao medicamento após posicionamentos de grupos contra o aborto e pressões midiáticas, que se organizaram construindo argumentos de que o misoprostol aumentou o número de abortos no Brasil, além de afirmarem que seria um medicamento perigoso para ser vendido em farmácias sem prescrição (ARILHA & BARBOSA, 1993). Os farmacêuticos e bioquímicos, assim como outros profissionais de saúde, foram importantes atores nessa pressão para a restrição do medicamento (ARILHA *et al*, 2010).

Nesse sentido, é importante lembrar que o misoprostol modificou o panorama do aborto na América Latina oferecendo uma possibilidade mais segura e autônoma de realização da interrupção da gravidez. A apropriação de seu uso pelas mulheres diminuiu as complicações decorrentes de abortamentos realizados por outros procedimentos mais invasivos. Antes do misoprostol, as mulheres já realizavam abortos por diversos outros métodos, como chás, coquetéis de drogas, objetos pontiagudos, entre outros, compartilhando conhecimentos e construindo possibilidades de escolha em relação à maternidade (ARILHA & BARBOSA, 1993).

As investidas conservadoras que marcam o histórico do misoprostol e do aborto medicamentoso no Brasil resultam em diversos prejuízos, principalmente à qualidade de vida e saúde das mulheres. Ao pensar sobre os motivos dessas ações, os argumentos falaciosos reproduzidos, o silêncio do Estado e como isso gera sofrimentos diversos às mulheres, principalmente às pobres e negras, pode-se perceber a forte influência das relações desiguais de gênero, raça e classe (FRENTE NACIONAL CONTRA A CRIMINALIZAÇÃO DAS MULHERES E PELA LEGALIZAÇÃO DO ABORTO, 2015). A criminalização do aborto, e, conseqüentemente, do uso do misoprostol, é reflexo dessas desigualdades e também pilar de sustentação, pois contribui para a sua manutenção e aprofundamento.

Atualmente o misoprostol é indicado pelo Formulário Terapêutico Nacional (2010) para indução de parto no terceiro trimestre de gravidez e indução de aborto legal, além de estar disponível na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

(RENAME) em comprimidos vaginais de 25 e 200 microgramas (BRASIL, 2015). É disponibilizado aos hospitais cadastrados na ANVISA apenas nessas doses e forma farmacêutica, com o nome de marca Prostokos®.

Sua utilização na área obstétrica é recomendada pelo Ministério de Saúde em protocolo específico sobre o uso do misoprostol nos casos de indução de aborto quando permitido por lei: amolecimento cervical antes de aborto cirúrgico (Aspiração Manual Intra Uterina - AMIU ou curetagem), indução de trabalho de parto (maturação de colo uterino) e esvaziamento uterino por morte embrionária ou fetal. Este último pode ser dificultado devido à disponibilidade do misoprostol apenas em comprimidos vaginais, quando o sangramento é abundante (BRASIL, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) também recomenda o misoprostol como opção para interrupção da gravidez isoladamente ou em associação a outros medicamentos, principalmente a mifepristona, uma antiprogesterona que se liga aos receptores da progesterona, inibe a ação desse hormônio e, portanto, interfere com a continuação da gravidez. Nos países em que a mifepristona não está disponível, a OMS recomenda o uso do misoprostol isolado (OMS, 2012).

O regime de mifepristona e misoprostol tem sido o mais amplamente utilizado para induzir aborto nos países em que o aborto é legal. A OMS (2012) recomenda esta combinação, com uma dose inicial de mifepristona seguida de misoprostol, porém a mifepristona não está disponível no Brasil, nem para os casos em que o aborto é previsto por lei. Devido à criminalização, há resistência em adquirir a mifepristona, medicamento que facilitaria os abortos medicamentosos nos casos já previstos por lei (CLACAI, 2017).

O Formulário Terapêutico Nacional (2010) recomenda o uso de esquemas específicos do misoprostol para abortamento legal no primeiro e no segundo trimestre da gravidez. Respectivamente, indica 800 microgramas por dia, durante dois dias, via vaginal, com repetição do esquema após 72 horas, caso necessário, ou avaliação de novo método abortivo; 200 microgramas de 12 em 12 horas, durante

dois dias, via vaginal, com repetição do esquema em intervalos de 3 a 5 dias até que o aborto ocorra ou avaliação de novo método (BRASIL, 2010).

O Protocolo de Utilização do Misoprostol em Obstetrícia (2012) considera que os efeitos adversos desse medicamento são náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia, os quais ocorrem em 10 a 30% dos casos, sendo dose-dependentes (BRASIL, 2012). No entanto, seu uso tem sido comprovado como estável, seguro, eficaz, barato e de fácil administração na área obstétrica (BRASIL, 2009; SIERRA *et al*, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012; CORRÊA e MASTRELLA, 2012; ZORDO, 2016).

Em Recife, um estudo retrospectivo avaliou 1.840 mulheres internadas para realização de curetagem uterina pós-aborto e identificou uma taxa de infecção de 4,2% nas usuárias de misoprostol e 49,4% naquelas que utilizaram outros métodos (DINIZ e MADEIRO, 2012).

Apesar das evidências que têm comprovado o uso do misoprostol como seguro mundialmente e das diversas instituições de saúde internacionalmente reconhecidas que respaldam a sua utilização na área obstétrica, estudos pesquisaram a suposta ligação entre teratogenicidade e o uso do misoprostol. A Síndrome de Möbius (SM), uma má formação rara, é indicada como a principal sequela para o feto na tentativa ineficaz de aborto por misoprostol (BRASIL, 2009).

Os estudos médico-farmacêuticos indicam risco aumentado de menos de 10%, de teratogenicidade ligado ao uso do misoprostol, mas não são cientificamente comprovados (CORRÊA e MASTRELLA, 2012). A maioria dos estudos recuperam dados da memória reprodutiva das mulheres quando elas já receberam o diagnóstico da causa da má-formação. Assim, é preciso investigar com maiores critérios a tese dos efeitos teratogênicos do misoprostol. Outra questão importante é que as mulheres relatam o uso de vários métodos abortivos simultaneamente e o efeito isolado do misoprostol não foi rigorosamente analisado (BRASIL, 2009).

Portanto, esses trabalhos trazem afirmações duvidosas sobre o aborto provocado e o uso do misoprostol, de maneira que podem reforçar a estigmatização de um procedimento comum, fortalecendo a discriminação das mulheres (BRASIL, 2009; CORRÊA e MASTRELLA, 2012).

Apesar de não se conhecer os números reais de mulheres que abortam com o misoprostol, sabe-se que mesmo com a ilegalidade o seu uso continua ocorrendo em grande escala e que tem sido o método mais utilizado pelas brasileiras ao abortarem clandestinamente (ARILHA, 2012).

Em artigo sobre o aborto clandestino no Brasil, examinou-se o comércio ilegal de misoprostol e dez casos do Ministério Público do Distrito Federal entre 2004 e 2010. A maioria dos vendedores trabalhava em farmácias comunitárias e orientou as mulheres sobre como utilizar o medicamento e prevenir infecções. No entanto, eles se recusaram a fornecer cuidados em caso de emergência. O traficante que aparece nos inquéritos analisados vende o misoprostol pela internet e possui grande estoque de medicamentos de gênero, ou seja, aqueles relacionados a mudanças corporais. As principais causas de mortalidade materna foram a demora na procura de cuidados médicos devido ao medo das mulheres de serem processadas e o uso de misoprostol associado a métodos invasivos (DINIZ e MADEIRO, 2012).

As histórias de vida de mulheres que abortaram com medicamentos são ainda pouco conhecidas, mas sabe-se que o comércio ilegal do misoprostol as aproxima do mercado clandestino, no qual não há garantia da procedência dos produtos. Quando utilizado corretamente, o misoprostol é um meio seguro e eficiente para o abortamento, cujo uso contribuiu para a queda do número de complicações decorrentes de abortos induzidos. Porém, nesse contexto de ilegalidade, ainda se observa altos índices de internações hospitalares por aborto incompleto (DINIZ e MADEIRO, 2012; DINIZ *et al*, 2017), o que pode indicar que o mercado do misoprostol possui produtos falsificados (ARILHA, 2010; DINIZ & CASTRO, 2011) ou ainda, que as informações sobre o uso correto não estão disponíveis às mulheres, levando ao uso de posologias inadequadas, que acabam por não finalizar o aborto.

O acesso ao misoprostol reduziu as sequelas e complicações por métodos abortivos arriscados comuns aos anos 1980, porém o contexto de ilegalidade do aborto apresenta complicados desafios, como o risco de aproximação das mulheres, seus parceiros e amigos do tráfico ou comércio ilegal de drogas para adquirir o misoprostol e a dependência do atendimento hospitalar para a finalização do aborto nos casos em que o medicamento é falsificado ou foi utilizado incorretamente (BRASIL, 2009).

Ao entrar no circuito da comercialização do ilegal/ilícito, o misoprostol passa a circular e ser disseminado não apenas para a solução de decisões das mulheres, mas como uma mercadoria adicional de um grande circuito comercial, dos quais os homens participam ativamente (ARILHA, 2012, p.1792).

A ilegalidade restringe também as informações confiáveis acessíveis às mulheres brasileiras, por meio de diversos mecanismos, como a resolução 1534/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que visa controlar o fluxo de informação sobre o medicamento na internet e em outros meios de comunicação (ARILHA, 2012).

Desde 2005, páginas online foram desenvolvidas para fornecer informações baseadas em evidências sobre o aborto e tornar a informação científica sobre o uso de misoprostol disponível em países com leis restritivas. O "Women on Web" e o "Women Help Women", por exemplo, ajuda mulheres a acessar a interrupção da gravidez fornecendo informações, aconselhamento clínico online e entrega de medicamentos para o aborto. Porém, muitas podem não possuir acesso a essas informações (ZORDO, 2016).

Dados qualitativos sobre a experiência das mulheres com o misoprostol na América Latina e no Brasil descrevem um pouco das vivências com aborto medicamentoso, que são diversas e variam de acordo com o contexto, a idade, a história, nível social e educacional, conhecimento sobre aborto com medicamentos e o contexto em que a gravidez ocorreu. As mulheres parecem valorizar a segurança e eficácia do medicamento, bem como a privacidade que ele permite e entendem o misoprostol como uma opção menos dolorosa, mais fácil, mais segura, mais prática, menos dispendiosa, mais natural e menos traumática que outros métodos de aborto.

Aspectos avaliados negativamente estão normalmente relacionados com os efeitos adversos, sangramento prolongado, possibilidade de que não seja efetivo e do fato de que algumas mulheres precisam procurar cuidados em saúde em um hospital onde podem ser denunciadas ou discriminadas (ARILHA, 2012; ZAMBERLIN *et al*, 2012).

Este cenário mostra como no Brasil é importante a força do mercado formal e informal, legal e ilegal, lícito e ilícito em torno das vendas do misoprostol e, portanto, deveria continuar a ser explorado cientificamente para gerar maior compreensão das novas tramas em que a prática do aborto está inserida na contemporaneidade. Deve-se focalizar, inclusive, as possíveis formas que as relações de poder de gênero podem assumir nas novas cidades, assim como indica de que maneira estado, mercado e subjetividades se completam na construção das tênues fronteiras em que mulheres e homens se arriscam para fazer valer o direito de decidir sobre suas vidas reprodutivas e de executar suas decisões com segurança (ARILHA,2012, p. 1792).

A restrição do acesso ao misoprostol e ao aborto seguro levam a diversos prejuízos aos direitos das mulheres, infligindo sofrimento e sequelas evitáveis às brasileiras e suas redes de sociabilidade (ARILHA, 2012). Estudos sugerem a necessidade de acessar a experiência das mulheres com o misoprostol por diferentes abordagens metodológicas por pesquisadoras, ativistas, profissionais de saúde, entre outros atores sociais na busca de uma melhor aproximação dos impactos do aborto medicamentoso na vida e saúde das mulheres (BRASIL, 2009; ARILHA, 2012; ZAMBERLIN *et al*, 2012).

4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

4.1 Pesquisa qualitativa

Ao pensar em minha pergunta de pesquisa e em como respondê-la, a investigação qualitativa apresentou-se como a abordagem adequada, já que busquei descrever e interpretar um fenômeno a partir da experiência vivida das mulheres (FLICK, 2009).

Em seu livro "O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde", Minayo (2008) cita a reflexão de Granger (1967) sobre a escolha da investigação qualitativa, que se dá devido à necessidade de captar algo dos aspectos subjetivos da realidade social. A autora também discute Mannheim (1968), que se opõe ao positivismo clássico que tenta mensurar todos os fatores sociais e afirma que a situação humana apenas é caracterizável quando se consideram as concepções que os sujeitos têm dela e a maneira como a experimentam.

A investigação qualitativa é utilizada no estudo das relações, representações, crenças e percepções, produtos das interpretações dos indivíduos a respeito de como vivem, como se relacionam com o mundo, como se constroem, sentem e pensam. Essa abordagem tende a se encaixar melhor a pesquisas que envolvam grupos delimitados e focalizados, histórias sociais sob a ótica dos atores, relações, interpretações e significações, permitindo compreender processos sociais ainda pouco conhecidos (MINAYO, 2008).

Assim, o foco da pesquisa qualitativa não é o fenômeno isolado, mas o significado atribuído a ele pelas pessoas que o experienciaram. O objetivo do estudo são as vivências dos sujeitos (DALY, 2007; DENZIN & LINCOLN, 2011).

Dessa maneira, nas investigações em saúde, a metodologia qualitativa tem conquistado maior espaço nas publicações, pois conhecer as significações dos fenômenos é essencial para entender com profundidade os sentimentos, ideias e comportamentos dos usuários e dos profissionais de saúde, questões que influenciam comportamentos, relações e a saúde das pessoas (TURATO, 2005).

Este trabalho utilizou a fenomenologia enquanto abordagem metodológica, por permitir uma aproximação das experiências dos sujeitos como eles as vivenciam (FISHER & EMBREE, 2000; DALY, 2007; MINAYO, 2009).

4.2 Fenomenologia

A fenomenologia surgiu como uma corrente filosófica, idealizada primeiramente por Husserl, a partir da pergunta de como ações, eventos, acontecimentos surgem na consciência dos sujeitos (DALY, 2007). Enquanto filosofia, a fenomenologia é uma forma particular de se aproximar do mundo e de apreender a experiência vivida.

Schutz (1971) transpôs as ideias filosóficas para a pesquisa social, de maneira a elucidar caminhos para a investigação que permitissem o entendimento da experiência consciente da vida cotidiana. A fenomenologia é uma maneira de investigar fenômenos subjetivos e baseia-se na concepção de que as verdades essenciais sobre a realidade estão fundamentadas na experiência cotidiana (VAN MANEN, 1990).

Enquanto método de pesquisa, a fenomenologia utiliza o que Husserl (1962) chamou de "as coisas em si". O foco da investigação fenomenológica é o significado da experiência humana, uma maneira de investigar como as experiências da vida são para as pessoas (DALY, 2007). É um estudo sistemático, explícito, autocrítico e intersubjetivo da experiência vivida, que exige o constante exercício da reflexão, leitura e escrita, já que esses processos são inseparáveis e necessários para a descrição e compreensão de um fenômeno (VAN MANEN, 1990).

Para Schutz (1971), a construção da realidade acontece em dois níveis: o primeiro ocorre a partir do mundo cotidiano vivenciado pelos indivíduos em um contexto específico de acordo com suas próprias histórias de vida (construtos de primeira potência); o segundo nível acontece na investigação de como as pessoas experienciam, de maneira que a pesquisadora também construiu significados em

torno das experiências apresentadas pelos atores sociais alvo da pesquisa (MINAYO, 2008).

A pesquisa fenomenológica hermenêutica, idealizada principalmente pelo filósofo Heidegger e descrita nos trabalhos de Van Manen é uma ciência humana com intenção de interpretar e compreender a experiência da vida cotidiana ao invés de observá-la, medi-la e explicá-la (VAN MANEN, 1990).

A intenção é ir além dos aspectos dados como certos na vida e alcançar os significados atribuídos pelos sujeitos à prática cotidiana de tal forma que não sejam distorcidos, descontextualizados ou generalizados (CONNELL, 2003). Para tal, foi necessário realizar constantemente o processo de redução fenomenológica ou *epoché*. O conhecimento anterior ou “a priori” foi “colocado entre parênteses”, para enxergar as experiências das sujeitas como elas as vivenciaram (DALY, 2007).

A epistemologia da fenomenologia enfoca a descrição da experiência dos sujeitos com o fenômeno vivenciado e não pretende desenvolver uma teoria abstrata. A descoberta do conhecimento não pode ser alcançada pelas ciências empíricas-analíticas isoladamente, mas compartilhando o significado comum da história, da cultura e da língua mútuas do mundo (VAN MANEN, 2014).

Apesar da metodologia de escolha focar nas experiências subjetivas e intersubjetivas, estas devem ser vistas dentro do contexto de um mundo objetivo (VAN MANEN, 1990). Existe um sistema no mundo que representa uma série de constantes relações, como a estrutura social em que se vive, que é historicamente e culturalmente construída. Esta realidade objetiva existe e influencia os sujeitos, assim como eles a influenciam. Assim, ela não pode ser completamente compreendida sem que se considere as experiências e percepções subjetivas a seu respeito (DALY, 2007). Da mesma maneira, essas experiências não podem ser lidas fora do contexto em que se vive ou tendemos a generalizar e invisibilizar experiências de diferentes grupos sociais.

4.3 Uma abordagem feminista fenomenológica

O Feminismo é um movimento social político e intelectual amplo e diverso que busca a equidade nas relações de gênero (MISSAGGIA, 2016). Possui teorias e construções múltiplas sobre as perspectivas das mulheres de opressão, mas apresenta um princípio geral de que o gênero é um determinante-chave do status social (BAIRD & MITCHELL, 2014).

O discurso feminista sobre interseccionalidade se desenvolveu ao longo das últimas duas décadas e apesar das diferenças em sua interpretação por correntes diversas, neste trabalho será considerada como essencial à discussão, devido aos marcadores sociais relacionados à temática. A interseccionalidade considera as hierarquias de poder que existem em várias categorias de opressão, como gênero, raça e classe, que estão interligadas e se sobrepõem (BAIRD & MITCHELL, 2014).

Assim, a teoria feminista não é um método, mas sim uma maneira de se posicionar diante da pesquisa e diante do mundo. Pesquisadoras feministas desejam contribuir com a melhoria de vida das mulheres por meio de suas investigações e para tal, estão interessadas em suas vivências (OLESEN, 2006).

Acredito na possibilidade de uma pesquisa para as mulheres e não de uma pesquisa sobre as mulheres, através de ensaios teóricos e de uma variedade de modos qualitativos que empreguem combinações tanto de estilos experimentais quanto de estilos voltados para o texto. O trabalho feminista prepara o terreno para outras pesquisas, outras ações e políticas que transcendem e transformam (OLESEN, 2006, p. 219).

O foco na experiência das mulheres, considerando as interseccionalidades, parece ser o principal ponto de encontro entre as abordagens (JAMES, 1997; FISHER, 2000; OLESEN, 2006; BAIRD & MITCHELL, 2014). A fenomenologia feminista apresenta o potencial de acessar e descrever experiências de grupos vulneráveis que durante muito tempo foram negligenciadas, contribuindo com o enriquecimento da compreensão sobre a experiência humana e desconstruindo concepções

consagradas como “naturais”. Dessa maneira, elabora criticamente discussões sobre experiências que desviam daquilo considerado como “normal” e próprio de um gênero, cor ou classe, demonstrando que há diferentes maneiras de existir, além daquelas tidas como normas sociais. Ao falarmos sobre maternidade e aborto, a fenomenologia feminista enquanto abordagem metodológica permite explorar tanto a subjetividade das mulheres quanto a estrutura social e as relações de poder nas quais estão inseridas, enriquecendo as descrições e discussões do trabalho (ZEILER & KALL, 2014).

5 MÉTODOS

5.1 Coleta de dados

Na fenomenologia hermenêutica e na pesquisa feminista, o interesse está na experiência vivida pelas sujeitas (VAN MANEN, 2014). Desse modo, os dados podem ser coletados de diferentes maneiras: entrevistas, observações, anotações e documentos.

Para a coleta de dados deste trabalho, utilizei entrevistas semiestruturadas abordando o uso do misoprostol no aborto ilegal (APÊNDICE A). Um questionário socioeconômico também foi elaborado para a pesquisa (APÊNDICE B). No entanto, este somente foi utilizado em um segundo momento para coleta de informações que não foram relatadas ao longo da entrevista.

Além disso, outras fontes foram exploradas, como o diário de campo para anotações antes e após as entrevistas, reflexões e discussões das quais participei em eventos feministas ou grupos de estudo relacionados ao tópico.

O acesso à população de estudo se deu por meio do contato com diferentes atores sociais da cidade de Belo Horizonte, que realizaram um convite às mulheres que atendem aos critérios de amostragem. Primeiramente, divulguei meu trabalho em diferentes locais, dentro e fora da universidade, solicitando que pessoas que conhecessem alguém que havia abortado com o medicamento, as perguntassem sobre conceder uma entrevista. Após o convite às mulheres, caso estas manifestassem interesse em participar de uma entrevista, eram então contatadas por telefone para agendamento em local, data e horário de maior conveniência e segurança. Também foi utilizada a “técnica bola de neve” ou “snowball sampling technique”, em que uma participante podia indicar outra. Essa técnica é reproduzida quando os sujeitos do estudo são difíceis de serem encontrados (SHAGHAGHI e BHOPAL et al, 2011). A entrevista apenas foi realizada após a mulher estar ciente e manifestar interesse em participar da pesquisa, consentindo oralmente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

5.1.1 Entrevistas semiestruturadas

A entrevista na pesquisa qualitativa, ao privilegiar a fala dos atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos, sendo apropriada para investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo (FRASER & GONDIM, 2004).

O modelo de entrevista semiestruturada tem origem em uma matriz, um roteiro ou tópico-guia que tenta abordar o tema de interesse da pesquisa. Ela parte de questionamentos básicos e essenciais que interessam à pesquisa e que oferecem outras possibilidades de perguntas que vão surgindo durante as respostas da informante. O roteiro deve permitir que novos temas e questões trazidas pela interlocutora sejam absorvidos, por meio de questões que provoquem narrativas amplas sobre as vivências (MINAYO, 2008).

Assim, apresenta perguntas abertas que podem ser modificadas, descartadas ou substituídas durante o processo de investigação. O tópico-guia direciona as principais questões a serem abordadas e ao mesmo tempo, permite uma flexibilidade para acompanhar as particularidades de cada entrevista (DALY, 2007).

Para esta pesquisa, foi realizado um pré-teste do roteiro de maneira a torná-lo mais condizente com os objetivos do projeto e ajustar melhor a lista de temas a serem trabalhados em campo (MINAYO, 2008). A partir da transcrição completa da entrevista piloto, foi possível investigar se o roteiro de perguntas estava realmente completo e adequado para a coleta de dados. Ao analisar o texto, consegui modificar o tópico guia de maneira a deixá-lo mais flexível e coerente com a metodologia de escolha (APÊNDICE A). O roteiro foi ajustado de acordo com a interação em cada entrevista e ao longo da investigação, fruto do meu processo reflexivo permanente (MINAYO, 2008).

Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento das participantes e transcritas integralmente para a análise dos dados.

5.1.2 Diário de pesquisa

O diário de pesquisa foi utilizado para anotações em relação a diversos aspectos da investigação: informações e percepções sobre as entrevistas; reflexões após entrevistas e durante as análises; sentimentos em torno do tema; histórico da trajetória de pesquisa; discussões com demais pesquisadoras, ativistas e feministas; informações relacionadas às buscas e materiais encontrados, entre outras questões que foram utilizadas na análise dos dados e na discussão da investigação (GIBBS & FLICK, 2009).

De acordo com Gibbs (2009), escrever é uma parte essencial da reflexão sobre os dados. O material escrito ajuda a elucidar as ideias e pode ser compartilhado com outras pessoas, para fins de discussão. Portanto, ao longo dessa pesquisa, foi importante manter todas as percepções, ideias, anotações, reflexões, ações e outras impressões em um diário de pesquisa.

5.2 Amostragem

Na pesquisa qualitativa, a amostragem não é guiada pela necessidade de grandes amostras para generalização dos resultados, mas sim pela coleta de dados que possam gerar níveis de compreensão robustos, ricos e profundos (TOMPSON, 1999).

Foram incluídas no estudo as mulheres que declararam ter utilizado o misoprostol para aborto ilegal, maiores de 18 anos e que concordaram oralmente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), sem necessariamente terem finalizado o aborto com o medicamento.

O tamanho da população incluída foi definido de acordo com a evolução da pesquisa, da diversidade de experiências das participantes e da riqueza de detalhes

e profundidade das entrevistas. Na abordagem qualitativa, é importante que se garanta o acesso a dados que representem o fenômeno de interesse e contribuam para ampliar a sua compreensão (CONNELL, 2003).

A fenomenologia não pretende generalizar os dados da amostra para a população, pois a qualidade da pesquisa não está relacionada ao número de entrevistadas, mas sim à profundidade e diversidade de dados fornecidos sobre o fenômeno. Assim, não se deve perguntar o tamanho da amostra, mas como ela é composta em termos de características relacionadas à temática em questão (VAN MANEN, 2014).

Assim, a amostragem foi intencional, ou seja, houve um esforço para acessar mulheres diversas com experiência no fenômeno de interesse e diferentes trajetórias de vida, na tentativa de se aproximar das vivências com o misoprostol no aborto. Apesar disso, houveram dificuldades de acessar as sujeitas, devido à ilegalidade. Locais como serviços de saúde e movimentos sociais foram imaginados como possíveis fontes de sujeitas para a pesquisa. Porém, eticamente era difícil fazer um convite aberto às pessoas, devido à segurança das pesquisadoras e das interlocutoras. Envolver os serviços de saúde seria complicado devido ao tema ser tão sensível e também poderia expor e constranger as entrevistadas. Dessa maneira, optou-se por manter a construção das redes de contato para encontrar as sujeitas.

Ao longo da pesquisa, algumas possíveis entrevistadas desistiram de participar, o que justifico, ao menos parcialmente, devido ao tema ser sensível e envolto de tabus. Além disso, consegui acessar apenas mulheres que pertenciam ao ensino superior. Mesmo ao buscar diferentes grupos em Belo Horizonte, a formação da rede ainda partia de mim, estudante de pós graduação da UFMG, o que pode ter limitado o alcance da mesma. Além disso, há no geral, um medo de tocar nesse assunto, mesmo com a garantia de sigilo e ausência de TCLE assinado, o que pode ter afastado possíveis interlocutoras.

Na abordagem qualitativa, os dados são coletados até que a análise não revele nada de novo ou diferente sobre o grupo, ou seja, até que a saturação dos dados

seja atingida. Porém, na fenomenologia, não se procura a repetição de padrões, mas sim descrições únicas e ricas sobre o fenômeno de interesse. Dessa maneira, reúne-se dados até que seja possível descrever o objeto de estudo com profundidade em um texto evocativo (VAN MANEN, 2014). Neste trabalho não se pretende esgotar a discussão em torno do tema, mas conhecer diferentes experiências para enriquecer a discussão sobre o aborto e o uso do misoprostol. Foi dessa maneira, que ao atingir seis entrevistas, decidi que os dados captados forneciam material adequado para a discussão a ser realizada.

5.3 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada através da leitura exaustiva das entrevistas semiestruturadas e definição de categorias temáticas no programa de análise qualitativa NVIVO®. Para tal, investi no processo de reflexão sobre a minha localidade na investigação, na busca de deixar os dados emergirem dos relatos das entrevistadas, minimizando os vieses (VAN MANEN, 1990).

A análise temática é um processo complexo, reflexivo e criativo em que a pesquisadora trata as transcrições de entrevistas e tenta encontrar unidades temáticas que evidenciem as experiências das mulheres. Assim, foi possível realizar leituras dos textos em diferentes dimensões, da mais holística até a mais detalhada, em um trabalho que não ocorre em níveis rigorosamente definidos, mas que conversam entre si (VAN MANEN, 2014).

Os temas encontrados foram então utilizados como guias na escrita do texto fenomenológico, que ocorreu concomitantemente com a análise dos dados, já que a própria escrita se mostrou como parte do processo analítico. A leitura e releitura dos textos gerados pelas entrevistas, pelo diário de campo e notas diversas sobre reflexões e discussões estiveram em constante relação com a escrita e reescrita do trabalho, durante toda a investigação, de maneira que essas etapas não seguiram uma sequência, mas se autoalimentaram ao longo do trabalho desenvolvido (JAMES, 1997).

5.4 Qualidade analítica e credibilidade

Toda pesquisa deve se preocupar com os possíveis erros ou vieses nos diferentes momentos de sua condução. A validade desse tipo de investigação, diferente das abordagens quantitativas, não se preocupa com o seguimento de uma lista de procedimentos e regras, mas sim com a fidelidade aos princípios da pesquisa qualitativa e da metodologia de escolha (CONNELL, 2003).

Uma das maneiras de conferir qualidade ao estudo fenomenológico é utilizar o método da redução, com o objetivo de colocar de lado as barreiras, pressuposições e conhecimentos prévios da pesquisadora em relação ao fenômeno para que se possa então estar aberta a enxergar a experiência vivida relatada pelas interlocutoras (VAN MANEN, 2014). Essa estratégia foi adotada durante toda a pesquisa para que a descrição do fenômeno fosse fiel às entrevistas, entendendo que há limitações para a técnica e por isso ela foi utilizada junto à reflexividade.

A reflexividade é o reconhecimento de que o produto da pesquisa reflete inevitavelmente parte das origens e da formação, do meio e das preferências da pesquisadora. O modelo científico afirma que a boa pesquisa é objetiva, precisa e não tendenciosa, mas aqueles que enfatizam a reflexividade da pesquisa sugerem que nenhum pesquisador pode garantir essa objetividade. A pesquisadora qualitativa, como todos os outros pesquisadores, não pode afirmar que é uma observadora objetiva, politicamente neutra, posicionada de forma externa e acima do texto de seus relatórios de pesquisa (GIBBS & FLICK, 2009).

Assim, de acordo com GIBBS (2009), na abordagem qualitativa não se pretende eliminar completamente as influências da pesquisadora, pois entende-se que isso é impossível, independente se falamos sobre abordagem quantitativa ou qualitativa. Em vez disso, precisamos entender esses efeitos, monitorá-los e relatá-los, em um constante processo de reflexão ao longo da investigação. Por isso, ao escrever este trabalho, a primeira atitude foi me posicionar, relatar minha localidade, meus

interesses e meu ponto de partida para pensar a pergunta de pesquisa. A partir disso, as leitoras e leitores podem também avaliar o texto de maneira crítica, entendendo de qual lugar escrevo e compor suas próprias opiniões e reflexões.

De acordo com Van Manen (2014), é importante que a pesquisadora questione se a pergunta de pesquisa é fenomenológica, pois a metodologia precisa estar de acordo com a questão principal do estudo proposto. Este trabalho deseja ampliar a compreensão sobre a experiência de mulheres com o misoprostol, questão que se encaixa na abordagem de escolha.

A descrição dos dados na fenomenologia deve ser vívida e rica, de maneira que os leitores possam se aproximar da experiência vivida, quase como se eles mesmos houvessem vivenciado ou pudessem vivenciar aquela experiência (CONNELL, 2003). Para tal, participantes que possuem experiência com o fenômeno de interesse e que podiam fornecer um relato completo e com profundidade, foram selecionadas. Como descrito, busquei incluir interlocutoras diversas, com trajetórias de vida e itinerários de aborto diferentes, o que permitiu explorar a temática com riqueza.

Na investigação qualitativa há diversas discussões sobre a possibilidade de conferir credibilidade por meio da triangulação de métodos, isto é, a utilização concomitante de diário de campo, entrevistas e análise colaborativa com outras pesquisadoras, por exemplo. A triangulação consiste na combinação e cruzamento de métodos na coleta de dados, técnicas de abordagem, pontos de vista de diferentes pesquisadoras trabalhando em conjunto na tentativa de conferir maior riqueza à pesquisa (MINAYO, 2008).

Foram realizadas discussões colaborativas com as pesquisadoras envolvidas no projeto, na tentativa de compartilhar reflexões e diminuir as ambiguidades entre o texto do trabalho e a descrição das entrevistadas, assim como enriquecer as discussões realizadas (CONNELL, 2003).

Na abordagem qualitativa não se busca a generalização dos resultados, estendendo-os à população brasileira, porém entende-se que a experiência das pessoas com determinado fenômeno tende a apresentar questões em comum. As experiências relatadas neste estudo apresentaram semelhanças com as de outras mulheres que o vivenciaram, de maneira que a pesquisa contribui para a aproximação do fenômeno de interesse, ainda pouco explorado (VAN MANEN, 2014).

5.5 Aspectos éticos

Desde o início da reflexão sobre o tópico de interesse, a pergunta de pesquisa e a metodologia a ser utilizada, procurei me informar sobre como garantir a segurança e sigilo das interlocutoras, não apenas por entender que isso é uma responsabilidade minha, mas devido à ilegalidade do aborto induzido.

Relatos de pesquisadoras brasileiras que estudam aborto no Brasil apontam para pressões, indagações e perseguições que elas podem vir a sofrer devido ao contexto de ilegalidade. Dessa maneira, a construção do estudo foi permeada pelo receio de colocar as interlocutoras em risco, por isso trabalhei para minimizá-los, incluindo o uso do consentimento oral para a realização da entrevista. Essa estratégia foi adotada para evitar que as participantes assinassem um termo que poderia se configurar como uma prova em relação ao aborto realizado.

De acordo com os termos das Resoluções 466/12 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa preservou todos os aspectos éticos da legislação citada. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais na Plataforma Brasil em 23 de fevereiro de 2016 e aprovado em 11 de abril de 2016. O Certificado de Apresentação para Apreciação Ética está registrado no número 53504415.0.0000.5149. O princípio de confidencialidade foi rigorosamente cumprido e providências foram tomadas para evitar quebra de sigilo das informações relativas às participantes do estudo.

Dessa forma, para me referir às participantes durante a apresentação dos dados utilizo nomes fictícios. Todos os nomes utilizados nesta pesquisa fazem referência a mulheres brasileiras que morreram ao tentar realizar um aborto em condições precárias, devido à ilegalidade do procedimento.

Os formulários contendo os dados coletados foram mantidos em arquivo fechado e estão disponíveis somente para a equipe de investigação. As entrevistadas foram informadas a respeito dos objetivos e demais aspectos da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue às participantes e após a sua leitura e elucidação de possíveis dúvidas, foi solicitado consentimento oral para a concessão da entrevista.

Apesar dos cuidados, houveram dificuldades de pesquisa relacionadas ao tema abordado e às barreiras e preocupações com as quais acabei por me deparar ao longo da investigação. Uma delas foi a dificuldade de encontrar interlocutoras que se dispusessem à exposição de falar sobre um tema tão permeado por tabus. A coleta de dados acabou se estendendo devido às barreiras para chegar às pessoas dispostas a relatarem sua experiência.

Por outro lado, mulheres que desejavam conseguir o medicamento e souberam do meu trabalho, invariavelmente me procuravam, na tentativa de obter contatos para a compra do mesmo ou para obter informações sobre como fazer um uso seguro dele. De acordo com as falas das entrevistadas, como discutirei adiante, parece haver uma grande procura por informações seguras sobre o medicamento, porém o contexto de ilegalidade pode impedir ou dificultar que orientações adequadas sejam realizadas. Enquanto profissional de saúde, ocupar essa posição me trouxe inúmeros sofrimentos. Negar atendimento em saúde é antiético e conflituoso, porém a legislação brasileira restringe as ações de redução de danos em relação ao uso do medicamento.

Outra questão que emergiu ao longo do trabalho foi a dificuldade de falar publicamente enquanto pesquisadora sobre a temática do aborto, seja em ambientes acadêmicos ou fora deles. Também para as pessoas que discutem o

tema, a estigmatização se faz presente, sendo exacerbada ao se tratar de uma pesquisa qualitativa relacionada à abordagem feminista, a qual parece constantemente ser questionada quanto à sua credibilidade e relevância. Convido as leitoras(es) a refletirem sobre a neutralidade na ciência e sobre a importância da pesquisa qualitativa em saúde, assim como a da abordagem feminista para trabalhos relacionados à saúde das mulheres, como os da autora Fabíola Rohden, que constam nas referências deste trabalho.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Apresentação das entrevistadas

De acordo com a revisão “Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos (2009), as mulheres que abortam são *“Predominantemente, mulheres entre 20 e 29 anos, em união estável com até oito anos de estudo, trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos, as quais abortam com misoprostol”*. Essas são características que podem ser representativas de mulheres brasileiras num geral, desmistificando a existência de um perfil específico e estigmatizado daquelas que seriam as protagonistas dos itinerários abortivos no país. As interlocutoras deste trabalho, como apresentarei adiante, ora corroboram, ora desviam-se delas, devido à sua pluralidade.

Tabela 1 - Apresentação das Interlocutoras

Nome	N abortos	Idade no evento	Idade na entrevista	Raça/cor	Nível de escolaridade na entrevista
E1 (piloto) Elisângela	2	30 32	38	Preta	Superior Completo
E2 Jandira	1	25	26	Parda	Superior Incompleto
E3 Glaice	1	22	23	Branca	Superior Incompleto
E4 Tatiana	1	21	26	Branca	Superior Completo
E5 Caroline	1	22	50	Parda	Superior Completo
E6 Aline	2	20 33	46	Preta	Doutorado em curso

E= Entrevista

As Pesquisas Nacionais de Aborto de 2010 e 2016, realizadas em centros urbanos, reforçam que uma a cada cinco mulheres em idade fértil já realizou ao menos um aborto no Brasil. Ainda são desconhecidas outras realidades, como no ambiente rural ou em comunidades que não habitam as capitais, além de haver subnotificação do procedimento devido à sua ilegalidade (DINIZ, 2010; 2016). Discute-se a maior vulnerabilidade de certas populações frente ao aborto inseguro, não porque essas populações buscam o procedimento em maior número, mas porque elas têm maior dificuldade de acessar procedimentos abortivos minimamente mais seguros (HEILBORN, 2012). É o caso das mulheres negras e pardas, das jovens, das profissionais do sexo, e também dos homens trans e pessoas não binárias que engravidam, devido às dificuldades de acesso à informação, às formas menos invasivas de abortar e ao atendimento adequado no sistema de saúde. Tudo isso está diretamente relacionado a condições financeiras, assim como ao racismo, à transfobia, à misoginia e aos estigmas que circundam essas populações e que às expõem a vulnerabilidades diferenciadas em diversas áreas da vida, negando acessos a direitos básicos e ao reconhecimento dessas pessoas enquanto sujeitos (GONTIJO, 2010; LUNA, 2009).

