

ENTRE JULGAR E ESCUTAR: SEXUALIDADE E ABORTO EM UM BAIRRO POPULAR

*Carmen Susana TORNQUIST**

*Denise Soares MIGUEL***

*Gláucia de Oliveira ASSIS****

Para calar a boca: rícino

Pra lavar a roupa: omo

Para viagem longa: jato

Para difíceis contas: calculadora

[...]

Para o automóvel que capota: guincho

Para fechar uma aposta: paraninfo

Para quem se comporta: brinde

Para a mulher que aborta: repouso¹.

Nando Reis (1991).

RESUMO: Este artigo apresenta algumas representações que circulam em um bairro popular de Florianópolis acerca do aborto, tendo por foco entrevistas e falas de mulheres que gozam de prestígio e autoridade na comunidade; entre elas, agentes de saúde e lideranças comunitárias. A pesquisa recorreu a metodologias diversas e constatou que os itinerários abortivos são marcados por uma temporalidade

* UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina. Centro de Ciências Humanas e da Educação – Departamento de Ciências Humanas. Florianópolis – SC – Brasil. 88.035-001 – carmentornquist@hotmail.com

** UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina. Centro de Ciências Humanas e da Educação – Departamento de Pedagogia. Florianópolis – SC – Brasil. 88.035-001 – desomi@uol.com.br

*** UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina. Centro de Ciências Humanas e da Educação – Departamento de Ciências Humanas. Florianópolis – SC – Brasil. 88.035-001 – galssis@hotmail.com

¹ *Diariamente*, composição de Nando Reis interpretada por Marisa Monte.

específica, da qual participam outras mulheres e na qual os procedimentos tradicionais se articulam com o uso recorrente do misoprostol. O tipo de substância e as formas de usar estes métodos indicam diferenças entre o popular “testar ou fazer descer” e o abortar, propriamente dito. Embora neste bairro predomine um discurso contrário ao aborto (à exceção do decorrente de estupro), observou-se também, principalmente à luz de casos concretos, uma postura mais branda em relação às mulheres que decidem suspender uma gravidez em curso, sintetizada na expressão “prefiro não julgar”².

PALAVRAS-CHAVE: Itinerários abortivos. Grupos populares urbanos. Sexualidade.

No dia da reunião semanal de planejamento das agentes comunitárias na Unidade de Saúde, realizamos os grupos focais sobre o tema do aborto, uma das técnicas mais difíceis de levar a cabo em nossa pesquisa sobre contracepção e aborto no Bairro Mãe de Deus.³ No primeiro grupo, composto somente por mulheres, logo de início, após exposição dos propósitos de nossa pesquisa, Amélia, uma das líderes, levantou-se da cadeira e declarou francamente sua opinião acerca do assunto: “somos contra”; “achamos errado [o aborto] e fazemos de tudo para evitar que uma mulher grávida faça este tipo de coisa”.⁴ As primeiras rodadas de falas não deixavam dúvida que o recurso à interrupção voluntária de uma gravidez era comum no bairro, presenciado cotidianamente pelas Agentes Comunitárias de Saúde (doravante, ACS). Algumas citaram diversos casos que conseguiram evitar, motivo de orgulho e estímulo à ação comunitária em saúde: fazer de tudo para evitar que as “pacientes” ponham fim a uma vida. “Hoje ela me agradece pelo bem que lhe fiz; o menino está com sete anos, lindo e saudável!”. Frase emblemática, dita com satisfação e escutada com atenção.

O debate acalorado permitiu virem à tona as motivações morais e religiosas das ACS, de pronto explicitadas, suficientemente claras para mostrar que o aborto, longe de ser tratado como questão de saúde pública, é considerado, desde o ponto de vista moral, prática leviana e irresponsável. Uma das falas mais comuns neste sentido é que muitas mulheres recorrem a essa prática por representar uma solução simples e por não quererem assumir as consequências de seus atos. Não obstante esta aparente unanimidade, sob um olhar mais atento ao grupo, podem-se perceber

² Agradecemos a leitura em primeira mão e sugestões de Rozeli Maria Porto.

³ Todos os nomes de localidades e das pessoas entrevistadas são fictícios.

⁴ Utilizaremos aspas para indicar as expressões e falas das pessoas entrevistadas e/ou registradas em diário de campo.

discordâncias a respeito. Isabel, outra ACS, conseguiu, enfim, tomar a palavra, monopolizada pelas mais entusiastas – e pôde, então, expressar seu desacordo com a ideia que parecia dominar neste primeiro tempo da conversa. Sem mexer uma só parte de seu corpo, calma e pausadamente – mas não sem se emocionar – falou:

Não é bem assim. Antes de julgar o que ela fez deveríamos pensar no seu desespero, na sua condição de ter ou não este filho, no que significaria ter um filho naquele momento. A gente tem que pensar que não é fácil fazer uma coisa proibida e condenada, e que todos sabem que tem riscos. Ela não é um monstro por ter pensado no seu querer, nas condições de criar este filho, que ela não fez sozinha. Certamente não foi fácil ela decidir pelo aborto; ela deve ter sofrido bastante, e – quem sabe – sofre e se culpa até hoje. Por isso, eu prefiro não julgar.

É com esta posição, assumida com dificuldade e coragem por Isabel, que queremos iniciar nosso recorte da pesquisa realizada em um bairro da periferia de Florianópolis⁵, tendo por objetivo analisar as representações que circulam sobre contracepção e aborto.

Utilizaremos, neste artigo, dados coletados a partir de dois procedimentos metodológicos que procuramos combinar no trabalho: uma etapa de natureza qualitativa, que envolveu observação participante realizada em duas comunidades do bairro e na Unidade de Saúde, 30 entrevistas semiestruturadas (16 com mulheres, 7 com homens e 7 com profissionais de saúde e educadoras/es que atuam na região), e dois grupos focais realizados com ACS, do Programa Saúde da Família (PSF). O material qualitativo foi analisado com base na análise de conteúdo. Os dados do *survey* realizado no bairro, através de uma amostra de 610 questionários, permitiram traçar um perfil socioeconômico da população, bem como captar informações sobre práticas contraceptivas e aborto.

