



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS (PPGCS)
MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

RAVENA MARIA SOUZA FERREIRA

**A SAGA DE MARIA: UMA ANÁLISE SOCIOLÓGICA SOBRE O ACESSO AO
ABORTO LEGAL NO BRASIL**

**CAMPINA GRANDE – PB
2023**

RAVENA MARIA SOUZA FERREIRA

A SAGA DE MARIA: UMA ANÁLISE SOCIOLÓGICA SOBRE O ACESSO AO
ABORTO LEGAL NO BRASIL

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais (PPGCS), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), como requisito parcial para a aquisição do título de Mestre em Ciências Sociais.

Orientador: José Maria de Jesus Izquierdo Villota

Coorientador: Márcio de Matos Caniello

CAMPINA GRANDE – PB

F383s

Ferreira, Ravena Maria Souza.

A saga de Maria: uma análise sociológica sobre o acesso ao aborto legal no Brasil / Ravena Maria Souza Ferreira. – Campina Grande, 2023.
148 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado em Ciências sociais) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades, 2023.

"Orientação: Prof. Dr. José Maria de Jesus Izquierdo Villota, Prof. Dr. Márcio de Matos Caniello".

Referências.

1. Aborto Legal – Brasil. 2. Saúde Pública. 3. Violência de Gênero. 4. Aborto – Problema Social – Valor e Norma. I. Villota, José Maria de Jesus Izquierdo. II. Caniello, Márcio de Matos. III. Título.

CDU 173.4(043)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
POS-GRADUACAO EM CIENCIAS SOCIAIS
Rua Aprigio Veloso, 882, - Bairro Universitario, Campina Grande/PB, CEP 58429-900

FOLHA DE ASSINATURA PARA TESES E DISSERTAÇÕES

RAVENA MARIA SOUZA FERREIRA

A SAGA DE MARIA: UMA ANÁLISE
SOCIOLOGICA SOBRE O ACESSO AO ABORTO
LEGAL

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Ciências Sociais como
pré-requisito para obtenção do título de
Mestre em Ciências Sociais.

Aprovada em: 05/09/2023

Prof. Dr. José Maria de Jesus Izquierdo Villota - PPGCS/UFCG
Orientador

Profa. Dra. Elizabeth Christina de Andrade Lima - PPGCS/UFCG
Examinadora Interna

Profa. Dra. Luciana Maria Ribeiro de Oliveira - PPGS/UFPB
Examinadora Externa



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Maria Ribeiro de Oliveira, Usuário Externo**, em 05/09/2023, às 16:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



Documento assinado eletronicamente por **JOSE MARIA DE JESUS IZQUIERDO VILLOTA, PROFESSOR**, em 05/09/2023, às 16:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



Documento assinado eletronicamente por **ELIZABETH CHRISTINA DE ANDRADE LIMA, PROFESSOR(A) DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 14/09/2023, às 14:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.ufcg.edu.br/autenticidade>, informando o código verificador **3766301** e o código CRC **B7658312**.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
POS-GRADUACAO EM CIENCIAS SOCIAIS
Rua Aprigio Veloso, 882, - Bairro Universitario, Campina Grande/PB, CEP 58429-900