Dessa maneira, os marcadores sociais como idade, raça, orientação sexual, identidade de gênero, classe social, estado civil e religião são ferramentas importantes para entendermos o complexo contexto de vida das pessoas que abortam, incorporando a ideia da interseccionalidade como essencial para compreendermos a presença ou falta de acessos à informação, serviços de saúde, planejamento reprodutivo, redes de apoio, métodos abortivos, entre outras questões (PRICE, 2011; CRENSHAW, 2002).

Para falar das experiências das interlocutoras com o misoprostol, preciso primeiramente apresentá-las, dizer de sua história. As pesquisas em profundidade possibilitam a apresentação com riqueza de detalhes e orientada pelas falas, o que é essencial para descrevermos a experiência vivida em uma pesquisa fundamentada na fenomenologia feminista, permitindo a elucidação de interseccionalidades que as marcam.

Entendo que o capital cultural e os acessos das mulheres à educação, ao mercado de trabalho, moradia, mobilidade, alimentação, lazer e outros direitos são tão ou mais importantes do que a renda declarada, já que se configuram como possibilidades ou dificuldades de pensar a interrupção ou a continuidade da gravidez, seja no momento do aborto ou em outros pontos de sua vida. Parece haver um viés de memória ao tentarem lembrar a renda que possuíam na época do aborto, principalmente para aquelas que realizaram o procedimento há mais tempo.

Portanto, os marcadores sociais serão apresentados junto ao seu contexto de vida, para que não sejam tomados como categorias desconexas, contribuindo para a estigmatização das mesmas ou para conclusões indevidas. A partir disso, é importante entender que essas categorias se sobrepõem e atravessam a vida dessas sujeitas de maneiras diversas, seja no acesso à saúde, à educação, à maternidade com dignidade ou a um aborto sem sequelas.

Todas as informantes deste trabalho estão ou já passaram pelo ensino superior, seja ele privado ou público, questão que pode ser facilitadora, mas não necessariamente o é, no acesso ao misoprostol ou a um procedimento minimamente mais seguro. Em leituras de blogues e depoimentos, me deparei com relatos de mulheres universitárias que declaravam não ter conseguido acessar o medicamento a tempo de realizar um aborto devido à falta de acesso a redes que pudessem auxiliá-las (Anotações diário de campo, novembro de 2017). Dessa maneira, seguiram com gestações indesejadas mesmo possuindo recursos financeiros para abortar.

Como o acesso às entrevistadas partiu das minhas redes de sociabilidade, não extrapolei o universo do ensino superior. Essa questão nos permite explorar com maiores detalhes esse lugar ainda pouco abordado nas pesquisas sobre aborto (CARVALHO, 2015).

Todas as interlocutoras finalizaram o procedimento com sucesso sem necessidade de atendimento hospitalar, o que me permitiu trabalhar com os itinerários abortivos das mulheres que não chegam aos serviços de saúde emergenciais, e, portanto, não são notificados enquanto casos de abortamento.

Apesar do ensino superior em comum, elas têm origens divergentes. De acordo com sua auto-identificação, duas são brancas, duas negras, duas pardas, as religiões se diferem, assim como as rendas e as relações com os parceiros, que se modificam de acordo com o momento de vida, como abordarei adiante. Abaixo apresento cada uma delas e seus itinerários abortivos, os quais introduzo a partir de três macrocategorias principais que surgiram neste trabalho, tentando seguir alguma linearidade no processo de decrever essas histórias. São elas:

1. Contracepção, maternidade indesejada e aborto: vozes da experiência
2. O uso do misoprostol
3. O aborto e os outros: atores envolvidos nos itinerários abortivos

A narrativa caminha perpassando diferentes momentos de vida das mulheres: antes, durante e após o aborto com o misoprostol. Espero conseguir fazer jus à narrativa das interlocutoras desse trabalho, o qual não seria possível sem a coragem delas de falar sobre suas interrupções de gravidez nesse contexto de ilegalidade.

Elisângela

Elisângela foi a primeira entrevistada. Por ser uma antiga conhecida, se ofereceu para participar como interlocutora desde quando conversamos sobre o tema em uma conversa casual, quando eu ainda planejava o trabalho. A entrevista durou 46 minutos e aconteceu na casa dela, por sugestão da mesma.

Assim como as demais interlocutoras, Elisângela me narrou sua história com bastante tranquilidade, tentando detalhar questões que ela julgava importantes para a pesquisa.

Mulher negra, heterossexual, solteira, adepta da religião Wicca e atualmente com 38 anos, realizou dois abortos, um aos 30 e outro aos 32 anos de idade. Ela e sua família são de Belo Horizonte e na época dos procedimentos, ela vivia com os pais.

Em sua primeira gravidez, Elisângela estava na graduação em uma universidade pública, na área da saúde e trabalhava em uma empresa de telemarketing, na qual recebia cerca de um salário mínimo. Ela teve uma relação sexual no último dia de sua menstruação, com um colega com o qual não tinha um vínculo de relacionamento, mas que frequentava os mesmos espaços sociais que ela.

Na segunda gravidez, dois anos depois, Elisângela continuava na graduação, mas havia mudado para um curso da área de ciências humanas. Ela não se recorda da sua renda na época e relaciona isso com o fato de que dessa vez não precisou pagar pelo medicamento. Nesse momento, ela mantinha encontros casuais com um parceiro que não residia na cidade, com o qual também não possuía um vínculo formal de relacionamento.

Elisângela relata que quando engravidou, já sentia a gestação antes de fazer os testes. Nas duas situações, ao confirmar, ela contou aos parceiros, os quais responderam de maneiras diferentes: o primeiro a questionou sobre a paternidade, sugeriu que ela seguisse com a gravidez para que a mãe dele criasse o filho, mas não ofereceu suporte após sua decisão pelo aborto; o segundo a apoiou financeiramente e a acompanhou parcialmente no processo.

Ao descobrir sua primeira gravidez, Elisângela relatou já pensar em algum meio de realizar o aborto por não desejar ter filhos naquela época, possuir receios de vivenciar as dores do parto, além de se encontrar em uma condição que não via como ideal para o cuidado de uma criança.

Graduada, na época da entrevista vivenciava uma condição financeira de dois a três salários mínimos, dividindo uma casa com dois amigos e diz que quando em um relacionamento estável, futuramente, gostaria de ser mãe.

Jandira

Jandira foi a segunda entrevistada. Por sermos conhecidas, ela já havia comentado sobre sua história comigo, então a convidei para participar da pesquisa. Por sugestão dela, o local da entrevista foi a minha casa e teve duração de 185 minutos.

Mulher parda, bissexual, solteira, relata não possuir religião. Com 26 anos, à época da entrevista, realizou um aborto medicamentoso aos 25 anos. Jandira é mãe de um garoto de 8 anos, fruto de uma gravidez aos 17 anos, quando estava no ensino médio e dependia de seus pais. Com a falta de apoio nessa época, frente a uma gravidez indesejada, ela realizou algumas tentativas de aborto com chás e comprimidos diversos – dipirona, anticoncepcionais hormonais - sem sucesso. Seguiu com a gravidez contrariada, o que resultou em uma depressão profunda e uma tentativa de suicídio, interpretada como “histeria” pela família. Jandira conta de suas dificuldades com a maternidade, que se iniciaram com a negação da gravidez, e seguiram com as tentativas de automutilação, as ausências do companheiro, que descreve como “relapso”, os sentimentos de solidão e desamparo, e o constante desejo de não seguir com a gestação. Apesar disso, conta do carinho pelo seu filho, do lado positivo de sua maternidade, mas também das expectativas irreais depositadas nela enquanto mãe.

Em sua segunda gravidez, a qual resultou em um aborto, ela estava em um relacionamento casual e possuía maiores recursos, então sabia que procuraria um meio para abortar. Por não desejar a vivência da maternidade novamente em sua vida, comenta sobre as ideias suicidas desse momento, caso não conseguisse um meio de abortar. O parceiro a apoia financeiramente, mas também a pressiona muito, tensionando ainda mais o processo.

Nesse momento, Jandira estava na graduação em uma faculdade privada, com financiamento das mensalidades. Realizava um curso noturno na área de ciências humanas e também um estágio com remuneração de aproximadamente um salário mínimo, orçamento que julgava insuficiente para suas despesas. Já não morava com a família, dividindo um apartamento com uma amiga.

Glaice

Glaice foi a terceira entrevistada deste trabalho, por indicação de um conhecido para o qual falei sobre a pesquisa. Ao entrar em contato com ela, logo manifestou interesse e se colocou à disposição. A entrevista ocorreu em sua casa, por sugestão dela e durou 82 minutos.

Mulher branca, heterossexual, solteira e adepta do catolicismo, atualmente com 23 anos, realizou um aborto aos 22 anos. Glaice relatou que ao descobrir a gravidez estava na graduação em uma faculdade privada, em um curso na área de ciências humanas e havia saído recentemente de seu antigo emprego em um shopping. Assim, dependia do suporte de sua família para viver, além do dinheiro que havia juntado enquanto trabalhava.

Ela havia terminado seu relacionamento há pouco tempo, mas continuava envolvida afetivo-sexualmente com o seu ex-namorado, que apesar de discordar do aborto em um primeiro momento, a apoiou e acompanhou em todo o processo.

Apesar de ter mudado de ideia recentemente sobre a possibilidade de ter filhos, Glaice não se recordava de ter duvidado da ideia de abortar em nenhum momento. Ela relatou que a pressão de ter uma família conservadora, as possíveis repercussões de um filho em sua vida, em seus planos e a ideia do peso da gravidez e do cuidado de uma criança como uma responsabilidade muito maior para a mãe, pesaram em sua decisão. Ela afirma que a escolha não foi banal, mas que desde o início já havia definido o que desejava.

Glaice e sua família são do interior de Minas Gerais, mas ela veio para Belo Horizonte para cursar a faculdade.

Tatiana

Tatiana foi a quarta entrevistada da pesquisa. Ela foi indicada por um amigo. A entrevista durou 64 minutos e ocorreu em minha casa, por sugestão dela. Mulher

branca, bissexual, solteira, relata ser atéia. Atualmente com 26 anos, realizou um aborto com 21 anos. Tatiana estava na graduação, na área de exatas, em uma faculdade privada em que era bolsista. Ela disse não se lembrar se estava desempregada, se estagiava ou se vivia apenas com auxílio de seu pai para os gastos diários.

Relatou que na época era solteira e teve um encontro pontual com um ex-namorado antigo com o qual já não mantinha contato e, assim, não contou sobre a gravidez a ele, com medo de que ele pudesse impedir de abortar ou denunciá-la. Contou que no início pensou em continuar, porém nunca quis ter filhos, principalmente em uma situação em que não possuía vínculo com o parceiro, mas independente disso, não desejava ser mãe no momento.

Tatiana e sua família também são de Belo Horizonte – MG. Graduada e trabalhando em sua área, na época da entrevista ela vivia com uma renda de três salários mínimos, morando com sua mãe.

Caroline

Caroline foi indicada por uma colega que é sua amiga próxima. Realizamos a entrevista no laboratório do grupo de pesquisa onde eu trabalho, por sugestão dela. A entrevista teve duração de aproximadamente 68 minutos.

Mulher parda, heterossexual, declarou ser católica e próxima ao espiritismo na época do aborto, mas hoje se considera espírita. Atualmente com 50 anos, realizou um aborto com 22, quando era solteira, estava na graduação e possuía uma renda pequena, com o estágio que realizava na faculdade.

Ao descobrir a gravidez, Caroline estava em um curso na área da saúde, em uma universidade pública. Ela fazia um estágio, no qual recebia uma bolsa e tinha auxílio do pai para gastos mensais na faculdade.

Nessa época, Caroline estava em um relacionamento duradouro com um colega de faculdade, com o qual se encontrava há mais de dois anos, mas não mantinha um “acordo tradicional de relacionamento”. Ela relatou que sempre estavam juntos, mas que nunca assumiram um namoro. Caroline contou ao parceiro, mas ele não se fez presente em seu itinerário abortivo.

Quando confirmou a gravidez, a única solução que encontrou foi recorrer a um aborto, sem hesitação. A gravidez nesse momento iria atropelar suas expectativas e planos de vida. Ela relatou que era muito jovem, ainda incerta sobre o que desejava para sua vida, mas cheia de planos que não queria abandonar e por isso não pensou em manter a gravidez naquele momento. Caroline diz que nunca se viu mãe e entende a maternidade como algo que não planejou em sua juventude e que não desejou ao longo de sua vida. Na época da entrevista, pós-graduada, possuía uma renda entre quatro e cinco salários mínimos, era casada e vivia com seu marido.

Aline

Aline foi a última entrevistada deste trabalho. Ao me ouvir falar em um espaço de discussão sobre aborto, disse ser uma possível entrevistada. Assim, combinamos um encontro em uma sala da faculdade à qual ela é vinculada, por sugestão dela. A entrevista durou 79 minutos.

Mulher negra, heterossexual, solteira, declara não possuir religião. Atualmente com 46 anos, Aline realizou dois abortos com misoprostol, sendo um aos 20 anos e outro aos 33 anos. Na época do primeiro aborto, contou que se considerava uma evangélica “desviada”, com intenções de retornar à igreja, e vivia no interior da Bahia. Aline possuía o segundo grau completo e nessa época, vivia temporariamente com seus avós, seu irmão e cunhada. Aline se relacionava pontualmente com um parceiro, uma pessoa com a qual não possuía nenhum vínculo e não tinha certeza do que esperar como reação. Assim, decidiu não contar sobre a gravidez a ele, entendendo que os seus próprios conflitos já eram muito para ela lidar.

Por se reconhecer enquanto uma evangélica “desviada” e ainda se sentir próxima da religião, com necessidade de retornar a praticá-la, houve um intenso conflito sobre manter ou não a gravidez. Por outro lado, ela não desejava ser mãe e tinha muitos planos que seriam atravessados, como a vontade de se mudar e continuar os estudos.

Em sua segunda experiência, estava casada e não possuía religião, já morando em Belo Horizonte. Entre uma vivência e outra, ela se graduou e entrou na pós-graduação. Ela não se recordava de sua renda na época do primeiro aborto e no momento do segundo relatou uma renda familiar de aproximadamente sete salários mínimos. Estava empregada, vivendo em Belo Horizonte com seu marido, que acompanhou todo o processo desde a descoberta. Com mais apoio, acesso e possibilidades, ela relatou não haver conflitos relacionados à interrupção da gravidez e o seu não desejo de ter filhos foi a questão chave no processo de decisão.

Ela e sua família são da região Nordeste, mas Aline veio para Belo Horizonte nos anos 1990 para morar com seu companheiro da época. Na época a entrevista possuía uma renda de aproximadamente quatro salários mínimos e estava finalizando o doutorado.

6.2 Contracepção, maternidade indesejada e aborto: vozes da experiência

No presente tópico pretendo apresentar e discutir as elaborações das mulheres sobre educação sexual, uso de métodos contraceptivos, a descoberta das gravidezes indesejadas, as reflexões sobre uma possível maternidade e a decisão pelo aborto medicamentoso. Tentarei seguir certa linearidade que acompanha o itinerário abortivo das mulheres, que não necessariamente coincide com a ordem em que as interlocutoras falaram sobre os eventos. Assim como na revisão deste trabalho, aborto será discutido enquanto parte essencial dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

6.2.1 Educação sexual e planejamento reprodutivo: autonomia ou culpabilização?

Desde antes de nascermos, existem expectativas sobre o que seremos, ou o que faremos, expectativas conectadas ao corpo anatômico. Dentre elas, a maternidade é naturalizada historicamente como a função social das pessoas que nascem com um útero (ROHDEN, 2003).

Como vimos, há diversas responsabilidades que as mulheres exclusivamente deverão assumir, mesmo antes que a gravidez ocorra. Existe um padrão de maternidade a ser seguido, que inclui especificidades como o momento “ideal” para a gravidez acontecer, de preferência em uma união estável, branca, cisheterossexual e monogâmica (MATTAR & DINIZ, 2012). Com o aumento das tecnologias reprodutivas e a suposta maior possibilidade de uso de métodos contraceptivos, a cobrança cresce, desconsiderando a vida concreta das mulheres e as situações em que estão inseridas (BADINTER, 2005). Assim, a mulher deve “se cuidar” para não engravidar no momento “impróprio”, seja pela abstinência sexual ou pelo correto uso dos métodos contraceptivos prescritos pelos profissionais de saúde.

A gravidez, mesmo com as possibilidades de diferentes destinos construídos pelas mulheres atualmente, configura-se ainda como compulsória. É importante nos atentarmos para o fato de que essas possibilidades se diferem entre as mulheres de acordo com a camada social da qual fazem parte. Para algumas, pode ser irreal pensar outras possibilidades que não a constituição de uma família (HEILBORN, 2009). Porém, independente das categorias sociais que as marcam, a gravidez, junto ao casamento heterossexual, está associada a uma suposta confirmação de sua “feminilidade” e ao seu reconhecimento enquanto uma mulher “plena e completa” (MEYER, 2005; MATTAR & DINIZ, 2012). Além disso, a autonomia sobre a contracepção, dependendo do contexto da mulher, pode não ser algo garantido seja pela falta de acesso econômico ou por outros impedimentos.

O conceito de autonomia relaciona-se com a amplitude do controle da mulher sobre sua própria vida, sua possibilidade de decisão e visibilidade, seja na família ou na

sociedade como um todo. Chacham *et al.* (2012) discorre sobre algumas dimensões de autonomia que envolvem: autoridade e controle de recursos econômicos e sociais para tomar decisões relacionadas a si mesma e aos filhos, quando desejado, além de ausência de ameaça e violência do companheiro e/ou demais pessoas. Na esfera reprodutiva e sexual, a autonomia relaciona-se a poder determinar, com segurança, quando e com quem terá relações sexuais e filhos, acesso à saúde sexual e reprodutiva e à maternidade segura, se essa for de sua escolha (CHACHAM *et al.*, 2012).

Planejamento reprodutivo é conceituado pelo MS como o direito que toda pessoa tem à informação e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre os filhos e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda pessoa deve ter em relação ao direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência (BRASIL, 2013).

As políticas higienistas do século XIX e XX no Brasil, influenciadas por ideias neomalthusianas e pelas pressões externas dos países desenvolvidos sobre os países latinoamericanos, fundamentaram a crença de que a população cresceria mais do que os recursos disponíveis no planeta. Acreditava-se que apenas pelo controle da natalidade seria possível eliminar a pobreza e as doenças que assolavam a população. De um lado, ocorre uma disseminação de ideias pelo controle da natalidade nas famílias pobres; de outro, continua-se a cultuar a maternidade enquanto função das mulheres, temendo as quedas de natalidade de alguns países europeus. Com o advento das tecnologias reprodutivas e a implantação das políticas, as taxas de natalidade caíram, sem que fossem acompanhadas pela diminuição da pobreza, já que as desigualdades sociais continuaram e ainda se impõem no neoliberalismo (VIEIRA, 2003; BRASIL, 2013).

Diferente da ideia do controle natalista implantado pelos governos, o planejamento reprodutivo é pensado a partir da autonomia das pessoas sobre a sua vida sexual e reprodutiva, e envolve ações educativas, assistência à saúde antes, durante e após a gravidez. Entende-se que toda pessoa tem direito a planejar sua vida sexual e

reprodutiva, independente de se encontrar dentro de uma união estável ou constituir uma família (BRASIL, 2013).

Não podemos falar sobre maternidade e aborto sem discutirmos um pouco sobre saúde sexual e planejamento reprodutivo. Portanto, o caminho desenhado até aqui foi apontado pelas minhas interlocutoras e também da minha apropriação de uma discussão mais ampla sobre o tema. Não desejo com essa discussão depositar nessas atividades a prevenção do abortamento, pois o entendo como parte da vida concreta das mulheres, um procedimento comum, que deveria ser reconhecido como possibilidade dentro do planejamento reprodutivo. Realizo então a discussão sobre os desafios em torno desse campo entendendo que gravidezes indesejadas acontecem independente do acesso que as pessoas têm às informações, aos métodos contraceptivos e à saúde. O acesso a serviços de qualidade compõe os direitos sexuais e reprodutivos e deve ser reivindicado em conjunto à legalização do aborto no Brasil, para que seja garantido dignidade às mulheres, seja na gravidez ou na recusa dela.

O planejamento reprodutivo pautado na educação popular em saúde representa parte importante dos direitos que precisam ser garantidos nessa área, por atravessar questões essenciais para o reconhecimento das mulheres enquanto sujeitos de direito: deslocar o lugar social delas enquanto unicamente responsáveis pela reprodução, prevenir as situações de violência em que muitas se encontram, aumentar a sua autonomia frente à sua sexualidade e reprodução.

A educação sexual e o acesso a informações relacionadas foram mencionadas por duas interlocutoras como um aspecto dificultador ao pensarem sua sexualidade. Jandira e Caroline comentam que tiveram pouco acesso à informação sobre saúde sexual e reprodutiva ao longo de sua juventude devido ao ambiente em que cresceram. As interlocutoras apenas falam sobre suas mães enquanto figuras de referência para esses assuntos, enquanto o pai não é mencionado.

Como eu tinha falado, eu não tinha nenhuma orientação sobre sexualidade em casa e até hoje a minha mãe é assim, minha mãe não conversa sobre isso. Não porque religião, é porque ela não tem o conhecimento. [...] eu não

sabia que eu não podia transar sem camisinha e achar de boa fazer coito. (Jandira)

Eu lembro da primeira vez que eu devia ter uns doze anos (...) aí eu perguntei pra minha mãe "o que é sexo?" e ela "é masculino e feminino" (...) Aí perguntei "o que é modos", ela "absorvente". E ponto, entendeu? Como que você vai mais alguma vez perguntar mais alguma coisa? Cê num tem abertura, né? (Caroline)

A ausência de espaços para conversas em relação à sexualidade, seja na escola, em casa ou entre os amigos sobre o assunto é um fator que pode contribuir para o não uso ou uso inadequado dos métodos contraceptivos. Jandira, ao me relatar sobre sua primeira gravidez, diz que na época não acreditava na possibilidade de engravidar com o coito interrompido durante sua adolescência, o que coincide com as entrevistas de Heilborn (2009), em uma pesquisa sobre o itinerário abortivo de adolescentes. Glaice e seu namorado pareciam também confiar que o uso parcial da camisinha peniana asseguraria a contracepção.

Nessa época foi tipo assim, "gente como que pode", porque eu não transava sem camisinha, a gente sempre usou, só tem que assim, como naquela época eu lidava com adolescentes e eu era adolescente e a gente é muito mal informado, eu não tinha diálogos sobre, igual minha mãe não sabia que eu tava tipo tendo relação, que eu tava namorando, minha mãe não sabia de nada disso, então assim, aconteceu de umas duas ou três vezes a gente ter relação sem camisinha, mas a gente fazer coito e numa dessas ocasiões, eu tipo engravidei. (Jandira)

(...) só que eu falo que assim, foi uma roleta russa, porque na verdade, a gente usava camisinha depois de tipo dois minutos que já tinha começado a transar, então analisando um ano e meio fazendo isso, digamos que demorou. (...) Então não foi assim, não foi falha de dia seguinte nem nada, na nossa cabeça a gente tinha consciência de que tava se protegendo, sabe? (Glaice)

É importante considerar que todo método possui uma margem de falha e que a vida concreta das mulheres é mais complexa do que "usar ou não usar os métodos contraceptivos". Aline fala sobre as complexidades envolvidas no uso de contraceptivos.

Tem que pensar na prevenção mesmo, tem que fortalecer isso, mas também você tem que ter o cuidado de não...porque todo mundo sabe, por mais que vá ter prevenção, nenhum método é 100%, vai ter sempre a possibilidade de uma gravidez que não tava planejada e a gente é humano e humanas, tipo, as coisas também, todo mundo sabe às vezes racionalmente tá tudo certinho o que tem que ser feito, mas tem vários fatores que às vezes bagunçam essas coisas todas, então enfim, a realidade da vida concreta também. (Aline)

Situações diversas podem não permitir que elas os utilizem devido à pressão do parceiro, ao momento ou como a relação sexual ocorreu, ou, ainda, uso inadequado dos métodos contraceptivos (HEILBORN et al, 2009).

O fato de a contracepção ser encarada enquanto uma função única e exclusiva da mulher deposita nelas um aglomerado de responsabilidades, que deveriam ser compartilhadas igualmente com as pessoas com as quais se relacionam. Elas devem arcar com a culpa pelas falhas dos métodos, pelas atitudes dos parceiros, inclusive atitudes abusivas, como a retirada da camisinha durante a relação sexual (MOREIRA & ARAÚJO, 2004).

Jandira relata que sua segunda gravidez foi fruto de uma relação sexual na qual o parceiro percebeu que a camisinha havia estourado, mas não compartilhou com ela essa informação no momento.

(...) esse menino que foi no caso foi o que eu tipo engravidei, eu já tinha ficado com ele, aí ano passado, todas as vezes que eu fiquei com ele, a camisinha estourou, todas as vezes que a gente ficou, estourava, umas quatro vezes assim. Aí eu lembro que eu tava doente na semana, tomando antibiótico e a gente foi e ficou (...) chegando em casa ele mandou mensagem assim, "ah, cê tomou a pílula?". Ele sempre fazia isso, só que das outras vezes eu sabia. Aí eu: "que pílula?" (...) Aí ele tá assim "porque a camisinha estourou e tal". "Tá, mas vc gozou dentro de mim?" (Jandira). "Não diretamente" (Parceiro). Então assim, eu acho que ele viu que a camisinha estourou então ele falou "Ah, foda-se, vou ficar assim, de boas" (...) (Jandira)

Ao falarem sobre a descoberta da gestação, as entrevistadas me contam com mais ou menos detalhes sobre a sua vida sexual na época das gravidezes e os métodos contraceptivos utilizados. Todas, exceto Caroline, se referem à preocupação com a gravidez, recorrendo aos contraceptivos hormonais, à camisinha peniana, ao "coito interrompido" ou à combinação de ambos.

Caroline relata a falta de preocupação de seu grupo de amigos universitários nos anos 90 com a gravidez e com as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), o que também pode estar relacionado com a falta de discussões sobre sexualidade na época.

E a gente não tinha o menor assim, não tinha cuidado com isso não, pra falar a verdade. Nunca tive, nessa época, nessa fase. Não havia o HIV, não

havia nenhuma doença que matasse que era risco de morte, todas as outras DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) eram curáveis, então na nossa cabeça naquela época, nesses anos, ninguém tava preocupado com isso, sabe? (...) E gravidez era uma coisa de outro mundo que numm...na minha e acho que do restante do pessoal que a gente convivia também era uma coisa de outro mundo, porque ninguém nunca chegou e falou assim "ó, vamo tomar cuidado?"...e a gente conversava de tudo o tempo inteiro, sobre drogas, sobre namoro, sobre sexo, e ninguém nunca falou de gravidez...né, então não era uma coisa que preocupasse todo mundo, aliás não preocupava ninguém, entendeu? (Caroline)

Nenhuma delas utilizava anticoncepcionais hormonais quando engravidou, o que é justificado pela falta de acesso, falta de um relacionamento fixo ou por não desejarem o medicamento devido aos riscos envolvidos em seu uso prolongado ou, ainda, por preferência e comodidade. Para Elisângela, Jandira e Tatiana, o anticoncepcional hormonal parece ser associado ao uso em um relacionamento fixo ou quando há maior vínculo com a pessoa, com abandono do uso da camisinha (HEILBORN, 2009). No entanto, Glaice, Caroline e Aline relatam que mesmo em relacionamentos fixos, optaram por não utilizá-los.

Só que aí chegou um período em que eu já não tinha...não eram as pessoas que eu ficava, aquela pessoa fixa, parei de tomar a pílula. (Jandira)

Às vezes que eu tentei tomar o anticoncepcional foi pra isso assim, hoje eu não faria de novo "ai, vou começar a usar o anticoncepcional só pra gente poder transar sem camisinha porque ele quer", mas é algo que eu já fiz de fato, tomei uns dois meses, sabe? Então com ele também, apesar de muitos anos, a gente usava camisinha. (Glaice)

Eu nunca usei anticoncepcional, pílula, né ou injetável, seja o que for. Eu acho que no início tinha muita coisa da estética mesmo, eu ter medo de engordar, esse tipo de coisa toda, minha irmã engordou. Depois eu fui me aproximando mais de um discurso do que é o cuidado comigo (...), que não seria uma coisa bacana, legal pro organismo, então aí (...) o meu principal método anticoncepcional sempre foi o uso da camisinha assim, então, mesmo em relacionamentos duradouros e estáveis. (Aline)

Quando algo não sai como planejado e a gravidez ocorre, culpam-se e poderão ser culpadas por terceiros por “deixarem isso acontecer”, pois é esperado que o cuidado de toda a vida reprodutiva do casal seja executado com perfeição exclusivamente pela mulher, como se o fato de a gravidez ocorrer em seu corpo tornasse essa uma responsabilidade somente delas (GONZAGA, 2015). Elisângela, Jandira e Tatiana refletem sobre suas ações, considerando-se “irresponsáveis” quanto ao uso dos métodos contraceptivos, fruto de uma concepção de que elas deveriam ter “se protegido”.

Eu tinha aquela ideia lá de que pílula, num sei o que e tal e eu não tinha um parceiro fixo também, né. Então pra mim era mais seguro usar camisinha, mas eu sou muito irresponsável, né. Até hoje eu sou meio irresponsável, inclusive. (Elisângela)

Eu sempre tive medo de engravidar de novo, sempre foi um medo assim, mas assim, eu sinto que eu já fui meio inconsequente algumas vezes em ter relação desprotegida, em tomar a pílula do dia seguinte, né. (Jandira)

No dia assim eu já tinha uma noção de que podia acontecer, porque eu não tomava remédio porque eu não namorava, não tinha relacionamento com ninguém, então eu tipo meio que pensei, aí eu até comentei com um amigo meu "nossa, acho que eu tenho que tomar a pílula", só que aí eu fiquei com o pé atrás assim, falei assim "ah, não, não precisa não", meio que certa burrice minha. (Tatiana)

Essa função de prevenção de gravidezes indesejadas não é performada nem cobrada socialmente dos homens, fruto de um processo de desencargo desses na contracepção, seja em relacionamentos casuais ou duradouros, achado que corrobora com a pesquisa de Gonzaga (2015).

Carvalho (2001) em um estudo sobre a participação “masculina” na contracepção pela ótica “feminina”, relata que as mulheres interpretaram a participação dos homens na contracepção como uma atividade de apoio ao uso dos métodos, o que se deu principalmente pela aquisição da pílula, pela ação de lembrar a mulher de utilizá-la, ao usarem a camisinha peniana quando elas não podem utilizar os contraceptivos hormonais, ou pela opinião sobre o número de filhos desejado. Assim, é a mulher que assume a contracepção como atividade de sua responsabilidade, e o papel desempenhado pelo parceiro é vivenciado como uma função acessória.

Sabemos que teoricamente o acesso a informações e aos métodos aumentou no Brasil, porém sobre qual acesso estamos falando? Como se configura a educação sexual das crianças, adolescentes, adultos e idosos atualmente? O “acesso garantido” aos métodos contraceptivos acompanha orientações adequadas e compreensíveis à população? Ele pensa sobre questões que inibem as pessoas de irem a um centro de saúde para receber camisinhas ou comprar métodos contraceptivos em algum local? Sabemos conversar sobre sexo, sexualidade e gênero fora dos estereótipos que mastigamos, internalizamos e reproduzimos nos serviços de saúde e educação? As campanhas publicitárias em tom imperativo, como “Use sempre camisinha”, são funcionais se planejadas isoladamente? Os

atendimentos corriqueiros culpabilizantes que repetem a mesma sentença, empurram pílulas anticoncepcionais às mulheres desde a puberdade sem ouvi-las, sem incentivar seu empoderamento, sem reforçar o papel dos homens enquanto corresponsáveis, são funcionais? Diversas pesquisas na área do planejamento reprodutivo sugerem respostas negativas a essas questões, que se agravam ao pensarmos em populações ainda mais invisibilizadas, como é o caso das pessoas trans e travestis (MOREIRA & ARAÚJO, 2004; CRIZÓSTOMO *et al*, 2004; HEILBORN, 2009; SILVA *et al*, 2011; BRASIL, 2013; COSTA *et al*, 2013).

O manejo da contracepção inscreve-se em um processo de aprendizado e de tomada de decisões no qual o conhecimento dos métodos não é único elemento decisivo. A inexistência de discussões públicas sobre sexualidade nessa etapa da vida produz uma expectativa irreal de incorporação automática da postura contraceptiva, sobretudo entre jovens escolarizados. Pressupõe-se que acesso à informação transforme de imediato as práticas sexuais juvenis, instaurando uma conduta de autoproteção que eliminaria possíveis riscos. Entretanto, a introdução e o manejo dos métodos são lentos, demandam discussão entre parceiros, autoconfiança e apoio social. Tais determinação e disciplina dificilmente são compatíveis com o domínio dos “primeiros passos” sexuais. Assim, a ocorrência de uma gravidez pode integrar esse percurso, tendo em vista que a interiorização das lógicas de contracepção e seu subsequente controle estão em processo de assimilação. A forma espontânea e pouco reflexiva do exercício da sexualidade, característica difundida na sociedade brasileira, corporifica-se na forma como os jovens lidam com a contracepção (HEILBORN *et al.*, 2012, pg. 1706).

Avançamos com as ações específicas de planejamento reprodutivo com as Equipes de Saúde da Família (eSF), com visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários em Saúde, importantes atores nesse processo, e grupos de apoio educativos relacionados à essa temática, desenvolvidos pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Porém, elas ainda são insuficientes se a estrutura do serviço e os valores arraigados em relação à gênero e sexualidade não se deslocam. As ações são majoritariamente voltadas às mulheres, não incentivando a participação de homens, a qual é imprescindível (MOREIRA & ARAÚJO, 2004).

Educação sexual e planejamento reprodutivo precisam ser pensados junto à educação popular, incentivando a autonomia dos sujeitos. Contracepção real, com responsabilidade dividida entre as partes envolvidas na relação sexual, conversas sobre o que isso representa na vida concreta, ainda não são estratégias construídas dentro das instituições.

Como as interlocutoras deste trabalho, as pessoas conhecem os métodos contraceptivos, mas muitas vezes não têm acesso garantido, não sabem como utilizá-los adequadamente e quando sabem, podem não ter discutido sobre a sua melhor maneira de uso, margem de erro e as consequências envolvidas para a sua vida ao negligenciá-los. Educação sexual voltada majoritariamente às mulheres, sem a desconstrução de relações abusivas e das diversas violências de gênero não oferece grandes possibilidades de mudança desse panorama (MOREIRA & ARAÚJO, 2004).

A própria educação sexual é normalmente construída dentro de um modelo medicalizante de saúde, que retira das pessoas a possibilidade de protagonizarem as decisões em torno dos métodos disponíveis junto aos profissionais de saúde. Dessa maneira, reifica o lugar de responsabilidade das mulheres em relação à vida sexual e reprodutiva do casal, reduzindo sua autonomia. São elas as que muitas vezes são condicionadas a abandonar seus planos em virtude de uma gravidez, podendo ser excluídas do mercado de trabalho, tendo suas chances reduzidas de manter sua independência financeira (MOREIRA & ARAÚJO, 2004; SILVA *et al*, 2011).

É fato que as mulheres ainda são as protagonistas na regulação da fecundidade, mas entender e cobrar a presença dos homens enquanto igualmente responsáveis pelo planejamento reprodutivo, é um início para que possamos deslocar o lugar a elas destinado. Quando os serviços de saúde se voltam exclusivamente para as mulheres, entendendo-as enquanto uma população chave para o controle de natalidade ou para a promoção de saúde da família repetimos atitudes que naturalizam as esferas da vida pelas quais as mulheres devem ser responsáveis (MOREIRA & ARAÚJO, 2004).

Coletivizar essas funções exige outra maneira de pensar atividades educativas, grupos e abordagens domiciliares, questões que dependem da estrutura do serviço, mas não apenas. Atitudes e projetos diferenciados de educadores e profissionais de saúde pensados a partir de uma nova perspectiva podem ser o início de um

processo, e quanto mais profissionais se apropriam dessas ferramentas, mais fissuras poderão ser criadas.

Atualmente, apesar da pressão dos movimentos sociais, dos avanços nas políticas de saúde e nas discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos, ainda perduram e se agravam as imposições em torno da maternidade, cujo exercício tutelado ainda é considerado como essencial na vida das mulheres e àquelas que se recusam, seja pela contracepção ou pelo aborto, em níveis diferentes, são estigmatizadas (BADINTER, 2005; MATTAR & DINIZ, 2012). Às que desejam a maternidade e a buscam enquanto direito, pouco ou nenhum suporte é oferecido. Sociedade, família, profissionais de saúde e Estado avaliarão constantemente a sua capacidade de exercê-la (MEYER, 2005).

Assim como na contracepção, o abandono paterno e a não presença dos homens enquanto cuidadores é aceito socialmente enquanto às mulheres é imposto o cuidado dos filhos, questão que exemplifica as iniquidades de gênero (BADINTER, 2005; MATTAR & DINIZ, 2012). A participação dos parceiros no itinerário abortivo das mulheres dessa pesquisa também segue a mesma linha e será melhor explorada no item 4.4.2 dessa dissertação.

6.2.2 Gravidez indesejada e a escolha pelo abortamento

A desigualdade de gênero incide sobre as mulheres de maneira violenta e um dos mecanismos pelos quais ela acontece é pela construção da maternidade compulsória e da “boa maternidade” ou “maternidade perfeita”. De acordo com Forna (1999), nega-se a possibilidade de escolha sobre o seu corpo e seu destino, limita suas potencialidades e exacerba as iniquidades (MATTAR & DINIZ, 2012).

Jandira, ao me falar sobre sua relação com a maternidade, conta sobre as problemáticas que vivenciou ao dar continuidade a uma gravidez indesejada. Apesar de ser um relato grande, mantereí a fala na íntegra devido à riqueza da descrição dos conflitos presentes.