O bairro Mãe de Deus, universo escolhido, o foi por dois motivos. Primeiro, pela inserção prévia da equipe em algumas de suas comunidades, facilitando o acesso aos/às moradores/as para tratar de tema tão delicado e íntimo. Segundo, por ser um dos bairros mais pobres e populosos da cidade, classificado – em função da baixa renda familiar de seus moradores/as (72,1% da população da região ganha até dois salários mínimos e meio), da precariedade habitacional e dos equipamentos coletivos existentes – como área de interesse social – AIS – pelos órgãos públicos. Registramos, na pesquisa quantitativa, que a escolaridade, tão valorizada pela

⁵ Pesquisa Práticas Contraceptivas e Abortos em Grupos Populares Urbanos em Florianópolis, financiada pelo Edital MCT/CNP/MS-SCTIE-DECIT/CT – Saúde nº 022/2007, coordenado por Carmen Susana Tornquist, com a participação de pesquisadoras/es e bolsistas de iniciação científica do Laboratório de Relações de Gênero e Família – LABGEF/FAED/UDESC.

população entrevistada no plano discursivo, é bastante baixa no bairro⁶. Nosso interesse neste recorte de classe consistia em fazer um estudo sobre aborto com mulheres pobres, as principais vítimas do aborto clandestino e inseguro no Brasil (DINIZ; CORRÊA, 2008; BRASIL, 2008) e compreender como as pessoas do bairro discursam sobre ele e de que maneira o representam. A escolha do bairro Mãe de Deus, não obstante algumas heterogeneidades internas entre as diversas comunidades que o compõem, deveu-se à noção de que os seus moradores e moradoras partilham de uma experiência de classe comum, dimensão que atravessa a organização familiar, os significados dos filhos e a experiência da maternidade, à qual, a nosso ver, conectam-se as representações sobre o aborto.

Mãe de Deus: entre fatos e relatos

Isabel, a agente de saúde que citamos acima, é uma mulher de 25 anos, casada, mãe de dois filhos. Depois do grupo focal, ao qual nos referimos, ela aceitou prontamente nosso convite para uma entrevista. Assim como boa parte dos moradores do bairro Mãe de Deus, ela migrou pequena para a capital, com sua família de origem do planalto serrano, região que conheceu nas últimas décadas uma forte concentração da terra e expulsão de boa parte de sua população pobre (na maioria, cabocla). Aqui, tentou concluir os estudos, mas desistiu. Assim como outras jovens do bairro, por vários motivos parou de estudar; entre eles, ter-se apaixonado por um rapaz (seu atual marido), ter engravidado e passado a “morar junto”. Como a grande maioria (38,1%) da população entrevistada, declarou-se católica, mas não se considera praticante; também se afirma espírita. Ela recorre a métodos contraceptivos (injeção) para evitar ter outros filhos e divide com o marido a responsabilidade de manter o lar. Eles vivem em casa própria, que, em termos de ocupação, corresponde à média do bairro: quatro pessoas por domicílio.

É agente comunitária de saúde há alguns anos, e considera que muitas colegas são pouco sensíveis a situações como a que narrou no grupo, como se desconhecessem os sofrimentos por que muitas mulheres passam quando se deparam com uma gravidez não planejada. Isabel assume a mesma veemência demonstrada no grupo focal diante das colegas, afirmando que uma mulher, quando aborta, deve

⁶ No capítulo 4 do Relatório Final da Pesquisa (2011), Denise Soares Miguel e Gláucia de Oliveira Assis analisam os dados do *survey* e constatam que 40,2% do total dos entrevistados não concluiu o ensino fundamental e que, deste universo, 45,4% são mulheres, numa diferença significativa em relação aos homens (34,2%). Confirmando a precária escolarização da população do bairro, os resultados do IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica, Anos Finais, 2009) indicam que a escola que atende a região está entre as que têm os mais baixos indicadores do estado de Santa Catarina.

ter suas razões, entre elas as dificuldades acarretadas pela criação de filhos, tanto pelos encargos materiais, quanto pelos simbólicos. Comenta, ainda, que em sua microárea de trabalho⁷ já presenciou o “**desespero** das mulheres [diante de uma gravidez não planejada]”, expressão bastante usada no bairro. Acha, como a Amélia, a outra líder a que nos referimos no início do texto, que as mulheres deveriam ser poupadas das **pregações** realizadas por algumas agentes comunitárias. De fato, com cerca de 50 anos de idade, ao tomar a palavra com rapidez e determinação, Amélia, logo no primeiro momento do grupo focal, apresentou suas credenciais religiosas, declarando-se evangélica. Este dado é interessante, pois o Posto de Saúde, num certo sentido, espelha o crescimento dos evangélicos no bairro (eles são hoje 24,5% do total da população). Rechaça com absoluta convicção o aborto e diz que, “antes de mais nada, devemos defender a vida”. Sua veemência é aplaudida por outras colegas e seguida por outros depoimentos condenatórios.

Nesta argumentação desponta uma referência recorrente entre as agentes de saúde: a ideia de que o aborto é usado como forma de contracepção frequente na comunidade. Amélia associa diretamente o aborto ao “mundo das drogas”, no qual estariam presentes também práticas sexuais promíscuas e a circulação de medicamentos proibidos, em especial o *Cytotec* (misoprostol), num discurso que criminaliza essa prática. Em seu depoimento, destaca como contraponto moral seu exemplo pessoal: uma mãe devotada à família e aos filhos, chamando a atenção para seu papel materno (um valor bastante caro a este grupo). Nesse argumento, é seguida por outras mulheres, que também ponderam sobre suas experiências pessoais, declarando terem tido gestações não planejadas que assumiram com coragem e determinação, resultando em “filhos hoje crescidos, lindos, saudáveis e maravilhosos”. Amélia chama a atenção por sua voz forte e determinada, por sua postura firme que, ainda de forma exacerbada, mostra o papel das agentes comunitárias de saúde no Bairro Mãe de Deus, ideia partilhada por Kátia:

Ela disse que abortou porque não tinha muitos recursos. Mas é a vida, né? Vai trabalhar! Eu me separei, quando eu tinha dois filhos grandes já. Depois eu tive mais um, do meu esposo, pai dos dois, mas quando eu descobri que eu tava grávida eu já tinha me separado. Quer dizer: eu me separei com um mês de gestação. Aí o que é que eu vou fazer? Vou tirar, porque tô sem emprego? Porque eu to [...] coitadinha de mim? [Eu] comi o pão que o diabo amassou, mas tá aí o filho, de doze anos.