(...) chegou um momento que eu tava tão assim exausta, que eu falei assim e eu pensava nisso o tempo inteiro, então "eu acho que morrer é melhor", que eu tentei. Peguei uma série de comprimidos, eu lembro que eu peguei rivotril, um monte de comprimidos e tomei com a intenção de acordar morta, sabe? E eu já tava com a barriga grande, só que eu não acordei morta. Aí eu lembro que a minha mãe assim, quando ela viu que eu tinha tomado vários, um monte de remédio no dia seguinte aí ela foi e ligou pra ele (companheiro) desesperada e falou que eu tava dando um ataque de histeria e assim e era muito isso que as pessoas viam, sabe? (...) Só que assim, não era aquilo que eu queria, sabe? Apesar de estar todo mundo achando lindo, sabe? (...) mas pra mim toda a gravidez foi muito traumática (...) Eu lembro que eu tive uma discussão com meu namorado, a gente brigando feio na rua, o pau quebrando, aí falei assim "Eu não quero ter". Falei pra ele pra gente comprar o remédio, ainda tava recente, minha mãe ainda não sabia. Aí ele falou assim "Ah, então se você tirar, eu vou te dar o dinheiro, mas eu vou, você nunca mais vai olhar na minha cara, eu juro pra lá" e tal, aí eu, na verdade eu não tive escolha e foi, aí eu tive ele e depois da gravidez (...) não mudou muita coisa, a sensação. O doido é porque assim, quando ele nasceu, isso que as pessoas falam assim "Ah, quando o neném nasce é aquela coisa maravilhosa", fiquei um pouco assim "Nossa, que gracinha", sabe? O amor materno e tal...tanto que assim quando alguém me perguntava "Qual a coisa mais maravilhosa?", eu falava "Foi meu filho nascer", porque eu tava envolvida de um sentimento ali com ele, sabe? Porque é muito doido, eu não sei o que acontece com o corpo da gente, só que lidar com a responsabilidade de um ser humano ser seu e de você ter que cuidar dele pro resto da sua vida me deixava muito aflita e assim, tinha os padrões de maternidade que a gente tem que lidar todos os dias. Isso me deixava muito na bad. Eu acho que essa depressão que eu tive durante a gravidez ela persistiu ao longo dos primeiros anos que eu amamentei, tanto que eu afastei de todos os meus amigos, eu não saía e eu tinha que lidar com o problema do meu, do pai do meu filho que era uma pessoa extremamente irresponsável, sabe? Assim, ele me ajudava, no sentido de ah, o neném nasceu, precisa tomar banho, só que assim, a responsabilidade toda ficava pra cima de mim, sabe? Porque assim que ele nasceu passou seis meses e eu comecei a trabalhar, porque eu tinha acabado de fazer 18 anos e o pai dele era uma pessoa relapsa, porque pra ele não mudou muita coisa, sabe? Ele continuou com os amigos dele, ele continuou fazendo as coisas que ele fazia e às vezes as prioridades dele eram "Ah, vou formar uma banda" (...) a princípio eu não vi problemas em ter que tirar meu tempo pra poder cuidar dele. Aí os anos foram passando e eu comecei a me questionar sobre isso. (Jandira)

Os Determinantes Sociais em Saúde precisam ser considerados quando falamos do processo saúde e doença (GONTIJO, 2010). Conforme o conceito dado pela OMS, eles compreendem as condições nas quais as pessoas vivem e trabalham, ou seja, moradia, alimentação, educação, transporte, lazer, infância, adolescência e envelhecimento, assim como raça, orientação sexual e identidade de gênero, além da organização social, política e econômica em que estão inseridos, entre outras questões. Assim, as desigualdades relacionadas a esses recortes são importantes fatores para o adoecimento das mulheres, que são impactadas pelas exigências e demandas que lhes são constantemente impostas em relação ao cuidado dos outros

(PNAISM, 2011). Apesar da própria PNAISM (2011) falar sobre isso, o modelo biomédico ainda prevalece, no poder dos prescritores, da mídia, da educação, reforçando esse papel.

A medicalização desses corpos e da maternidade, enquanto obrigatória, conferem e reificam as violências e desigualdades de gênero, fechando um ciclo que enreda as mulheres. A decisão pela gravidez ou pelo aborto é um processo que poderia ser tranquilo, mas normalmente envolve conflitos por relacionar-se a questões diversas: subjetivas, políticas, sociais, morais e religiosas (HEILBORN *et al*, 2012).

A gravidez e a maternidade podem se configurar em dificuldades na vida da mulher, principalmente daquelas que não têm condições e/ou não desejam arcar com esse processo, que se torna cada vez mais desgastante de acordo com as exigências construídas (BADINTER, 2005).

Ao se verem grávidas, as interlocutoras refletem sobre as dificuldades relacionadas à possível maternidade. Questões complexas e múltiplas - econômicas, sociais, familiares, religiosas, o não desejo de se tornarem mães no momento, os planos futuros traçados e a situação vista como não ideal para a maternidade - configuram-se como questões chave para pensarem a interrupção da gravidez. Longe de uma solução impensada, a fala delas remete a uma intensa reflexão sobre os prós e contras de uma gravidez em seu contexto de vida.

Quando eu engravidei da primeira vez, eu tinha ideia de que se um dia eu engravidar, eu vou me matar, não quero viver não. Não quero viver, vou me matar, vou cometer suicídio. Aí ao longo de todos esses anos lidando com a maternidade e conhecendo as histórias de meninas e sendo mais inserida dentro do feminismo e comecei a compreender melhor, mas assim, desde quando eu engravidei da primeira vez sempre eu tive essa ideia muito acesa dentro da minha cabeça. Se algum dia eu tiver que engravidar, eu não quero ter mais filho, eu não quero passar por isso de novo. Eu sempre tive essa ideia. Eu não quero passar por isso, eu não vou e como eu já sou uma pessoa autossuficiente, eu vou lidar com isso da melhor maneira possível que eu puder, que tiver ao meu alcance, desde o início. Aí todas as vezes que eu pensava assim porventura que eu pudesse estar grávida quando eu não estava, aí eu ficava assim "Nossa, eu vou ter que lidar com todo esse problema, passar por esse processo". Era só isso que eu pensava, sabe? Não pensava "vou falar com esse cara aqui, formar uma família, vou pensar no berço", não...eu só pensava, "Nossa, vou ter que passar por todo esse processo, desembolsar uma grana, talvez eu vou ser julgada e isso e aquilo". Então desde o início sempre foi essa a ideia. Quando eu descobri, eu lembro que o menino ele até falou assim: "Mas

então, qual que é a sua ideia?" Ele já sabia, porque ele já me conhecia. Não é que eu deixava isso claro, mas ele sempre conheceu meu posicionamento em relação a isso. E assim, eu não tenho condições nenhuma assim...eu acho que se eu tivesse ou condições financeiras ou sei lá, uma estabilidade...acho que não, nem isso assim de tipo ah, deixar a gravidez prosseguir e dar pra uma adoção, sabe? Acho que nem isso. (Jandira)

Carvalho (2015) discute que ter o filho e “dar para alguém criar” não deve ser imposto às mulheres, pois a gestação completa e o parto podem significar mais do que somente carregar um feto na barriga. A gravidez indesejada, quando continuada, implica em diversas mudanças corporais e elaborações em torno da maternidade, influenciados pelos valores sociais a ela atribuídos. Assim, gestar um feto, parir e doar a criança pode ser um processo permeado de conflitos e transformações pelas quais as mulheres apenas devem passar se realmente optarem por isso, considerando que possuam autonomia para tal.

E aí deu positivo e eu mostrei pro cara, né. Assim, falei com ele "oh, tá..." e mostrei o exame pra ele e ele falou "o que que é isso?". "Não, eu tô grávida" (Elisângela) E a primeira pergunta que é "Você tem certeza que é meu?" (parceiro). A segunda questão foi: "tenha o filho que eu dou pra minha mãe no interior pra cuidar" (parceiro), é, tipo isso. Eu falei assim "não, meu filho, eu não quero parir, cê num tá entendendo, eu não quero sentir a dor do parto, é isso". É, mas eu sabia também que o processo...e é um processo muito doido, o processo de gravidez, que você se sente muito massa, porque tem um troço dentro de você, você é muito poderosa! Entendeu? Mas o negócio de não querer ter o filho na época e o pai também ser quem era, mesmo esse processo que é um processo meio psicológico mesmo, me fez falar assim "não, não, beleza, vamos ser racional e vamo tirar o negócio", entendeu? (Elisângela)

Porque eu não queria não era apoio de homem, eu não queria um pai...eu não queria ter um filho, não tinha nada a ver com o relacionamento. Porque eu vejo muita gente que não conhece assim que fica "ah, mas se você conviver com o pai...". E pra mim não, o meu problema era que eu não queria. Mesmo se ele falasse assim...porque pelo que eu conheço dessa pessoa e o tanto que ele sonha em ter filho, eu acho que ele seria até uma pessoa que levasse assim "ah, eu fico com ele". Mas eu não queria, é uma coisa muito...coisa de homem assim, eu não acho que eu teria coragem...se eu tivesse eu não teria coragem de deixar ele com alguém assim...eu não deixaria, por mais que eu confiasse, não confiasse como namorado, mas em relação à criança, por mais que eu confiasse, eu não teria coragem jamais de deixar assim. (Tatiana)

Aline comparou as situações em seus diferentes processos de abortamento, falando sobre os conflitos - principalmente religiosos - presentes no primeiro aborto, e nas maiores possibilidades de acesso no segundo. Estudos corroboram com a realização de abortos pelas mulheres independente de suas crenças (BRASIL, 2009; HEILBORN, 2009).

Então, a gente sempre fez o uso da camisinha, mas eu engravidei, mesmo com a questão da camisinha, então em 2004, desse meu companheiro (...) E ele era médico. E aí eu já tava numa outra posição, porque eu já tava inserida na universidade, (...) nesse período acho que eu ainda tava dando aula (...) nas escolas, e aí pronto, descobri que eu tava grávida também, tinha certeza que eu não queria. E quando eu tomei a minha posição de que eu não queria, ele me apoiou assim e também me ajudou totalmente, ele foi fundamental. E aí nesse (segundo aborto) eu já não tive grandes tensões. É interessante que no primeiro aborto também eu fiquei muito mais impactada antes do que depois. Porque eu acho que depois foi isso, depois foi alívio, "terminou!", resolvido o problema, resolvida a questão. Acho que durante todo o processo, eu tomei a decisão que eu queria, mas ela não foi uma decisão tranquila, tipo assim "não quero". Até porque ela foi permeada por isso tudo, eu não tinha muita informação, eu tinha toda essa concepção do aborto como uma coisa perigosa, como pecado, embora não tivesse mais na igreja, a minha condição era a de pensar assim "eu tô desviada, um dia eu ainda volto, um dia..." Então era toda essa pegada mesmo cristã, evangélica de culpa, (...) tava muito presente assim. Nessa coisa de que eu queria, mas de vez em quando...dava aquela coisa "ah, quem sabe...", né...eu num enfrento tudo e vou ter, enfim...e ainda bem que eu não fiz isso (risos), tipo "nuh!, né? (Aline)

Assim, em todos os casos há uma complexidade de questões envoltas na reflexão da mulher sobre ter ou não um filho, as quais estão incrustadas em seu contexto de vida, suas relações com os outros, seus planos futuros, sua vivência pregressa ou projeções, assim como suas crenças e valores enraizados sobre a maternidade em si (GONZAGA, 2015; CARVALHO, 2015).

E...eu na verdade, na minha cabeça, quando eu descobri que eu tava grávida foi um susto enorme porque eu acho que na minha família sempre teve aquele assunto da minha mãe falar muito tipo assim, "se você aparecer aqui grávida, você volta pra onde você tava". E esse assunto foi muito recorrente, alguma prima engravidava, ela vinha falar "nossa, você viu fulana que absurdo", então essa falação toda o tempo inteiro e na hora que eu descobri, eu falava "nossa, agora sou eu, o que que eu faço?". E eu também, no fundo, que tinha mudado a minha ideia de que talvez fosse possível ter filhos algum dia, muito recentemente, porque eu num tinha, nunca fui uma mulher que nasceu, desejou, "quero ser mãe e tudo o mais". Então, quando eu descobri, do fundo do meu coração, não passou pela minha cabeça em momento nenhum ficar, ter a criança, sabe? É uma coisa que de fato eu tentei me lembrar de algum momento que eu talvez tenha duvidado, mas não aconteceu...foi algo muito...tava decidida, apesar de não ser assim uma decisão banal, não é fácil, não foi nada fácil, mas é algo que assim, foi bem claro na minha cabeça desde o início. (Glaice)

Figuram no imaginário de algumas delas as condições ideais para a maternidade, que aconteceria em um relacionamento estável, com independência financeira, divisão de tarefas com um companheiro, que parecem imprescindíveis, mas talvez não suficientes para que escolham seguir com a gravidez. Algumas elaboram que mesmo nessas condições, não desejariam seguir em frente com a gestação naquele momento.

Por exemplo, mesmo decidindo pelos abortos, Elisângela descreveu o processo da gravidez como algo fantástico, que a fez se sentir poderosa e apesar de seu “medo de parir”, disse ter vontade de ter uma criança, mas junto a um companheiro, em um relacionamento estável. Isso sugere uma correlação entre a criação de um filho e uma união estável (CARVALHO, 2015), mas também uma vontade de não estar sozinha ao longo do processo da maternidade. Ela acredita que seria uma experiência melhor criar uma criança com companhia e divisão de responsabilidades, de maneira que não se vê mãe sem essas condições.

Glaice e Tatiana também elaboram sobre a possibilidade de serem mães futuramente. Isso refuta a ideia de uma polarização entre as mulheres que abortam e as que desejam ser mães (CARVALHO, 2015). A escolha aparece enquanto algo complexo e ambíguo, que precisa ser contextualizada para que possamos compreender a experiência vivida (ROSTAGNOL, 2005).

Gonzaga (2015) discute que a experiência do abortamento influencia a conduta contraceptiva de algumas informantes, resultando em um amadurecimento em relação a essa conduta ou em uma internalização da responsabilidade das mulheres no controle da reprodução. Elisângela, Jandira e Tatiana falam sobre a adoção ou retorno ao uso dos anticoncepcionais hormonais como forma de melhorar a contracepção, devido ao medo de vivenciar um aborto novamente.

Na verdade quando eu saí do segundo eu falei assim "ah, vou começar a tomar anticoncepcional, porque eu sei que às vezes eu faço merda, então é melhor prevenir isso do que ter de novo. Aí eu comecei a tomar pílula, eu entrei numa relação. Aí quando eu saí dessa relação, há uns dois anos atrás, eu parei de tomar e agora eu voltei de novo. Falei assim "não, não quero passar por isso daí e nem ficar tomando pílula do dia seguinte adoidado, né?" aí eu voltei a tomar pílula. (Elisângela)

Acabam por recorrer a intervenções em seu corpo (GONZAGA, 2015) que podem gerar consequências à sua saúde, mas o receio de lidar com uma gestação indesejada novamente as coloca em uma situação delicada, já que se sentem impelidas a se responsabilizar pela prevenção de uma gravidez indesejada.

Eu já tive que trocar várias vezes de anticoncepcional, porque eu tive vários problemas, de engordar, de libido, então eu já tive vários problemas com isso que atrapalhou a minha vida assim, mas eu não paro de tomar...aí eu já pensei em colocar DIU, mas eu ainda não me decidi. Eu fico assim, de vez em quando eu vou no médico pra trocar de remédio, pra tomar alguma coisa pra ajudar...eu nasci assim, a minha mãe parou de tomar um mês...porque tem gente que fala assim, "ah, você fica quarenta anos tomando e depois não engravida", mas eu não tenho coragem, eu tomo tudo certinho. Eu tenho um amigo que me zoa porque eu tomo sempre na mesma hora, sou muito cismada. Eu não pretendo tomar pra sempre também, eu espero que daqui a alguns anos eu mude, mas aí sempre que dá problema eu troco, hoje eu tomo um remédio relativamente caro, mas já tomei dos mais baratinhos, mas depois dos problemas de libido... (Tatiana)

Como vimos, a decisão pelo aborto não pode ser simplificada em debates rasos ou generalizações. A seguir discuto também a escolha pelo método a ser utilizado.

6.2.3 A escolha pelo aborto medicamentoso

Diferentes métodos, assim como o medicamento, surgem como possibilidades de concretizar o aborto, ferramentas para a reversão da situação em que se encontram, para então retomarem o curso do que planejaram para suas vidas, que não incluía a maternidade naquele momento.

De acordo com Arilha, em uma pesquisa realizada com mulheres que utilizaram o misoprostol no início dos anos 90, as mulheres decidem pelo aborto medicamentoso devido à ideia de que ele seria menos invasivo, envolveria menos riscos e apresentaria um processo menos traumático. Porém, algumas participantes também relataram experiências negativas com o medicamento (ARILHA e BARBOSA, 1993). Em trabalho realizado na Argentina, a escolha das mulheres ocorreu pela comparação das possibilidades de métodos abortivos, entendendo o misoprostol como mais seguro, menos invasivo, mais efetivo, além de permitir que o aborto ocorresse em casa, na companhia de alguém confiável (RAMOS, ROMERO e AIZENBERG, 2015).

Um estudo de revisão sobre o aborto medicamentoso em países da América Latina em que o procedimento é restrito descreve a escolha do método como algo intrinsecamente relacionado à classe social e acessos da mulher (ou do casal), mais do que às preferências pessoais (ZAMBERLIN *et al*, 2012). Quando questiono sobre a decisão do medicamento, as respostas se assemelham.

Preço. Mais barato que clínica. E também o negócio é segurança. É...porque eu pensei assim "pô, beleza, se eu quisesse 3 mil conto pra pagar uma clínica, eu tinha um conjunto de amigos que fazia uma vaquinha e pagava. Isso num era um problema. Assim, a princípio. Tanto que a galera pediu pra eu escolher. Entre a clínica, o que que eu achava mais...mais...mais a vontade de fazer...é...mas eu escolhi pela segurança mesmo do misoprostol e pelo preço. Entre os dois assim. E o misoprostol eu pude pagar, né. Isso faz uma diferença assim. Pelo menos pra mim fazia na época, né (...) E aí eu fiquei com medo na verdade de também de ir numa clínica que eu não sabia o que era, enfim. Porque o misoprostol, beleza, ele podia dar errado e uma semana depois eu tentava de novo, né. Mas a clínica pode ser que desse uma merda gigantesca, né, sei lá, ficava sem útero, num sei. É um medo, medo mesmo. E o preço também, fez diferença. (Elisângela)

Acho que foi muito o fato do remédio a gente faz em casa, eu achei que seria mais fácil de conseguir e eu achar que era algo muito clandestino assim, muito sujo mesmo, como eu disse sabe? Deu não ter essa noção de como seria uma clínica e tudo mais. (Glaice)

Eu procurei, nos primeiros dias eu pesquisei, né, os métodos na internet, aí os métodos mais conhecidos seriam as clínicas, que era muito caro, muito muito caro, quatro, cinco vezes mais caro que o medicamento e eu achava mais perigoso, assim, você ter que ir em algum lugar, então eu achava muito perigoso e também não é muito divulgado, você não procura no google e acha onde que tem, né, então é uma coisa muito mais difícil e aí na época eu já tinha conversado com algumas pessoas e aí eu descobri essa menina, ela me passou o contato e tal, aí falei "ah, vai ser isso mesmo", aí tinha alguns aqui também, tipo comprar na praça sete, na época o pessoal falava assim "ah, muito lugar tem, você vai na praça sete você acha", tem muitas histórias assim, só que você não acha a pessoa assim, não vou lá e acho alguém com uma plaquinha. Aí quando ela me passou o contato, eu decidi que ia ser isso mesmo, aí eu fiz o e-mail, mandei, perguntei pra pessoa, eles responderam tudo certinho, aí eu falei "vai ser esse", aí eu comecei a pesquisar só sobre esse método, aí vi que muita gente tinha tido sucesso e aí eu fui nele, na cara e na coragem. (Tatiana)

Num geral, as falas de Elisângela, Gleice e Tatiana, indicam uma percepção de que o medicamento é mais seguro do que métodos invasivos, como a introdução de objetos perfuro-cortantes no útero ou procedimentos cirúrgicos e técnicas desconhecidas nas clínicas clandestinas, assim como nos estudos de Arilha e Barbosa (1993), Mastrella e Corrêa (2012) e Ramos, Romero e Aizenberg (2015). Além disso, na pesquisa de Zamberlin, Romero e Ramos (2012) parece haver uma associação do aborto medicamentoso à regulação da menstruação, por envolver o uso de comprimidos, ação que já compõe o cotidiano das mulheres na contracepção ou tratamento de alguma enfermidade, aproximando a situação à normalidade do dia-a-dia.

As interlocutoras, assim como em outros estudos, percebem o misoprostol também como mais barato, mais fácil, mais eficaz, mais seguro, menos doloroso e menos traumático, o que corrobora com os achados dessa pesquisa (ZAMBERLIN *et al*, 2012).

Para Caroline, o misoprostol foi o método mais disponível, pois teve o acesso facilitado por uma colega que já o possuía e a repassou. Apesar disso, lembrou que alguns anos antes de seu aborto, acompanhou uma amiga a uma clínica clandestina em que ela foi tratada de maneira agressiva e sem nenhum cuidado. Caroline contou que não pôde acompanhar a amiga durante o procedimento, pois apenas a gestante podia entrar no local. Assim, a aguardou do lado de fora do estabelecimento. Sua amiga saiu com muita dor e assustada, de maneira que ela acredita que isso possa estar envolvido em sua decisão pelo misoprostol.

Eu falei "não, tô aqui entre amigos, né", é melhor do que se você vai procurar uma clínica...e o dinheiro que é uma clínica? E pra ir lá e ser mais uma carnicinha? Entendeu? (Caroline)

Alguns pontos negativos citados por Zamberlin *et al* (2012) e pelas interlocutoras deste trabalho são a dor, o desconforto, o sangramento prolongado, o tempo do procedimento, a possibilidade do medicamento ser falsificado, de não funcionar ou da mulher precisar recorrer ao hospital ou repetir o procedimento, assim como a ideia de ser denunciada ou descobrirem a compra.

Elas parecem decidir baseadas em suas possibilidades, o que configura uma situação em que não exercem "escolhas reais". Por exemplo, caso não possuíssem restrições financeiras, algumas escolheriam realizar o procedimento cirúrgico supervisionado por um médico ou uma equipe de profissionais de saúde (ZAMBERLIN *et al.*, 2012). O medicamento parece ser a melhor opção em termos de custo-benefício de acordo com o seu contexto de vida (RAMOS *et al.*, 2014; ZAMBERLIN *et al.*, 2012).

Jandira relata que apenas não recorreu diretamente à clínica por não encontrar uma em Belo Horizonte, além de não possuir condições para arcar com os gastos.

Pensei que se tivesse uma opção de clínica eu preferia clínica do que ter que tomar a medicação, porque na clínica apesar de saber que tem clínicas que fazem isso ou aquilo, eu sei que existem clínicas, gente que tem grana e paga bem, a pessoa só vai lá, faz uma “curetagemzinha” ali e de boa, sabe? A pessoa volta pra casa no mesmo dia. Porque assim, como eu já trabalhei com plano de saúde, eu lidava com liberação de guia pra mulher ir pro...mulher já tava sofrendo o processo de aborto, ela ia, aí ela fazia e a própria paciente ligava e conversava com a gente...num to falando que é tranquilo, mas aparentemente, é uma coisa assim, num é que ce vai precisar repousar, não é um parto. É um parto, mas não na intensidade, pelo menos isso nos primeiros meses, até o terceiro mês, cê num tem que ficar em repouso vários dias. Fiz aqui e posso embora pra casa no mesmo dia. Eu até queria, só que eu não tive essa opção porque eu não encontrei. E tudo que eu via assim era meio obscuro, sabe? A própria medicação assim, o contato foi tudo meio que meio obscuro e isso foi o que mais me deu medo, porque eu não entendia, se acontecesse alguma coisa e eu fosse ao médico, se ele conseguia identificar, eu não sabia. Então eu preferia que fosse em clínica, apesar de saber dos problemas que a gente vê na mídia "ah, que mulher tal aconteceu isso e isso ou então que tipo furou o útero da mulher". (Jandira)

Em coerência com as percepções das mulheres, os estudos quantitativos farmacêuticos e clínicos sobre o misoprostol indicam que ele é um medicamento eficaz, barato, de fácil administração na área obstétrica, de maneira que compõe as listas de medicamentos essenciais da OMS e do Ministério da Saúde, com usos indicados em obstetrícia, inclusive na interrupção da gravidez (BRASIL, 2009; MINISTERIO DA SAÚDE, 2012; MORRIS *et al.*, 2017; OMS, 2012). De acordo com o site DynaMed, um site compilador de estudos relacionados à área da saúde, reconhecido internacionalmente, a eficácia do misoprostol quando utilizado isoladamente no aborto induzido, é estimada em aproximadamente 84% das mulheres com idade gestacional menor ou igual a 63 dias, considerando os esquemas recomendados de 800 microgramas, de 12 em 12 horas, via vaginal ou sublingual, por no máximo três doses (DYNAMED, acesso em maio de 2018).

6.3 O uso do misoprostol

Neste item, todas as questões referentes ao uso do medicamento, desde a busca de informações sobre o mesmo até a finalização do abortamento serão abordadas, revelando detalhes referentes ao uso em domicílio. A ideia, muito além de gerar dados sobre como elas têm abortado, é problematizar as situações às quais são submetidas devido à ilegalidade, para que possamos repensar uma legislação que contribui para o sofrimento e morte de mulheres diariamente.

6.3.1 Acesso às informações

As entrevistadas, ao se descobrirem grávidas, vivenciam um processo que não é linear e envolve múltiplos fatores relacionados ao seu contexto de vida. Ao mesmo tempo em que elaboram sobre sua decisão pelo aborto, buscam informações sobre diferentes métodos, sobre como adquirir e utilizar o medicamento. Todas referem já saber sobre a existência do cytotec por meio de amigas, familiares ou mídia, mas aprendem questões mais específicas sobre o medicamento durante o seu próprio itinerário abortivo ou acompanhando pessoas próximas nesse processo (ZAMBERLIN *et al.*, 2012).

Enquanto algumas tiveram um acesso facilitado de acordo com suas possibilidades financeiras, contatos e apoios, outras enfrentaram maiores dificuldades em concretizar esse desejo (HEILBORN *et al.*, 2012). É o caso de Tatiana, que demora dois meses para juntar o dinheiro necessário para a compra do medicamento e durante esse tempo recorre a chás, na tentativa de provocar o aborto.

Eu pesquisei muito, igual eu te falei, eu demorei muito pra juntar dinheiro pra comprar e nesse período que eu demorei, eu pesquisei muito, entrava em negócio de bate papo...eu não queria me comunicar, nunca mandei mensagem, nunca perguntei nada, mas eu ia procurando. Aí tudo que eu podia juntar de informação eu juntei, tanto positivo quanto negativo. E antes disso, nesse período todo eu tentei arriscar tomando um chá, uns trem assim, mas nunca deu certo. (Tatiana)

Jandira, em sua primeira gravidez, também busca chás e comprimidos diversos indicados por sua tia, sem sucesso. Os chás parecem ser os primeiros recursos acionados a partir de conhecimentos populares ou informações da internet, compartilhados entre familiares e amigos, na tentativa de “regularizar a menstruação” (DINIZ *et al.*, 2009; HEILBORN *et al.*, 2012).

As interlocutoras buscam informações sobre o medicamento nas fontes disponíveis a elas, de acordo com a época do aborto. No início dos anos 90, Caroline se apóia nos livros, além do conhecimento adquirido no curso de graduação na área da saúde. Já Aline, vivendo no interior da Bahia, obtém as informações por meio de sua cunhada, figura “crucial” em seu primeiro itinerário abortivo.

Amigos, familiares e redes de apoio são importantes fontes de informação (HEILBORN *et al.*, 2012). As mulheres da família e as amigas aparecem como as principais atrizes nesse cenário, formando uma rede de apoio, que enlaça as necessitadas de ajuda porventura de uma gravidez indesejada. De maneira consciente ou não, compõem um emaranhado de mulheres que se interconectam para ajudar umas às outras: mãe, sogra, cunhada, amiga e também desconhecidas acabam por tecer conhecimentos valiosos em torno do medicamento, sejam elas profissionais de saúde ou não.

“Onde conseguir?”, “Como usar?”, “O que fazer depois?”, são questões cujas respostas são compartilhadas boca a boca ou virtualmente, na tentativa de que um aborto possa ser conduzido de maneira mais segura (ROSO *et al.*, 2017). É nesse contexto de ilegalidade, de restrições a direitos, que as mulheres também tecem e constroem possibilidades de resistência para retomar o domínio sobre seus corpos e sua reprodução (GONZAGA, 2015). Os vendedores também constituem importante fonte de informação às mulheres, ora benéfica, ora envolvendo orientações errôneas, vendas enganosas, golpes ou medicamentos falsificados e até assédio sexual (DINIZ e MADEIRO, 2012).

Para os abortos mais recentes, as mulheres também utilizam sites diversos, realizando buscas extensas. Algumas não se lembram das páginas visitadas, mas Elisângela e Aline citam sites como a Organização Mundial de Saúde e *Woman on Web*.

Foi no site da Organização Mundial de Saúde que a gente entrou, que aí falava o método de usar, aí eu escolhi esse de colocar os quatro. Mas foi assim, foi o site da OMS mesmo que foi mais preciso assim ó, pra descobrir como é que usava. (Elisângela)

Eu lembro que eu também fiz uma pesquisa naquela página da “web woman”...E eu acho que eles tinham umas informações, eles dão uns passinhos assim. (Aline)

Um estudo sobre relatos de aborto compartilhados na internet retrata a importância e o potencial dos ambientes virtuais para a disseminação de informações sobre o uso do medicamento, na tentativa de torná-lo menos inseguro (ROSO *et al.*, 2017). Porém, esse mesmo ambiente pode trazer armadilhas às mulheres. No início de 2018, a “Agência Pública de Jornalismo Investigativo”, realizou uma série de

reportagens envolvendo uma associação que prometia ajuda às mulheres que desejavam abortar, mas ao serem procurados, dissuadiam-nas a seguir com a gravidez, utilizando para isso artifícios desonestos. Com discursos falaciosos, aterrorizam as mulheres sobre o aborto medicamentoso, questões também desmistificadas por uma das reportagens da agência (Disponível em: <https://apublica.org/2018/01/armadilha-para-mulheres/>).

Além disso, as mulheres podem se deparar com golpistas, que prometem a entrega do medicamento, mas desaparecem após o pagamento, assim como podem submeter-se ao uso de comprimidos falsificados (DINIZ & MADEIRO, 2012).

A clandestinidade do aborto, do comércio e uso do misoprostol, lança essas mulheres no escuro, em uma corrida para interromper sua gravidez, durante a qual podem recorrer a procedimentos arriscados, sem acesso a informação adequada (ARILHA, 2012; DINIZ & MADEIRO, 2012). No ambiente virtual, ao longo do desenvolvimento do trabalho, também me deparei com sites que supostamente reúnem informações e vendem medicamentos abortivos às mulheres. No entanto, alguns apresentavam informações incompletas ou não condizentes com os protocolos de uso do misoprotol. O mesmo ocorre com algumas informações compartilhadas entre as mulheres e vendedores, o que pode estar relacionado à ausência de uma fonte acessível às pessoas para o uso seguro do medicamento. Apesar de documentos da OMS e do MS estarem disponíveis *online*, chegar até eles na internet pode não ser tão simples. Se você não tem experiência em buscas na internet sobre medicamentos, a quantidade enorme de informações discrepantes pode confundir e influenciar no uso adequado dos mesmos, não permitindo que as pessoas se apropriem da melhor maneira de utilizá-los.

Independente disso, a construção de conhecimento das interlocutoras envolveu extensas pesquisas, elaborações, conversas e mediações com outras pessoas, sendo essas valiosas ferramentas para se evitar consequências graves decorrentes de um aborto clandestino (ROSO *et al.*, 2017).

De acordo com os relatos, foi possível observar que o nível de escolaridade delas pode ser um diferencial, mas não é o que define o acesso a um aborto seguro. A

escolaridade pode facilitar que a busca seja realizada de maneira criteriosa, com maior apropriação das informações técnicas sobre o uso delas de acordo com sua idade gestacional. Porém, filtrar as informações disponíveis sobre medicamentos não é fácil, independente dos anos de estudo. As opiniões de outras pessoas, assim como os vendedores, se destacaram enquanto “vozes experientes”, que já vivenciaram ou acompanharam um aborto. Assim, as informantes elaboram sobre a melhor maneira de interromper a gravidez, tentando combinar as informações teóricas sobre o misoprostol e as experiências concretas relatadas por outras mulheres e vendedores.

Jandira cita que primeiramente entrou em contato com uma Organização Não Governamental (ONG) internacional - da qual não lembra o nome - que envia medicamentos para mulheres que desejam abortar em países com leis restritivas.

De acordo com Zordo (2016), sites como esse foram desenvolvidos a partir de 2005 para auxiliar mulheres ao redor do mundo com informações baseadas em evidências científicas e oferecer auxílio de profissionais de saúde à distância, além de enviarem os medicamentos em troca de uma doação para financiar o trabalho da organização. Enquanto alguns sites podem conter informações errôneas e armadilhas para as mulheres, outros são construídos a partir de evidências e experiências clínicas sólidas, com informações em diversos idiomas e em linguagem acessível, contendo um passo a passo para o procedimento. É o caso dos sites *Women on Web* (Zordo, 2016), *International Women's Health Coalition* e *Women Help Women*, os quais acabei por acessar ao longo da pesquisa.

Porém, Jandira achou o processo de pagamento do auxílio requisitado no site da ONG um pouco complicado, além de recear que os medicamentos não chegassem por essa via. Assim, procurou grupos em redes sociais em que pudesse falar sobre isso e pediu ajuda às integrantes. Ela disse que na época escreveu que desejava abortar e precisava conseguir o medicamento, solicitando um contato para a compra. Nesse momento, as mulheres do grupo a avisaram para não utilizar a palavra “aborto” e se referir à sua condição com um termo chave combinado entre elas. Parece existir uma cultura de silêncio, mas também de segurança ao falarem

sobre aborto, devido à clandestinidade. Apesar de constantemente vigiadas, se arriscam a compartilhar informações a partir de códigos entre elas construídos, na tentativa de promover maior acessibilidade a um procedimento minimamente menos inseguro.

No entanto, esses grupos não são hegemônicos em relação à pauta do aborto. Jandira conta da resposta de uma mulher dizendo que já teve filho e que ela deveria “pensar bem na situação”, numa tentativa de convencimento para que ela não interrompesse a gravidez. A interlocutora questiona a atitude, entendendo que é uma abordagem possível com outras mulheres, mas que ela já estava decidida.

Outras aparecem oferecendo possíveis contatos de compra do misoprostol, que são repassados via mensagens. Ela fala com dois contatos oferecidos, um homem e uma mulher, sendo que ambos a orientam sobre como realizar o depósito e receber o medicamento, além de como utilizá-lo. O primeiro a coloca em um grupo de whatsapp com mulheres e/ou casais que estão vivenciando o processo de aborto. Nesse grupo, as pessoas vão relatando como está sendo o uso do medicamento em tempo real, passo a passo, o que ajuda as novas mulheres a terem confiança se o medicamento será enviado, se ele funciona ou não, além de se configurar como uma fonte de informação sobre como utilizá-lo. Glaice, em sua segunda e terceira tentativas também vivencia esses passos, chegando a um grupo semelhante.

Só que assim, nesse grupo eu tinha algumas informações e com essa menina eu tinha outras informações, então assim é muito de tipo, sabe quando você tá com dor de cabeça e fala assim "Ai, eu tomo um remédio? Um chá? Eu faço um exercício?" Sabe? Então, você tem várias alternativas pra você melhorar a sua dor de cabeça. A mesma coisa era o caso do medicamento, que no caso era a preparação e a quantidade de medicamento porque assim, com essa menina ela me falou pra “na quantidade de semanas que você está, é melhor você esperar mais duas semanas e você precisa de tantos medicamentos” (...) aí nesse grupo eles falavam "você precisa de toda uma preparação, tomar isso e aquilo para limpar as impurezas do seu corpo", então assim, cada lugar era uma informação e cada pessoa que relatava no grupo era uma informação diferente. (Jandira)

Elas falam do desencontro de informações sobre a administração do medicamento de maneira enfática: as orientações dos profissionais de saúde eram diferentes das repassadas entre as mulheres, os vendedores e o que haviam lido (DINIZ *et al.*, 2009; ZAMBERLIN *et al.*, 2012; ZORDO, 2016). Tatiana contactou os vendedores

indicados por uma conhecida que já havia conseguido o medicamento por essa via, e, sem saber ao certo qual informação seguir, utilizou as recomendações dos vendedores.

Aí eu fiz tudo direitinho, do jeito que tava lá nos dados que eu tinha pesquisado na internet, cheguei num modelo de como deveria ser feito, porque tem muitas informações assim, uma pessoa fala uma coisa, outra fala outra. Igual a quantidade de medicamentos...eu peguei a que a pessoa que me vendeu recomendou, mas vários outros sites, outras coisas assim falavam uma quantidade maior, então eu fiquei meio cismada, falei "ah, vou comprar o que ela falou, mas pode ser que seja mais, pode ser que seja menos", vai mesmo na sorte assim. (Tatiana)

Jandira descreveu o desencontro de informações e o comércio do medicamento como um "submundo obscuro", em que as pessoas estão "desesperadas", sem nenhum amparo adequado, convivendo com a possibilidade de serem enganadas, extorquidas ou de ter a sua saúde prejudicada.

Aí, tipo assim, todo mundo muito desesperado, todas no grupo muito desesperadas, acompanhando, aí as que entravam liam os relatos das que estavam fazendo o procedimento e das que já fizeram. Aí assim todo dia era um relato diferente. "Olha gente, tô fazendo a preparação. Olha, gente, tô fazendo isso isso e isso". Esse grupo me ajudou bastante, só que é muito pesado passar por aquilo, porque você absorve tanta informação, que num tinha necessidade de passar por aquilo...eu tô vendo relato de uma mulher aqui que foi enganada três vezes e perdeu sei lá, três mil reais e que teve que vender isso ou aquilo porque o casal foi enganado ou ela foi enganada, ou tomou a medicação na quantidade errada, teve que ir pro hospital e a placenta só descolou e a pessoa nem estava com tantos meses assim, então todos os dias eu acordava e lia aquele tanto - eu nem dormia, na verdade- eu lia aquele tanto de relato o dia inteiro, então pra mim eu ficava assim "meu deus". Eu tentei me adequar ao que seria melhor pra mim, peguei um pouco dos conceitos da menina e um pouco dos conselhos do cara. (Jandira)

Aí eles vão e te dão uma conta, você vai lá e deposita e aí eles mandam o medicamento. Isso tudo na sorte também, por mais que a gente já saiba que alguém comprou e que deu certo, você fica meio que cismada, né, se vai chegar, ou se o seu dinheiro tá indo... (Tatiana)

Outras informações também acabam por serem articuladas antes do procedimento acontecer, como quando procurar um hospital e a qual deles recorrer para que sejam atendidas mais adequadamente, assim como reconhecer o medicamento, observar se é falso ou não. Além disso, articulam histórias a serem contadas caso precisem de atendimento nos serviços de saúde, de maneira a evitar que desconfiem de um aborto clandestino.

Na rede dos amigos que tinha profissionais de saúde. É...que também tinha, né, profissionais de saúde. É...e que eles também me ajudaram tecnicamente, inclusive. É...mas com certeza, é igual eu falei assim, com certeza ter feito (...) uma parte do curso (na área da saúde) ajudou muito mesmo assim, que é importante também, porque cê saber que você não toma, você tem que colocar sublingual ou colocar na vagina faz muita diferença pro negócio fazer efeito né...num tem bula, né, cê compra negócio sem bula, né. Cê tem que procurar na internet e cê tem que saber onde procura, enfim, todos os negócios, enfim, todos os negócios, esses caminhos aí os profissionais de saúde também ajudaram a descobrir, né, pra ter mais eficiência na verdade. (Elisângela)

O compartilhamento de conhecimentos sobre o uso do medicamento é essencial no desfecho do procedimento. A experiência com o aborto medicamentoso tende a ser significada mais positivamente quando as mulheres têm propriedade sobre como o evento ocorre (ZAMBERLIN *et al.*, 2012). É o caso de Elisângela em suas interrupções e Aline em seu segundo aborto. Ambas vivenciam processos em que têm acesso à informação, apoio e orientação de profissionais de saúde, o que parece tornar o itinerário mais seguro e tranquilo. A participação desses atores será abordada com mais detalhes no item 6.4.

6.3.2 A aquisição do medicamento

Todo o processo de busca de informações e aquisição do medicamento pode envolver diversas tensões e submeter as mulheres a uma espera envolta de medos de denúncias, de medicamentos falsificados, do não sucesso da tentativa e continuidade da gravidez, de procedimentos que podem demonstrar ser inadequados e resultarem em uma internação, entre outros.

Apesar disso, as interlocutoras desse estudo, após terem o dinheiro em mãos, conseguem adquirir os medicamentos em aproximadamente uma semana. Elas acessam entre 2 e 10 comprimidos de misoprostol, pagando em média 100 reais por cada comprimido. As fontes são diversas, e no caso da pesquisa, envolveu funcionários de farmácia, traficantes, vendedores específicos de misoprostol, profissionais de saúde, familiares e amigos. Obter o medicamento depende não apenas do dinheiro disponível, mas também das redes, contatos e acessos das mulheres, pois elas precisam descobrir como se inserir no circuito das vendas do misoprostol (ZAMBERLIN *et al.*, 2012).

Eu sabia que era ilegal, que eu ia ter que conseguir de algum meio que eu ainda não sabia qual direito...então assim, foi difícil assim porque eu sabia, mas eu não sabia nem por onde começar. (Glaice)

Arilha (2012) trabalha com o itinerário de duas interlocutoras que também utilizaram o misoprostol como método abortivo. As falas denunciam a consolidação do comércio do misoprostol nas cidades, em pontos de venda físicos, sobre os quais as pessoas têm notícia por orientações orais repassadas e o medicamento é comercializado em meio a diversos outros produtos legais e ilegais. Para Arilha, o uso clandestino do misoprostol obriga sua inserção, assim como a de suas usuárias e as pessoas próximas a elas, a um universo em que os limites entre legal e ilegal são tênues.

Diniz e Madeiro (2012) analisam inquéritos relacionados ao uso do Cytotec®, em que os achados corroboram com Arilha (2012), denunciando também o comércio virtual do medicamento junto a outros produtos, como os anabolizantes. Os autores descrevem os papéis de diferentes pessoas nesse cenário, abordados nos documentos revisados: o vendedor ou intermediário, que repassa os medicamentos às mulheres; e o fornecedor, figura pouco conhecida, mas responsável pelo abastecimento dos intermediários. Neste trabalho, pouco se sabe sobre os/as vendedoras, assim como sobre os fornecedores, pois o contato das mulheres com eles é pequeno ou inexistente. Porém, diferente de Diniz e Madeiro (2012), que identificam todos os vendedores como homens, neste trabalho as mulheres também ocupam papéis de venda e fornecimento.

Parecem existir então duas vias para a aquisição do produto, as quais aparecem nos itinerários abortivos: a virtual, normalmente indicada por alguém que já a utilizou anteriormente, em que a mulher recebe um pacote em casa; e os pontos de venda físicos, com localizações repassadas oralmente, em que a mulher ou alguém conhecido precisa buscar o pacote. Para entendermos melhor a complexidade e especificidades desse processo de compra, tentarei detalhar um pouco como as interlocutoras experienciaram essas fases de seu itinerário abortivo.

Elisângela vivenciou um processo mais fácil na busca de informações devido à presença de seus amigos profissionais de saúde ao longo do processo, além de ela própria ter realizado parcialmente um curso na área de saúde. A compra foi realizada por um amigo e ela não soube relatar detalhes, mas diz que na época pagou 400 reais por oito comprimidos, utilizando quatro em cada um de seus abortos. O dinheiro utilizado equivalia a quase todo o seu salário da época.

Caroline e Aline acessaram o medicamento enquanto única possibilidade, sem muitos recursos de pesquisa, nos anos 90. Ambas utilizaram seus salários para adquirí-los.

Caroline conseguiu sete comprimidos através de uma amiga que já os possuía, a partir de uma compra que ela acredita ter sido realizada no centro de Belo Horizonte, mas sobre a qual também não sabe dar detalhes específicos e não se recordou do valor pago.

Aline os comprou com um vendedor de farmácia, irmão de uma amiga, e quem buscou os comprimidos foi sua cunhada, mas ela não se recordou do valor pago. Na época não achou um valor absurdo, talvez pelo medicamento ainda ser vendido em farmácias, com retenção de receita. O vendedor repassou os medicamentos por um valor maior do que o de mercado, permitindo que ela os adquirisse sem a prescrição médica.

Em seu segundo aborto, Aline acessou sites para se informar melhor sobre o procedimento, além de contar com seu marido médico para auxiliá-la. Nesse episódio, sua afilhada, também médica, a forneceu os comprimidos gratuitamente.

Glaice, sem acesso a informações amplas devido às incertezas sobre as orientações, acessou os primeiros comprimidos por meio de uma compra que seu namorado realizou, provavelmente com “um traficante”. Pagaram 1200 reais por oito comprimidos, que desconfiou serem falsos após o medicamento não funcionar. Depois dessa tentativa, acessa um grupo em processo muito semelhante ao de Jandira, também por meio de redes sociais. Pagou aproximadamente 100 reais por

comprimido, adquirindo novamente oito deles, mas também sem sucesso. Em sua terceira tentativa, ela adquiriu mais dez comprimidos, sendo oito deles cortesia da vendedora. Ela enviava uma segunda remessa gratuitamente caso o aborto não se concretizasse no primeiro uso dos comprimidos por ela vendidos.

Após conseguir reunir a quantia necessária e informações em buscas online, Tatiana acessa os medicamentos com vendedores contactados através de um e-mail, por indicação de uma conhecida, pagando aproximadamente 500 reais por seis comprimidos.

Poucas pesquisas trazem informações sobre o preço pago para adquirir o misoprostol, mas as que existem, relatam preços bastante variáveis. Na revisão “Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos”, Diniz e Corrêa (2009) apresentam os resultados de uma pesquisa no início dos anos 90 em que o preço médio do misoprostol era de aproximadamente seis dólares, antes de ser restrito a uso hospitalar.

Pesquisa publicada em 2007 sobre a disponibilidade de misoprostol no mundo comparou os preços de comprimidos de 200 mcg entre diversos países da África, Ásia e América Latina, demonstrando uma variação de 0,15 a 15,80 dólares, sendo o valor mais alto registrado para o Prostokos, do laboratório Hebron, comprimido vaginal disponibilizado nos hospitais brasileiros. Nesse estudo, diferentes formas farmacêuticas e combinações de misoprostol com antiinflamatórios tiveram seus preços tabelados, justificando a grande variação de preços. No entanto, os maiores valores foram registrados em países da América Latina, como Uruguai, Chile, México e Argentina (FERNANDEZ *et al.*, 2009).

Em estudo comparativo publicado em 2017 sobre a situação do misoprostol registrado em seis países da América Latina (Uruguai, Colômbia, Peru, Argentina, Bolívia e Brasil) questões relacionadas ao uso do medicamento são discutidas. Os preços para o consumidor final, por comprimido, variam de 0,65 a 8,59 dólares, dependendo do laboratório produtor, composição, dose e forma farmacêutica (CLACAI, 2017). Não foram apresentados dados referentes ao Brasil devido ao

medicamento ser restrito a hospitais, mas ao realizar uma busca no banco de dados federal “Painel de preços” do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, em maio de 2018, os valores dos comprimidos de misoprostol nas compras realizadas pelo governo entre 2017 e 2018 - para os usos aprovados em obstetrícia - variaram entre 27,04 e 44,54 reais.

Na clandestinidade, as interlocutoras precisaram pagar preços entre 100 e 150 reais por comprimido, podendo ser mais elevados e acrescidos dos gastos com analgésicos, água inglesa³ e alimentação diferenciada, produtos indicados no preparo e/ou no pós-aborto, além de valores de frete. A clandestinidade impulsiona o comércio do misoprostol em preços inflacionados (BRASIL, 2009). As interlocutoras desse trabalho que recordaram o preço pago, pagaram entre 400 e 1200 reais para adquirirem de 4 a 8 comprimidos, sem saber a sua procedência.

Os valores altos dos comprimidos, junto à falta de informação confiável, podem resultar em abortos incompletos, pois dificultam ou impedem o acesso das mulheres à quantidade mínima necessária para concluir a interrupção da gravidez em casa. Para a idade gestacional menor que 13 semanas, é preconizado o uso de 12 comprimidos de 200 mcg, que serão administrados em duas ou três doses de 800 mcg, de 3 em 3 horas, por via sublingual, bucal ou vaginal, caso o aborto não seja concluído após a primeira administração (MORRIS *et al.*, 2017). Informadas pelos vendedores e restringidas por sua condição econômica, as mulheres se aventuram a utilizar quantidades que nem sempre são as mais adequadas.

Glaice, após as três tentativas falhas com o medicamento, acaba por recorrer a uma clínica clandestina em São Paulo e paga 4000 reais, valor também acrescido de gastos com a viagem, alimentação e hospedagem. Ela reflete sobre o procedimento e sobre seus acessos, apenas garantidos devido à sua situação sócioeconômica e aos apoios que recebeu de amigos, realidade que ela sabe não ser comum à maioria das mulheres brasileiras.

³ A água inglesa é um fitoterápico utilizado para limpeza gástrica, composto por de tintura de *Cinchona calisaya*. É utilizado amplamente pelas mulheres nos cuidados pós aborto no intuito de “limpar o útero” do restante dos produtos do abortamento, que podem não ter sido expelidos completamente (DINIZ e MEDEIROS, 2012; LIMA, 2015). Nessa pesquisa, o fitoterápico aparece também como parte dos procedimentos pré aborto para uma das entrevistadas.

6.3.3 O corpo em contato com o medicamento: como elas utilizaram o misoprostol?

De acordo com Tatiana, os comprimidos chegaram em sua casa em um pacote diferenciado, que não denunciava a existência de pílulas. Ela contou que pediu a um amigo para receber a encomenda, já que vivia com a mãe. Em suas respostas, foi possível perceber as tensões do processo, desde a busca de informações até o recebimento do produto, questão que é semelhante para as demais entrevistadas.

(...) eu tava sentindo uma cólica absurda e não passava e era um enjôo absurdo (...) e isso tava me deixando assim maluca. Aí eu peguei, transferei pra menina e lembro que nesse dia eu fiquei "Acho que eu vou entrar debaixo de um carro", eu perdi o contato com a menina porque acho que ela teve um problema no modem com a internet, então ela ficou offline no Facebook, ficou offline no celular, aí eu fiquei "Caralho, essa menina me enganou". Aí eu lembro que foi 850 mais o frete, quase quarenta reais o Sedex. Aí por fim, no fim da tarde eu tava chorando, desesperada aí ela foi falou assim "Calma, desculpa, tive problema com a minha conexão e tal", aí ela me mandou um comprovante que o contato dela - porque ela não tava vendendo só pra mim, ela tava vendendo pra outras pessoas - "Aqui ó, esse é o seu código de rastreio, vc aguarda porque você vai receber o medicamento". (Jandira)

Então foi meio desesperador assim, eu ficava sozinha e com medo, tipo assim, já paranóica que eu sou, já ansiosa que eu já sou, no meio da situação toda eu tinha medo de desmaiar e ninguém nem vai ver que eu desmaiei se eu desmaiar aqui [em sua casa]. Eu me forçava a comer, mas não conseguia mesmo, tentava...e foi virando um caos assim, que eu não conseguia fazer nada, então meu quarto eu nem conseguia entrar nele de coisa no chão, de bagunça, de coisa conturbada, bem isso assim. (Glaice)

Elas entendem que precisam ser rápidas para realizarem o aborto, associando o avanço da gestação à maior dificuldade de finalizar o procedimento em segurança. Porém, podem haver atrasos devido à busca por informação, fornecimento do medicamento, angariamento de recursos e tentativas falhas (ZAMBERLIN *et al.* 2012).

Quando os medicamentos finalmente chegam, e essa espera termina, outra tão crítica quanto a primeira se inicia. É chegada a hora de saber se o procedimento irá funcionar ou não. Com maior ou menor tensão - o que está diretamente ligado ao seu acesso, controle sobre o processo e suporte recebido - elas buscam seguir os passos que recolheram durante suas buscas por informações.

O medo aparece novamente, circundando suas ações. Elas sabem que o medicamento tende a ser eficaz, mas entendem que ele não funciona para algumas mulheres. Parece haver grande receio da necessidade de buscar atendimentos emergenciais, não apenas por temerem as consequências físicas que por ventura possam acometê-las, mas principalmente por saberem da ilegalidade do procedimento e da possibilidade de maus tratos nos serviços de saúde (DINIZ e CORRÊA, 2009; ZAMBERLIN *et al.* 2012; ZORDO, 2016).

Como as informações com as quais as mulheres têm contato são muito diversas, a maneira de utilizar o misoprostol acaba por ser variada (ZAMBERLIN *et al.* 2012).

As interlocutoras deste trabalho tentam o aborto com uma idade gestacional entre aproximadamente 4 e 12 semanas, utilizando de 2 a 10 comprimidos, assim como a maioria dos abortos medicamentosos registrados em pesquisas anteriores. Apesar delas não saberem informar a quantidade de microgramas de cada comprimido utilizado, pode-se imaginar que cada um deles possuía 200 mcg, pois as quantidades utilizadas pelas mulheres que conseguiram finalizar o procedimento em casa apenas com o misoprostol são mais prováveis de estarem entre 400 e 2000 microgramas. Em outros estudos, a dose média utilizada é de aproximadamente 800 mcg (4 comprimidos de 200 mcg), dose indicada para iniciar o abortamento no primeiro trimestre de gravidez com Cytotec® (RAMOS *et al.*, 2014; OMS, 2012; ZAMBERLIN *et al.*, 2012).

Na pesquisa “Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos”, as autoras relatam que os estudos que acessam a quantidade de microgramas utilizados pelas mulheres são escassos. Elas citam uma pesquisa de base populacional ampla em que mais da metade das mulheres entrevistadas utilizou entre 600 mcg e 1600 mcg, sendo que 22,7% delas o fizeram em combinação com outros métodos. Nesse estudo, os comprimidos foram utilizados em única dose ou em intervalos de 3 a 4 horas, por via oral, sublingual ou vaginal, como relatado por elas. Devido à ilegalidade, nada se sabe sobre a procedência desses medicamentos.

Ainda de acordo com a revisão, Diniz e Corrêa (2009) atentam para a questão de que a eficácia abortiva do misoprostol é resultado direto das doses e intervalos de administração adequados a cada idade gestacional. Estudos internacionais de metanálise, sites de compilamento de informações sobre uso seguro de medicamentos e estudos brasileiros registram eficácia entre 84 e 90% na indução completa de aborto com misoprostol em doses específicas, no primeiro e segundo trimestre de gravidez (DINIZ e CORRÊA, 2009; DREZETT *et al.*, 2014; OMS, 2012).

Alguns efeitos adversos comuns incluem calafrios, diarreia, náusea, dor de cabeça, tontura e febre, normalmente bem tolerados pelas mulheres. Muitas experienciam dores de diferentes intensidades, de leves a severas. Normalmente, as dores mais intensas ocorrem entre 5 e 7 horas após a administração dos comprimidos. Os efeitos adversos dependem da via e regime utilizado e podem ser consultados nos guias da OMS (OMS, 2012; ZAMBERLIN *et al.* 2012). O sangramento normalmente começa algumas horas após a administração da primeira dose, sendo mais abundante entre 6 e 12 horas. A quantidade de sangramento e/ou a dor aparecem como preocupações constantes para as mulheres, que temem alguma complicação. Devido a isso, podem procurar atendimento hospitalar antes da finalização do procedimento, seja por não saberem discernir entre efeitos normais e os anormais do medicamento sobre o seu corpo, seja por indicação de quem as orientou (ZAMBERLIN *et al.* 2012).

Nenhuma das interlocutoras deste trabalho recorre a atendimentos emergenciais. Apesar de incertas sobre o sucesso, preferem aguardar por uma consulta de rotina alguns dias após o aborto, temendo a repercussão desse contato com os serviços de saúde logo após o procedimento.

De acordo com as recomendações da OMS (2014), o misoprostol pode ser utilizado em casa, desde que a mulher possua as informações devidas sobre o uso e até 12 semanas de gestação. Para gravidezes acima dessa idade, o documento também recomenda o medicamento, desde que a administração do mesmo seja realizada nos serviços de saúde, com acompanhamento de profissionais, já que há maior potencial de complicações nesse caso. Estudos indicam que abortamentos tardios

podem ser arriscados sem apoio confiável para o procedimento (MORRIS *et al.*, 2017; OMS, 2014; ZAMBERLIN *et al.* 2012).

Entre as mulheres e nos sites informativos, pode indicar-se cautela ou não uso da via de administração vaginal. Essa seria uma tentativa de resguardar as mulheres de evidências sobre o uso do medicamento caso necessitem de atendimento emergencial, na tentativa de evitar que houvesse algum resquício no canal vaginal (Woman on Web). Pesquisas sugerem que normalmente há preferência pelas demais vias de administração⁴ (oral ou sublingual) associando-as a um procedimento mais corriqueiro, semelhante à regularização da menstruação e o uso vaginal ao aborto (ARILHA e BARBOSA, 1993; DINIZ e CORRÊA, 2009; ZAMBERLIN *et al.* 2012).

Neste estudo, quatro das entrevistadas utilizaram a via de administração vaginal junto à sublingual, porém nenhuma delas necessitou de atendimento emergencial e quando buscaram atendimento médico para confirmar o aborto, já haviam se passado no mínimo três dias, tempo suficiente para não haver nenhum resquício dos comprimidos. Como a equipe médica não consegue discernir entre aborto medicamentoso, aborto espontâneo e/ou sangramento anormal, elas não sofreram retaliações. No entanto, sabe-se que a negligência e violência no atendimento de mulheres em situação de abortamento são muito comuns (AMINISTÍA INTERNACIONAL, 2016; DINIZ e CORRÊA, 2009; ZAMBERLIN *et al.* 2012; ZORDO, 2016).

Elisângela: aborto medicamentoso como um processo “tranquilo”

Elisângela realizou seus dois abortos em casas de amigos, acompanhada por eles, pois na época ainda vivia com sua família. Dentro desse grupo, havia profissionais de saúde, o que Elisângela considerou como um importante suporte. O apoio de pessoas próximas e queridas, assim como suporte de profissionais de saúde,

⁴ As vias de administração do misoprostol podem ser a oral (engolem o comprimido), a sublingual (colocam o comprimido embaixo da língua) ou vaginal (colocam o comprimido no canal vaginal) (OMS, 2014).

permitem que o processo seja menos estressante e mais seguro para as mulheres (ZAMBERLIN *et al.* 2012).

Eu acho que é importante o negócio dum...de ter um profissional de saúde perto. Ou pelo menos um profissional de saúde que saiba o que tá acontecendo com cê, porque fazer sozinha ou fazer sem nenhum tipo de conhecimento é muito ruim. É...e sem dúvida, o negócio de ter feito o curso que eu fiz antes, é...que é Farmácia, ajudou muito, ajudou muito porque descobri a melhor via, a melhor forma de absorção, sabe aquele negócio todo, sintomas que pode ter, é...foi bom. E também ajudou na decisão, né, porque eu sabia que a chance com o cytotec é muito menor, assim quando feito de forma correta né, de dar merda. E isso também ajudou na segurança de fazer. (Elisângela)

Com quase 12 semanas de idade gestacional, com as informações sobre como utilizar o medicamento reunidas e a companhia de uma amiga estudante de medicina, a qual cedeu a casa, Elisângela utiliza quatro comprimidos de misoprostol e aguarda. Caso não surtisse efeito apenas com essa dose, utilizaria mais comprimidos, porém não houve essa necessidade. Todos são administrados por via vaginal, considerada a melhor opção, de acordo com as informações reunidas. A via vaginal é associada com menores efeitos adversos (OMS, 2014). Ela relata o processo como muito dolorido, porém sem intercorrências.

Na primeira vez eu optei por colocar os quatro no colo do útero, porque a absorção era mais rápida e aí eu falei assim "Ah, coloca os quatro, porque se qualquer coisa der errado, coloco os dois sublingual" (...) Aí foi um processo assim, né. Dói, é um negócio que fisicamente é muito ruim, mas psicologicamente eu tava muito aliviada, porque eu queria muito que desse certo, porque eu não queria ter de jeito nenhum. Inclusive eu fiz com uma amiga minha que tava praticamente formando em medicina, então teve todo um processo de acolhimento mesmo assim. Se desse alguma coisa errada ela tava lá do meu lado, se desse alguma coisa errada ela conseguiria me levar pro hospital, né enfim. Então no processo inteiro foi tudo muito de boa. (Elisângela)

Elisângela contou que os procedimentos foram muito parecidos da primeira e da segunda vez em que utilizou o medicamento. Na primeira, relatou que o processo durou cerca de oito horas. Esse processo pode se estender até aproximadamente 24 horas, dependendo do regime utilizado (SHANNON e WINIKOFF, 2008).

Após administração dos comprimidos, começou a sentir cólicas muito fortes, “uma dor incontrolável” e utilizou dipirona para aliviá-las. Lembrou que escolheu dipirona, apesar de sentir que esse medicamento “abaixa sua pressão”, pois acreditava que

utilizar aspirina seria ruim, já que poderia aumentar o sangramento. A OMS e o Ministério da Saúde recomendam o uso de ibuprofeno para o alívio da dor decorrente dos efeitos do misoprostol. Para maiores complicações, o guia da OMS detalha possibilidades de ações de acordo com o quadro da paciente (OMS, 2014).

Depois de quatro horas de dor, um sangramento intenso se iniciou e ela sentiu-se preocupada devido ao volume de sangue, mas a amiga a acalmou, dizendo que poderiam esperar para ter certeza se realmente era uma hemorragia ou não.

Ao longo do procedimento, estar acompanhada a acalmou, pois assistiram a filmes, conversaram e a amiga havia preparado “um tantão de coisa gostosa” para que pudessem comer e se distrair. As recomendações da OMS incluem ações não farmacológicas que podem diminuir a ansiedade e, assim aliviar as dores e tensões relacionadas, principalmente no contexto de ilegalidade. Entre elas, são citadas ações como respeito, encorajamento verbal sem julgamento e a companhia de pessoas de confiança, caso a mulher deseje (OMS, 2014).

Após mais algumas horas, ainda com cólica, vai ao banheiro para urinar e “um troço” cai dentro da privada. O sangramento persiste ainda por 30 dias depois da finalização do abortamento e ela procura um ginecologista para conferir se estava tudo bem e se o aborto havia realmente sido finalizado.

(...) na primeira vez na verdade, quando eu deixei...aí eu fiquei sangrando quase um mês, né. É, aí eu fui no ginecologista, né. Falei assim "vou no ginecologista, né, pedir um ultrassom porque vai que sobrou um trem lá dentro". Apesar de que quando saiu eu vi que saiu inteirinho assim. Foi muito engraçado. Fui fazer xixi de manhã aí fui fazer xixi, fiz uma forcinha e caiu um troço dentro da privada. Aí era um tipo um embriãozinho que a gente vê na aula de...de...aí, gente...esqueci a matéria lá que a gente vê o desenvolvimento dos fetos (...) De embriologia...é igualzinho. Aí eu olhei assim e "nossa, que pena, né, tchau" e dei descarga assim com a consciência tranquila.

No Brasil, o debate moral sobre o aborto, principalmente por parte das religiões cristãs, assim como algumas pesquisas sobre esse evento, tende a fixar essa cena da concretização do aborto enquanto algo exclusivamente sofrido, reforçando a naturalização de um suposto instinto maternal existente nelas até mesmo antes da concepção. O aborto pode incluir sofrimentos, porém esses não estão relacionados

com uma dor emocional intrínseca a esse evento, mas a toda uma construção social, política e religiosa sobre a gravidez, a qual pode pesar sobre as mulheres de maneiras diferentes, assim como à ilegalidade, que as lança em uma situação de constante medo por sua vida e liberdade (ROSO *et al.*, 2017). Elisângela, por exemplo, fala com tranquilidade desse evento, desmitificando a caricatura criada de que esse momento aconteceria acompanhado de profundos lamentos universalmente, sendo igual para todas. Para ela, se houve algum sofrimento, ele estava relacionado a outras preocupações: sua integridade física, a continuidade da gravidez ou a descoberta do aborto por outrem.

Mas o sentimento foi de medo mesmo. Não só o medo deles descobrirem o negócio, mas o medo de ter dado merda. O medo de ter continuado grávida, por exemplo, ou de ter sobrado alguma coisa que tivesse que fazer raspagem, isso aí é um medo mesmo assim. Imaginar uma raspagem era um negócio que me dava um certo pavor. (Elisângela)

No segundo aborto, com quatro semanas de gestação, Elisângela utilizou os quatro comprimidos restantes da compra da mesma maneira, acompanhada de quatro amigos, na casa de um deles. Ela relatou que nesse grupo também havia profissionais de saúde. Ela se referiu ao segundo abortamento como um processo semelhante, porém mais rápido e com menos dor. No entanto, ela se sentiu mal por aquilo estar novamente acontecendo, referiu o sentimento de culpa de ter engravidado dizendo que “poderia ter tomado mais cuidado”, não devido ao desejo de manter a gravidez, mas por não querer vivenciar novamente o estresse envolvido na clandestinidade do aborto induzido. Essa culpa remete ao sentimento de responsabilidade única e exclusiva pela contracepção, área historicamente destinada às mulheres (MOREIRA & ARAÚJO, 2004).

No segundo, foi um pouco diferente, porque eu tinha muito pouco tempo, né. Eu tinha um mês, mais ou menos...um mês e três dias, um mês e uma semana. E...então a dor foi uma dor, mas também foi menos intensa, porque também devia ser menos coisa pra descamar também, né. E o processo foi um pouco mais rápido e eu num vi o negócio saindo, saiu muito sangue e tal, saiu umas borras lá, mas não saiu o negócio. Inclusive o segundo ultrassom eu fiquei mais preocupada de ter dado errado, porque como eu não vi o negócio saindo, eu falei assim "nossa, não saiu, deu merda, então continuo grávida", mas aí deu tudo certo, o segundo ultrassom lá falou "não tá" e enfim, foi tranquilo. Mas foi diferente nesse aspecto, a intensidade da dor, de acordo com o tempo né (...) teve um momento durante a cólica, durante o processo dele, porque aí vem o sentimento de culpa "ah, é a segunda vez, eu poderia ter tomado mais cuidado", enfim...e aí essa profissional de saúde que tava comigo falou assim "não, ó, não vai

pensar em culpa agora não, ninguém é culpado, acontece e tal". E isso foi um aporte psicológico bom, que foi inclusive uma pira que eu dei, que não dei na primeira vez, eu dei na segunda, mas não porque eu queria ter, mas é porque eu falei assim "nossa, porque que eu tô tendo de novo?", entendeu? "Porque que eu tô passando por isso de novo?", é tipo isso, entendeu?

Dessa vez ela sangra durante aproximadamente 10 dias consecutivos e busca um ginecologista uma semana após o fim do sangramento para confirmar a finalização do abortamento.

Jandira: entre horror e alívio

Com quatro semanas de gestação Jandira sentia muita cólica e enjoô. Dois a três dias antes do procedimento utilizou a água inglesa e um dia antes, um laxante, descritos como produtos para "limpar o corpo para o medicamento". Realizou uma dieta leve com sopas, evitando comidas gordurosas, passo a passo adotado a partir das indicações do vendedor e compartilhado entre as mulheres do grupo de mulheres que ela acompanhava.

Ela organizou tudo para que o procedimento ocorresse no final de semana, sem atrapalhar o seu trabalho. Sua vontade era de utilizar o misoprostol sozinha em casa, porém sua colega de apartamento insistiu para que ela tivesse companhia, caso algo acontecesse. Assim, um amigo em comum a acompanhou em maior parte do procedimento, até que essa amiga retornasse do trabalho.

Ela tentou relembrar como realizou a administração dos seis comprimidos, dois pela via vaginal e quatro pela via sublingual. Macerou os comprimidos e "fez eles virarem pozinho", dissolveu o pó em "uma gotinha de água filtrada" e introduziu-o com uma seringa o máximo que podia, na tentativa de não perder nada do medicamento. Seguiu esses procedimentos de acordo com as informações reunidas e as indicações dos vendedores. Deitou-se com "as pernas para o alto" e esperou um intervalo de três horas, quando colocou mais dois comprimidos "na língua". Sentiu uma leve cólica após os primeiros comprimidos, mas após utilizar o medicamento por via sublingual, relatou cólicas extremamente fortes e incômodas, além de náuseas. Como os comprimidos demoraram muito tempo para dissolver, ao sentir

náuseas fortes, ela os retirou da boca e tentou vomitar, porém não conseguiu. Assim, tenta finalizar o uso dos mesmos. Devido às náuseas, efeito adverso que pode ser acarretado pelo misoprostol, a via sublingual (abaixo da língua), bucal (entre gengiva e bochechas) e vaginal (canal vaginal, próximo ao colo do útero) são mais adequadas do que a via oral, supondo que a mulher possa apresentar vômitos e, assim, não conseguir absorver os medicamentos adequadamente. Para as náuseas, a OMS recomenda o uso de medicamentos antieméticos, como a metoclopramida (OMS, 2014).

Após a completa administração desses comprimidos, passa a apresentar uma forte diarreia e sente “toda a sua energia sendo sugada de seu corpo”. O amigo que a acompanhava estava fazendo compressas de água quente para as cólicas e dores, porém nesse momento essas medidas não a ajudavam. Quando eu perguntei sobre o uso de medicamentos para dor, ela disse que não utilizou por medo de interferir na ação do medicamento.

Eles falavam que assim, não era bom usar pra não ter, porque assim, não era bom pra não atrapalhar o processo, sabe? Porque é muito assim, um disse que me disse, não tem nada, não tem nenhum médico orientando... (Jandira)

Após o uso desses quatro comprimidos, ela relatou que começou a ter um leve sangramento e por isso tentou se movimentar e “fazer força” para ajudar no procedimento, como indicado pelos vendedores. Ao tomar um banho, percebeu alguns coágulos, “como se fosse uma menstruação”.

Depois de outras três horas ela utilizou os últimos dois comprimidos pela via sublingual, sentiu muita cólica, náusea e diarreia novamente, além de um intenso cansaço e o leve sangramento. No outro dia, ocorreu um sangramento muito intenso, que durou cerca de um mês, sendo maior nos 15 primeiros dias.

Aí acabou assim e no outro dia eu tava morta, sem nem conseguir levantar da cama, com o olho muito fundo, aí eu decidi que eu ia esperar um pouco pra ir pra casa da minha mãe, fui pra casa da minha mãe, ela achou que eu tava doente, aí ela até mandou o uber me buscar, aí eu fui, ela foi e fez uma sopa pra mim e tal, aí já tava sangrando, bem levemente, aí intensificou, aí foi igual o que o cara tinha falado. "A princípio você vai sangrar pouco, mas depois você vai ter um sangramento bem intenso, tipo um pós-parto". Aí já

tava sangrando bastante. Aí foi aí que eu precisava de um pedido médico pra fazer um ultrassom pra saber se de fato tinha dado certo. (Jandira)

Após realizar o ultrassom e confirmar a ausência da gravidez sem que os médicos percebessem o aborto, ela se sentiu “muito aliviada”. Era o fim daquele processo desgastante.

Apesar de ter concretizado o aborto sem sequelas e de estar certa sobre o procedimento desde o início, ela descreveu o que passou como “uma experiência horrível”, “uma situação bem assustadora”, na qual ela se via desamparada, sem saber o que fazer e a quem recorrer. Disse acreditar que “só quem vivenciou entende”. A falta de controle sobre a situação e a tensão envolvida na possibilidade de algo sair errado são questões que podem tornar a experiência negativa, mesmo nos casos em que não houveram grandes intercorrências com o medicamento (ZAMBERLIN *et al.*, 2012). Comparou o conhecimento dela e o de seu parceiro, refletindo que ele não tem a mesma percepção que ela do processo por não ter acompanhado seu itinerário abortivo. Essa é uma questão chave no processo de Jandira, que não recebe apoio de seu parceiro e em vários momentos de sua fala reflete sobre o desamparo e insegurança, além da cobrança constante do mesmo sobre o andamento do procedimento.

Ela disse que gostaria que as meninas conseguissem realizar o aborto ainda no início da gestação, pois crê que “quanto mais rápido melhor, porque aí você não tem que sofrer tanto”. Quando o aborto ocorre mais tardiamente, com a idade gestacional avançada, ela acredita ser mais difícil e doloroso, além de, talvez, precisarem ir ao hospital, local onde podem ser maltratadas (BRASIL, 2009; RAMOS *et al.*, 2014; ZAMBERLIN *et al.*, 2012), o que julga ser a “pior parte”.

Glaice: três tentativas falhas e a clínica clandestina

Glaice, com oito semanas de gravidez, seguiu o procedimento que leu, realizando um jejum antes da administração (DINIZ e MEDEIROS, 2012). Em sua casa em Belo Horizonte, onde vivia com um amigo, utilizou os oito comprimidos, de hora em hora, alguns pela via oral e alguns pela via sublingual. Quando questionei sobre mais detalhes do uso, ela disse não se recordar, assim como não se lembrava do

caminho que percorreu para conseguir as informações. Ela disse acreditar que esses comprimidos eram falsos, pois ela não sentiu nada, apenas o que já vinha sentindo devido à gravidez.

Tomei alguns e deixei alguns sublingual, porque não senti nada. Eu creio, na verdade hoje eu não sei, mas eu creio que eles eram falsos, aí tem grande chance de serem ou de ter concentração muito baixa da substância mesmo. Então eu não senti absolutamente nada. Nada, nada, nada (...) eu esperei em torno de sei lá, umas cinco horas assim, até que eu falei assim...acho que esse eu tomei de hora em hora, isso. Deu um tempo, eu tive que tomar um, outro tempo, outro...aí eu fiquei agarrada nessa história, "será que é porque eu não tomei todos ainda?" Então quando eu acabei os oito, eu comecei "uai, não tá dando certo, não aconteceu nada, não tô sentindo nada", então foi quando eu comecei a questionar, sabe? Mas...eu, assim, hoje eu vejo que tem casos de meninas que aconteceu tipo um dia depois que tomou o remédio. Mas realmente no meu caso não aconteceu nada, não senti nada nem na hora, nem depois, eu logo soube que era falso e como a gente não tinha indicação de ninguém que tinha comprado com esse cara, tomado com esse cara, então foi mais fácil pra mim duvidar, sabe? Então logo eu já comi, porque recomendam ficar em jejum...Aí eu falei "deixa pra lá, vou tentar de novo".

Glaice foi em busca de outra possibilidade de acesso ao medicamento. Entrou em um grupo de facebook relacionado à legalização do aborto e pediu ajuda a uma mulher que parecia ser conhecida no meio. A moça a acolheu e a adicionou em um grupo com outras mulheres que já haviam passado ou estavam passando pelo processo de aborto. Nesse grupo, elas compartilhavam informações sobre o procedimento e experiências com o medicamento comprado. Assim, ela se sentiu mais segura por saber que o medicamento estava funcionando para outras pessoas. Glaice se refere ao dia em que encontrou esse grupo como o primeiro dia em que conseguiu ter uma "boa noite de sono" e relaxar um pouco, pois acreditava que agora estava "no caminho certo", sentiu-se acolhida e amparada.

A segunda remessa demorou uma semana para chegar em sua casa e dessa vez eles pagaram 800 reais pelos oito comprimidos. Quando chegaram, ela realizou o procedimento segundo as informações relatadas nessa rede: jejum de preparação, metade dos comprimidos administrados via oral, e metade dos comprimidos via vaginal, no mesmo momento. Para a via vaginal, partiu os comprimidos e utilizou um aplicador de creme vaginal. Orientavam também a fazer uso de chá de canela, compressas de água quente e após, água inglesa, para "limpar o corpo" e evitar a

necessidade de uma curetagem. Após duas horas de procedimento, ela sentia náuseas e um leve sangramento.

(...) aí elas me falaram assim...que eu recebi mais informações sobre que eu tomaria...é, metade dessa quantidade via oral, não precisaria ser sublingual e que a outra metade eu partiria e introduziria na vagina com ajuda de um aplicador, desses aplicadores tipo de creme vaginal, né? Que a gente partiria, colocaria, aí elas me orientaram assim. Aí que me orientaram o que eu poderia sentir, qual o tempo, qual era o limite, pra eu acompanhar a temperatura do corpo. Me indicaram comprar depois de um certo tempo que eu poderia tomar chá de canela, falou que o banho seria bom, porque o calor ajuda tanto na dor quanto...então se eu pudesse ter compressas também...me indicaram comprar água inglesa pra eu tomar depois do procedimento caso acontecendo dando certo pra eu tomar depois que ajudaria a limpar durante uma semana, pra depois eu fazer os exames e ter menos riscos de ter que fazer uma possível curetagem (...) Pra dor elas falaram que eu poderia tomar o ibuprofeno, que ele não...que não era pra tomar qualquer um, porque poderia ir contra a ação das contrações que o remédio causaria...então, mas aí eu tomei, fiz tudo desse jeito. Aí eu já fiz final de semana, ele tava aqui comigo. Fiz tudo dessa forma, eu sei que eu tinha que ficar uma hora deitada e depois eu poderia levantar, que foi uma indicação delas também que seria bom me levantar um pouco. Mas aí eu fiz também, tomei direitinho, fiz tudo certinho. Aí quando foi umas duas horas eu acho, eu fui no banheiro fazer um xixi e comecei a sangrar. Mas sem dor, não tava sentindo dor nenhuma. Senti náuseas no início, mas aí não sei dizer se era do remédio ou se já eram náuseas minhas. Aí eu comecei a sangrar, mas foi um sangramento assim, muito pouco.