⁷ Microárea é a unidade mínima utilizada pelo Programa de Saúde da Família – PSF –, que corresponde ao princípio da territorialização da saúde. Neste bairro, existem seis microáreas, para cada uma das quais há quatro agentes comunitárias de saúde, coordenadas por um enfermeira.

Amélia, Kátia e Isabel, com suas posturas distintas, ocupam um lugar instigante na comunidade: são agentes comunitárias de saúde, que, segundo os preceitos do Programa Saúde da Família, fariam a articulação entre população e o serviço de saúde, ou entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde. Para ocuparem este posto, precisam necessariamente ser moradoras do local.

Embora a expectativa de que sua atuação tenha um caráter mais comunitário do que técnico, as ACSs são integrantes da equipe de saúde. Não podemos atribuir a elas o mesmo *ethos* profissional de uma enfermeira ou técnico em enfermagem, em função de notáveis diferenças de escolaridade e conhecimentos especializados. No entanto, elas parecem investir-se da autoridade conferida por este pertencimento, que se materializa nos inconfundíveis aventais azuis, com os quais sempre são vistas no dia-a-dia da comunidade. Gostam de servir como referência e apoio quando pesquisadores querem entrar em áreas consideradas perigosas; falam com orgulho das campanhas de saúde nas quais desempenham um papel importante; falam de suas microáreas como se fossem seus territórios, espaços de poder. Utilizam expressões do jargão médico, mas frequentemente se confundem diante de dúvidas e perguntas feitas pelas moradoras, com quem se identificam por sua experiência social, sobretudo quando se tratam de pontos mais precisos acerca de bulas, processos corporais, doenças e sintomas. Não raro, são tratadas por seus superiores com toda a indelicadeza e aspereza em razão do lugar que lhes é conferido na hierarquia do serviço biomédico – o escalão mais baixo –, mas não deixam de emitir pareceres taxativos e veementes diante de situações como as que tratamos no grupo focal, que as tocam enquanto sujeitos e não enquanto profissionais. Por tudo isso, sua atividade profissional situa-se na fronteira entre o trabalho e a atividade comunitária junto aos moradores, o que torna ambígua sua atuação.

É interessante observar o quanto seu trabalho, nos marcos do Programa Saúde da Família, neste universo em particular, reproduz noções conservadoras no que tange à saúde da(s) mulher(es), associada à noção de ciclos biológicos, bem como à suposição da heteronormatividade, tendo por foco a maternidade e a reprodução (MALUF, 2010). Tal perspectiva não causa exatamente espanto, se ampliarmos nossa mirada aos processos históricos que configuraram a medicina no mundo ocidental e no Brasil, considerando, em especial, as classes populares, principal alvo das atuais políticas públicas de saúde. Expressões utilizadas com frequência pelas agentes de saúde – como “buscar as mulheres *da minha área*”, “trazer uma criança *da minha área*” – não chegam a ser tão fortes como as utilizadas para falar das atitudes diante das mulheres que manifestam algum desejo de interromper a gravidez, como podemos ver abaixo:

Eu, particularmente, sou contra o aborto! A qualquer preço, a qualquer custo! Eu me atravesso na frente de qualquer pessoa se falar pra mim que vai fazer um aborto! Eu tenho uma pessoa que eu conheço que falou pra mim que ia fazer um aborto com um dinheiro na mão e disse: ‘eu vou pagar R\$120,00 reais pra mim fazê o aborto, hoje!’. E eu falei pra ela, levantei, **peguei uma faca e disse assim pra ela: ‘Vai fazer um aborto, mesmo?’** Ela disse: ‘Eu tô de três meses de gestação, eu não quero essa criança, vou provocar o aborto!’. Eu disse: ‘Então se mata!’. Porque eu disse: ‘tá teu filho aqui, ó! Esse aqui tem dois anos! Mata esse aqui, ó! Porque você vai tá matando de qualquer forma o filho’ [...] E hoje eu quero dizer pra vocês que **eu me sinto, assim, feliz, porque eu evitei um aborto!** Essa criança hoje tem quatro anos, é meu afilhado, e assim, é maravilhoso eu saber, assim, que essa criança hoje anda! E seria muito triste pra mim se eu soubesse que eu tinha deixado ela entrar numa farmácia e provocar esse aborto! Porque eu sabia que não tinha volta, Cytotec mata e mata mesmo! É questão de horas! Não dura dois dias, três dias, quatro dias, como ela falou! Eu sou contra o aborto. (JOANA, Agente Comunitária de Saúde).

Esta ACS mostra seu sentimento de responsabilidade e poder sobre as mulheres de **sua área**, recorrendo a argumentos fortes que, ao que tudo indica, surtiram tal efeito que hoje ela é madrinha da criança que “salvou”. Esta espécie de “polícia da barriga”, como sugere Flávia Motta (2011), é partilhada por várias agentes comunitárias, como Ione, que nos disse, numa entrevista:

Deus o livre [se a gente] descobre uma grávida que perdeu o filho, a gente sai dando um tiro pra saber o que houve, o que aconteceu, né? Porque, não pode, e até a gente chegar aonde, o que é que aconteceu pra vê se não provocou um aborto, porque hoje tem o Conselho [de Saúde] que tá em cima de tudo isso, né? É por isso que às vezes a gente faz as campanhas [...] **Aí a gente fica vigiando. A gente investiga**, a gente marca uma consulta. É [...] **elas tem que se expor**, né? A gente não pode chegar e... Elas têm que chegar, conversar, porque assim, a gente faz exame.