Mesmo com o sangramento leve, ela não sentiu dores, nem nenhum dos outros sintomas relacionados ao uso do misoprostol ou decorrentes do abortamento. Ela aguardou quase um dia inteiro, pois sabia que isso poderia acontecer dependendo da pessoa, como em alguns casos relatados no grupo em que estava. Porém, nada mais aconteceu e ela sentiu-se desesperada, com medo de que seu corpo pudesse não estar reagindo ao medicamento, pois dessa vez confiava que ele era verdadeiro, já que as mulheres do grupo estavam conseguindo finalizar seus abortos com medicamentos provenientes de um mesmo fornecedor.

Como indicado pela rede de apoio, entre a segunda e a terceira tentativa, ela realizou um ultrassom após o procedimento. Contou que o namorado conseguiu um pedido de ultrassom e ela se dirigiu a um laboratório privado para realizá-lo. Lá, confirmou que a gravidez continuava normalmente, sem nenhuma intercorrência. Ela relatou os sentimentos de raiva e frustração gerados nesse contato com o serviço de saúde e a orientação da rede de apoio sobre o que falar durante a consulta para que não desconfiassem dela.

Aí eu fiz ultrassom e vi e não tinha nada, não tinha nem um machucado, não tinha nada. O que a moça me disse é que tava perfeito assim. Foi meio esquisito assim, não tava triste pela, tipo assim "estou aqui fazendo um ultrassom", tava triste porque não deu certo. Não foi hora nenhuma pesar porque "ai, meu deus...", porque ela foi uma médica que veio me parabenizando "ai, que gracinha, escuta o coração". Aí me colocou pra escutar o coração...aí eu tava puta porque não tinha dado certo, na verdade, porque eu tinha esperança de que tinha dado certo, porque como tinha pouquíssimo tempo, eu sabia que esse sangramento qualquer um poderia ter tido atrapalhado, descido alguma coisa e tudo mais, então eu fiquei na esperança. Então a certeza mesmo que não tinha dado certo eu tive quando eu fiz o ultrassom (...) Só cheguei lá pra ela falando que eu tinha feito um exame de sangue, que eu sabia que tava grávida e que não tinha começado a fazer pré natal nem nada porque tava muito recente, só que eu tinha tido um sangramento e fiquei preocupada, então consegui um pedido com o médico da família e queria saber se tava tudo bem. Foi mais ou menos isso o que elas me orientaram.

Glaice decidiu tentar uma terceira vez, já que a compra por essa rede incluía um segundo envio de medicamentos caso o procedimento desse errado. Ela solicitou esse envio junto de mais dois comprimidos, que chegam em sua casa uma semana depois.

Com aproximadamente dez semanas de gravidez, ela realizou o procedimento novamente, dessa vez com dez comprimidos, metade pela via vaginal, metade pela via sublingual, como descrito anteriormente. Se os comprimidos continham 200 mcg, somaria-se no total 2000 mcg de misoprostol administrado, quantidade que poderia ser suficiente para realizar um aborto nessa idade gestacional (MORRIS *et al.*, 2017; OMS, 2014). A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia – FIGO (2017) recomenda o uso de 800 mcg a 2400 mcg, o que significa que o aborto pode não ter sido bem sucedido devido à dose ou ao regime utilizado. De qualquer maneira, há uma margem de não sucesso nos abortos com misoprostol de aproximadamente 15% das mulheres que o utilizam para abortar, o que Glaice acreditou ter ocorrido com ela.

Após algumas horas de administração, ela sentiu novamente alguns dos sintomas, que cessam logo depois, semelhante às outras tentativas. Apresentou um leve sangramento, que parou após algum tempo. Nesse momento, ela sabia que algo novamente estava errado.

(...) e eu fiz de novo da mesma forma, não fiz nada de diferente, só a concentração maior e de novo aconteceu a mesma coisa. Só sangrei nas

primeiras duas horas, não senti dor nenhuma, não senti cólica, calafrio, febre, não senti nada. Eu não sei em termos médicos a relação que isso tem a ver por exemplo com o fato de nunca ter sentido cólica na vida, talvez eu tenha alguma resistência a contração, eu acho que pode ter sido isso, porque de fato o remédio pra mim não funcionou. Não funcionou. (...) Mas como da segunda vez eu já não tinha sentido nada, nessa terceira vez eu meio que já desencanei depois de um tempo assim, que eu sabia que não deu certo de novo, que já não tinha acontecido, que eu não tava sentindo dor nenhuma e foi assim, fiquei decepcionada, fiquei puta...

Dessa maneira, Glaice e seu parceiro desistiram de tentar o aborto medicamentoso e iniciaram a busca por uma clínica clandestina em Belo Horizonte, sem sucesso. A partir disso, por esse mesmo grupo e outros relacionados, conseguiram indicações de um médico em São Paulo, que já havia realizado o procedimento de uma conhecida. O procedimento completo saiu por quatro mil reais, exigiu que ela viajasse a outra cidade, sem saber exatamente o que esperar da clínica, porém não tinha outra alternativa. Após diversas intercorrências, como o médico ameaçando desmarcar o procedimento enquanto ela já estava em São Paulo, finalmente Glaice consegue concretizar seu aborto pelo método de sucção e relata ter sido um procedimento tranquilo e rápido, em um local de qualidade, que “passava segurança” e disse ter sido muito bem tratada e orientada.

Primeiro, ela passou por uma consulta em uma clínica “muito chique e bem equipada” em São Paulo. Lá realizou exames de rotina com esse médico, relatou as tentativas de aborto, mostrou o ultrassom, e o médico explicou tudo o que iria acontecer, passo a passo. De lá, ela foi a um hospital geral para realizar o procedimento em si, deu entrada normalmente, foi internada e ficou em um quarto individual com seu parceiro, com tudo que necessitava à sua disposição. Acompanhada de duas enfermeiras e do médico, ela foi sedada e realizou o procedimento por “aspiração”, que de acordo com seu parceiro, durou sete minutos. Após o procedimento, foi completamente orientada sobre os cuidados pós aborto, recebeu o contato pessoal do médico caso tivesse algum problema e precisasse de mais informações, e foi liberada.

Eu entrei umas sete horas, umas nove horas eu já tava saindo do hospital andando (...) assim, um atendimento excepcional. Então completamente legalizado pra uma menina que tem quatro mil reais a pagar, só. O que é assim, muito triste, né. Eu fiquei assim...né, porque é uma situação que acontece, ninguém não me questionou de nada, aconteceu muito naturalmente, não fui constrangida hora nenhuma por ninguém, desde o porteiro que me atendeu no hospital pra dar entrada, nada, sabe? E

assim...mas é um valor que eu por exemplo, a gente não tinha, a gente pegou um dinheiro emprestado pra isso, mas a gente ainda tinha essa possibilidade de pegar esse dinheiro, de pagar depois...agora...eu sou uma minoria, né, eu tenho um privilégio muito grande diante da maioria das mulheres, mas acontece dessa forma assim, muito natural, eu achava que era algo...quando a gente fala em clínica a gente pensa em algo tão ilegal assim...tão sujo e por debaixo dos panos e jamais ia imaginar que fosse acontecer desse jeito, jamais. Mas foi assim que deu certo, fiquei assim...o meu sentimento foi de alívio total, de alegria mesmo de ter conseguido, de poder voltar a estudar, de poder voltar e fazer as minhas coisas, de não passar mal o tempo todo.

Ela relata que a boa orientação do médico conquistou a sua confiança e como ele a disse que não precisava realizar um novo ultrassom e os sintomas foram cessando após o procedimento, assim como todas as orientações fornecidas se confirmaram, ela decidiu não procurar os serviços de saúde desde então.

O relato de Glaice sobre a clínica clandestina, que funciona em meio a serviços de saúde legais, com qualidade de atendimento, exemplifica que o aborto no Brasil, em alguns casos, é um procedimento permitido e pode ser feito com maior segurança, desde que se tenha dinheiro para pagar por ele e acesso às clínicas minimamente confiáveis (Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto, 2015; Zordo, 2016).

Tatiana: sem acompanhamento, recebe auxílio da mãe

Tatiana inicia o processo sozinha em sua casa, na qual sua mãe estava presente, mas não sabia do procedimento. Antes de começar, conta que teve uma “preparação alimentar”, ingerindo alimentos leves, processo semelhante ao de Jandira e Glaice.

Ela então utiliza três comprimidos pela via vaginal, com auxílio de um aplicador de creme vaginal e administra a outra metade pela via sublingual, um por vez, até que todos houvessem dissolvido por completo. Todos os comprimidos são utilizados no mesmo momento, de acordo com o passo a passo enviado pelos vendedores, o que se contrapõe às recomendações da FIGO (2017).

Para a aplicação vaginal, ela introduziu os comprimidos inteiros no canal com ajuda do aplicador. Ela disse que após a aplicação, se deitou e depois de uma hora começou a sentir muita cólica, que descreve como “a pior dor” que já sentiu, a qual imagina que seja parecida com a dor de um parto. Também apresentou um pouco de vômito e dor de cabeça, mas enfaticamente destacou as cólicas como o incômodo principal.

Ela se levantou e pensou que havia urinado, o que atualmente relaciona com a “bolsa estourando”. Foi ao banheiro, tentou urinar e nesse momento, expeliu o feto, que caiu no vaso. Ela o recolheu, enrolando em papel higiênico. Nesse momento, sem saber o que fazer, chamou sua mãe e pediu ajuda.

A dor começou, começou, depois de uma hora mais ou menos assim foi a hora que eu já levantei da cama ai eu achei que eu tinha feito xixi assim, aí eu vi que tinha sido a bolsa, cheguei no banheiro pra fazer xixi, ai eu forcei assim e já saiu, foi muito rápido (...) E comigo foi muito tranquilo, já escutei relatos que foram mais complicados, mas comigo foi tudo muito tranquilo, tirando a dor, que é uma dor infernal, eu cheguei no banheiro assim pra fazer xixi, quando eu senti uma coisa forte saindo, quando olhei assim já tinha caído no vaso. Aí ficou tipo dependurado. Aí eu fui só peguei assim, enrolei com papel higiênico mesmo, aí terminou de sair, aí foi a hora que eu tive que falar com a minha mãe. Aí o fim que levou eu não sei, porque a minha mãe que segurou o resto assim, sabe? Ela já sabia que eu tava grávida, que eu tinha contado, mas a gente nunca tinha conversado sobre isso. (Tatiana)

Ela descreveu esse momento como “tenso”, em que sentiu “um pouco de choque”, mas afirma que em hora nenhuma se arrependeu. A mãe, que ela descreve como religiosa e conservadora, nesse momento foi crucial em seu itinerário, ajudando-a. Tatiana não sabe o que a mãe fez, mas diz que ela já tinha experiência com isso, pois havia auxiliado algumas pessoas no interior.

Ela me apoiou pra caramba, que ela que pegou e levou. Porque eu não sabia o que fazer, né...falei assim "beleza, e agora, onde que eu coloco?". E assim, como minha mãe é do interior assim, por mais que ela não concorde, ela já viu muito isso, porque é mais comum do que a gente imagina, ainda mais no interior. Então ela já tinha visto outras vezes, além de uma ex vizinha minha que chamou ela desesperada uma vez, aí ela já tinha visto antes, então ela meio que na hora ela já foi e aí ela foi e ajudou...eu nunca perguntei, mas ela sumiu pra lá. Aí eu fui e voltei pra cama com muita cólica, muita cólica, infernal, pior dor do mundo. Aí eu tomei o negócio que tinha que tomar, a água lá que tinha que tomar, ruim demais, aí eu tomei pra ir limpando. Aí tudo bem, aí no outro dia eu acordei relativamente de boa, tava conseguindo fazer tudo normal. Sem dor, aí eu fui sair, fui pra faculdade, fiz tudo normal. (Tatiana)

Assim, o aborto clandestino acaba por envolver não apenas as gestantes, mas também seus familiares, amigos, colegas, que se expõem no contato com ações consideradas ilegais devido a uma legislação que já não mais condiz com os valores éticos discutidos localmente e internacionalmente (AMINISTÍA INTERNACIONAL, 2016).

Tatiana disse que não teve nenhum sangramento, mas que continuou sentindo muita dor ao longo da noite, sem conseguir dormir durante quatro ou cinco horas, pois não achava uma posição confortável, devido às cólicas fortes. Ela contou que tomou uma água – provavelmente água inglesa - indicada pelos vendedores, a qual não sabia nomear. Também contou que havia comprado um medicamento para dor na época, mas não se recordou qual. Quando conseguiu dormir, a dor cessou e ela acordou bem, realizou suas atividades normalmente, sem dores.

Após dois dias, ela conta que estava no banho, sentiu uma dor “como se fosse menstruar” e expeliu uma bola de sangue, “parecendo uma bola de fígado”. Tatiana joga essa “bola” fora, a qual acredita que seja uma parte da “placenta”. Provavelmente, essa realmente era a expulsão do restante dos produtos do aborto. Após isso, também não sentiu mais nada e por isso não procurou atendimento médico.

Para algumas mulheres, o procedimento pode demorar a ser finalizado, levando 24 horas ou mais, a depender da idade gestacional e do regime utilizado (SHANNON e WINIKOFF, 2008).

Apesar das dores, descreveu o processo como “simples” e disse ter gostado “de fazer tudo sozinha”. Seu “maior medo” era precisar ir ao hospital, pois nesse momento poderia ser humilhada ou passar horas sofrendo, sem receber ajuda adequada.

Às vezes eu acho que eu sou totalmente sem coração mesmo, porque pra algumas pessoas é muito difícil, uma coisa muito complicada, pra mim não foi, foi relativamente simples. Igual, eu fiz tudo sozinha e gostei de fazer tudo sozinha, agora tem gente que faz questão de ter alguém do lado, segurar a mão, não sei o que, é uma coisa mais sofrida assim, acho que a

pessoa tem aquela parte da dúvida se vai ou não e eu nunca tive dúvida, então acho que fica mais fácil, porque eu já tinha bem focado na minha cabeça o que eu queria e eu fiz o que eu queria, independente das outras pessoas. A única coisa que eu tinha medo era medo de mim, que a gente vê muita gente que...com esse medicamento até que não, porque nos relatos que eu li eu nunca vi gente assim ah, que chegou a morrer, sei lá, as pessoas não tavam na internet também para contar, mas eu não vi nenhum relato assim de que tem muita gente que morre assim. Mas meu maior medo nem era morrer, eu tinha muito medo de ter que parar em hospital, sabe? (Tatiana)

Tatiana me contou, na época da entrevista, que acreditava que “não teria coragem” de realizar um aborto novamente, com medo de o procedimento não funcionar e ter um filho com alguma má formação. Esse medo também aparece ao longo de seu itinerário abortivo: ela me contou que precisava conseguir concretizar o aborto para que isso não acontecesse, relacionando o caso de uma conhecida que tentou abortar com chás, não conseguiu e teve um filho com má formação. O misoprostol apresenta riscos de causar má formações congênitas, mas as evidências científicas disponíveis não são sólidas, como já abordado na revisão deste trabalho (OMS, 2014). Porém, circula a informação de que esse medicamento é potencialmente perigoso, seja na mídia, na cultura popular ou nas pesquisas científicas, de maneira que as mulheres temem que isso possa lhes ocorrer, caso o aborto não seja bem sucedido. Entre elas, pode haver a crença de que serão punidas devido ao procedimento realizado, resultado do sentimento de culpa internalizado devido à valorização da maternidade e repúdio completo do aborto, generalizados na sociedade (CARNEIRO M., 2012).

Ela refletiu que em um relacionamento estável e empregada, provavelmente continuaria a gravidez, a não ser que fosse uma decisão conjunta dela e de seu companheiro sobre não ser o melhor momento para uma criança. Dessa maneira, relatou sobre o uso de anticoncepcionais hormonais, que “atrapalharam a sua vida, mas ela não deixa de tomar”, apesar do ganho de peso e diminuição da libido. Essa questão nos remete novamente sobre como a responsabilização sobre a prevenção de gravidezes indesejadas recai sobre as mulheres, independente de quais mudanças precisam infringir em seus corpos (MOREIRA & ARAÚJO, 2004).

A única coisa que ainda resta em mim é isso, de ficar pensando muito, tipo assim "ó, tenho que me prevenir muito, me prevenir ao máximo pra não poder engravidar, porque eu não faria de novo", ao menos que aconteça

uma situação muito diferente assim. Se eu engravidasse do meu namorado, eu não faria. (Tatiana)

Caroline: procedimento simples, finalização tardia

Caroline realizou o procedimento acompanhada das duas amigas, sendo ambas estudantes da área da saúde, mas que pouco sabiam sobre o medicamento devido à escassez de informações disponíveis no início dos anos 90. Quando a moça a ofereceu os comprimidos, ela os aceitou de prontidão, pagou por eles uma quantia que não recordou, e os ingeriu via oral, todos os sete no mesmo momento. Caroline elaborou sobre isso, dizendo que não se deu tempo para pensar e atribuiu essa escolha repentina às lembranças ruins relacionadas à clínica clandestina que conheceu quando acompanhou uma amiga, entendendo que estaria mais segura utilizando o misoprostol junto a pessoas de confiança.

Após ingerí-los, lembrou que “colocou um absorvente” e foi a um casamento com as amigas. Elas lancharam, retornaram ao apartamento e Caroline se deitou. Rememorou que durante a madrugada o sangramento começou, o que ela comparou a uma “menstruação que não é rala”, “com muita placa”, mas disse não se recordar de sentir cólicas. Esse sangramento é comum e esperado no aborto medicamentoso (OMS, 2014).

Aí sei lá de madrugada comecei a sentir a...não cheguei a sentir cólica, isso eu não lembro pra falar a verdade...cólica de contração esses trem, mas eu sei que eu comecei a menstruar, muuita muuita, e saiu umas placas...né, menstruação, aquele sangue bem beem, que a menstruação não é rala, né, com muita placa, e aí foi, aí fui pro banheiro, fiquei lá, sentei no vaso, esperei descer um “cado” e fomos controlando, aí nesse depois de manhã o trem, o fluxo já tinha melhorado um pouco, absorvente, bora pra casa, como se nada tivesse acontecido, até então não tinha caído a ficha, a ficha foi cair muito tempo depois na verdade. (Caroline)

Quatro a cinco dias depois, ainda com o sangramento, mas sem um fluxo muito intenso, ela viajou para um rodeio no interior do estado. Lá, ficou na casa de uma amiga de sua família e começou a sentir muita cólica e enjoô. Em um dia em que saiu com ela e suas filhas, sentiu-se mal e vomitou no caminho. Com medo do que podia acontecer, ela contou para essa mulher sobre a sua situação, no intuito de conseguir ajuda sem que a sua família fosse envolvida.

E aquele enjôo que não passava e aquela cólica que não passava. Aquilo foi me agoniando, eu fui ficando com medo, eu fui e contei pra essa moça. Na verdade, ela era bem...eu tinha na época...tava com uns 22 pra 23 anos, ela tinha 36, mas ela já era mãe de sete filhos. (...) então eu cheguei e contei pra ela. Precisava contar pra um...alguém responsável, né! Porque eu tinha que ver o que tava acontecendo e aproveitar que eu tava fora de Belo Horizonte também, né, que não ia envolver muita gente assim da família. (Caroline)

A moça a aconselhou a procurar um médico para descobrir o que estava acontecendo e ela concordou. As duas foram juntas a uma consulta particular, na qual ela realizou um ultrassom e confirmou que não havia nada de errado. O que estava sentindo aparentemente era apenas a finalização do aborto acontecendo. Além do sangramento, as mulheres podem expelir restos do aborto de acordo com a idade gestacional. Em alguns casos, necessitarão de algum procedimento específico, como a curetagem ou a evacuação uterina, porém em outros, conseguirão finalizar o aborto sozinhas. De qualquer maneira, ter a possibilidade de buscar auxílio sem o risco de serem denunciadas é essencial para que elas não se afastem dos serviços de saúde nesse momento (OMS, 2014).

(...) e aí ela falou assim, "olha, o melhor a fazer..." porque ela viu eu passando mal, porque ela teve que parar o carro pra eu vomitar e ela olhava pra mim e ela não podia falar com os filhos no carro, a filha, né, no caso as duas mais velhas dela. Aí na hora que chegou na casa dela ela me chamou "olha, acho que a gente precisa...você precisa fazer um ultrassom, ir no ginecologista, fazer um ultrassom, uma coisa, porque...pra ver o que é que tá acontecendo". Aí eu pedi pra ela olhar, pra ela ver quanto que ficava, porque também aquela época era aquela falta de dinheiro danada, né. Tinha, mas não tiiinha fatura né. Mas aí eu falei "não, eu vou pagar, eu pago e você agenda pra mim...". Ela conseguiu porque cidade do interior, né, você consegue mais fácil, aí já fui pro consultório, no próprio consultório já fez o ultrassom, então na verdade o que tava terminando de sair era resto mesmo, a cólica era porque logo depois assim saíram umas placas grandes assim, eu acho que deve ser resto de endométrio, alguma coisa assim, então era porque tava passando pelo colo e tava difícil mesmo. E num sobrou nada, num tive mais...num tive sequela, num tive problema de saúde, não tive nada. E...beleza, aí eu voltei pra Belo Horizonte e tava tudo tranquilo. Só que aí veio a parte psicológica, né. Aí que eu caí, caiu a minha ficha, né. "O que que eu fiz?", né. Aí foi uma choradera, chorei durante muito teempo, mas muuuito tempo, muito tempo mesmo, sabe? Podia nem ver propaganda de televisão.

Caroline descreveu a consulta como tranquila, disse que o médico agiu de maneira muito profissional, realizando o exame ginecológico e o ultrassom. A moça que a acompanhou solicitou sigilo sobre a consulta, afirmando que ninguém da família dela poderia saber do ocorrido e da presença de Caroline no consultório.

E ponto, realmente até onde eu saiba não contou pra ninguém, porque não chegou em ninguém e tal. Eu também no caso, essa pessoa que eu fiquei na casa dela, como era assim, parente do parente, acabou na verdade que ela nunca foi parente, e eu nunca mais voltei e também nunca mais encontrei com ela. Entendeu, assim? Morreu lá também, essa história.

Caroline relatou que após esse episódio “sua ficha caiu” e que sofreu muito com a questão de ter realizado um aborto. Foram meses de choro e dificuldades para lidar com o assunto, sobre o qual não tinha como conversar com profissionais de saúde, devido ao sigilo e à falta de acesso a serviços como a psicoterapia, por exemplo. Ela disse ter encontrado paz na religião espírita, entendendo que naquele momento fez o melhor que poderia fazer.

Aline: dois abortos, duas relações diferentes com o procedimento

Aline na época do primeiro procedimento se considerava uma “evangélica desviada” e dessa maneira, apesar de estar certa sobre o aborto, o procedimento acabou sendo conflituoso. Quando ela pensou em desistir, a cunhada a incentivou a continuar.

Ela disse ter utilizado os dois comprimidos via vaginal, após triturá-los e misturá-los em um creme vaginal, mas não se lembrou se os comprimidos vieram em um blister, nem a quantidade de microgramas que havia neles. Ela disse acreditar que o fato de não recordar alguns detalhes está relacionado com seu estado no momento, pois estava abalada e em conflito com a decisão. Assim, quem realizou toda a preparação para ela foi a cunhada, figura “essencial” para a concretização de seu aborto.

(...) porque aí é isso que eu falei, eu tava muito abalada, com culpa, que eu tava fazendo uma coisa errada, me perguntando se eu ia me arrepender muito depois, como eu ia ficar, etc...e aí eu lembro que essa parte quem

cuidou foi minha cunhada mesmo. Ela já trouxe pronto no...no aplicador, no tubinho, então assim, foi isso.

Após a administração, ela utilizou um chá de canela, como indicado pela cunhada e deitou-se. O chá de canela é popularmente conhecido por suas propriedades abortivas, no entanto, há falta de comprovação da eficácia de chás para aborto na literatura e também nos relatos das mulheres (Diniz e Medeiros, 2012; Gonzaga, 2015; Zordo, 2016). Entre elas e em sites diversos na internet são realizadas indicações de chás como os de canela, arruda, boldo, entre outros, para a “regularização da menstruação”. Assim, os chás parecem ser utilizados em momentos diversos do itinerário abortivo das mulheres, seja antes de recorrerem ao misoprostol, como no caso de Tatiana ou concomitantemente ao seu uso, como Aline o fez.

Assim como Caroline, Aline recordou que durante a noite não sentiu cólicas ou nenhum outro tipo de dor, mas que o sangramento foi muito intenso e sujou a cama. No dia seguinte, foi trabalhar normalmente, sem nenhum impedimento. Ela relatou não ter realizado nenhum exame para confirmar que o abortamento havia sido completo, mas disse que os sintomas da gravidez cessaram ao longo do tempo e que o sangramento durou cerca de 15 dias.

Posteriormente, sua cunhada a contou que ficou preocupada com sua saúde, já que nos dois primeiros dias após o procedimento a achou muito pálida. Apesar das preocupações no início, ela não sentiu mais nada. Ela também contou da falta de acesso à informação e aos serviços de saúde naquela época.

Do ponto de vista da questão física, eu não senti nada, eu tive um sangramento muito forte. Eu lembro que no outro dia que eu acordei tinha muito sangue na cama assim. E eu fiquei um pouco tensa porque a minha intenção é de que tinha que sair alguma coisa, algum...(risos sutis). E não saiu volume nenhum, era só o sangue e nessa perspectiva por exemplo, a gente não tinha muito essa experiência, essa informação e o medo...eu não procurei médico, não procurei nada, então eu fiquei sagrando uns 10, 15 dias por aí, depois o sangramento parou e eu não tive nada. Aí foi uma aposta, um risco, porque eu nem fiz ultrassom, nem fiz nada...

O aborto aconteceu na casa de seus avós, porém apenas a cunhada tinha conhecimento do ocorrido ou assim Aline julgava ser.

Eu fiz em casa com todo mundo, mas só quem tava sabendo obviamente era ela. Então se alguém ficou sabendo, porque as pessoas viram eu pegando o lençol e pondo pra lavar, então se ficaram sabendo, fingiram que não tavam sabendo. E eu também fingi que nada tava acontecendo (risos). E...e a coisa rolou.

Seu segundo aborto aconteceu em um contexto completamente diferente. Aline estava casada e seu marido, profissional de saúde a apoiou independente de sua escolha. Ela contou que a tranquilidade também vinha da possibilidade de realizar essa escolha com liberdade, segurança, acesso à informação e ao sistema de saúde.

Ela já residia em Belo Horizonte e realizou o aborto em casa, acompanhada pelo seu marido, com dois meses de gestação. Dessa vez utilizou quatro comprimidos de misoprostol, dois pela via vaginal e dois pela via sublingual. Quem conseguiu os medicamentos foi a filha de seu marido, também profissional de saúde, a qual a orientou como utilizá-los. Ela também pesquisou sobre o misoprostol no site Woman on Web, no qual encontrou um passo a passo sobre como utilizar o medicamento corretamente. Pela via vaginal, a administração foi realizada igualmente à primeira vez, por preferência dela: os comprimidos foram triturados e o pó misturado em um creme vaginal, utilizado com um aplicador.

Foi do mesmo jeito da primeira vez. Eu acho que eu preferi...engraçado que ela me informou, ela falou "coloca", mas não disse como, mas eu como eu tinha feito da outra vez e eu acho que funcionou, que era mais fácil, aí eu achei também que foi legal, porque essa técnica que essa minha cunhada tinha que era dar uma quebradinha no remédio, misturar com um pouquinho do creme vaginal e introduzir, aí eu introduzi dessa forma mesmo.

Durante o processo, diferente da primeira vez, ela sentiu muitas cólicas, enjôo e náuseas, mas contou que foi um processo mais tranquilo devido ao apoio que possuía. Quando perguntei como sua enteada conseguiu o misoprostol, ela não soube dizer, mas não precisou pagar pelo medicamento.

Eu não sei como ela conseguiu [o medicamento]. Eu sei que ela conseguiu, ele foi buscar na casa dela a medicação e ela instruiu, pediu que eu tomasse, ingerisse dois e colocasse dois e quando começasse o sangramento eu fosse pro hospital e pedisse pra fazer a curetagem e tal. Mas eu fiz a opção, eu e ele de não. Tipo assim...porque a gente ia

aguardar pra ver e...como que ia ser...e assim, em termos de sangramento foi bem mais tranquilo, mas eu senti muita cólica, nesse eu senti bastante cólica, foi uma cólica violenta, esse eu vomitei, fiquei enjoada, que foi coisas que eu não senti no primeiro assim. Esse eu passei muito mal, vomitei bastante...um pouco depois que eu tomei eu fiquei pensando "noh, será que vai fazer efeito, porque eu vomitei e tal", mas foi tranquilo, fez também, depois que...esse eu fiz ultrassom antes, então teve todo esse...essa coisa de informação que eu já tinha e também por estar com ele e com ela, que orientou o que eu deveria fazer, inclusive pra isso porque as vezes você pode estar com uma gravidez na trompa, pode tá...enfim, então é bom...e fiz o ultrassom também depois e aí tava tudo ok.

O misoprostol é contraindicado no caso de gravidezes ectópicas, por isso é importante que um ultrassom seja realizado antes do procedimento (SHANNON e WINIKOFF, 2008; OMS, 2014). No entanto, muitas mulheres não o realizam por falta de informação, falta de acesso ao procedimento ou medo de procurar os serviços de saúde. No caso dessa pesquisa, apenas Jandira, Aline (no segundo aborto) e Glaice realizam ultrassons antes do procedimento.

Após o processo, apenas Aline em seu primeiro aborto não realiza um ultrassom, mas todas as outras têm acesso e são orientadas a buscar esse procedimento para confirmar a finalização do abortamento. Esse contato com os profissionais de saúde durante o ultrassom também será abordado no item 6.4.3.

6.3.4 Sentimentos e elaborações sobre o processo

A experiência com o aborto medicamentoso parece então apresentar-se enquanto diversa, modificada de acordo com os acessos, redes sociais e contatos das mulheres que o realizam. Enquanto para umas a experiência pode ser “tranquila” ou “simples”, para outras pode elucidar-se como “horrorosa”. De qualquer maneira, ela é perpassada por tensões múltiplas, singulares ou compartilhadas, devido à ilegalidade do procedimento que empurra as mulheres, assim como as pessoas próximas a elas ao mercado clandestino (Ariha, 2012). Elas envolvem-se com a ilegalidade pela busca por informações, compra e uso de um medicamento restrito a ambientes hospitalares.

De acordo com Zordo (2016), o misoprostol possui uma “vida dupla”. Enquanto de um lado é utilizado pelos médicos dentro dos hospitais em obstetrícia e ginecologia, inclusive na indução de abortos legais, de outro é motivo de criminalização,

estigmatização e violência obstétrica às mulheres que com ele tentam abortar fora dessas instituições. Essa questão reforça a controvérsia da legislação brasileira, que criminaliza um procedimento comum na vida reprodutiva das mulheres.

A desculpa, disfarçada de objetividade científica vem acompanhada de argumentos sobre o quanto o procedimento com o misoprostol é arriscado sem acompanhamento médico. No entanto, essa e outras pesquisas demonstram que as mulheres iniciam e finalizam o aborto em casa com segurança, desde que tenham condições favoráveis para tal (HYMAN *et al.*, 2013; MASTRELLA e CORRÊA, 2012; ZAMBERLIN *et al.*, 2012). O nosso acesso às informações sobre o uso clandestino do medicamento ainda é escasso devido às limitações da ilegalidade, de maneira que não se pode consolidar uma imagem do método apenas a partir das mulheres que chegam aos hospitais, já que muitas – normalmente aquelas às quais a maioria das pesquisas não têm acesso - nunca chegam aos serviços de saúde.

Shannon e Winikoff (2008) discutem o quanto de supervisão é necessária às mulheres que utilizam mifepristona e/ou misoprostol no início da gestação. Argumentam que o procedimento do aborto medicamentoso é clinicamente simples e seguro, apresentando poucas complicações, de maneira que informações suficientes e acessíveis podem ser fornecidas às mulheres para que utilizem os medicamentos corretamente em suas casas.

Porém, o potencial de simplicidade do procedimento é mascarado pela excessiva medicalização do mesmo, através de discursos sobre o uso clandestino do medicamento. Na mídia principalmente, mas também em pesquisas acadêmicas, a temática do aborto medicamentoso muitas vezes perpassa pela responsabilização das mulheres pelo uso de um medicamento ilegal e teoricamente perigoso devido ao potencial de efeitos indesejados no corpo – da mulher ou do feto -, caso não utilizado sob supervisão médica (ROSO *et al.*, 2017). O debate pinta a imagem dessas mulheres como desesperadas: elas não sabem como conduzir um aborto medicamentoso e colocam a própria vida em risco. Exemplos sobre procedimentos mal sucedidos são comumente apresentados para justificar a condenação do medicamento e das mulheres que a usam.

Elas são tratadas como se nunca tivessem utilizado qualquer outro tipo de medicamento que as exigisse pensar sobre regime/posologia, consolidando a caricatura de “incapazes” de decidir sobre essa questão, sobre seus corpos e sobre sua vida. Elas devem ser detidas a qualquer custo, pois podem causar danos aos fetos e a si mesmas (DINIZ e MADEIRO, 2012; ROSO *et al.*, 2017). Seu primeiro erro parece ser o de negar a maternidade, como discutimos na revisão deste trabalho.

Sob essas afirmações, profissionais de saúde, pesquisadores e mídia contribuem para o empobrecimento do debate em torno do misoprostol, colocando o uso do medicamento e não a ilegalidade do procedimento no centro das atenções. O inimigo a ser enfrentado parece ser a prática do aborto e não a legislação restritiva obsoleta e não funcional (DINIZ e CASTRO, 2011).

A questão se agrava, pois o debate sobre os riscos do medicamento vendido ilegalmente tende a impulsionar a caça às mulheres e aos vendedores, visando à redução de seu uso fora dos hospitais, porém não envolve a problemática da ilegalidade do procedimento no país. A busca por maior restrição de seu uso, assim como às informações relativas a ele, não confere segurança às mulheres, tampouco aos conceitos, apenas as empurra para situações mais perigosas envolvendo procedimentos invasivos, compra de medicamentos falsificados, processos judiciais e/ou prisão (DINIZ e CASTRO, 2011; DINIZ e MADEIRO, 2012).

Nessa cobertura específica do uso do misoprostol na mídia brasileira percebe-se um deslocamento do tema do aborto com a entrada do medicamento nas práticas abortivas. As matérias abandonam o debate fundamentalmente moral e se concentram em denúncias e apreensões de medicamentos comercializados ilegalmente, tratando os agentes de controle governamental das áreas de segurança pública e vigilância sanitária como as principais fontes e vozes. Esses atores aparecem em ação articulada para a contenção da circulação do misoprostol e de seu uso para o aborto ilegal. O silenciamento de vozes médicas e de movimentos de mulheres, bem como a não divulgação de informações sobre o efeito do misoprostol para a redução da morbimortalidade materna, ocultam a abordagem do aborto seguro como tema de saúde e de direito das mulheres (Diniz e Castro, 2011, pg 100).

Outro argumento utilizado sobre a periculosidade do misoprostol está relacionado ao potencial teratogênico do medicamento nos casos em que o aborto não é bem

sucedido, normalmente com enfoque no comércio ilegal do misoprostol e as mulheres que o adquirem. Diversas pesquisas foram produzidas no Brasil relacionadas a essa temática, como o estudo “Avaliação de riscos teratogênicos em gestações expostas ao misoprostol”, que afirma:

Os achados deste estudo, apesar de não apresentarem significância estatística, *sugerem* que os fetos expostos ao misoprostol apresentam uma tendência a maior risco de defeitos congênitos comparados aos não-expostos. Outras investigações devem ser incentivadas para que se identifique melhor o dano causado pela *utilização indevida do misoprostol, principalmente em países onde o controle de medicamentos é ineficaz* (Sátiro Opaleye *et al.*, 2010, pg. 19, grifos meus).

Como já visto na revisão deste trabalho, de acordo com Mastrella e Corrêa (2012), os achados sobre teratogenicidade e uso do misoprostol nos estudos brasileiros apresentam metodologias e resultados frágeis, com alegações discutíveis. Internacionalmente, a OMS reconhece que há o potencial de teratogenia, porém as pesquisas não são conclusivas para a determinação do risco. Assim, a organização recomenda que as gestantes sejam informadas sobre a questão e acompanhadas nos casos em que há insucesso da tentativa e posterior decisão de manter a gravidez, exatamente porque não há evidência científica sólida sobre o tema (MASTRELLA e CORRÊA, 2012; OMS, 2012).

O misoprostol também é historicamente associado ao aumento do número de abortos no país, porque teoricamente facilitaria às mulheres a realização dos mesmos. Essa informação já foi refutada por inúmeras pesquisas e entende-se que o medicamento apenas tornou o procedimento mais seguro, diminuindo o número de sequelas decorrentes de técnicas muito inseguras antes amplamente utilizadas. Com a possibilidade de uso do medicamento, uma parcela delas puderam abandonar os métodos invasivos, apresentando menores complicações (ARILHA e BARBOSA, 1993; ARILHA *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; MASTRELLA e CORRÊA, 2012).

Na realidade, a administração adequado misoprostol não exige supervisão de profissionais de saúde, desde que a informação correta esteja disponível em linguagem acessível e as mulheres sintam-se amparadas e seguras para recorrer aos serviços de saúde, se necessário. Elas mesmas podem administrá-lo, manejar

seus efeitos adversos, identificar complicações e pedir ajuda, tudo isso do conforto de sua casa, sem sobrecarregar os serviços de saúde (SHANNON e WINIKOFF, 2008).

No entanto, a clandestinidade reitera as barreiras ao acesso a procedimentos seguros e ocasiona mortes ou sequelas diversas que poderiam ser evitadas. As dificuldades não estão apenas relacionadas aos entraves para acessar os comprimidos, mas se estendem à restrição de informações sobre como utilizá-los - questão regulada pela ANVISA (MASTRELLA e CORRÊA, 2012) -, assim como à penalização de pessoas quaisquer, principalmente de profissionais de saúde, que ajudem na realização de um aborto. Em um país em que os abortamentos inseguros figuram entre as cinco maiores causas de mortalidade materna, tudo é negado às mulheres: informações, métodos, atendimento em saúde. Essas barreiras recairão de maneiras diferentes entre as mulheres brasileiras. As maiores penalizadas, descritas em diversas pesquisas, reportagens e nos números relatados pelo SUS, são as mulheres jovens, pobres, negras e pardas (Ariha e Barbosa, 1993; ARILHA *et al*, 2010; Debora Diniz e Marilena Corrêa, 2009; Mastrella e Corrêa, 2012).

Ao final das entrevistas, questiono a todas as interlocutoras sobre como elas elaboram e/ou discutem sobre a questão do aborto medicamentoso após o procedimento e atualmente, obtendo respostas diversas. De forma geral, elas consideram importante a garantia do direito das mulheres a um atendimento digno em saúde nas situações de abortamento, assim como refletem sobre a legalização do procedimento. Também mencionam a necessidade do fortalecimento dos serviços acessíveis e amplos de planejamento reprodutivo e educação sexual às pessoas.

Elisângela, que se considera feminista e milita pelos direitos das mulheres na cidade, aponta questões chave nesse debate. Ela posiciona-se a favor da legalização do procedimento, com estruturação dos serviços de atenção integral à saúde da mulher e combate às falácias propagadas sobre o tema. Reflete sobre as dificuldades que envolvem a maternidade e o que ela significa na vida das mulheres,

exigindo delas preparo não apenas financeiro, mas também físico, psicológico e emocional (MEYER, 2012).

Não, o negócio da legalização é legalização mesmo. É um combate inclusive das pessoas imaginarem que a legalização é só deixar as mulheres abortar, né? Que não tem nenhum processo pra prevenir a gravidez (...) Porque eu acho que o negócio do julgamento moral e do julgamento cristão, mesmo com a legalização, ele não vai acabar. Tipo assim, as pessoas podem optar em não ter porque eu sou espírita, porque eu sou cristã, porque eu tenho que parir o menino, enfim, porque eu tô „matando uma vida”, mas o negócio da legalização eu acho que ele passa mais pelo...não só por deixar a mulher escolher, né, que a gente sempre fala: "Ah, deixar a mulher decidir sobre o próprio corpo e tal", mas é uma questão de alívio pras mulheres, cara, tipo assim, criar uma criança, financeiramente, psicologicamente, emocionalmente é muito difícil, tem que tá preparada pra isso, entendeu? E eu não acho que as mulheres gostam de fazer, ninguém gosta, ninguém que passa por um processo de aborto fala assim "Nossa, que legal!". Fazer igual o baby da Família Dinossauro, falar "de novo!", não, não vai. Assim, é muito ruim mesmo. E dá um...uma certa...uma baixa...não á a palavra certa...é um certo baque que você sofre na vida, entendeu? Tanto fisiologicamente, porque né, você tomar um negócio que fica lá no seu útero lá até sair um troço, não é um processo fácil. Mas psicologicamente também, principalmente porque tem uma sociedade inteira que condena e o medo de ser presa, né, que é cabuloso, imagina? (Elisângela)

A Anistia Internacional (2012) discute as legislações relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos em países da América Latina e do Caribe, assim como suas repercussões na vida das mulheres marginalizadas. As restrições ao direito ao aborto não somente violam os direitos humanos, como produzem e propagam violências contra as mulheres, as quais se acirram, exacerbando o racismo, as violências de classe e gênero, reforçando o lugar da maternidade compulsória.

Como fenômeno do universo das subjetividades fica evidente que as barreiras normativas, jurídicas e penais impostas às mulheres brasileiras que desejam abortar, podem colocá-las em situação de sofrimento de distintas ordens, dadas as diversas dificuldades que se interpõem para sua realização. A situação de restrição de difusão de informações e de limitação na produção e circulação legal do misoprostol empurra cidadãs e cidadãos para cenários de sofrimento que poderiam ser evitados (ARILHA, 2012, pg 1792).

Jandira contou que sua concepção se modificou porque hoje ela conhece melhor a situação. Após toda sua trajetória, com a imersão nos sites e grupos das redes sociais em busca de auxílio, Jandira entende que existe um comércio gigantesco do medicamento que “gira uma grana absurda”, com um grande número de mulheres buscando comprá-lo. Quando fala sobre os números, diz que não imaginava ver tantas pessoas – mulheres casadas, solteiras, religiosas, com filhos, casais,

gestações de diversas idades - procurando ajuda para conseguir realizar um aborto com sucesso. Apesar dela ter conseguido fazer um procedimento sem intercorrências, ela fala do “abismo de falta de informação”, das exposições e riscos que correu ao confiar em pessoas desconhecidas em redes sociais e do desespero de se ver junto a tantas outras nessa situação. Relembra alguns relatos no grupo de whatsapp em que foi adicionada, no qual encontrou pessoas que já haviam sido enganadas, mulheres que tentaram o aborto sem sucesso ou que precisaram ir ao hospital, a corrida contra o tempo antes que a idade gestacional avance e a dificuldade financeira de bancar o procedimento. O final feliz, ela conta, acontecia quando a mulher conseguia abortar com sucesso.

“Mas eu entendi...é um submundo obscuro que existe, de muitas mulheres e me sinto mal com isso de ver que todos os dias é muita muita muita mulher que de fato não quer ter de jeito nenhum, tipo assim, nem ela nem o marido, aí vê menina nova, o casal que já tem tantos filhos...as vezes a pessoa já tem filhos de outros relacionamentos, então assim, eu fiz um apanhado de que infelizmente aqui no Brasil a gente vive uma situação muito deplorável, é de dar dó, você fica assim "cara, é desesperador". E quando você para pra pensar nisso, você nessa situação, é mais desesperador ainda. Você vendo aquele monte de mulher que não tem amparo nenhum (...) passou de quatro semanas é você lutando contra o tempo e a grande maioria não tem grana, já foi enganada, duas, três vezes, foi extorquida, 700 reais, mil reais, então assim, é um submundo, de tipo, eu não tenho orientação nenhuma, cada pessoa fala uma coisa. Ok, eu tenho um medicamento aqui, o medicamento não é falso...e isso é uma coisa que é o mais importante, você encontrar alguém que não venda o medicamento falso, então uma mulher que não tem acesso nenhum a isso, que não tem acesso a essas discussões e que não quer ter, ela não sabe a quantidade de semanas, não sabe que quanto mais tempo passa é pior, ela fica naquela dúvida do vai e não vai. Vai tentar, dá errado ou só descola a placenta. É um abismo de falta de informação e de tipo "ah, porque fulano de tal disse, outro fulano de tal disse". Eu entendi que é assim, é um abismo que você tem que confiar em pessoas que você nunca viu baseado em experiências (...) eu entendi que é muito mais mulheres do que eu imaginava, é muito mais mulheres fazendo isso o tempo inteiro e as pessoas não sabem e de fato existe uma *deep web*, existe um submundo que gira um comércio e uma grana absurda e a pessoa tem que se virar. E quem não consegue tem que lidar com uma gravidez frustrada, com a maternidade frustrada (...) Acontece todos os dias, o tempo inteiro e é uma quantidade imensa de mulheres fazendo isso, só que sem auxílio nenhum (...) Aí as que saíam [do grupo] eram as que conseguiam fazer...é como se fosse um final feliz de filme, sabe? Que sei lá, passou uma guerra aí agora vai todo mundo reestabelecer a vida, sabe? Vai voltar tudo ao normal...aí a sensação que eu tinha era essa.”

O comércio do misoprostol se difundiu e se fortaleceu ao longo dos anos, após ser restrito a uso hospitalar (ARILHA, 2012). Atualmente as redes e atores sociais relacionados à sua venda parecem se complexificar, ganhar novos contornos e participantes, envolvendo grandes movimentações financeiras, com preços super

inflacionados devido à clandestinidade. A procura é enorme e a oferta pode incluir medicamentos caros e falsificados (ARILHA, 2012; DINIZ e MADEIRO, 2012).

Para as mulheres que usam o misoprostol, não há garantia da qualidade do medicamento, desconhecendo-se a procedência, as doses ou mesmo a devida presença do princípio ativo da droga. Por vezes, outro ciclo de risco pode se associar à narrativa convencional. (...) sabe-se que, forçadas a circular em um terreno de clandestinidade, as mulheres podem ser alvos de múltiplas opressões. (...) Apesar da regulamentação sanitária e do cerco policial, o misoprostol se consolidou nos centros urbanos brasileiros, alterando as práticas de aborto e mudando a tônica da morbimortalidade. Mesmo com a redução das complicações, as mulheres transformam-se em reféns entre o risco de falsificação do produto e o receio de denúncia se procurarem o auxílio médico, perpetuando histórias de medo e tortura silenciosas que parecem não ter fim (DINIZ e MADEIRO, 2012, pg 1803).

Glaice relatou que passou a fazer parte da rede de apoio que a auxiliou, ajudando outras mulheres com orientações em torno do uso do medicamento, assim como repassando contatos “mais confiáveis” para a compra do mesmo. A partir do compartilhamento de experiências e informações, de auxílio com doações e “vaquinhas” entre as mulheres para que outras possam acessar o misoprostol, essa rede de apoio teceu diferentes possibilidades às mulheres que em um primeiro momento encontram-se perdidas no montante de informações divergentes disponíveis na internet. Apesar de não serem profissionais de saúde, tentam prestar suporte a outras mulheres que atualmente vivenciam o que ela vivenciou há um ano.

O que eu faço assim num geral é que eu me atrelei ao grupo de meninas que me ajudou na época, sabe? E a gente num é nada muito organizada com nome de fato porque são meninas do Brasil inteiro assim com uma fonte de uma moça que envia o remédio entre a gente, mas o intuito nem é a distribuição, é mais meninas que chegam e chegam com o remédio comprado e sem instrução, elas vão fazer de qualquer forma. Então a gente tenta dar o máximo de segurança. Nós não somos assim, a gente fala que a gente...já tem um apoio médico de fora que a gente pode consultar, mas não é medicina, não é algo que a gente faça do tipo, é só um monte de experiência, porque não tem nenhuma cartilha na internet exata. As meninas quando compram digitam lá e ficam loucas, porque cada coisa fala de um jeito, então a melhor forma de você saber o que pode acontecer com você, as coisas que você provavelmente vai sentir...é tudo muito no provávelmente, porque é organismo, né. (...) Então a gente fala assim, a gente dá uns alarmes do que pode acontecer, se acontecer o que pode ser feito, baseado na experiência da gente, sabe? Não é nada muito...a gente de fato não tem ninguém assim...uma médica dando suporte...é mais a gente contando as experiências, acolhendo, conversando, acompanhando...

Quando questionei sobre sua visão em relação à temática do aborto, Glaice contou que sempre foi a favor da legalização do procedimento, mas que tem se aproximado mais da pauta devido à rede da qual faz parte, na qual lê diversos relatos

constantemente, que a fizeram querer continuar a ajudar as mulheres. Relembrou o quão diverso é o grupo, com mulheres de todo o Brasil e o número gigantesco de mulheres buscando orientação em torno do aborto medicamentoso, coisa que não imaginava antes de precisar desses contatos.

O apoio se estende a doações e acompanhamentos. Ela contou de episódios em que encontrou meninas para doar os materiais de preparação indicados na rede, das noites mal dormidas acompanhando mulheres pela internet que estavam realizando o procedimento sozinhas durante a madrugada.

Essas articulações acabam por potencializar as resistências e fissuras iniciadas pelas mulheres que abortam. As que buscam interromper a gravidez rompem com a concepção de que toda mulher deseja ser mãe, e reclamam o seu direito de decidir pela reprodução em meio às adversidades, elaborando novas formas de existir (Gonzaga, 2015). A essa resistência somam-se as redes de apoio que se articulam para oferecer suporte às que abortam, na tentativa de tornar o procedimento mais seguro. Apesar dos esforços de movimentos feministas e ativistas em relação ao tema, o Estado não só não apresenta respostas que dêem conta da complexidade do problema, como contribui para a reiteração das violências contra as mulheres (Aministía Internacional, 2016).

Glaice elaborou sobre a restrição do aborto comentando o receio que parece haver da possibilidade das mulheres escolherem sobre o futuro de suas gestações. Ela elabora que um desses motivos é a crença errônea de que elas iriam abortar sem refletir sobre isso, o que não acontece, de acordo com sua experiência.

Eu vejo que quanto a essa questão do aborto, eu enxergo que eles têm medo de colocar esse poder na nossa mão, né, mas eu acho que as mulheres lidam tão bem com isso...porque a gente não é burra, a gente é inteligente, sabe? (...) A gente sabe lidar com o nosso corpo, com a nossa saúde, com as nossas coisas...e eles tem um medo de colocar isso na nossa mão, de virar banal, de que mulher é louca, né (...) E não é assim que acontece, as meninas são inclusive muito espertas, muito inteligentes, e agem de uma forma muito correta, assim, sabe? Na grande maioria que eu vejo, não é algo desgovernado, louco de "ai, mulher não sabe o que tá fazendo, agora tá legal, é assim, ela engravida e aborta, engravida e aborta", não é assim, a gente sabe muito bem o que tá fazendo. Então...é um argumento que eu vejo de gente que não conhece mesmo, porque qualquer pessoa que tá nesse meio, que vê as meninas, do jeito que a

gente se une pra fazer, do jeito que a gente se organiza, do jeito que as coisas são lidadas, não é nada “pelos cocos”. (Glaice)

A fala de Glaice remete às tensões relacionadas à retomada das mulheres de suas próprias narrativas e destinos, retirados delas historicamente pelos discursos políticos e biomédicos, principalmente no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, por meio da medicalização de seus corpos (MEYER, 2012). Assim como demonstrado em pesquisas sobre o uso de medicamentos abortivos, as mulheres são capazes de se apropriarem dos conhecimentos necessários para a interrupção da gravidez minimamente segura com o misoprostol, desde que essa seja uma possibilidade em seu percurso, e desde que sejam amparadas pelos serviços de saúde, se necessário e desejado (SHANNON e WINIKOFF, 2008; ZAMBERLIN *et al.*, 2012; ZORDO, 2016).

O debate sobre aborto no Brasil assume diversas facetas, sendo uma delas permeada pelos valores religiosos cristãos em relação ao conceito. A discussão sobre “onde a vida se inicia” não possui uma resposta definitiva, podendo ser interpretada de diferentes maneiras a partir de inúmeras óticas, religiosas ou não (CARVALHO, 2015). Porém, as influências políticas e sociais de religiões de origem cristã ainda cerceiam fortemente a opinião pública, a mídia e as decisões no Congresso (MACHADO, 2012; MAYORGA, 2011).

Tatiana contou que quando mais jovem concordava com a ideia sobre o aborto ser uma “questão de vida”, mas começou a ler sobre o assunto e acredita que “a maioria das coisas, dos padrões que a gente tem na nossa mente do que é vida ou não, é mais religioso do que biológico”. Quando fez o procedimento, percebeu que “não era um bicho de sete cabeças”. Ela relatou que temia as consequências físicas do aborto, mas que não sofreu por “questões morais e éticas”. Disse se sentir muito incomodada, desejava que fosse “mais fácil para todo mundo, que gerasse menos sofrimento”, pois apesar dela ter conseguido, sabe que existem muitas mulheres que não podem acessar o misoprostol e acabam por realizar procedimentos mais invasivos.

(...) porque eu vejo muita gente sofrendo, por causa disso, ainda mais quem faz sozinha e nao quer fazer sozinha porque não teve escolha...e tirando que pra mim foi difícil comprar na época, foi, mas foi um difícil fácil, eu

demorei dois meses pra juntar dinheiro, mas consegui, mas eu vejo que tem muita gente que não tem condição nenhuma de fazer isso, nenhuma nenhuma, aí faz umas coisas loucas, de enfiar agulha e não sei o que, aí fica bem pior, sabe? Gera muito mais problema, aí vai e morre, principalmente que eu venho de origem assim de bairro muito pobre, então você vê direto gente que dá problema porque tem que fazer os trem clandestino, é muito pior. Pra quem não tem dinheiro, não tem como comprar, cada comprimido é 100 reais, ainda mais hoje em dia. É uma coisa que ainda me incomoda muito assim, de ver gente que não tem condições, às vezes dá até vontade de sair distribuindo, sabe? "Vou dar de presente pra essa pessoa" porque é indignante, sabe? Ainda mais de onde eu venho, que tem tanta menina nova que engravida, nossa, que não sabe nem o que fazer, aí dá um certo incômodo assim, mas é difícil, não tem o que se fazer também, mas eu tento ajudar o máximo que eu posso. (Tatiana)

Já Caroline me disse ser “contra” a realização de abortos devido à doutrina espírita e de acordo com sua fé, mas não concorda com “deixar que aconteça da maneira que acontece”. Ao falar sobre a legalização do procedimento, reflete que é necessário que haja apoio adequado de profissionais de saúde, para que as mulheres tenham “o direito de fazer isso com segurança”.

Olha, a gente discute hoje em dia assim, né, que eu me lembro depois, agora, já mais adulta de verdade, né...com mais experiência, de conversar a respeito do tema aborto, de maneira assim do contexto mesmo de vida das pessoas e tal. Hoje em dia, depois que eu, né...estudei mais profundamente a questão da doutrina espírita, eu não sou a favor de se fazer o aborto, né? Discuto isso, discuto com todo mundo, mas também não sou a favor de deixar que aconteça da maneira que acontece. Porque eu acho muito triste, eu lembro de algum artigo que eu li, não sei exatamente quem, que eu acho que cada um tem o direito de decidir o que quer fazer, né, mas eu acho, mais importante seria, vamos supor, vamos legalizar? então legaliza, mas que passe por um processo, né? Mas que ele pudesse ser rápido, né, que não dá pra você ficar também...tudo no Brasil é lento, demais, né (...) mas assim, precisa de um apoio psicológico, precisa de um apoio de um profissional de saúde adequado, né, num é fazer do jeito que a gente fazia, fez, ou que eu fiz...faz hoje em dia ainda...igual eu falei, a clínica existe até hoje. Desde 85. Quantos anos que tem isso? Né? E quantas mulheres já morreram ali ou por causa de ter passado ali? Ninguém sabe, ninguém viu. Quantas né, foram mutiladas, quantas...enfim...eu acho que a pessoa quer fazer, é triste, é triste. É errado? Não sei, problema é dela, ela que vai saber. Mas eu acho que ela deveria pelo menos ter o direito de fazer isso com segurança. Né? Com higiene, com segurança, com apoio. Isso eu acho que seria importante. Agora, eu sou contra. Hoje. Muito por causa do meu conhecimento hoje da doutrina espírita, que não tem muito a ver com religião, religião é outra coisa. Mas, pelo que eu conheço pela minha crença, pela minha fé. Agora, eu também acho que cada um é cada um. Hoje eu penso assim. E é isso que eu discuto quando alguém pergunta sobre aborto, quando a gente discute sobre aborto, entendeu? Pra mim, pro país, não interessa...se quem tá sentado ali é a favor ou contra, se ele é evangélico, se ele é católico, se ele é, o que for, não é a opinião dele que eu tô perguntando, né? Eu acho que a gente tem que pensar na saúde física e mental daquela mulher que tá fazendo de qualquer jeito. Tá? Então, bem por aí. Então quando eu discuto, eu discuto assim. (Caroline)

A fala de Caroline remete à possibilidade da coexistência de crenças religiosas e a defesa dos direitos das mulheres ao aborto, assim como a organização Católicas pelo Direito de Decidir, movimento social de mulheres católicas que defendem o aborto legal e seguro, discutindo o tema e elaborando materiais didáticos à comunidade. Essas iniciativas são demonstrações de deslocamento do lugar rígido que as religiões cristãs ocupam de condenação da prática do aborto, criando a possibilidade desse evento ser menos conflituoso àquelas que são praticantes, mas realizam o procedimento.

Aline discute que é necessário pensar no direito das mulheres, principalmente as mulheres negras, de decidir pela maternidade ou negá-la, de parir com qualidade, de terem seus filhos com os cuidados necessários, acesso a planejamento reprodutivo que pense as relações raciais, de classe e de gênero, porém realça que o direito à maternidade está interligado ao direito ao aborto, sendo “faces de um mesmo problema”.

(...) tem que pensar na prevenção mesmo, tem que fortalecer isso, mas também você tem que ter o cuidado de não...porque todo mundo sabe, por mais que vá ter prevenção, nenhum método é 100 por cento, vai ter sempre a possibilidade de uma gravidez que não tava planejada e a gente é humano e humanas, tipo, as coisas também, todo mundo sabe às vezes racionalmente tudo certinho o que tem que ser feito, mas tem vários fatores que às vezes bagunçam essas coisas todas, então enfim, a realidade da vida concreta também, então acho que esse cuidado de não moralizar e que as coisas não tem que ser. Eu acho que inclusive essas coisas, a gente ia conseguir não reduzir e ampliar muito mais mesmo o debate nesse sentido se a gente inclusive estudasse e visse essas coisas como facetas, né, ou faces de um mesmo problema mesmo, essa coisa, tem que humanizar mesmo, as mulheres tem que ter o direito a ter o parto delas e do jeito que elas quiserem também (...) Quero o meu direito a ser mãe, que eu acho que enquanto mulher negra, digamos assim, né, o grupo, que a gente sabe que até hoje isso se perpetua, no que é o genocídio hoje da juventude negra, que tira os filhos das mulheres negras, mas eu acho que isso é uma outra dimensão, uma outra faceta do problema que precisa ser enfrentado e que também tem que dar o direito, porque inclusive no final das contas, quem tá mais morrendo no Brasil por conta do aborto ilegal e inseguro são mulheres negras, né.

Às mulheres negras e não brancas é negado o direito à escolha pela maternidade ou pelo aborto. Esse último, tão condenado socialmente, é facilitado de acordo com as condições econômicas e acessos das pessoas que o buscam (Zordo, 2016). Sendo assim, nos países com leis restritivas ao aborto, são as populações marginalizadas, já privadas de outros direitos básicos, como alimentação, moradia, trabalho e transporte dignos, que também terão maiores dificuldades em realizar o

procedimento. As restrições ao aborto exacerbam as violências racistas, por atingirem de maneira perversa e diferenciada as mulheres negras (Aministía Internacional, 2016).

Gonzaga (2015) elabora que as legislações que negam o direito ao aborto nos países da América Latina e do Caribe compõem um projeto civilizatório de exploração da capacidade reprodutiva das mulheres. Dessa maneira, contribuem para a restrição de novas configurações de relação e representação da maternidade, em um processo complexo que perpassa a medicalização dos corpos que engravidam.

6.4 O aborto e os outros: atores envolvidos nos itinerários abortivos

Uma das vantagens exclusivas do aborto medicamentoso parece ser a possibilidade das mulheres serem acompanhadas durante todo o processo por alguém em quem confiam, seja uma amiga, parceiro ou parente. Nesse capítulo pretendo abordar as relações que mais apareceram no itinerário das entrevistadas para entendermos como os atores podem influenciar sua trajetória de maneiras diversas.

Das interlocutoras deste trabalho, apenas Tatiana realiza seu aborto sozinha, porém, ao longo da finalização do mesmo, recebe ajuda de sua mãe. Elisângela, Jandira e Caroline são acompanhadas por amigos. Aline, em seu primeiro aborto, é acompanhada por sua cunhada. Glaice e Aline em seu segundo aborto, são acompanhadas por seus parceiros. Elas também recebem suporte de diferentes pessoas ao longo de seus itinerários, no entanto não envolvem muitos atores, tentando manter o sigilo sobre a situação. Além disso, costumam recorrer somente a quem as apoiará sem julgamento.

Eu também não queria contar pra todo mundo porque é um processo difícil mesmo né. É difícil, ilegal e inseguro, né. (Elisângela)

A minha intenção era quando eu falei que eu não contei pra nenhum dos meus amigos e eu tava sem apoio psicológico nenhum, porque eu não

queria envolver ninguém nisso, porque quanto menos pessoas envolvidas nisso, melhor, mesmo porque isso é um crime, né. (Jandira)

A ilegalidade atua cerceando ações e falas em relação ao aborto. A moralidade sobre a temática também tem efeito semelhante, impedindo que elas busquem outros atores por medo do julgamento (SILVEIRA, 2014). Além disso, como falar sobre a prática é desgastante e envolve o risco de uma denúncia, além da estigmatização violenta, algumas interlocutoras preferem se poupar desse enfrentamento em momentos estratégicos.

Hoje eu não tenho nenhum problema de contar em alguns espaços, eu acho que até pra minha família eu falaria assim, dessa perspectiva, de dizer que já fiz por uma opção, de não querer, enfim, dependendo do contexto, não vou falar por falar, porque nada a gente fala por falar também e eu acho que em alguns momentos a gente tem que se preservar sim. E...(...) mas eu não sei, acho que eu não queria...talvez me expor tanto por essa experiência que eu falei, de contar em alguns espaços que teve... (...) retaliação, de um moralismo, que é esse moralismo dela que me xingou de assassina (se referindo a uma amiga), mas às vezes num contexto das pessoas falarem assim "Como assim, vacilou duas vezes aí pra poder fazer um aborto, hoje com tantas coisas". (...) enfim, porque tem um discurso moral nesse sentido do que é sempre essa coisa que recai. Então você fica um pouco nesse lugar de falar assim, não é pra todo mundo que eu quero falar mesmo, não é pra todo mundo que eu quero contar, mas depois eu pensei e fiz essa avaliação, (...) eu acho que é importante, também falar desse lugar. (Aline)

No entanto, é interessante nos atentarmos que mesmo em processos reprodutivos legais, como no parto ou outras funções relacionadas à maternidade, pressupõe-se que a mulher deve “dar conta” sozinha dessas questões, as quais seriam de sua “alçada” ou responsabilidade, sem buscar por auxílio.

No caso do uso do misoprostol, esse silêncio pode gerar complicações no procedimento se a mulher não acessar as informações necessárias para uma prática segura. Contar somente com os vendedores, por exemplo, pode guiá-las a situações que envolvem outras violências, de orientações errôneas e calotes (Diniz e Madeiro, 2012). O sigilo também abarca os profissionais de saúde aos quais as mulheres solicitam ajuda. Mesmo que o interesse do profissional seja resguardar sua paciente de sequelas, fornecer informações sobre o medicamento torna-se complicado em um ambiente hostil à posicionamentos pró-escolha.

Quando perguntei a Glaice se ela buscou ajuda de algum profissional de saúde, ela me respondeu sobre as barreiras envolvidas.

Cheguei a perguntar na verdade pra um amigo médico, mas ele foi bem profissional nesse quesito, falou que se quisesse encontrar comigo pessoalmente pra gente conversar pra ele conversar coisas sobre nem poderia ficar falando sobre, não poderia dar indicações, não poderia, sabe? E eu entendo completamente porque é complicado e tal, mas...não foi algo que eu pensei em procurar não, até por medo mesmo assim, não tinha...não pensei nisso não. Pensei em conseguir o remédio e conseguir fazer rápido. (Glaice)

Assim, a ilegalidade parece atingir a todos os envolvidos de maneira perversa. Às mulheres é negada a possibilidade de gerir seus corpos; aos casais, é negada a possibilidade de trabalhar o planejamento reprodutivo de maneira ampla, segura e de qualidade; os familiares e amigos da mulher acabam por também se expor a situações de risco; e aos profissionais de saúde, de maneira contraditória, é negado o direito de auxiliar as pacientes com informações confiáveis sobre o medicamento sem julgamentos ou consequências legais. Em uma trama complexa, todas as pessoas envolvidas em um procedimento comum na vida reprodutiva das pessoas que engravidam e seus parceiros, são penalizadas.

6.4.1 Familiares e amigos: entre auxílio e acusação

Apenas Tatiana e Aline têm auxílio de familiares em seus itinerários abortivos. As demais mulheres não compartilham suas histórias com nenhum membro de sua família e devido aos estigmas relacionados a essa questão, elas parecem preferir que o segredo se mantenha. Alguns sentimentos principais parecem estar relacionados: o medo de serem obrigadas a seguir com a gestação após seu segredo ser revelado àqueles que não as apoiam em sua escolha, o medo do julgamento ou do desgaste gerado pela discussão e a necessidade de justificar suas atitudes.

Glaice, por exemplo, contou de seus receios relacionados aos pais, aos quais deseja revelar sobre o procedimento um dia, quando for mais independente. Ela disse que possui uma boa relação com eles, mas a família é do interior do estado, religiosa e conservadora, de maneira que quando se descobriu grávida pensou em como eles,

e principalmente a mãe, não aceitariam uma gravidez fora de um casamento, muito menos um aborto, de maneira que ela seria obrigada a seguir com a maternidade.

Eu sei que o meu namorado contou assim pra irmã dele, então ele compartilhou mais do que eu. E...por ele, ele queria ter contado pros pais dele pra pedir certo apoio mais, mas eu também achei uma má ideia. Até porque são também conservadores e eu não sei como eu me sentiria depois assim, de talvez realmente na hora eles apoiassem, eles falassem alguma coisa ou não, não sei também, achei melhor...não achei uma boa ideia, acabei convencendo ele do contrário. Mas não contei não. Mas minha relação com meus pais num geral é boa. O medo maior desse foi esse de...dessa história que eu ouvi a vida inteira, da menina que engravidou, então eu já imaginava, eu já praticamente sabia o que a minha mãe pensaria de mim quando eu contasse pra ela. E fora o fato de contar pra ela e ser a menina que engravidou no centro da família estudando sem ter casado etc, ela não aceitaria o fato de não querer ter, então ela acharia péssimo de tá grávida e tal, quando eu falasse que eu não ia ter, pior, né...então, na minha cabeça também não existia a chance deles saberem, do pessoal da minha família saber, então eu tinha certeza que eu tinha que conseguir fazer isso de algum jeito. Então a minha preocupação foi essa o tempo todo, "tem que dar certo, porque se num der, como é que eu vou fazer, né?" (Glaice)

Tatiana recebeu apoio de sua mãe em um momento chave de seu procedimento, quando expõe o conceito. Relatou que têm uma relação boa atualmente, mas que na época foi um pouco conturbado devido à descoberta do aborto e auxílio prestado em um momento de desespero. Sendo sua mãe uma mulher muito religiosa, não aceitava uma gravidez fora de um relacionamento, porém acabou por ajudar a filha de qualquer maneira. Contou que a mãe a considerava "mundana" e falava que ela nunca conseguiria se relacionar com alguém depois do acontecido. Souza e Diniz (2011) também observaram o apoio da mãe às mulheres que abortam, mesmo que elas fossem de religiões que condenam a prática.

Houveram dois episódios em que a mãe utilizou o assunto para acusá-la e além disso, contou sobre o procedimento para algumas pessoas de sua família, o que deixou Tatiana chateada, mas ela resolveu não confrontá-la sobre isso. O segredo sobre o abortamento persegue as mulheres, segredo que ao ser revelado, pode deixá-las vulneráveis às pessoas, devido à ilegalidade (SOUZA e DINIZ, 2011).

Aline, em seu primeiro aborto, conta com o apoio de sua cunhada e no segundo, com sua afilhada, pessoas que são fundamentais para que ela consiga o medicamento e saiba como utilizá-lo. Sua cunhada, em especial, figura como um

personagem que a orienta e acompanha nos anos 90, repassando informações sobre o misoprostol e auxiliando ao longo do procedimento.

Ainda no que se referem às relações familiares, de acordo com Souza e Diniz (2011), muitas vezes estas podem ser fonte de apoio e resiliência para as mulheres que provocam o aborto, principalmente quando as relações sexual-afetivas não suprem esse suporte (HEILBORN *et al.*, 2012).

Amigas(os) participam de todos os itinerários abortivos dessa pesquisa. São eles pessoas importantes no processo, participando da busca por informações, compra, recebimento, uso do medicamento e/ou no pós-aborto. A presença de pessoas de confiança aparece enquanto um suporte físico e emocional ao longo do itinerário e configuram um apoio para a segurança da mulher, podendo levá-la a um serviço de saúde, se preciso, ou confortando-a nos conflitos diversos que possam surgir ao longo do procedimento.

6.4.2 Os parceiros: conflito, abandono e apoio

Quando conversamos sobre o método de contracepção utilizada pelo casal e sobre o descobrimento da gravidez indesejada, a não responsabilização dos homens por essa questão, assim como sobre a gestação, é evidenciada.

Essa concepção está relacionada à estrutura patriarcal, com valores arraigados e reificados pela mídia, pelo Estado e pelos serviços de saúde, ao realizarem propagandas e programas de planejamento reprodutivo que focam em abordagens apenas às mulheres (MOREIRA & ARAÚJO, 2004). A permanência de discursos violentos que diferenciam a “jovem de família que se cuida” e a “jovem promíscua” e a falta de responsabilização dos homens desde a infância sobre o campo reprodutivo e sexual são exemplos que contribuem para a perpetuação dessas atitudes.

A maioria das entrevistadas vivencia tensionamentos ao revelar o resultado positivo do teste de gravidez, como questionamentos dos parceiros sobre a paternidade,

conflitos sobre a realização do aborto, desinteresse e abandono. Souza e Diniz (2011) discutem que o abandono denuncia a realidade do cotidiano das mulheres. Como a gestação não ocorre em seus corpos e a maternidade é dada como responsabilidade exclusiva delas, a elas é permitida a escolha de não lidar com esse problema, ou de participar do itinerário abortivo das mulheres da maneira que desejarem, tensionando ainda mais um processo já complicado pela ilegalidade.

O abandono configura-se como um total desinteresse pela gestação e por como a mulher irá lidar com a situação. Elisângela (em seu primeiro aborto) e Caroline vivenciam a ausência do parceiro no processo.

O primeiro foi uma merda. O primeiro foi por causa disso, né, de não aceitar. É um cara que é militante e aí a resposta dele foi tipo assim...foda-se você. No dia que eu fui fazer eu avisei pra ele e ele viajou pra alguma atividade política que ele poderia muito bem ter ido no dia seguinte, alguma coisa assim. (Elisângela)

No caso de Caroline, ela atribuiu à ausência dele e a falta de compartilhamento dela sobre suas decisões como imaturidade de ambos ao vivenciarem esse processo. Refletiu que poderia ter contado sobre o método de escolha e pedido a opinião dele, ter conversado melhor sobre o assunto. No entanto, a total despreocupação que ele demonstrou após ela contar sobre a gravidez, indica mais do que um “não saber lidar com a situação”. Indica, sobretudo, a possibilidade que ele enquanto homem possui de se permitir um tempo para pensar, de ignorar esse problema em sua vida, se necessário, exatamente pela gestação não acontecer em seu corpo. A diferença de atitudes entre os dois exemplifica que, mesmo em uma situação complicada, Caroline precisou e conseguiu agir para resolvê-la, de maneira que a falta de reação do parceiro não se justifica apenas pela imaturidade, já que ambos tinham idades semelhantes e eram responsáveis pela gestação indesejada. De acordo com Gonzaga (2015), esse tipo de atitude está relacionada ao privilégio dos homens nesse momento.

Liguei pra ele e combinei de ir lá na faculdade de farmácia, nós encontramos lá e falei com ele né "ó, tô grávida!". Aí ele ficou meio desconcertado e tal, pororô, primeira pergunta que ele me fez assim, que "a gente não precisa casar não, né?" eu falei "não, a gente não precisa casar, cê não precisa largar o curso, eu também vou formar, vou fazer tudo que eu pretendia, porque eu pretendo tirar". E não perguntei a opinião dele em

momento nenhum, sabe? Eu acho que em momento nenhum mesmo eu perguntei a opinião dele. Num tava me interessando, sabe assim? Na verdade...e aí ele também não deu, num...né assim, é aquela questão que eu falo...é falta de maturidade, né. (...) Não lembro (se ele se preocupou), mas acho que não. Foi uma conversa...gente, foi o trem mais assim, muito imaturo. A gente na porta da faculdade. (...) Nós conversamos ali! Entendeu? "Tá, beleza?" "Beleza" "Então tchau", uns dois dias depois eu já fiz, sabe? E eu não lembro de ter avisado pra ele que eu tinha feito ou deixado de fazer, de ter falado alguma coisa (...) (Caroline)

Apesar disso, vivências de suporte também são relatadas. Elisângela (em seu segundo aborto) vivenciou uma situação de apoio financeiro e suporte emocional.

O segundo foi o oposto assim...ele mora em São Paulo, né. E aí ele...quando eu falei com ele, ele queria vir pra Belo Horizonte, tipo assim, no dia seguinte, pra acompanhar todo o processo, pra ver como é que era, como é que eu ia conseguir, ele tava disposto a ficar um mês aqui em Belo Horizonte pra acompanhar processo. (...) Aí ele passou uma semana comigo, né, acompanhou tudo e tal, pagou o ultrassom. (...) Pagou metade do médico. Ele...foi uma outra disposição pras coisas. (...) E aí foi, mas até hoje eu tenho, não tenho uma raiva dele como...ainda sobra um pouco do primeiro cara, entendeu? Ele não, eu tenho assim...nossa...apesar de achar que ele não fez mais do que a obrigação, mas você vê que isso acontece depois de um certo trauma do primeiro e faz diferença também, entendeu? (Elisângela)

O parceiro de Glaice, por exemplo, a acompanhou em todo o processo. Porém, ela refletiu sobre essa participação e o quanto o peso de tudo relacionado à gravidez recaí sobre ela de maneira mais grave.

Ele acompanhou desse jeito, sabe? Em contato o dia inteiro, mas ele não deixou de trabalhar. Ok, eu não ia cobrar dele também de deixar de trabalhar...ele não ia a aula também quase sempre, ficava aqui a noite, mas na minha cabeça já é a diferença muito clara, porque quem ficava aqui passando mal o dia inteiro de não poder ir na padaria comprar alguma coisa era eu, sabe? Por mais ansioso que ele tivesse, ele ainda conseguia ver gente, conversar, ir pro trabalho, sabe? Fazer as coisas dele. (...) essa história de que é no meu corpo é um fato, porque era eu mesma que tava ali passando mal, então não adianta querer fingir, querer ir pra aula se eu vomitava de minuto a minuto se eu passava mal o dia inteiro, se eu ficava tonta, se eu ficava fraca (...) (Glaice)

No início, seu companheiro a tentou convencer de não abortar, o que ela também associou às desigualdades de gênero: ele não precisaria abandonar ou modificar sua vida de maneira drástica como ela. Para convencê-lo, precisou ser firme em seu posicionamento e justificar sua escolha. Apesar de entender os conflitos dele, Glaice também atribui essa questão à reprodução dos papéis de gênero, pois ele enquanto homem possuía o privilégio de pensar em seguir com a gravidez, já que partia de um ponto de vista completamente diferente.