As ACSs, com suas atuações vigilantes, sugerem mecanismos de controle que podem ser acionados na relação das usuárias com o serviço de saúde. Sabemos que a medicina – e, mais do que tudo, a medicina destinada aos pobres – dedicou-se, historicamente, a invadir os espaços domésticos e as famílias em prol de uma missão moralizadora e higiênica (DONZELOT, 1982). Esta medicina esteve, desde suas origens, ligada ao controle da população (FOUCAULT, 1984); por isso, preocupações com a gestão da sexualidade e da saúde das mulheres colocam a mulher

na linha-de-frente das preocupações biopolíticas, num processo de “politização da maternidade” (MEYER, 2005), que, se não chega a ser novo, não cessa de se renovar na contemporaneidade. Neste sentido, a redução da figura da mulher ao papel social da mãe se tem reproduzido infinitamente. No universo do bairro Mãe de Deus, de fato, a valorização da maternidade é visível, mesmo que atualmente uma parcela das mulheres recorra a métodos contraceptivos para controlar o número de filhos. Isto, em geral, acontece após o nascimento do primeiro filho. Muitas foram mães jovens, como observado em outros estudos sobre reprodução entre jovens brasileiros (HEILBORN et al., 2006), junto aos quais se constata que a maternidade é um componente da feminilidade muito valorizado, o que implica que tenham o primeiro filho bastante jovens.

Assim também ocorre no Bairro Mãe de Deus. Aqui constatamos que a maior concentração de casos de primeira gravidez se encontra na faixa etária de 16 a 19 anos. Se somada à faixa de 12 a 15 anos, pode-se afirmar que mais de 50% das pessoas entrevistadas no bairro engravidou até os 19 anos. Fazendo eco a vários outros estudos realizados no Brasil, como os conhecidos trabalhos de Cintia Sarti (1996), Claudia Fonseca (1996, 2004) entre outros, a experiência social da maternidade de fato garante um lugar social fortemente valorizado, mesmo que a “maternagem”, enquanto trabalho social, seja dividida (compartilhada ou “emprestada”) com outras mulheres que não sejam as mães biológicas. Portanto, embora com todas as dificuldades de uma gravidez aparentemente não planejada, a maternidade significa para essas mulheres um rito de passagem da posição de filhas para a de mulher, adulta e mãe, como detalharemos adiante. Não que inexistam outros projetos e desejos para além da maternidade, particularmente entre as famílias que conseguem algum tipo de sucesso escolar e inserção profissional mais próxima das camadas médias. Mesmo nesses casos, os projetos se colocam após o nascimento do primeiro filho.

É neste contexto, também, que encontramos Maria, embora destituída do poder que as agentes comunitárias parecem ter. Reconhecida liderança na comunidade em que vive, é uma extrovertida mulher de 59 anos, que migrou para a capital há mais de três décadas, com alguns de seus irmãos, mas mantém laços com a família de origem na área rural, não muito longe dali. Viúva do primeiro marido, com quem teve um filho, depois de várias tentativas de engravidar, trabalhou em diversos lugares, numa trajetória laboral instável, aos nossos olhos, mas bastante comum em seu contexto. Sua profissão na carteira de trabalho é de cozinheira. Ela concluiu o ensino fundamental, mas tem grandes dificuldades de manejar a língua escrita (como a maioria das pessoas do bairro, dos mais jovens aos mais velhos). Valoriza muito os estudos, orgulhando-se de seu filho “que já fez até mestrado”. É católica de formação e considera-se, a seu modo, praticante. É também uma das

lideranças comunitárias que encabeçaram o movimento pela moradia, com forte penetração da Teologia da Libertação, que, no início dos anos 1990, logrou obter seu terreno e, pelo regime de mutirão, construir sua casa depois de meses “embaixo da lona”, como costuma lembrar. Seu atual companheiro também está envolvido nas mobilizações do bairro, e em projetos socioeducativos que lhe conferem um salário, junto com a aposentadoria de Maria (aposentada por invalidez, em função de problemas de saúde).

Assim como vários/as moradores/as, Maria pertence à categoria dos “encostados” e dos que “estão na perícia” por problemas de saúde, mas que, mesmo assim, complementam esta pequena renda com serviços eventuais, como encomendas de doces e salgados, atividades ligadas à costura, algum trabalho para alguma ONG ou, eventualmente, como cabos eleitorais. Maria detém vários saberes no âmbito do que outrora chamaríamos de *mundo das mulheres*, e é reconhecida por isto por várias vizinhas. Deste seu mundo, faz parte um singelo quintal com plantas e ervas. Em sua caminhada com os colegas a Teologia da Libertação adquiriu a habilidade em lidar com autoridades, potencializada nos “tempos da ocupação”, o que revela até hoje, gozando, inclusive, de bom trânsito com as autoridades médicas. Maria nos conta sobre suas idas e vindas, entre plantas medicinais e consultórios, entre o mundo privado e público, uma situação emblemática:

Tem outras (mulheres) que tomam aquele comprimido de estômago [...] Um dia desses tive um problema e fui no médico e pedi, e ele me deu mas não era bem pra mim, mas eu pensei que era pra alguém que tava com dor de estômago, depois eu fui saber, **eu nem sabia que aquilo aborta**, e aborta mesmo. E eu dei... uma pessoa pediu pra mim comprar. ‘Ah, tu pega aquilo, aí compra, eu quero pra mim porque eu tenho muita dor no estômago’. Depois ela disse: ‘**Mãe! Isso foi pra abortar!**’ [...] Eu tinha uma gastrite e o médico me deu aquele comprimido, eu não gosto daquele comprimido, cheguei e não tomei, botei a receita do lado e não tomei, não comprei. Uma pessoa viu aquela receita na minha mão, ‘Ah! tens a receita de tal remédio!’, mas eu era tontona eu não sei pra que servia, aí ‘compra, eu te dou o dinheiro pra ti comprar, eu tenho esse negócio no estômago, é difícil pegar essa receita’. E eu comprei [...] **Ela pediu pra mim comprar e eu comprei**. Segundo o que diz o povo, ela tava grávida e tinha uma filha grávida e as duas abortaram com remédio também. Eu dei não, eu comprei, eu comprei com o dinheiro deles. Diz que a mãe tava grávida e a filha tava grávida. **Estavam atrás do comprimido**, acharam eu boba que tava com o comprimido na mão. É esse tratamento, é tratamento que você compra, pra quem tem úlcera no estômago.