Ele não quis no início, não queria fazer, não queria, só que ele sabia de alguma forma que eu ia fazer sozinha, aí eu falei "Olha, você tem a opção: de ou você me apoia e fica comigo ou então você se afasta, porque o que eu vou fazer, eu já sei". Então ele tentou convencer, conversar, foi assim...mas essa bagunça acho que foi mais no primeiro dia assim (...) eu falei que não queria ter, aí foi aquela bagunça geral assim, foi o único momento de fato que ele não foi a pessoa que eu imaginei que fosse ser, mas também que eu entendo que cada um tem seu tempo de entender, de processar as coisas na cabeça, então ele chegou a falar assim "Não faz isso, vou ligar pro seu pai", sabe? Eu falei "Cê tá louco? De envolver família?". Mas assim, foi no primeiro dia, sabe? No segundo pra lá ele já conseguiu entender que era uma vontade minha, ele conseguiu até entender que era o certo a se fazer, assim entre aspas, porque eu não trabalhava, tinha pouco tempo que eu não trabalhava. Ele trabalha, mas o que eu fiz ele entender é que não mudaria nada na vida dele. Aí ele disse assim "Não, mas eu te ajudo". Aí eu falei "Você me ajuda como? Mas vamos supor, eu vou ficar grávida, você vai continuar trabalhando, vai continuar indo trabalhar, voltar, estudar, eu possivelmente já não trabalho, já não vou poder nem estudar mais, então que tipo de ajuda que é essa, sabe?". Dele criar junto como? Aí ele entendeu esse lado depois de eu ter explicado, mas assim...e depois disso ficou junto comigo, sabe? (...) então eu tive que colocar assim, colocar meu...deixar bem claro meu posicionamento (...) eu fiquei mais na verdade indignada de ter que tá convencendo ele disso. Eu falei: "nossa, mas eu tô tendo que te convencer disso, eu achei que seria natural, sabe?". Mas eu também entendi depois que cada um com seus processos, sabe? Então assim, um dia dele, quando ele soube da informação, tá ok dele também, dele tentar, não sei na cabeça dele o que passou, mas eu fiquei muito indignada no dia, eu falei, "Não é possível que eu tô tendo que te explicar isso, não é possível (...) tanto quando eu ouvi ele, vi que ele também tinha esse pensamento como homem que ele é, eu fiquei "ah, não tô acreditando", eu fiquei bem indignada, "não vou me balançar não", sabe?

Jandira recebe apoio financeiro e acompanhamento online do parceiro ao longo do processo, mas relata que foi extremamente pressionada por ele, sem apoio emocional. Ela relembrou que o parceiro a perguntava "e aí?" o tempo inteiro, "como se ela fosse um robô sem sentimentos" e que ele foi incapaz de oferecer um apoio maior ao longo de seu itinerário abortivo, mas dizia ser "um cara gente boa" por tê-la ajudado financeiramente.

Tatiana e Aline (em seu primeiro aborto) não contaram aos parceiros sobre a gravidez, com receio de serem obrigadas a ter o filho devido à alguma ameaça. Não desejando ter que dividir a decisão com eles, elas seguiram seus processos com apoio de outros atores: familiares e amigos.

Eu não queria contar pra pessoa, que era até um ex-namorado meu, ele sempre trabalhou com criança, então ele é apaixonado com criança, então por mais que eu não conversava com ele há muitos anos, eu sabia dessa

vontade dele desde quando a gente namorou na adolescência, então eu tinha muito medo de contar ele me forçar a continuar. (Tatiana)

Eu não tinha planejado ter um filho ali naquele momento, né, nem tinha planejado ter filhos, né (risos) nunca planejei (...) Ele poderia de alguma maneira querer barrar e conseguiria, né, se quisesse mesmo assim, porque é isso, te faz uma ameaça, fala assim "se você fizer eu vou te denunciar", tipo assim. E você saber o custo que é, você, como uma mulher pobre e tal ter que arcar com aquilo, então é muito tenso mesmo. (Aline)

Aline questiona fortemente a necessidade de falar com o parceiro e relata que na época a cunhada a tentou convencer de contar sobre a gravidez, mas pergunta "Será que eu tinha que contar?".

Mas eu fiz a opção de "não vou contar, não preciso contar, não quero contar", então ele nem sabe, até hoje não sabe (...) eu acho que eu já tava muito fragilizada (...) foi uma certa intuição de pensar assim "Eu já tô na dúvida comigo mesma, e se eu tiver um outro que talvez vai pensar assim Não, vou assumir! ou Vai ter, o filho é meu! Eu não quero...". Porque às vezes os homens assumem essa posição mesmo, né, não sei. Sei lá, eu falei "não, eu não quero ter que lidar com isso", era uma questão minha, eu já tava querendo ir embora da cidade, tinha esse fator também, eu já não estava aguentando mais morar numa cidade do interior, com a coisa da fofoca toda e da dimensão, então teve todos esses elementos assim. (...) E ela me pressionou bastante até pra contar, mas eu fiz essa opção de não contar. (Aline)

Os parceiros das entrevistadas, em relacionamentos estáveis ou não, aparecem nas narrativas de três maneiras principais: sabem sobre a gravidez e não participam do itinerário abortivo; sabem sobre a gravidez e integram o processo, auxiliando-as financeiramente ("suporte" pode se configurar tanto em apoio emocional quanto em pressão para a finalização do procedimento); não sabem da gravidez e não participam do itinerário abortivo.

Pesquisas sobre o aborto medicamentoso apontam os parceiros como integrantes desse processo principalmente na compra do medicamento (Arihla, 2012; Diniz *et al.*, 2009; Diniz e Madeiro, 2012; Fernandez *et al.*, 2009). Porém, neste trabalho, apenas o parceiro de Glaice participou da primeira aquisição do misoprostol. Nas demais compras, são as próprias mulheres, amigas ou familiares que as ajudam a adquirir o produto.

Seja no aborto ou na maternidade, assim como em toda a vida sexual e reprodutiva

do casal, as mulheres são responsabilizadas e arcam com as consequências isoladamente ou, ainda que tenham suporte, a responsabilização é diferenciada pelas violências que apenas elas vivenciam. Experiências de suporte e acompanhamento positivo do parceiro existem e são importantes na desconstrução da culpabilização das mulheres e retomada do lugar que o casal ocupa em conjunto nessa questão. Porém, essas vivências apenas serão potencializadas e multiplicadas a partir da responsabilização real de ambos enquanto protagonistas no campo do planejamento reprodutivo (HEILBORN *et al.*, 2009; MOREIRA & ARAÚJO, 2004).

6.4.3 Profissionais de saúde: promoção de cuidado ou ameaça?

Então o meu maior medo, na verdade o único, era de precisar ir pro hospital. Eu ficava assim: "Ah, se eu tiver que ir pro hospital, eu vou morrer aqui, porque eu não vou". Era o único medo assim que eu tinha, nem morrer assim eu não tinha, que se morrer é o menos pior que a humilhação e a dor de você ter que ficar no hospital esperando alguém te atender e tudo mais. (Tatiana)

Ao mesmo tempo que os profissionais de saúde aparecem na história das mulheres como possíveis aliados, eles também geram diversas inseguranças e medos, que podem as afastar dos serviços de saúde no momento que mais necessitam de suporte.

Zordo (2012), em estudo sobre as representações e experiências sobre aborto legal e ilegal de ginecologistas-obstetras em dois hospitais maternidade de Salvador, revela opiniões conservadoras relacionadas ao julgamento moral e/ou religioso, além de atitudes violentas dos profissionais de saúde em relação às mulheres. Entre elas, julgamentos morais sobre a veracidade das falas das mulheres que sofreram violência sexual e desejam abortar; estigmatização das mulheres pobres e jovens enquanto irresponsáveis, considerando as gravidezes indesejadas fruto do uso inadequado dos métodos contraceptivos, questão de sua responsabilidade; atitudes punitivas em relação às mulheres que induziram aborto, como longas esperas por atendimento. Aponta-se falta de conhecimento sobre dados epidemiológicos

nacionais e internacionais, assim como sobre a legislação e norma técnica relacionadas ao tema. Em sua maioria, os ginecologistas acreditam que o assunto precisa ser debatido entre os profissionais de saúde.

Portanto, a literatura aponta despreparo das equipes de saúde para o acolhimento de saúde integral das mulheres em situação de abortamento ou em situação de violência (MADEIRO e DINIZ, 2016; VIEIRA, 2011). Estudos diversos indicam maus tratos, maior espera e atendimento diferenciado, além das denúncias por parte dos profissionais de saúde, no caso dos abortos considerados ilegais (AQUINO *et al.*, 2012; CARNEIRO, 2012; MADEIRO e RUFINO, 2017; MCCALLUM, MENEZES e REIS, 2016; NUNES, MADEIRO e DINIZ, 2013).

De acordo com estudo sobre a qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro, realizado a partir da perspectiva das usuárias, a atenção a essas mulheres ainda está distante do preconizado pelas normas nacionais e acordos internacionais assumidos pelo governo brasileiro. Além dos maus tratos, não há continuidade no atendimento, como por exemplo a orientação sobre cuidados pós-alta, agendamento de consulta de retorno, orientação sobre contracepção de acordo com a realidade dos usuários, entre outras ações de educação em saúde que poderiam auxiliar as mulheres/casais na prevenção de complicações e na reincidência do aborto (AQUINO *et al.*, 2012).

Um inquérito realizado com 2.365 mulheres de áreas urbanas e rurais de todo o Brasil em 2010 revelou que 53% das que provocaram aborto informaram ter sofrido algum tipo de violência durante a internação hospitalar (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

As mulheres omitem ou negam o aborto por medo das discriminações e denúncias (NUNES *et al.*, 2013), assim como adiam ou deixam de procurar os serviços de saúde por esse mesmo receio, questão que pode agravar sequelas ou levar a mortes maternas facilmente evitáveis (BRASIL, 2009). Tatiana, por exemplo, realizou seu aborto sozinha, em casa, e diz que não procuraria ajuda caso algo desse errado.

Mas meu maior medo nem era morrer, eu tinha muito medo de ter que parar em hospital, sabe? Tipo assim, pra fazer algum tipo de limpeza e o tratamento que eu receberia, porque todo mundo falava muito mal da forma que os médicos te tratam assim, até por preconceito e por questões legais, né. Aí eu tinha lido muito de gente que precisou ir pra fazer limpeza que não deu certo totalmente aí chegou no hospital e aí o médico deixou de lado a pessoa lá..."Ah, o problema é dela, né, quem mandou fazer". (Tatiana)

Entre elas, já é sabido: os profissionais de saúde podem ser aqueles a julgá-las, violentá-las, denunciá-las (MADEIRO e RUFINO, 2017; ZORDO, 2012). Desse modo, evitam procurá-los e caso precisem de ajuda, escondem a verdade, contam uma história que faça sentido, fingem que desconheciam estar grávidas ou que estavam preocupadas com a gravidez, dizem que estão em busca de um exame de rotina. Essa elaboração de narrativas acontece para que elas possam se proteger daqueles que as deveriam acolher. Em estudo sobre processos relacionados ao comércio ou uso ilegal do misoprostol, das sete mulheres indiciadas, três foram denunciadas pela equipe de saúde após o atendimento hospitalar (DINIZ e MADEIRO, 2012). Essa quebra de sigilo fere os códigos de ética da área da saúde, assim como as diretrizes da norma técnica de abortamento. Para além disso, corrompem um dos alicerces da relação terapêutica entre paciente e profissional de saúde, abalando a confiança das mulheres nos serviços de saúde como um todo (MADEIRO e RUFINO, 2017).

Elisângela e Jandira refletiram sobre o medo que as mulheres têm de buscar os serviços de saúde e contam sobre a experiência de amigas, uma em situação de abortamento e outra apresentando sangramento decorrente de ovário policístico. A simples aparência de que um aborto induzido pode ter sido realizado, desencadeia reações que violam os direitos dessas mulheres enquanto usuárias e cidadãos de um Estado supostamente laico. De acordo com McCallum, Menezes e Reis (2016), isso pode ocorrer também nos casos de abortos espontâneos, em que as mulheres precisam convencer a equipe de que o que vivenciaram não foi um aborto induzido.

Muitas mulheres tem medo de ir no hospital e ser denunciada ou ir no hospital e sofrer...uma amiga minha fez, foi pro hospital com hemorragia e ficou uma enfermeira pregando a palavra de Deus na cabeça dela...entendeu? Tipo assim, imagina você lá morrendo, achando que vai morrer e tem uma pessoa lá pregando...não dá, é horrível. (Elisângela)

Essa amiga tem ovário policístico então ela sempre tem que ir pro hospital pra fazer curetagem e toda vez eles dão uma maltratadinha nela e só

depois de verem o exame de sangue dela que sabiam que ela não tava abortando que paravam de tratar ela mal. Meio que deixavam ela lá sofrendo, falavam umas coisas meio absurda com ela. Então isso que me deixa assim, de ter que pensar em todo esse mundo obscuro que existe por trás disso quando as mulheres optam por fazer e ainda ter que lidar com essa situação de ser maltratada no hospital. (Jandira)

Os profissionais podem infligir sofrimento às pacientes, mesmo quando se tratam de abortos previstos por lei ao omitir informações, realizar abordagens de convencimento para que não abortem e negar a realização do procedimento por meio de objeção de consciência (MADEIRO e RUFINO, 2017).

Zordo (2012) revela em suas entrevistas que os profissionais lidavam melhor com o aborto nos casos previstos por lei, porém muitos se recusavam a realizar o procedimento. Justificavam sua atitude pela suposta incerteza da veracidade do relato da mulher nos casos de estupro ou por sua opinião conservadora e crenças religiosas. Muitos tinham medo de precisar responder judicialmente caso realizassem um aborto que não havia sido fruto de um estupro.

A objeção em realizar o procedimento previsto por lei pode gerar uma espera por aprovação do caso pelo Comitê de Ética do hospital ou ainda, uma espera por algum profissional que se disponha a cumprir com o atendimento à mulher. Essa espera pode ser tão longa que, no caso de gravidezes avançadas, pode-se exceder o tempo limite para o aborto ser realizado, além de infligir um sofrimento incalculável para a mulher que aguarda o procedimento, o que configura também um tipo de violência institucional (ZORDO, 2012).

Os médicos podem realizar a objeção de consciência na prática do aborto, de acordo com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento Inseguro. Porém, os serviços públicos credenciados para atendimento das vítimas de violência sexual devem garantir o atendimento por outro profissional prontamente. No entanto, na prática, o direito à objeção de consciência não é revogado na falta de outro médico para atendê-la, mesmo se houver risco de morte ou se a omissão do atendimento puder causar danos, como impossibilitar a interrupção da gestação (MADEIRO e DINIZ, 2016).

Estudo recente sobre maus tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado descreveu desrespeito e abuso durante a internação na narrativa de uma em cada três mulheres das 78 entrevistadas. Elas sofreram ao menos algum tipo de violência institucional durante a hospitalização: julgamento moral, tratamento não digno com agressão verbal e ameaças de denúncia, pressão para confessarem o aborto, negligência no atendimento com não manejo da dor e longas esperas. Ausência de consentimento para os procedimentos e violação de privacidade também foram revelados pelas usuárias (MADEIRO e RUFINO, 2017).

Violência institucional é aquela que acontece ou é praticada pelos serviços públicos, seja por ação ou omissão dos profissionais ou por características estruturais do próprio sistema. No caso da assistência ao aborto, as violências relatadas também se configuram como violência obstétrica e os maus tratos descritos para o aborto se assemelham aos sofridos por parturientes, principalmente as mais jovens (Diniz *et al.*, 2015; Pereira *et al.*, 2016). De acordo com Pereira *et al.* (2016), “isso resulta em uma relação hierárquica na qual as pacientes são vistas e tratadas como objetos de intervenção profissional, deixando de lado sua autonomia de decidir os procedimentos aos quais querem ser submetidas.”

Essa relação hierárquica e a maneira como as mulheres são tratadas estão intrinsecamente relacionadas a questões estruturais da sociedade patriarcal, às discriminações de gênero, raça e classe e também ao modelo biomédico e curativista da assistência à saúde, que ainda prevalecem. Às mulheres é negada autonomia sobre seu corpo seja no aborto ou na maternidade. Portanto, não permite-se um cuidado centrado na paciente, com construção mútua de intervenções e baseado em respeito e diálogo constante. Por sua vez, a retirada de autonomia das pacientes configura a medicalização desses corpos: apenas aqueles que possuem o saber-poder – as pessoas de jaleco branco - podem ditar as regras sobre sua saúde/doença, quais os procedimentos serão realizados, como será o manejo da dor, o que aquela pessoa “merece” ou não a partir de seus julgamentos morais, pessoais e religiosos (COSTA *et al.*, 2006).

Somam-se a isso os desafios históricos no SUS, como a falta de estrutura física, falta de recursos financeiros, as dificuldades na capacitação profissional diferenciada, além de direitos e regimes trabalhistas inadequados à área de saúde. Ao longo dos anos, observa-se o avanço da precarização do SUS, com a terceirização dos serviços, afunilamento dos direitos trabalhistas, cortes de gastos com a saúde pública, entre outras questões, que refletem diretamente no atendimento à população (MADEIRO e RUFINO, 2017).

Na educação dos profissionais de saúde, por exemplo, há uma lacuna de discussões ou disciplinas que incluam o debate profundo sobre direitos humanos, assim como gênero e sexualidade, o que acaba por tornar difícil a desconstrução de conceitos e moralidades reforçados socialmente sobre maternidade, contracepção e aborto. Estudo sobre o conhecimento da legislação sobre aborto na formação médica aponta que mais de 70% dos estudantes consideram o conteúdo sobre o tema insuficiente ao longo da graduação (ALMEIDA *et al.*, 2012).

As mulheres deste estudo somente buscaram atendimento algum tempo após o aborto, configurando uma situação em que já o finalizaram. Sem resquícios do medicamento – no caso das que usaram o misoprostol vaginal -, os profissionais, mesmo que desconfiem, não conseguem afirmar sobre a indução de aborto. O motivo da procura é confirmar o sucesso do abortamento e conferir se não há nenhuma complicação para a sua saúde. Independente da situação mais “tranquila” em que procuram atendimento, o medo é um sentimento referido por todas no contato com o sistema de saúde, público ou privado.

O meu único sentimento era o medo da primeira ginecologista descobrir e eu não saber o que fazer. (...) Porque beleza, ela podia só passar um sermão de que deus existe e que o aborto é ilegal ou ela poderia me denunciar. Apesar de não poder, né, mas assim, mas a gente nunca sabe né, o que que o povo vai fazer de verdade. Esse era o meu maior medo, por isso que eu me preparei muito pra ir, no primeiro ginecologista. O segundo, eu já tinha o script todo na cabeça, então eu fui muito tranquila. (...) Mas o sentimento foi de medo mesmo. Não só o medo deles descobrirem o negócio, mas o medo de ter dado merda. O medo de ter continuado grávida, por exemplo, ou de ter sobrado alguma coisa que tivesse que fazer raspagem, isso aí é um medo mesmo assim. Imaginar uma raspagem era um negócio que me dava um certo pavor. (...) Foi um alívio de não terem descoberto, depois o alívio do ultrassom ter dado de boa. E o ginecologista do posto de saúde que eu geralmente vou lá perto de casa, nunca perguntou nada, (...) ou se desconfiou nunca perguntou. Nunca falou nada

comigo não, nunca falou assim "olha, você teve uma gravidez?". Nunca falou nada comigo não. (Elisângela)

E aí eu fui, lógico que eu fiquei um pouco com medo porque muita gente falava sobre a parte de questionamento, de tratar mal, essas coisas, aí eu tinha muito medo de ir ao médico. Aí alguns dias eu ficava com cisma, "nossa, será que vai ter alguma coisa, alguma complicação?". Comecei a ficar meio na neura, só que eu esperei alguns dias e depois eu fiz um exame normal. Falei assim, "ah, vou fazer um exame de rotina", não falei o que era nem nada. Aí a ginecologista fez aqueles exames normais e aí não tinha nada. (...) e eu fiz pouco depois ultrassom abdominal, aí ele olhou, não tinha nada de diferente assim, eu também não contei, falei que eu tava com um pouco de dor e eu não tava, só falei pra ele olhar um pouco melhor. (...) Aí eu fui fazer um intravaginal muito tempo depois. E já fiz vários outros depois e nunca apareceu nada assim. Que de vez em quando ainda fico com medo, sabe? Será que ficou alguma coisinha? Mas nunca deu nada não. (Tatiana)

Aline, em seu segundo aborto, recebeu a orientação de sua enteada, profissional de saúde, para procurar um hospital logo após o uso do misoprostol para conferir se era necessária uma curetagem. Porém, mesmo em uma situação mais privilegiada, ela decidiu não buscar o serviço de saúde, por querer evitar as possíveis violências que poderia vir a sofrer. Ela lembrou que um dos gatilhos para evitar o atendimento hospitalar e ser maltratada, estigmatizada ou denunciada, foi uma fala da própria enteada, que não nega ajuda, porém julga a escolha do casal. Além disso, sabia que mulheres negras sofriam mais violências no sistema de saúde e por isso, temia o racismo institucional (CARVALHO, 2015; DINIZ, 2015; PORTO e SOUSA, 2017).

(...) a sugestão dela foi que assim que o sangramento começasse, que eu fosse pro hospital, então ela falou: "Vai, porque tem risco de hemorragia, tem risco de as vezes mesmo não tendo hemorragia ficar alguma coisa aí dentro e tal, então vai pro hospital pra fazer a curetagem". Eu acho que é essa a dimensão assim, não sei, eu não quis ir, né, porque eu acho que no fundo a gente não quer. Eu sei que provavelmente eu iria acompanhada do meu companheiro que era um homem branco, médico, possivelmente eu não seria, talvez, maltratada. Taria nesse enquadre, sei lá, né, essa "proteção" aí, enfim, mas também não sei, né. Então fiz a aposta de apostar um pouco no risco assim: "Vamos esperar um pouco e ver como é que vai encaminhar a coisa, né". E caminhou bem. E eu não gosto de fazer muito essas coisas invasivas, eu acho que também é o certo. Mas é isso, mas foi um pouco imprudente, talvez, eu não sei se foi imprudente, (...) eu fiquei tensa, não foi uma decisão tão fácil, porque a opinião dela foi isso: "Começou a sangrar, vai pro hospital, não espera pra ver se vai acontecer ou não, vai!" (...) Eu lembro por exemplo que quando ele comentou com a filha dele, ela própria fez um comentário - claro que ela passou e tudo - era o pai dela que tava pedindo, mas ela fez um comentário, tipo, como se ela tivesse reprovando aquilo: "Olha, eu vou arrumar o remédio e tal, mas não me envolva, eu não quero saber disso, eu vou só passar as orientações e alguma coisa assim...porque que não pensou antes?" Esse discurso moral, então teve uma coisa dessa assim: "Já que não queriam, porque que não pensaram em se proteger antes", sem nem saber da nossa história ou se a

gente se protegeu ou não. (...) acho que a coisa do crime ela demarca também muito forte. Então eu acho que eu já tinha ouvido ou visto comentários algumas vezes de pessoas que passam por constrangimentos, principalmente quando elas são mulheres negras e de uma determinada classe social e que por mais que talvez ele fosse me acompanhar e tal, mas que ia ser eu ali recebendo o tratamento e às vezes as pessoas nessa relação trazem também os seus preconceitos, a sua forma de lidar pra ação que deveria ser neutra (...) então eu preferi não ir. (Aline, em seu segundo aborto).

Estudos qualitativos sobre o uso do misoprostol apontam que as mulheres muitas vezes buscam os serviços de saúde devido aos efeitos do misoprostol, como fortes cólicas e sangramento intenso – mesmo antes de ocorrer alguma complicação. Isso pode acontecer por não saberem discernir entre o efeito comum do medicamento e a necessidade de procurar ajuda devido à uma hemorragia ou infecção, por exemplo (ARILHA e BARBOSA, 1993; RAMOS *et al.*, 2015; ZAMBERLIN *et al.*, 2012). No entanto, um estudo realizado em Natal, sugere que o caminho mais comum de uso do misoprostol é seguido da busca pelo atendimento hospitalar para a finalização do aborto, assim como aponta a Pesquisa Nacional de Aborto (2016). De acordo com Porto e Sousa (2017), a procura pelo hospital após o uso do medicamento era indicada pelos vendedores do mesmo na cidade, entendendo que este seria o itinerário mais seguro.

As tensões envolvidas em um processo ilegal podem exacerbar o medo de algo dar errado, e, conseqüentemente aumentar a ansiedade e as dores relacionadas ao procedimento, impulsionando-as a buscar os hospitais devido à falta de informações (OMS, 2014). Quando lá chegam, encontram uma barreira no acesso a um atendimento digno (MADEIRO e RUFINO, 2017). As histórias sobre como as mulheres são recebidas nos serviços de saúde, de acordo com as interlocutoras deste trabalho, são repassadas boca a boca. Os dados apontam que enquanto algumas buscam os serviços de saúde para a finalização do procedimento, temendo sequelas, outras se isolam, mesmo quando realmente necessitam de ajuda profissional, temendo as atitudes da equipe de saúde.

As entrevistadas relatam um alívio que acontece principalmente quando recebem o resultado do ultrassom indicando que não há gravidez, ou quando os sintomas da gravidez cessam. Para tal, em alguns casos, podem passar por até três consultas pós abortamento: a primeira para solicitarem um pedido de ultrassom e fazerem o

exame de toque, uma segunda para a realização do ultrassom em si e a terceira para apresentarem o resultado do ultrassom ao ginecologista, o que prolonga as tensões do contato com os profissionais de saúde, o medo da denúncia e da estigmatização. Assim, mesmo que as interlocutoras deste trabalho não tenham buscado serviços de urgência durante o procedimento, elas entram em contato com os serviços de saúde posteriormente, enfrentando os desafios relacionados aos julgamentos e indagações.

Jandira, ao tentar confirmar a interrupção por meio de uma ultrassonografia, é interrogada por três médicos diferentes no local do exame sobre o motivo de o ter solicitado. Mesmo estando em uma clínica particular, as médicas esquadriham o motivo pelo qual ela havia pedido o exame, desviando o foco de sua queixa sobre o sangramento.

Aí da primeira vez que eu entrei na sala, ele perguntou "Por que vc pediu esse exame?", aí eu "porque tem muito tempo que estou menstruada e tal". Aí depois quando eu entrei na sala já era outro médico "Você pediu esse exame?". Eles tavam achando estranho porque o médico escreveu na observação que eu que tinha solicitado (...) Aí eu falei assim "bom, eles nem perceberam que tinha alguma alteração, nem no tamanho, que ótimo". Eu fiquei muito aliviada, porque eu fiz tão rápido e eu tava tão decidida, que nem deu tempo de dilatar, eu acho que assim, as cólicas que eu sentia tava começando a dilatar, mas não o suficiente pra poder detectar uma gravidez ali, sabe? (Jandira).

Jandira e Glaice disseram não ter compartilhado informações com nenhum profissional de saúde após o aborto por medo de serem denunciadas futuramente. Após confirmarem a interrupção da gestação, não buscaram acompanhamento ginecológico, com medo de identificarem o procedimento, mesmo um ano após tudo ocorrer. Dessa maneira, o afastamento dos serviços de saúde pode ser prolongado devido ao receio relacionado à criminalização.

(...) eu tenho medo tipo assim do profissional me questionar e falar assim, mas como que aconteceu e isso...e ter...num sei se eu posso ser incriminada por isso futuramente. Mas assim, mas e provas? Eu sempre fico assim, é num tem como, mas se eu falar, então assim, é uma prova oral. Então ele vai falar assim ah, você sofreu um aborto e pra onde você foi? Como você sabe que era um aborto? Então assim, eu prefiro ficar calada, só comento da minha gravidez, "já estive grávida". Até hoje por exemplo eu não fiz exame de prevenção, não fui ao ginecologista por esse receio, esperar um tempo e tal...mas eu vou...eu acho que tá tudo ok, sabe?

Porque tô menstruando de boa, o ciclo tá funcionando, apesar desses problemas com a menstruação...tá indo. (Jandira)

Além disso, devido à estigmatização, as mulheres desta pesquisa não buscam os serviços públicos, temendo algum tipo de perseguição posterior. Portanto, têm maiores gastos para realizarem consultas e exames particulares, quando podem pagar por eles.

E aí eu paguei a ginecologista, porque eu não fui na ginecologista no posto de saúde que eu vou, né, porque senão a ACS (Agente Comunitária de Saúde) ia bater lá na minha casa, né. Imagina, eu grávida, chegar no posto, a ACS era a primeira a bater na minha casa e falar assim "Oi, nós viemos fazer um acompanhamento". Né, num dava (...) (Elisângela)

Antes de tudo se iniciar, algumas interlocutoras realizam um ultrassom para confirmar a gravidez e conferir se ela não é ectópica. Nesse momento, Glaice e Aline relatam o desconforto em relação às idealizações reiteradas pelos médicos sobre a maternidade. São parabenizadas e chamadas de "mãe" como se a gravidez fosse, por via de regra, uma alegria incondicional na vida das mulheres.

O que a moça me disse é que tava perfeito assim. Foi meio esquisito assim, não tava triste pela, tipo assim "estou aqui fazendo um ultrassom", tava triste porque não deu certo. Não foi hora nenhuma pesar porque "ai, meu Deus...", porque ela foi uma médica que veio me parabenizando "ai, que gracinha, escuta o coração". Aí me colocou pra escutar o coração...aí eu tava puta porque não tinha dado certo, na verdade, porque eu tinha esperança de que tinha dado certo, porque como tinha pouquíssimo tempo, eu sabia que esse sangramento qualquer um poderia ter tido atrapalhado, descido alguma coisa e tudo mais, então eu fiquei na esperança. Então a certeza mesmo que não tinha dado certo eu tive quando eu fiz o ultrassom (...) (Glaice, entre sua segunda e terceira tentativa com o misoprostol)

(...) eu fui fazer o primeiro ultrassom e é muito tenso porque você não fala que você vai fazer um ultrassom porque você quer ver...e é uma experiência, foi uma experiência muito assim...porque é isso, a pessoa fica "oh, lá, ó ali!" fica tentando te mostrar o negocinho e você não tá querendo ver nada, você só tá querendo ver como é que tá aí, porque eu tô já querendo fazer o procedimento. Mas tem toda essa questão, né (...) Chama de mãe, aí quer mostrar o coraçãozinho dele "ah, já tá batendo, ó o coraçãozinho já tá batendo", fica mostrando, teve tudo isso...mas eu...eu acho que nesse momento aí eu levei até muito...porque eu já tava, já tava com mais formação, já tava me posicionando como mulher negra, como mulher feminista, eu acho que isso também fez toda uma diferença, na forma inclusive de falar assim "eu não quero" e tá definido assim. (Aline, em seu segundo aborto)

De acordo com Lima (2015), essa prática dos profissionais define as configurações da gravidez. Diante do exame de imagem, conferem personalidade e características

de sujeito social ao feto. Empregando uma linguagem supostamente carinhosa, *falam sobre e em nome do seu “bebezinho” para ativarem “seu instinto materno”*. Essa atitude configura-se em violência simbólica por meio da fabricação discursiva – com auxílio das imagens e sons produzidos pelo aparelho – da corporalidade e pessoalidade do conceito. Para Chazan (2007), no trabalho “Meio quilo de gente - um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico”, *as imagens fetais passaram a ser “naturalizadas” e equiparadas a “fotos” de um “bebê”, mesmo em fase na qual o embrião ainda teria uma forma pouco “humana”*. A autora discute o ultrassom como um aparato da medicalização, construindo “corpos” medicalizados mesmo antes do nascimento e *leva ao limite máximo a possibilidade de vigilância na gestação, na medida em que as próprias gestantes passam ativamente a solicitar poderem “ver” os seus fetos*.

A confirmação da gravidez com a visibilização do feto, da maneira como ocorre, produz e reitera significados e valores morais relativos à maternidade e, por consequência, ao abortamento. Do local de saber poder que ocupam, os profissionais de saúde permitem-se e a eles é conferida a capacidade de ditar verdades às mulheres, as quais são silenciadas em sua vontade de não seguir com a gestação (LIMA, 2015).

A partir das questões aqui expostas, indagações diversas me ocorreram durante o trabalho de campo, análise e escrita: Uma nova configuração de relação com os profissionais de saúde é possível? Quais desafios devemos enfrentar para que tenhamos um panorama menos nocivo às mulheres? Como o profissional farmacêutico se insere nesse cenário?

De acordo com a norma técnica sobre abortamento, o cuidado deve ser pautado por acolhimento, informação, orientação e suporte emocional, independentemente das crenças da equipe de saúde. Nesse sentido, discussões precisam ser realizadas dentro das instituições, com os profissionais do serviço, além do investimento e inserção de debates e conteúdos em torno de gênero, sexualidade e saúde na formação básica de todas as pessoas, influenciando, assim, diversos pontos chave relacionados a essas temáticas, como a violência de gênero (MADEIRO e RUFINO,

2017). As intervenções também precisam acontecer a nível estrutural do sistema de saúde, com avanço da desconstrução do modelo biologizante e da medicalização da sociedade. Denunciar o quanto são violentas práticas e discursos da própria equipe de saúde para com as mulheres, é um início para nos atentarmos para o abismo em que ainda nos encontramos quando se fala em equidade.

6.4.4 Redes de apoio: construção de conhecimento e suporte entre mulheres

Pesquisas anteriores sobre o aborto medicamentoso indicam o compartilhamento de informações sobre o medicamento desde a sua entrada no país (ARILHA e BARBOSA, 1993; ARILHA *et al.*, 2010; ZAMBERLIN *et al.*, 2012). Desde então, são 32 anos de construção de conhecimento popular conjunto a partir de experiências vividas, auxílio de profissionais de saúde, organização de redes de apoio, pesquisas, sites e cartilhas informativas (DROVETTA, 2015; MCLEMORE *et al.*, 2014; ROSO *et al.*, 2017; ZORDO, 2016).

Diferentes abordagens de suporte são revelados pelas interlocutoras deste trabalho. Como vimos, familiares, amigas e parceiros – alguns deles, profissionais de saúde - podem participar do itinerário abortivo da mulher de maneira positiva. Formam uma força tarefa no intuito de ajudar a mulher no procedimento, elaborando pequenos grupos de apoio momentâneos em torno da pessoa a qual pretendem ajudar. Esse suporte, seja estratégico, emocional ou psicológico pode contribuir em diversos pontos do processo das mulheres.

No entanto, entre esses possíveis apoios, estão também mulheres ou grupos de mulheres dispostas a acompanhar as gestantes. São desconhecidas, podendo ser de estados diferentes, que se reúnem, em um grupo organizado previamente ou não, para ajudar umas às outras.

Grupos nas redes sociais exclusivos para mulheres parecem ser a porta de entrada para o contato com as redes. Entre as mulheres, boca a boca, é repassado como encontrá-los. As que prestam suporte sabem que podem se expor ao participarem desses grupos, mas persistem nesse trabalho, entendendo que em muitos

momentos não há mais ninguém com quem as pessoas que abortam possam contar, já que os serviços de saúde oferecem riscos de denúncia e maus tratos.

Jandira e Glaice foram as interlocutoras deste trabalho que recorreram a esses grupos. Alinhados a vendedores do medicamento ou não, as redes focam em orientar e fomentar o compartilhamento de informações entre as mulheres que estão realizando o procedimento.

Glaice passou a fazer parte da rede de apoio que a auxiliou, ajudando outras mulheres com orientações em torno do uso do medicamento, assim como repassando contatos “mais confiáveis” para a compra do mesmo. A partir do compartilhamento de experiências e informações, de auxílio com doações e “vaquinhas” entre as mulheres para que outras possam acessar o misoprostol, essa rede de apoio tece diferentes possibilidades àquelas que em um primeiro momento encontram-se perdidas no montante de informações divergentes disponíveis na internet. Apesar de não possuírem apoio constante de profissionais de saúde, tentam prestar o máximo de suporte que conseguem.

O que eu faço assim num geral é que eu me atrelei ao grupo de meninas que me ajudou na época, sabe? E a gente num é nada muito organizada com nome de fato porque são meninas do Brasil inteiro assim com uma fonte de uma moça que envia o remédio entre a gente, mas o intuito nem é a distribuição, é mais meninas que chegam e chegam com o remédio comprado e sem instrução, elas vão fazer de qualquer forma. Então a gente tenta dar o máximo de segurança. Nós não somos assim, a gente fala que a gente já tem um apoio médico de fora que a gente pode consultar, mas não é medicina, não é algo que a gente faça do tipo, é só um monte de experiência, porque não tem nenhuma cartilha na internet exata. As meninas quando compram digitam lá e ficam loucas, porque cada coisa fala de um jeito, então a melhor forma de você saber o que pode acontecer com você, as coisas que você provavelmente vai sentir. É tudo muito no provávelmente, porque é organismo, né. (...) Então a gente fala assim, a gente dá uns alarmes do que pode acontecer, se acontecer o que pode ser feito, baseado na experiência da gente, sabe? (...) a gente de fato não tem ninguém assim, uma médica dando suporte, é mais a gente contando as experiências, acolhendo, conversando, acompanhando.

Glaice contou que sempre foi a favor da legalização do procedimento, mas que foi se aproximado mais da pauta devido à rede, na qual leu diversos relatos que a fazem querer continuar a ajudar as mulheres. Relembrou o quão diverso é o grupo, com mulheres de todo o Brasil e o número gigantesco de pessoas buscando orientação em torno do aborto medicamentoso, coisa que não imaginava antes de precisar desses contatos.

Rememorou alguns casos, como o de uma mulher sendo chantageada pelo marido para manter a gravidez, as adolescentes sem acesso financeiro e os casais que não desejavam mais ter filhos. Acabou por me contar um pouco mais sobre como a rede funcionava, oferecendo principalmente orientações sobre o procedimento, como as que ela recebeu. Articulavam narrativas junto às mulheres na ida ao sistema de saúde para não serem descobertas, o que as deixava mais tranquilas ao buscar atendimento hospitalar ou realizar um ultrassom. A rede já possuía possíveis histórias a serem contadas dependendo do caso da mulher, na tentativa de que ela não fosse denunciada ou maltratada no sistema de saúde.

O apoio se estendia a doações e acompanhamentos. Glaice contou de episódios em que encontrou meninas para doar os materiais de preparação indicados na rede, das noites mal dormidas acompanhando mulheres pela internet que estavam realizando o procedimento sozinhas durante a madrugada. Além disso, comentou da problemática de quando as meninas iniciavam o pré-natal em uma unidade de saúde do SUS e posteriormente decidiam pelo aborto, o que levava os profissionais a questionarem sobre essa gestação registrada anteriormente, causando um outro momento de tensão envolvendo o contato com o sistema de saúde.

Falou também da importância que essa rede de apoio teve em seu itinerário abortivo, sendo fundamental para que ela conseguisse realizar os procedimentos minimamente de maneira mais segura, além do acolhimento, empoderamento e troca de afetos, essenciais nesse momento. Sabe dos riscos envolvidos e que as mulheres presentes no grupo acabam por se arriscar todos os dias, realizando o melhor que podem com as informações que possuem.