Maria refere-se a uma situação anterior a 1991, quando no Brasil ainda era possível adquirir o comprimido de misoprostol de forma legal, desde que com receita médica, o que ela fez, aparentemente de forma ingênua e “tonta”, características que destoam da reconhecida esperteza com que construiu sua trajetória política. Hoje, o acesso ao Cytotec é controlado, sendo apenas fornecido pelas e nas instituições de saúde para indução de trabalho de parto e/ou conclusão de abortos voluntários, como abortivo para os casos de aborto legal, ainda que, nesta situação, de forma bem tímida e pontual. A suposta ingenuidade com que adquirira a receita para uma conhecida teria feito Maria fornecer as folhas de arruda cultivada em seu quintal para moradoras do bairro, com apoio de Ana, outra vizinha, como conta:

Se você dá arruda quando a pessoa tá grávida e aborta, o pé de arruda morre. E o meu morreu, e eu dei pr'um monte de gente [...] O Dilvo [seu marido] dizia, ‘não dê arruda! Quando abortar teu pés de arruda vão junto’. Ana: ‘É bom pras energias, também. Mas se a pessoa vai pegar na intenção disso. Porque é a **coisa mais ruim** do mundo, e tu queres tomar um chá daquilo. Coisa mais **fedida** que não sei o quê’. Maria: ‘E a pessoa não sabe, porque eu não vou perguntar pra ti, se eu pedir: ‘Maria me dá uma arruda’, a Maria não vai me perguntar: ‘Tu tá grávida?’ [...] **Mas quem toma chá de arruda a gente já sabe pra que quê é, né?** É, porque tá grávida, né?’ Maria: ‘Catinguento mesmo que estás doido! Pois é, e o meu morreu, e o Dilvo dizia quando alguém abortar com arruda, você vai ficar sabendo’.

Maria, apesar do alegado desconhecimento dos efeitos do chá, demonstra em seu diálogo com a amiga que seu apoio repousa em um acordo tácito que estabelece com as mulheres que lhe solicitaram esta ajuda, o que não condiz com a opinião proclamada por ela, francamente contrária ao aborto, permeada por vários argumentos em defesa da vida. De certa forma, sua postura se aproxima da que é defendida por Isabel (“prefiro não julgar”), postura que parece ser bastante sensível à escolha da mulher que decide não levar adiante uma gravidez por razões que lhe são particulares, e, portanto, adequadas ao seu caso.

As conversas de Maria e Ana trazem vários pontos importantes, representativos de como o aborto é vivenciado no bairro: apesar de se tratar de um assunto do qual são as mulheres que participam de forma mais próxima, os homens também o comentam. Parece que, face à adesão das mulheres ao Cytotec nos últimos anos, a participação masculina se tornou mais visível, talvez em razão de seu aspecto mais *clean*, representado pelo fármaco (ARILHA; BARBOSA, 1993) ou de sua circulação em redes de comércio clandestino, nas quais a presença

masculina é significativa, observada particularmente em vários países nos quais o aborto é proibido (MANTILLA, 2010). Mas a presença marcante de outras mulheres no itinerário abortivo é recorrente em Mãe de Deus e pode incluir tanto mulheres como Maria, liderança política, quanto Amélia, Joana e Isabel, agentes comunitárias de saúde, que, de formas distintas, não deixam de fazer parte do período de reflexões que o itinerário demarca.

Nas narrativas dessas mulheres, percebem-se também diferenças de significado entre regularizar a menstruação (na expressão êmica, “fazer descer” ou “testar”) e o aborto, propriamente dito, que podem ser tênues, como se observa no diálogo abaixo:

Iara: Se for atraso mesmo, aí desce. Agora se não for atraso... Eu tomei arruda [...] tem outra erva também que é queimada, bota as três ervas, que é a arruda, a... como é que? Aquela... a noz moscada [...] Aí eu... tomei queimada de arruda. Aí eu botei arruda, noz moscada e canela junto com cachaça, botei a cachaça dentro. [...]. É o mesmo chá para as duas coisas (provocar a menstruação ou abortar). Tem outro também, que é vendido na farmácia... Elixir Xavier. Toma aquele ali. Se tiver atrasada, desce, se não tiver assim, muito tempo [...] **Não creio que sai não. Aí não é gravidez.**

Ou, ainda Maria, que diz que “se a pessoa faz tudo que não pode, toma chazinho, faz tudo que não pode, deve até ser aborto, mas aí eu nem considero que é aborto, **porque se está testando**” (grifos nossos). As fronteiras entre fazer descer e abortar são complexas e tênues, não sendo nunca **universais**, nem tampouco meramente fisiológicas: são as representações de pessoa e de corpo que estão presentes neste processo, nestas construções, portanto, histórica e culturalmente situadas. A história das mulheres está plena de exemplos que mostram esta diferença entre regularizar uma menstruação atrasada, outrora não considerada aborto, e a prática do aborto⁸. Nos relatos escutados em Mãe de Deus, observamos que, ao tomar um chá ou carregar peso, ou ainda ao recorrer a outras estratégias para “fazer descer”, as mulheres não pensam que exista necessariamente uma *pessoa*, concepção presente na representação mais corrente do aborto. A ideia de testar estes procedimentos indicaria a dúvida. Diante de sua ineficácia, aí sim se estaria diante de uma gravidez confirmada, e as mulheres teriam que decidir se abortariam ou não.

⁸ Observa-se que a interrupção da gravidez era uma prática costumeira até o século passado, no caso de Santa Catarina (PEDRO, 1998). Passou a ser condenada moralmente ao longo do século XX, a partir da instituição dos discursos médicos e jurídicos, que contaram com a divulgação pelos jornais.

Itinerários de contracepção e aborto: um tempo subjetivo e compartilhado antes de escolher

Recorremos à noção de **itinerário abortivo**, reportando-nos ao conceito de **itinerário terapêutico**, pois nos pareceu bom para pensar a situação de uma gravidez não planejada. Diante de doenças, aflições e sofrimentos, as pessoas recorrem a um repertório de estratégias que aliviem ou eliminem seus infortúnios, demarcado por narrativas sobre as doenças e/ou sofrimentos, nas quais se elabora e compartilha a experiência da doença (LANGDON, 1996). Neste processo, a busca por substâncias como chás, bebidas, remédios⁹ e, por fim, medicamentos, além de receitas médicas, bulas orais e endereços, é compartilhada nas relações sociais entre vizinhas, amigas, parceiros e parentes, e pode envolver profissionais de saúde e outros. O que indica que o itinerário é também – e sempre – um percurso subjetivo, um período de tempo em que a mulher pode, diante dos sinais de seu próprio corpo e das reações que tal estado provoca entre os seus (parceiro, familiares, amigas, agentes comunitárias), decidir se vai “ter” ou “não ter” aquele filho. No caso do bairro Mãe de Deus, a análise das entrevistas e os dados do *survey* indicam que a gravidez não planejada faz parte da vida cotidiana de mulheres e homens jovens.

Aqui as adolescentes **querem ter filhos**, não é (uma) gravidez indesejada. Quando se inicia o pré-natal sempre perguntamos se a gravidez foi planejada, elas informam que não. Perguntamos qual foi o método usado, não usaram nenhum, **isso configura gravidez planejada. Infelizmente é uma gravidez planejada**, isto devido as suas realidades em casa. Em muitos casos as meninas engravidam para fugir da violência doméstica, incluindo o estupro, e aí vão morar com a sogra (SILVIA, profissional de saúde).

A fala de Silvia acentua sua percepção de que **existe um desejo de ser mãe que é do local** – comum entre moças de classes populares – e que também poderia estar associada ao desejo de sair da esfera de influência e de violência, segundo ela, da família de origem, como apontam outros estudos sobre o tema (SARTI, 1996; MADEIRA, 1997). Ou seja, a ausência de planejamento de uma gravidez não significa ausência de **desejo** em ser mãe e/ou pai, pois é preciso considerar que as ações (e relações) humanas são marcadas pela imprevisibilidade e atravessadas por dimensões inconscientes (SCAVONE, 2004). Por este motivo, não usamos a expressão gravidez indesejada, mas gravidez não planejada (BERRO; GÓMEZ, 2009). No bairro Mãe de Deus, observa-se, que de 37,2% dos pesquisados afirmaram

⁹ Consideramos remédios substâncias com fins terapêuticos, como ervas, chás, etc.; já medicamentos indicam, forçosamente, remédios farmacológicos, sintetizados em laboratório.

desejar ter um filho e planejaram a gravidez. Esta observação nos é particularmente cara, pois é notório que em Mãe de Deus a primeira gravidez (classificada, em geral, como “adolescente” pelos profissionais de saúde) assinala um estatuto de inequívoco prestígio de maioridade no grupo familiar e nas redes sociais mais amplas, que se articula, posteriormente, com a busca pelo controle da fecundidade, uma vez que o primeiro filho já assinala o estatuto de mãe e mulher adulta, como já apontaram vários estudos sobre o tema (SARTI, 1996; FONSECA, 2004; MADEIRA, 1997; HEILBORN et al., 2006). Talvez por isso a primeira gravidez seja tão almejada entre as jovens, como afirma Silvia, pois assinala seu rito de passagem para a vida adulta na nova condição de mulher e mãe, sendo seguida, em geral, pela preocupação em evitar outras gestações, preocupação aplaudida e apoiada pelos profissionais de saúde e educadores.

Essas trajetórias contraceptivas puderam ser delineadas para um grupo mais amplo, a partir do *survey*, evidenciando que a gravidez não planejada está presente no cotidiano das comunidades. Quando perguntamos a idade da primeira gravidez para homens e mulheres, constatamos que 38,7%, dentre eles viveram a primeira gravidez de suas companheiras entre 16 e 19 anos e 28,5%, entre 20 e 23 anos, com predomínio da primeira gravidez nessas faixas etárias. Encontramos um percentual de 12,3% de mulheres que engravidaram pela primeira vez entre os 12 aos 15 anos; 44,4%, dos 16 aos 19 anos; 24,3%, na idade de 20 a 23 anos. A partir dos 23 anos, decresce a experiência da primeira gravidez para ambos os sexos. É na faixa etária dos 16 aos 19 anos que ocorre a maior concentração de homens e mulheres que vivenciaram pela primeira vez uma gravidez. Se somarmos a faixa etária de 12 a 15 anos (pré-adolescência e adolescência¹⁰), mais de 50% das pessoas entrevistadas no bairro experimentaram a primeira gravidez até os 19 anos.

Este dado corrobora a interpretação de Silvia sobre o fato de que os jovens, mesmo não planejando a gravidez, a *desejam*, já que não recorrem a anticoncepcionais, não por falta de informação sobre o tema, pois esta circula em diversas formas pelo bairro (nas salas de aula formais e nos diversos cursos oferecidos por ONGs e associações). Ao observarmos as respostas sobre por que acham que esta gravidez aconteceu, 20,7% dos entrevistados responderam que a esperavam, sendo mais significativo este desejo por parte das mulheres (23,7%) do que dos homens (16,5%). Para 91,1% dos entrevistados, a primeira gravidez resultou no nascimento de uma criança. É interessante observar que para 8,1% dos entrevistados a gravidez resultou em aborto espontâneo, sendo 11,4% mulheres, 3,3% homens; apenas 0,4% dos entrevistados disseram que resultou em aborto provocado.

¹⁰ Faixa etária estabelecida pela Organização Mundial de Saúde.