Eu lembro muito bem da noite de sono que eu tive quando eu entrei nesse grupo, que eu me senti acolhida, então se eu puder fazer isso pra algumas meninas, eu já me sinto assim, mesmo que seja um grãozinho de areia, eu acho que eu já estou ajudando com alguma coisa, sabe? E por mais que nós não somos...eu por exemplo não sou nada da área da saúde pra pegar e dar "ah, você tem que fazer isso assim, é desse jeito", mas a gente tem essa experiência nossa, a gente passa, porque é a forma, como a gente não tem...não tem nenhum estudo, uma cartilha, como fazer, não sei o que, muito, né, você baixa na internet pega e segue. Então é essa experiência mesmo falada do grupo. É claro que há outros meios de fazer, não acho que tá errado e a gente faz certo, é desse jeito só, mas a gente aconselha

tipo assim, segue uma forma, sabe? Se a pessoa te indicou de um jeito, você acha que é aquele, então segue aquela indicação, agora você vai fazer dessa indicação, segue essas coisas desse jeito, assim, não ficar por exemplo "ah, não, eu vou tomar quatro e inserir dois de duas em duas horas", inventar uma coisa própria, sabe? Mas assim, sem, como eu te disse, não acho nem muito...o ideal seria mesmo se a gente tivesse algum apoio da área da saúde direto (...) mas também porque é perigoso ter por exemplo uma médica dentro desse grupo, sabe? Pra gente já é perigoso, as meninas pra entrarem lá a gente procura fazer uma espécie de entrevista antes, de fuçar a rede social e tal, mas de certa forma a gente acaba se arriscando, porque a gente investiga, mas num dá pra saber quem tá entrando lá, sabe? Mas é onde a gente tem que botar a cara a tapa um pouco, sabe? (...) já liguei de ficar preocupada, já liguei, já virei noite, porque elas fazem muito a noite, então as vezes a gente tem que ficar a noite inteira acordada com elas. Sente uma dor muito forte, aí acha que já tem que ir pro hospital, aí muitas dessas vezes é que acontece da menina ter que ir pro hospital, chega lá ainda tem vestígio do remédio e é denunciada, né. Então muitas vezes a gente tem que por um parâmetro de dor, "tem como você controlar sua temperatura e tal?". É uma medicina fuleira, mas é o que a gente pode fazer, sabe? Com experiências, com o que a gente tem, sem embasamento técnico, sem formação nenhuma, mas... (Glaice)

Apesar dela dizer que não possuem embasamento técnico, as informações que repassam entre as mulheres resultam em diversos procedimentos bem sucedidos. Glaice conta que algumas precisam buscar a finalização do procedimento algum tempo após o uso do medicamento, mas que não se recorda de nenhum caso de atendimento de urgência ou sequela devido à algo errado durante o uso.

Nunca aconteceu nesse meio de terem (que ir ao hospital durante o uso do medicamento), o que aconteceu é das meninas precisarem depois, de precisarem da curetagem e tudo mais. Dessa coisa de passou mal no meio, nunca aconteceu. E a gente fala mais ou menos a história que ela tem que contar, o jeito que ela tem que falar, que deixa elas tranquilas, fala que uma semana depois se ela tiver que ir lá e fazer a curetagem não tem como o cara saber que ela que induziu, sabe? (Glaice)

O trabalho da rede, além de auxiliar em desvendar a idade gestacional, a quantidade e modo de uso do medicamento, as auxilia ao longo de todo o procedimento, desde o ultrassom anterior à utilização até a confirmação de seu sucesso.

Essa construção de cuidado parece então possuir um enorme potencial de diminuir as sequelas devido ao uso incorreto do medicamento e até mesmo de tranquilizar as mulheres para que elas procurem os serviços de saúde caso o aborto não seja finalizado. Configura-se um processo de empoderamento das mulheres para o cuidado de si mesmas em uma situação em que o Estado, a sociedade e os profissionais de saúde às deixam à mercê da ilegalidade. Lauterbach (2018) discute

sobre a importância e enfrentamento das redes de acompanhamento, levantando seu histórico no mundo e no Brasil. Contrapõe as ações de reduções de danos versus às iniciativas feministas.

Como no uso de drogas ilícitas, a redução de danos no cenário de ilegalidade parece ser um dos possíveis enfrentamentos a serem realizados. Alguns países da América Latina investiram nessas ações, institucionais ou realizadas por ativistas feministas. As iniciativas sanitárias no Uruguai (antes da legalização do procedimento) e as ações de acompanhamento feminista na Argentina (que atualmente vivencia o avanço nas pressões para a legalização), parecem ter sido importantes, inclusive para impulsionar as discussões em torno da legalização do procedimento (ARILHA *et al.*, 2010; MCREYNOLDS-PÉREZ, 2017).

No Uruguai, primeiramente isolada em um hospital universitário, uma tentativa de implantar a redução de danos para os abortos provocados foi estendida a todo o país, contribuindo para os avanços na discussão sobre legalização e implementação de serviços de abortamento de qualidade. Mudanças positivas foram observadas no número e na qualidade dos atendimentos, na atitude dos provedores e na morbidade e mortalidade materna, que reduziram. Também houve visibilidade às mulheres com gravidez não planejada e indesejada e uma melhor compreensão de seus problemas, o que contribuiu para as mudanças legislativas posteriores (LABANDERA *et al.*, 2016).

A ideia do serviço é que a mulher possa ser orientada, via telefone, rede social, materiais impressos ou pessoalmente sobre a melhor maneira de realizar o procedimento em sua idade gestacional, com apoio psicológico e emocional. Fornecer informações confiáveis, sem julgamento e coerção, é essencial nesse cenário, o que ainda não acontece. No Uruguai, ainda que o serviço pretenda acolher as mulheres em sua decisão, os profissionais de saúde novamente agem tutelando o desejo de interrupção da gravidez (LAUTERBACH, 2018).

A função dos profissionais de saúde não é aliciar as mulheres a desistir do procedimento, mas de fornecer subsídios para que elas se empoderem frente a essa escolha e possam seguir com ela da melhor maneira possível, em um espaço que

as forneça essa possibilidade, assim como as redes de apoio já atuam. Além desse primeiro contato, a mulher poderia ser acompanhada durante todo o seu itinerário abortivo, quando precisasse solucionar alguma dúvida ou buscar atendimento pós-aborto. Cartilhas com informações completas e linguagem simples poderiam ser oferecidas em unidades de saúde, somando-se aos esforços dos movimentos feministas (HYMAN, 2012; MCREYNOLDS-PÉREZ, 2017).

A interação pessoal é a mais interessante quando se pensa em um serviço de acolhimento. Para tal, a estruturação de capacitação e sensibilização de profissionais de saúde seria crucial. Porém, entendendo o histórico dos serviços de saúde no contato com as mulheres que abortam ilegalmente, é interessante se pensar em opções mais abrangentes para que as mulheres que temem visitar pessoalmente esses espaços possam também ter acesso a uma conversa com um profissional de saúde ou orientadora capacitada (HYMAN, 2012; MCREYNOLDS-PÉREZ, 2017).

Em um início de pensar avanços nesse sentido, as próprias redes de apoio, já existentes, poderiam ser convidadas, por exemplo, para capacitações em relação ao uso do medicamento via plataforma online ou pessoalmente, em um ambiente seguro que não as criminalize, oferecendo ferramentas para que potencializem a sua experiência em cuidado. No Brasil, a ANVISA e o Ministério de Saúde têm capacidade e estrutura para realizar esse debate e propor esses serviços, em prol da vida das mulheres. Evidências científicas não faltam para que esse debate avance, assim como no caso do uso de drogas ilícitas, em que a redução de danos atualmente é uma estratégia em saúde (ARILHA *et al.*, 2010).

Defender a redução de danos institucional, incluída nas ações do SUS, é limitado em um panorama de compra ilegal do misoprostol, que não apresenta garantia de eficácia e qualidade às mulheres. Além disso, tampouco sabe-se se essa brecha seria possível com a restrição da legislação. Porém, além do fornecimento de informações seguras, ela funcionaria como um impulsionador para a discussão da questão em diversas áreas, principalmente na saúde, sobre aborto farmacológico, produzindo potenciais de deslocamento, com quebra do silêncio sobre

medicamentos abortivos e visibilização de outras vozes que não a mídia sensacionalista (MCREYNOLDS-PÉREZ, 2017).

Reportagem da BBC, em junho de 2018, relatou práticas de um grupo de whatsapp em que uma espécie de rede de apoio sobre aborto medicamentoso acontecia. De maneira desrespeitosa, a matéria narra as interações das mulheres, sem o seu consentimento, apresentando os supostos riscos do uso do misoprostol sem supervisão médica. Como visto neste trabalho e em outros, nacionais e internacionais, o aborto completo com o misoprostol é possível e aparenta ser menos inseguro que outros procedimentos, mesmo na situação de ilegalidade (FIGO, 2017; ZAMBERLIN *et al.*, 2012).

Assim como a política de redução de danos no uso de álcool e outras drogas, este trabalho aponta a necessidade de se potencializar iniciativas como as redes de apoio que atuam orientando as mulheres no uso do misoprostol, capacitando e permitindo que profissionais de saúde possam informar adequadamente suas pacientes sem medo de sofrerem algum processo ou perderem sua carteira profissional. A ANVISA, o Ministério da Saúde e o Estado brasileiro como um todo precisam repensar as condutas em relação ao misoprostol, como as normas referentes à proibição de circulação de informações sobre o medicamento. Além de não impedirem os abortos inseguros, dificultam o acesso a informações confiáveis (ARILHA *et al.*, 2010).

Nesse processo, o farmacêutico parece ter um papel fundamental. Como prática profissional, a Atenção Farmacêutica apresenta possibilidades de se pensar o acolhimento dessas mulheres, por meio do serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM). Essa prática, centrada na paciente, e, portanto, construída com ela e para ela a partir de uma visão holística dos determinantes sociais de saúde, visa a identificação, prevenção e resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM), englobando práticas de prevenção e promoção de saúde, assim como o uso de medicamentos contraceptivos e/ou abortivos, se pensamos a questão do aborto (OLIVEIRA, 2011; SILVA *et al.*, 2018).

Essa prática apresenta diversos impactos positivos e também desafios em sua elaboração, que perpassam a estruturação do serviço de saúde e a formação dos profissionais (OLIVEIRA, 2011). Embora farmacêuticos e vendedores de farmácia apareçam nos itinerários abortivos das mulheres, sua participação está relacionada à venda de medicamentos, sem o repasse de informações sólidas sobre como utilizá-los em segurança (BRASIL, 2009).

Para caminharmos no sentido de debater melhor sobre essa possibilidade, discussões mais extensas sobre redução de danos no abortamento ilegal e o papel do profissional farmacêutico nesse âmbito, assim como o potencial das redes de apoio precisam ser realizadas no Brasil, englobando as contradições da institucionalização desse movimento de orientação às mulheres que abortam, como Lauterbach (2018) aborda com profundidade. Um estudo sobre o papel de farmacêuticos na expansão do acesso ao aborto medicamentoso seguro discute o potencial da atuação desse profissional em países da América Latina, África e Ásia, enquanto um redutor de danos na orientação adequada de mulheres que utilizam o misoprostol (SNEERINGER *et al.*, 2012).

5 CONSIDERAÇÕES

Elisângela, Jandira, Glaice, Tatiana, Caroline e Aline apresentaram questões chave para o debate sobre aborto no Brasil. Nesta pesquisa, guiada pelas falas delas e pela produção em torno do tema, perpasssei o debate sobre o acesso digno e livre de violências à maternidade e ao aborto, ambos configurando-se como parte dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Os achados do trabalho indicam que educação sexual e planejamento reprodutivo precisam ser reconfigurados a partir de uma perspectiva de combate às relações desiguais de gênero, raça e classe, entre outras. Para a emancipação das sujeitas, é necessário o enfrentamento das responsabilidades historicamente depositadas sobre elas, como na contracepção, no cuidado da casa e dos filhos. Estes últimos, precisam ser tidos não como uma obrigatoriedade, parte “natural” do que significaria o “ser mulher”, mas como uma possibilidade realmente voluntária. Apenas a garantia de direitos amplos em torno dos direitos sexuais e reprodutivos pode modificar esse

panorama para que as mulheres não mais estejam aprisionadas à escolha entre a maternidade indesejada e o aborto inseguro.

O uso do misoprostol surge nesse cenário restritivo como uma possibilidade menos nociva e mais acessível ao aborto, por permitir um procedimento em local privado e com acompanhamento por atores de confiança. Além disso, possibilita trocas entre as mulheres e suas redes, com apropriação do uso do mesmo a partir do compartilhamento de informações via internet ou boca a boca. No entanto, seu uso também esbarra na ilegalidade do procedimento, que impulsiona o mercado clandestino, com adulterações, falsificações, armazenamento e transporte inadequado, além dos preços inflacionados dos comprimidos. Esse comércio também aproxima as mulheres e suas redes a caminhos não confiáveis para adquirir o medicamento. As restrições nos acessos à informação sobre o Cytotec® também podem levar ao uso inadequado, promovendo abortos incompletos e sequelas biopsicossociais evitáveis (ARILHA, 2012).

No Brasil, as redes de apoio ativistas realizam um trabalho de redução de danos que poderia ser oferecido institucionalmente, sem perseguição às pessoas que as compõem. Constroem também a possibilidade de resistências, com o compartilhamento de conhecimento que evita mortes e diminui o sofrimento e a solidão de inúmeras pessoas. As mulheres parecem retomar para si, em uma situação de completa adversidade, o poder de recriar as histórias de aborto medicamentoso no país.

Porém, em todas as macro-categorias deste trabalho, em consonância com as demais pesquisas do campo, a ilegalidade do procedimento é o que aparece como um dos maiores entraves para o avanço na conquista dos direitos sexuais e reprodutivos e no combate às desigualdades. Como discutimos, essa restrição vai na contramão dos acordos internacionais e compromissos nacionais assumidos pelo Estado brasileiro nas políticas públicas de saúde. Além de não impedir os abortos, impulsiona a realização clandestina e insegura dos mesmos, exacerbando as violências contra às mulheres em diversos âmbitos, principalmente às mulheres não brancas, jovens e pobres.

Nesse sentido, as discussões e movimentações político-pedagógicas ganham força nos movimentos sociais e feministas no Brasil e na América Latina. A ADPF 442 aguarda votação do STF para decisão relacionada à liberação do procedimento até as 12 semanas de gestação. Na América Latina, observa-se uma tendência dos movimentos de mulheres a pautarem fortemente a legalização do procedimento, como é o caso da Argentina, onde houve grande movimentação no ano de 2018, com pressão popular e feminista para a flexibilização das leis relacionadas ao aborto. No Brasil, nos dias 03 e 06 de agosto de 2018, ocorreu aguirção da temática em audiência pública, com exposição de argumentos pró e contra a legalização, porém ainda não há previsão para a realização da votação da ADPF 442 pelo STF. Somando-se à onda latinoamericana, as brasileiras realizaram diversos protestos exigindo a legalização do procedimento nessa mesma época, por um aborto seguro, gratuito e de qualidade.

Ainda assim, os tensionamentos rumo à legalização caminham lentamente no contexto político de retrocessos, em que há investidas constantes para o acirramento das restrições sobre os corpos das mulheres, com projetos diversos que visam a retirada dos poucos direitos sexuais e reprodutivos conquistados (MAYORGA, 2011).

Por se tratar de uma questão de causas multifatoriais, há a necessidade de investimento em ações diversas para modificação desse cenário, de maneira que pautar a possibilidade da redução de danos em abortamentos medicamentosos parece ser um potencializador. No entanto, o avanço real na conquista plena de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres apenas ocorrerá por meio da descriminalização e legalização do aborto, questão que nos impõe alguns desafios para que ocorra sem a reprodução de opressões estruturais, contemplando a todas as pessoas que podem engravidar.

O uso do misoprostol ou de outros métodos para o abortamento apenas será seguro a partir do momento em que essas mulheres tiverem autonomia para decidir sobre o seu próprio corpo, com acesso a informações confiáveis e meios adequados para a

realização do aborto, além de suporte não discriminatório em saúde, antes, durante e após a sua decisão.

Percebe-se, então, que é necessário pensar em três questões principais nesse processo: educação sexual e planejamento familiar no SUS reconfigurados sob a ótica de empoderamento das mulheres e divisão de tarefas no cuidado da contracepção, casa e filhos, entre outras; desconstrução da medicalização e das relações de poder de gênero, raça e classe, para que as mulheres tenham autonomia plena e acesso a um cuidado livre de violências; e descriminalização e legalização do aborto para a emancipação das mulheres a partir de uma ótica antiracista, com garantia de acesso gratuito e de qualidade.

Dessa maneira, é imprescindível aprofundar os debates que já ocorrem institucionalmente, ou seja, no governo e na área da saúde, considerando e priorizando as demandas dos movimentos sociais, como o movimento feminista, que possuem papel essencial na conquista de direitos pela saúde integral da mulher. Faz-se necessário entender e tratar o aborto como uma questão de saúde pública relacionada à direitos humanos fundamentais que precisam ser garantidos às mulheres. Cabe ao Estado, aos profissionais de saúde, pesquisadores e educadores planejar capacitações, discutir e intervir para que as mortes maternas e as complicações pós abortamento sejam evitadas, mas sobretudo, para que possam ser vistas como sujeitas de direito, garantindo direito à escolha, atentando-se para as diferenças de raça/etnia, classe, entre outras vulnerabilidades que possam marcar as pessoas que engravidam.

Apesar de serem extremamente necessárias, as capacitações profissionais precisam se dar junto à superação do debate moral da temática, com um enfrentamento do discurso conservador – muitas vezes de cunho religioso - em relação não apenas ao aborto, mas também sobre as relações de gênero.

Garantir o aborto legal, seguro e de qualidade requer que os serviços sejam estruturados em construção conjunta com as pessoas que vivenciam gestações indesejadas. O grande desafio é aliar as possíveis estratégias institucionais às já

existentes, feministas, sem impedir que as mulheres abortem em seus próprios termos, em suas casas, com informações técnicas confiáveis, mas também a partir de seus conhecimentos populares e experiências, valiosas e indispensáveis para a construção de um cuidado não medicalizante e livre da violência de gênero.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. *et al.* **Legislação Brasileira Relativa ao Aborto: o Conhecimento na Formação Médica.** Revista Brasileira de Educação Médica. , São Paulo, v. 36 n. 2, p. 243-248, 2012.

ANJOS, K. F. *et al.* **Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 504-515, jul/set 2013.

_____. **Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública.** Rev. bioét.; v. 21, n. 3, p. 494-508, 2013.

ARILHA, M. **Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 7, p. 1785-1794, 2012.

ARILHA, M.; BARBOSA R. **Cytotec in Brazil: at least it doesnt kill.** Reproductive Health Matters, n. 2, 1993.

ARILHA, M.; LAPA, T.S.; PISANESCHI, T.C. (orgs.). **Aborto medicamentoso no Brasil.** Comissão de Cidadania e Reprodução. São Paulo, Oficina Editorial, 2010.

AQUINO E. *et al.* **Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres?** Ciência & Saúde Coletiva, 17(7):1765-1776, 2012

BADINTER, E. **O conflito: a mulher e a mãe.** Rio de Janeiro: Editora Record, 2011.

BAIRD, K.; MITCHEL T. **Using feminist phenomenology to explore women's experiences of domestic violence in pregnancy.** British Journal of Midwifery, 22(6), 418–425, 2014.

BEAUVOIR, S. DE. **O segundo sexo - A experiência vivida.** 2ª ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1967.

BRASIL. **Agência Nacional De Vigilância Sanitária (Anvisa).** Portaria 344, de 12 de maio de 1998. Brasília: Anvisa; 1998. Disponível em

http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf Acesso em fevereiro de 2017.

_____. **Agência Nacional De Vigilância Sanitária** (Anvisa). Portaria 344, de 12 de maio de 1998. Brasília: Anvisa; 1998. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf Acesso em março de 2017.

_____. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em março de 2017.

_____. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal Brasileiro, artigo 124. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em fevereiro de 2017.

_____. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal Brasileiro, artigo 124. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em março de 2017.

_____. **Lei Nº. 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: março de 2017.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**. Brasília: MS; 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada Ao Abortamento. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília – DF. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde**

da Mulher : Princípios e Diretrizes. 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Protocolo Utilização Misoprostol Obstetrícia.** 2012.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva.** Cadernos de Atenção Básica, n. 26. 2013.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. **Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename.** 9ª ed. Brasília: MS; 2014.

BUTLER, J. **Problemas de gênero. Feminismo e subversão da identidade.** Tradução Renato Aguiar – Rio de Janeiro : Civilização Brasileira, 2003.

CARNEIRO, M. **“Largada sozinha, mas tudo bem”:** Paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por aborto em Salvador, Bahia, Brasil. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. 2012.

CARNEIRO, R.G. **Cenas de parto e políticas do corpo.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

CARVALHO, A.B. **O Processo de decisão pelo aborto: as experiências das mulheres em foco.** Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte- MG, 2015.

JURKEWICZ, R. (Org). **Entre dogmas e direitos: religião e sexualidade.** Católicas pelo direito de decidir. 1 ed. Jundiaí: Maxprint, 2017.

CECATTI JG, GUERRA GVQL, SOUSA MH, MENEZES GM. **Aborto no Brasil: um enfoque demográfico.** Rev Bras Ginecol Obstet., 32(3):105-11, 2010.

CHACHAM, A; MAIA, M.; CAMARGO, M. **Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e**

mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 389-407, jul./dez. 2012.

CHAZAN, LK. **“Meio quilo de gente”:** um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 230 p. Antropologia e Saúde collection. Disponível em <http://books.scielo.org/id/x78qr/pdf/chazan-9788575413388.pdf>

CONNELL, P. **A Phenomenological Study of the Lived Experiences of Adult Caregiving Daughters and Their Elderly Mothers.** University of Florida, 2003.

CONSORCIO LATINOAMERICANO CONTRA EL ABORTO INSEGURO (CLACAI). **Misoprostol: regulaciones y barreras en el acceso al aborto legal.** 2013.

_____. **Mifepristona y misoprostol en seis países de América Latina: procesos de registro y disponibilidad.** 2017.

CORREA, M.; MASTRELLA, M. **Aborto e misoprostol: usos médicos, práticas de saúde e controvérsia científica.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(7):1777-1784, 2012.

CRENSHAW, K. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero.** University of California, Los Angeles, 2002.

DALY, K. J. **Qualitative Methods for Family Studies & Human Development.** Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc, 2007.

DENZIN N.; LINCOLN, Y. **The SAGE Handbook of Qualitative Research.** SAGE Publications, 2011.

DINIZ D *et al.*; **Pesquisa Nacional de Aborto 2016.** Ciência & Saúde Coletiva, 22(2):653-660, 2017.

DINIZ D.; MADEIRO A. **Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(7):1795-1804, 2012.

_____. **Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2):563-572, 2016.

DINIZ, D.; CASTRO, R. **O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(1):94-102, jan, 2011.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. **Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7):1671-1681, 2012.

_____. **Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1):959-966, 2010.

Diniz, S. G. *et al.* **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção.** 25(3):377-84. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.*, 2015.

DOMINGOS, S. **O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem.** *Esc Anna Nery Rev Enferm*; 14 (1): 177-81, 2010.

DROVETTA, R. **Safe abortion information hotlines: An effective strategy for increasing women's access to safe abortions in Latin America.** *Reproductive Health Matters*, v. 23:45, 47-57, 2015.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FIGO). **Misoprostol Solo: Regímenes Recomendados 2018. 2018.**

FISHER, L.; EMBREE, L. **Feminist Phenomenology.** SPRINGER-SCIENCE+BUSINESS MEDIA, B.V. 2000.

FLICK, UWE. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Tradução. Joice Elias Costa. - 3. ecl. - Porto Alegre, Artmed, 405 p., 2009.

FOUCAULT, M. **O nascimento da medicina social. Microfísica do poder.** 20ª edição. Rio de Janeiro: Graal; 1979. p.79-98.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramallete.** Petrópolis, Vozes, 1987. 288p.

_____. **História da Sexualidade I: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FRASER, M.; GONDIM, S. **Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa.** vol.14 no.28 Ribeirão Preto May/Aug. 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia - Saberes Necessários à Prática Educativa.** 1993. 53 ed, Rio de Janeiro – Paz e Terra, 2016.

FRENTE NACIONAL CONTRA A CRIMINALIZAÇÃO DAS MULHERES E PELA LEGALIZAÇÃO DO ABORTO. **Contra a criminalização de mulheres pela prática do aborto no Brasil.** Dossiê 2007 – 2014, São Paulo, 2015.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos.** Porto Alegre: Artmed. 98 p.; 23 cm. (Coleção Pesquisa qualitativa coordenada por Uwe Flick) 2009.

GONTIJO, D. **Determinantes Sociais de Saúde: uma perspectiva para a compreensão das relações entre processos de exclusão social e equidade em saúde.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 12, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a01.htm>.

GONZAGA, P. **“Eu quero ter esse direito à escolha”:** formações discursivas e itinerários abortivos em Salvador. Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo. Universidade Federal da Bahia. Salvador - BA, 2015.

HEILBORN, M. *et al.* **Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S269-S278, 2009.

_____. **Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios.** Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana, n.12, pp. 224--257, 2012.

_____. **Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro – Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(7):1699-1708, 2012.

INTERNATIONAL PREGNANCY ADVISORY SERVICES – IPAS. **Clinical Updates in Reproductive Health (CURH).** 2017.

JAMES, S. **With woman: The nature of midwifery relation.** Faculty of Nursing. University of Alberta. Edmonton, 1997.

KUMAR A, HESSINI L, MITCHELL EM. **Conceptualising abortion stigma.** Culture, Health & Sexuality; 11(6):625-639, 2009.

LABANDERA, A. *et al.* **Implementation of the risk and harm reduction strategy against unsafe abortion in Uruguay: From a university hospital to the entire country.** International Journal of Gynecology and Obstetrics 134, S7–S11, 2016.

LAURETIS, Teresa. **A tecnologia do gênero.** Tendências e Impasses. Indiana University Press. 1987. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/81873993/A-Tecnologia-do-Genero-Teresa-de-Lauretis> Acesso em março de 2017.

LAUTERBACH, G. **“Abortar é um ato político. Acompanhar também.”: Redes feministas de acompanhamento às mulheres que abortam.** 2018. 61 p. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

LIMA, M. P. **Práticas e significados em torno da ultrassonografia obstétrica e aborto em Salvador – Brasil.** Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. 2015.

LUNA, L. **“Fazer viver e deixar morrer”**. **A má-fé da saúde pública no Brasil. A ralé brasileira: quem é e como vive**. Ralé brasileira : quem é e como vive / Jessé Souza ; colaboradores André Grillo *et al.* Belo Horizonte : Editora UFMG, 2009.

MACHADO CL, FERNANDES AMS, OSIS MJD, MAKUCH MY. **Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal**. *Cad Saude Publica*, 31(2):345-353, 2015.

MATTAR, L.; DINIZ, C. **Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres**. *Interface (Botucatu)*. 2012, vol.16, n.40, p.107-120, 2012.

MCCALLUM, C.; MENEZES G.; REIS, A. **O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p .37-56 .23, n.1, jan.-mar., p.653-673, 2016.

MCLEMORE, M. *et al.* **Women Know Best** Findings from a Thematic Analysis of 5,214 Surveys of Abortion Care Experience. *Women's Health* v. 24, n. 6, p. 594–599, 2014.

MEYER, D. **Uma politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento**. *Gênero*, vol. 6, Niterói-RJ, Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero - NUTEG, 2006, pp.81-104.

MILANEZ N. **A experiência de mulheres e a decisão pelo aborto provocado em uma região do estado do Espírito Santo, Brasil**. 127 f. Dissertação (Pós-graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. rev. e aprim. São Paulo: Hucitec, 2008.

MISSAGGIA, J. **Fenomenologia e feminismo: introdução e defesa de um diálogo fecundo**. *Mulher e filosofia: as relações de gênero no pensamento filosófico*. Juliana Pacheco (Org.) -- Porto Alegre, RS: Editora Fi, 201 p., 2015.

MOREIRA, M.H.C.; ARAÚJO, J.N.G. **Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino?** *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 3, p. 389-398, set.-dez. 2004.

MOUTINHO, L. **Diferenças e desigualdades negociadas: raça, sexualidade e gênero em produções acadêmicas recentes. Dossiê antropologia, gênero e sexualidade no brasil: balanço e perspectivas.** *Cadernos pagu* (42), janeiro-junho de 2014:201-248.

NUNES *et al.* **Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(8):2311-2318, 2013.

OLESEN, V. **Os feminismos e a pesquisa qualitativa nesse novo milênio.** *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.* 2 ed, 8 cap, Artmed, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Safe abortion: technical and policy guidance for health systems.** 2012.

_____. **Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008.** 6th ed. 2008.

_____. **Clinical practice handbook for safe abortion.** 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. **Aclaración sobre la postura de la OMS respecto del uso del misoprostol en la comunidad para reducir la mortalidad materna.** Ginebra: OMS; 2010.

PEREIRA, J. S. *et al.* **Violência obstétrica : ofensa a dignidade humana.** *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v. 15, p. 103-108, 2016.

PRICE, K. **It's Not Just About Abortion: Incorporating Intersectionality in Research About Women of Color and Reproduction.** *Women's Health Issues* 21-3S S55–S57, 2011.

RAMOS, S. *et al.* **Women's experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: the case of Argentina.** *Reproductive Health Matters*, (43):1–12, 2014.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher.** 2nd ed. rev. and enl. *Antropologia & Saúde* collection. 224 p. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

_____. **A Arte de Enganar a Natureza: contracepção, aborto e infanticídio na primeira metade do século XX.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003a. (Coleção História e Saúde no Brasil).

ROMIO, C. M. *et al.* **Saúde mental das mulheres e aborto induzido no Brasil.** *Rev. São Paulo*, volume 24, n.1, 61-81, 2015.

ROSENDO, D., GONÇALVES, T. **Direito à vida e à personalidade do feto, aborto e religião: mulheres entre a vida e a morte.** *Florianópolis, Santa Catarina*. v.14, n.2, p.300 - 319, 2015.

ROSO *et al.* **Relatos de aborto medicamentoso na internet: ilegalidade restringindo os direitos das mulheres.** *Conexão – Comunicação e Cultura, UCS, Caxias do Sul* – v. 16, n. 32, jul./dez. 2017, p. 65-96.

ROSTAGNOL, Susana. **De la maternidad elegida a no ser madre (por ahora): anticoncepción y aborto en la vida de las mujeres.** *Sex., Salud Soc. (Rio J.)*, Rio de Janeiro, n. 12, p. 198-223, Dec. 2012.

SCOTT, J. W. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** *Educação e Realidade*. Vol. 20, no 2, Porto Alegre, jul./dez. 1995.

SEDGH, G. *et al.* **Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends.** *Guttmacher Institute, New York, NY, USA. The Lancet*, 2016.

SHAGHAGHI A.; BOPHAL R.S.; SHEIK A. **Approaches to Recruiting 'Hard-To-Reach' Populations into Re-search: A Review of the Literature.** *Health Promotion Perspectives*, Vol. 1, No. 2, P: 86-94, 2011.

SIERRA, M.; UGALDE, A.; PELÁEZ L.; MIRANDA O.; BÁEZ, Y.; CRUZ S. **Misoprostol como método de interrupción del embarazo, una alternativa clínica económica.** 2011.

SILVA D. F. O., BEDONE A. J., FAGÚNDES A., FERNANDES A. M. S., MOURA V. G. A. L. **Aborto provocado: Redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso de misoprostol?** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2010:441–447.

SIQUEIRA, D. Prefácio. In: BENTO, B. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual.** Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

TURATO, E. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. Rev Saúde Pública, 39(3):507-14, 2005.

VAN MANEN, M. **Phenomenology of Practice: Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing.** Walnut Creek, CA: Left Coast Press, 2014.

_____. **Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy.** London, ON: Aithouse Press, 1990.

VIEIRA, E. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

_____. **Aborto legal: o conhecimento dos profissionais e as implicações das políticas públicas.** Rev Bras Ginecol Obstet, 34(1):1-3, 2012.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S. **Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(3):531-540, jul-set 2015.

WIESE, I.; SALDANHA, A. **Aborto induzido na interface da saúde e do direito.** Saúde soc., vol.23, no.2, São Paulo, Abril/Junho 2014.

ZAMBERLIN, N.; ROMERO, M.; RAMOS, S. **Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted.** Reproductive Health, 2012.

ZEILER, K; KALL, L. **Feminist Phenomenology and Medicine.** State University of New York Press. United States of America, 2014.

ZORDO, S. **A biomedicalização do aborto ilegal: a vida dupla do misoprostol no Brasil.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.19-35, jan.-mar. 2016.

_____. **Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(7):1745-1754, 2012.

APÊNDICE A

TÓPICO-GUIA

Para abrir a entrevista:

1. Conte-me um pouco sobre a sua vida atual.

- Estudos
- Trabalho
- Lazer
- Relações sociais
- Participação em movimentos sociais

Sobre o contexto de vida relacionado ao momento de descoberta da gravidez:

2. Conte-me sobre como foi quando você descobriu a gravidez.

- Como você se sentiu?
- Relação com parceiro: negociações, “você conversavam sobre o uso de métodos contraceptivos?”; “você pode me dar um exemplo?”; “como se sentia nesses momentos?”
- Você conversou sobre isso com alguém?
- Você consegue me contar como foi esse momento? (Sentimentos, percepções; Relação com amigxs, parceiro, família; contato/relações com profissionais e sistema de saúde; redes de apoio).

Sobre o uso do misoprostol:

3. Conte-me sobre o processo de decisão pelo aborto e pelo uso do misoprostol.

- Quando você decidiu pelo aborto? Como foi esse momento?
- Como você decidiu pelo misoprostol?

- Você conversou sobre isso com alguém? (parceiro, família, amigxs)

4. Conte-me sobre a sua experiência com o medicamento.

- Como foi o acesso ao medicamento? Você comprou? (Onde?; Preço?; Você achou difícil conseguir?).
- Como você conseguiu informações sobre como usar?
- Você conversou sobre isso com alguém? (parceiro, família, amigxs, profissionais de saúde, fontes de informação).
- Como você usou? Pode me descrever esse momento? (você consegue me contar como foi quando usou o comprimido?).
- Onde você estava quando usou?
- Estava com alguém nesse momento?
- Como você se sentiu?
- Precisou de atendimento em saúde?
- Você consegue me contar (se lembra) como foi esse atendimento? Foi público ou privado? Quem te atendeu? Como se sentiu?

Sobre o momento após o uso do misoprostol:

5. Conte-me sobre como foi a sua experiência (percepções, sentimentos, relações com familiares, amigos, companheiro e profissionais de saúde) após o uso do misoprostol.

- E quando acabou o efeito do remédio? Como você se sentiu?
- E hoje? como você se sente em relação a tudo isso?
- Ainda tem alguma relação com seu parceiro? Conversa com ele sobre isso?
- Consegue falar sobre com família e amigos atualmente? Consegue me contar como foi quando conversou?
- Precisou falar a respeito com algum profissional de saúde depois de ter feito? Como se sentiu?
- Você já havia falado sobre essa experiência anteriormente?
- Já havia discutido sobre o tema do aborto?

APÊNDICE B

ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE

1. Qual a sua idade na época do aborto? E na época da entrevista?
2. Qual a sua raça/cor de pele?
3. Qual a sua orientação sexual?
4. Qual a sua idade na época do aborto? E na época da entrevista?
5. Qual a sua renda mensal na época do aborto? E na época da entrevista?
6. Quantos anos de estudo tinha na época do aborto? E na época da entrevista?
7. Qual seu estado civil na época do aborto?
8. Possuía filhos na época do aborto? E na época da entrevista? Se sim, quantos?
9. Possuía religião na época do aborto? E na época da entrevista? Se sim, qual?
10. Utilizava métodos contraceptivos na época do aborto? E atualmente? Se sim, quais?
11. Sabia como utilizar esse método contraceptivo na época do aborto? E atualmente?
12. Possuía acompanhamento/contato com profissionais de saúde na época do aborto? E atualmente? Se sim, quais?
13. Quantos abortos realizou?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, de uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, **confirme oralmente no início da entrevista**. Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: **A EXPERIÊNCIA DE MULHERES COM O MISOPROSTOL NO ABORTO ILEGAL**

Em caso de dúvida, você poderá se comunicar com a Prof^a Dr^a. Clarice Chemello, coordenadora deste estudo, na Faculdade de Farmácia da UFMG, na Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627, sala 4126 bloco 4, Belo Horizonte/MG e pelo telefone (31) 3409-6999. O endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG é Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil, CEP: 31270-901. O telefone é (31) 3409-4592, o qual poderá ser procurado para resolver questões éticas e dúvidas das participantes.

Objetivos: Compreender a experiência de mulheres que interromperam uma gravidez utilizando o misoprostol.

Procedimentos: Ao aceitar participar dessa pesquisa, irá fornecer uma entrevista em caráter confidencial. A entrevista será gravada se você assim consentir. Faremos perguntas sobre a decisão pela interrupção da gravidez e processo de uso do misoprostol, as quais serão respondidas como você desejar. Antes do início da entrevista, será aplicado um questionário socioeconômico com perguntas fechadas.

Benefícios: Com a participação nesse projeto, você ajudará no recolhimento de informações sobre a realidade do aborto e embasará discussões sobre o tema no contexto de ilegalidade brasileiro.

Riscos: Não será realizado nenhum procedimento que apresente risco prejuízos ou lesões a sua vida. Algumas perguntas poderão lhe gerar desconforto, sendo seu direito decidir por respondê-las ou não.

Custos e/ou ressarcimento de despesas referentes à participação no projeto: A participação neste estudo é voluntária, portanto, não haverá nenhum custo à participante e a mesma também não receberá nenhuma remuneração para tal.

Informação sobre resultados do estudo: Os resultados do estudo, conforme norma vigente, serão publicados em revistas científicas, sempre respeitando o sigilo e o anonimato das participantes. Nunca serão fornecidos dados que lhe identifiquem ou que possam identificar-lhe. Desde o início da pesquisa, você será identificada por um codinome aleatório.

Confidencialidade: Toda a informação obtida neste estudo é confidencial e será estritamente utilizada para fins de pesquisa. Todos os dados pessoais coletados serão protegidos e incluídos numa base de dados de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. A participante poderá solicitar a qualquer momento a informação e resultados obtidos desta pesquisa relacionados com seus dados.

Direito de recusa ou desistência: A participação neste estudo é totalmente voluntária. Toda participante é livre para recusar a seguir na pesquisa em qualquer momento sem que isto lhe afete.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu concordo em participar do projeto de pesquisa intitulado **“A EXPERIÊNCIA DE MULHERES COM O MISOPROSTOL NO ABORTO ILEGAL”**

Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre o estudo, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: Belo Horizonte,

Assinatura da pesquisadora