Como a categoria aborto espontâneo é um termo médico, que pode ser utilizado com outro sentido pelos entrevistados, consideramos que essa resposta pode incluir os casos de abortos provocados por chás, por carregamento de peso, por ingerência de comprimidos, ou por procedimentos que, conforme os relatos qualitativos apresentados, indicam estratégias que “fazem descer a menstruação” e não são consideradas aborto pela população. A criminalização do aborto e sua condenação moral podem fazer com que as pessoas deem esse tipo de resposta que disfarça o aborto provocado sob a categoria de aborto espontâneo. Destacamos, também, mesmo considerando os constrangimentos provocados pela pesquisa, que há uma contradição no posicionamento dos entrevistados, pois a maioria (90,5%) afirmou nunca haver tentado ou ajudado a interromper uma gravidez; entretanto, admitiu (52,5%) conhecer alguma mulher que já fez aborto. Uma parte deste universo conhece, inclusive, o que as mulheres fizeram para isso acontecer: quase todos/as indicaram o *comprimido* (misoprostol) como o método mais utilizado. Estes dados sugerem que os itinerários abortivos são compartilhados entre os moradores de Mãe de Deus. Além disto, revelam a popularidade do uso do comprimido, evidenciando que, em geral, ele é adquirido nas redes clandestinas do bairro ou da cidade, por onde circula com relativa facilidade¹¹.

Ao iniciarmos esse artigo com a fala de Isabel, procuramos dar visibilidade a manifestações que, embora contrárias ao aborto, não condenam as mulheres que por algum motivo o praticaram. Na análise dos dados quantitativos, observamos que as percepções desta população sobre as pessoas que fizeram o aborto são diversas: 54,4% consideram que a decisão foi errada; 8,1%, afirmam que essa teria sido a melhor decisão no momento da vida daquela mulher; 4,4%, dizem que a decisão teria sido precipitada; para 4,4% a decisão é pecado; 2,7% dos perguntados consideram crime a decisão da mulher em realizar o aborto. Os entrevistados que *preferem não julgar* a decisão da mulher, como Isabel, somam 12,1%. Estes dados sugerem a ambiguidade das posições, pois, ao mesmo tempo em que no plano privado os depoimentos procuram situar os contextos em que são praticados, ao responder a um questionário e diante de um/a pesquisador/a, as pessoas que conhecem e até ajudaram mulheres a fazer o aborto preferem submeter a escolha a critérios morais, que orientam as suas decisões pessoais, como vimos nos depoimentos de Amélia e de Joana, entre outros.

O fato de que estes julgamentos morais atravessem o trabalho profissional em um serviço público, que deveria pautar-se pela laicidade, antes de expressar a

¹¹ Uma análise mais detalhada acerca da popularização e apropriação do *comprimido* (misoprostol) pelos/as moradores/as do bairro está no capítulo 6 do Relatório Final desta Pesquisa (TORNUQUIST, 2011).

ascensão do conservadorismo religioso no País, estas agentes comunitárias apenas explicitam as representações hegemônicas que condenam o aborto e são partilhadas por muitos outros profissionais de saúde, tanto de forma velada quanto sob a chancela da objeção da consciência (PORTO, 2009). Ponderamos que parte dessa condenação pode ser compreendida a partir da tentativa de controlar a sexualidade feminina, eixo da dominação masculina e ponto nodal das políticas de gestão da população. Neste sentido, destacamos, dentre as representações que atravessam o discurso condenatório do aborto, uma imagem da sexualidade feminina, que trazemos a partir de algumas falas:

Tem aquelas mulheres que já tem filhos e não querem ter mais, vão lá e tiram. Mas, geralmente são adolescentes, saem pra curtir e não tem responsabilidade, volta grávida, vai lá e tira, e **curte de novo**, geralmente é o pessoal com menos de 23 anos, entre 15 e 23 anos (MONIQUE, moradora).

Monique refere-se ao “comprimido” como método contraceptivo e não como abortivo; associa-o mais às jovens que querem “curtir” essa prática, pois elas agiriam sem as responsabilidades das outras, que, ao engravidar, assumiriam a gravidez. Mas há também várias pessoas que associam o uso frequente e leviano do comprimido a mulheres reconhecidas na localidade por ostentarem uma vida sexual mais ativa, como mulheres sem parceiros fixos, prostitutas e garotas de programa, cujas práticas sexuais são moralmente condenadas pelo grupo, afirmação de Antonia ao comentar sobre uma pessoa de “sua microárea”:

É pura hipocrisia! Maior safada! [...] **Simplesmente porque abortar pra ela fica mais fácil.** Eu acho que assim só justifica os meios, né? Então que pensasse antes [...], porque tem como evitar! E elas sabem!

Porque **tem como evitar, elas sabem como evitar, e não evitam!** Então... porque eu acho que querem engravidar!” (ANTONIA, Agente Comunitária de Saúde, grifo nosso).

Outras evocam uma noção de responsabilidade: se uma mulher tem uma vida sexual, ou relações sexuais com um homem, deve se prevenir da gravidez ou das doenças sexualmente transmissíveis; ou, ainda, saber o que está fazendo, como diz Ana, também agente comunitária: “Como diz o ditado, quem está na chuva é pra se molhar. Quem não quer, não vai procurar.” As referências às mulheres que expressam um comportamento refratário ao controle sobre sua sexualidade oscilam entre acusações de falta de racionalidade, “falta de vergonha”, “irresponsabilidade”, “descontrole”, “hipocrisia”.

Este tipo de julgamento raras vezes é dirigido aos homens envolvidos nas relações. Estes, não obstante o papel ativo na reprodução e nas práticas sexuais, são isentados de sua responsabilidade na concepção, e não são acusados de exercerem uma sexualidade livre ou promíscua. Quando muito, são feitas referências à pensão alimentícia com a qual devem, em tese, comprometer-se, diante da geração de um filho. O ideal da maternidade, visto ainda como central no sistema de gênero e crucial para a honra feminina, mantém-se articulado com o rechaço às que decidem realizar um aborto, mesmo que, em algumas das situações acima comentadas, sejam toleradas. A condenação do aborto (assim como a responsabilidade sobre a contracepção) recai sobre as mulheres, ao mostrar que também em Mãe de Deus, não obstante os avanços em termos de conquistas das mulheres em diversos campos, permanecem a dominação masculina e as hierarquias de gênero que fazem recair sobre a mulher tanto a responsabilização pela gravidez, como a responsabilidade do cuidado do filho.

Françoise Héritier (2002, p.168), ao considerar que a fecundidade é o lugar central da dominação masculina, chama a atenção para a mudança drástica que teria representado para as mulheres (e para toda a sociedade) a possibilidade concreta de separação da sexualidade da reprodução:

Não é tanto a chegada dos novos meios a sua disposição que conta, mas a combinação de vários fatores, além do fato central que a contracepção se aplica ao próprio lugar da dominação [...] é a institucionalização tanto da inovação que constitui o controle da procriação pelo ser humano, como da invenção de métodos finalmente eficazes que constituem o dispositivo intrauterino e a pílula, mas o fato de que a gestão destas capacidades é confiada às mulheres que lhes conferem poder de abalar não só os usos, mas, também, as representações aceitas.

De acordo com a autora, a legalização da contracepção carrega consigo outros aspectos, como o direito ao divórcio, a escolha do cônjuge e o acesso ao trabalho, e chancelaria a elevação das mulheres à condição de sujeitos completos. Se a contracepção permitisse esta mudança nas regras do jogo, o reconhecimento ao direito ao aborto seria a “pedra no meio do caminho” a impedir a plena realização deste processo de autonomia das mulheres. Se a conquista dos direitos reprodutivos, recomendada pela Organização das Nações Unidas e subscrita pelo governo brasileiro, é bastante palatável em uma sociedade de tradição controladora, como a brasileira, a noção de direitos sexuais parece bem distante de ser implementada, como, aliás, em vários outros países do mundo (HÉRITIER, 2002).

Os dados apresentados sugerem que em Mãe de Deus o aborto se situa muito mais no discurso condenatório religioso e moral do que no campo dos direitos

reprodutivos e sexuais, e que programas como o PSF precisam incorporar o diálogo com os movimentos feministas (e vice-versa) sob pena de se reproduzir a tradição higienista que marca a assistência à saúde das mulheres no Brasil. Há um longo caminho pela frente se partilharmos da ideia de que, mais do que um direito reprodutivo, o aborto é, como diz Michèle Ferrand (2008), uma condição essencial para a emancipação das mulheres. Mesmo que a experiência da maternidade continue um dos pontos valorizados na experiência social das mulheres, como vimos em Mãe de Deus, e ter um filho tenha grande significado nessa localidade, estas mulheres, em determinadas circunstâncias decidem, de forma reflexiva, ponderada, – e não de forma leviana –, pela interrupção da gravidez. A nosso ver, as mulheres que recorrem a esta prática, apesar de sabê-la imoral e institucionalmente condenada, merecem ser tratadas pelas agentes de saúde na perspectiva assinalada por Isabel: que se abdique de julgar e condenar, mas que se lhes ofereça, singela, mas solidária e humanamente, escuta e *repouso*.

***BETWEEN JUDGING AND LISTENING: SEXUALITY AND
ABORTION IN A LOW-INCOME NEIGHBORHOOD***

ABSTRACT: *In this article we analyze some of the representations of abortion among the dwellers of a low-income neighborhood in Florianópolis by focusing on interviews with women and speeches from prominent female in the community, such as health agents and community leaders. Several methodologies were used in this research. It was observed that the abortive history is characterized by a specific temporality, which includes the participation of other women and in which the abortive traditional processes are combined with the use of misoprostol (Cytotec). The kind of substance and the usage of these different methods indicate significant differences between the process of “testing or forcing the blood out” and the abortion itself. Such differences are also moral. Although in this neighborhood the condemnatory discourses against abortion may prevail (except in situations involving victims of rape), it was also observed, especially when dealing with concrete cases, a more condescending attitude towards women who decide for having an abortion. Such condescendence is summarized in the statement: “I’d rather not judge”.*

KEYWORDS: *Abortive history. Urban popular groups. Sexuality.*

Referências

ARILHA, M.; BARBOSA, R. A experiência brasileira com o Cytotec. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.408-418, 1993.

BERRO, E. C.; GÓMEZ, A. L. **Aborto y subjetividad**: un estudio uruguayo. Montevideo, [2009]. Manuscrito.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Magnitude do aborto no Brasil**: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. Abortamento previsto em lei em situações de violência sexual. Brasília, 2008.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

DINIZ, D.; CORRÊA, M. **Aborto e saúde pública**: 20 anos de pesquisa no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

FERRAND, M. O aborto: condição para a emancipação feminina. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.16, n.2, p.653-659, 2008.

FONSECA, C. **Família, fofoca e honra**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2004.

_____. **Caminhos da adoção**. São Paulo: Contexto, 1996.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

HEILBORN, M. L. et al. (Org.). **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

HERITIER, F. **Masculino/feminino**: dissolver a hierarquia. Lisboa: Piaget, 2002.

LANGDON, E. J. **A doença como experiência**. Florianópolis: UFSC, 1996. (Coleção antropologia em primeira mão).

MADEIRA, F. R. **Quem mandou nascer mulher?** Estudo sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Record, 1997.

MALUF, S. Apresentação. In MALUF, S.; TORNQUIST, C. S. (Org.). **Gênero, saúde e aflições**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

MANTILLA, M. D. C. El aborto medicamentoso e insumos para los programas de salud sexual e reproductiva. **Umbrales**, La Paz, n.21, p.153-182, dic. 2010.

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

MOTTA, F. de M. **Não conta pra ninguém**: o aborto segundo mulheres de uma comunidade popular urbana. Florianópolis: UDESC, 2011. Relatório de pesquisa.

PEDRO, J. M. (Org.). **Práticas proibidas**: práticas costumeiras de aborto e infanticídio no século XX. Florianópolis: Editora Cidade Futura, 1998.

PORTO, R. M. **Aborto legal e o cultivo ao segredo**: dramas, práticas e representações de profissionais de saúde, feministas e agentes sociais no Brasil e em Portugal. 2009. 249 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

REIS, N. Diariamente. Intérprete: Marisa Monte. In: MONTE, M. **Mais**. [S.l.]: Emi, 1991. Faixa 9.

SARTI, C. **A família como espelho**. São Paulo: Cortez, 1996.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida**: feminismo e ciências sociais. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

TORNQUIST, C. S. et al. (Org.). Práticas contraceptivas e aborto em grupos populares urbanos. **Relatório final de pesquisa**. Florianópolis, LABGEF/UDESC, 2011.

Recebido em: 09/09/2011

Aprovado em: 14/10/2011