REGISTRO DE PRESENÇA E ASSINATURAS

ATA DA DEFESA PARA CONCESSÃO DO GRAU DE MESTRE EM CIÊNCIAS SOCIAIS, REALIZADA EM 05 DE SETEMBRO DE 2023

CANDIDATA: **Ravena Maria Souza Ferreira**. COMISSÃO EXAMINADORA: José Maria de Jesus Izquierdo Villota, Doutor, PPGCS/UFCG, Presidente da Comissão e Orientador; Eljizabeth Christina de Andrade Lima, Doutora, PPGCS/UFCG, Examinadora Interna; Luciana Maria Ribeiro de Oliveira, Doutora, PPGS/UFPB, Examinadora Externa. TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: "*A SAGA DE MARIA: uma análise sociológica sobre o acesso ao aborto legal*". ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Sociologia. HORA DE INÍCIO: 14:00h – LOCAL: Sala Virtual (Google Meet). Em sessão pública, após exposição de cerca de 45 minutos, a candidata foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo demonstrado suficiência de conhecimento e capacidade de sistematização no tema de sua dissertação, obtendo conceito APROVADA. Face à aprovação, declara o presidente da Comissão achar-se a examinada legalmente habilitada a receber o Grau de Mestre em Ciências Sociais, cabendo a Universidade Federal de Campina Grande, como de direito, providenciar a expedição do Diploma, a que a mesma faz jus. Na forma regulamentar, foi lavrada a presente ata, que é assinada por mim, RINALDO RODRIGUES DA SILVA, e os membros da Comissão Examinadora. Campina Grande, 05 de setembro de 2023.

Recomendações:

RINALDO RODRIGUES DA SILVA

Secretário Acadêmico

JOSÉ MARIA DE JESUS IZQUIERDO VILLOTA, Doutor, PPGCS/UFCG

Presidente da Comissão e Orientador

ELIZABETH CHRISTINA DE ANDRADE LIMA, Doutora, PPGCS/UFCG

Examinadora Interna

LUCIANA MARIA RIBEIRO DE OLIVEIRA, Doutora, PPGS/UFPB

Examinadora Externa

RAVENA MARIA SOUZA FERREIRA

Candidata

2 - APROVAÇÃO

2.1. Segue a presente Ata de Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata **RAVENA MARIA SOUZA FERREIRA**, assinada eletronicamente pela Comissão Examinadora acima identificada.

2.2. No caso de examinadores externos que não possuam credenciamento de usuário externo ativo no SEI, para igual assinatura eletrônica, os examinadores internos signatários certificam que os examinadores externos acima identificados participaram da defesa da dissertação e tomaram conhecimento do teor deste documento.



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Maria Ribeiro de Oliveira, Usuário Externo**, em 05/09/2023, às 16:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



Documento assinado eletronicamente por **JOSE MARIA DE JESUS IZQUIERDO VILLOTA, PROFESSOR**, em 05/09/2023, às 16:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ravena Maria Souza Ferreira, Usuário Externo**, em 05/09/2023, às 17:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



Documento assinado eletronicamente por **RINALDO RODRIGUES DA SILVA, SECRETÁRIO (A)**, em 06/09/2023, às 14:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



Documento assinado eletronicamente por **ELIZABETH CHRISTINA DE ANDRADE LIMA, PROFESSOR(A) DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 14/09/2023, às 14:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.ufcg.edu.br/autenticidade>, informando o código verificador **3766164** e o código CRC **AF2D2C6F**.

AGRADECIMENTOS

Os momentos decisivos de minha vida que antecederam e possibilitaram a realização dessa pesquisa – tanto a finalização do curso de Direito pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), quanto o andamento do mestrado em Ciências Sociais, foram sucedidos à perda de dois entes queridos, meu avô, Manuel Belo de Souza, pelo agravamento do Alzheimer, e a minha avó, Maria das Neves Amaral Souza, uma das inumeráveis vítimas do Covid – 19. Eles são as razões pelas quais faço desse tópico a minha carta de amor, de graças e despedidas. Mas não só a eles, porque não tive oportunidade de sentir a dor de suas partidas enquanto estudava incansavelmente em busca de resultados, mas também ao programa de pós-graduação (momentaneamente), porque ao alcançar o objetivo que proponho e partilhar os relatos biográficos a mim confiados, finalizo com orgulho mais um ciclo importante da minha trajetória acadêmica.

Confesso que durante esta pesquisa muitas foram as chegadas e partidas, cujas emoções atravessam minha memória e transfiguram-se na linguagem deste texto. Lembrar o processo de escrita também suscita em lembrar todos esses acontecimentos que, me alegrando ou me entristecendo, impulsionaram-me a escrever. Minha narrativa está marcada pelo período em que vivenciei minha própria solidão no interior da família e no distanciamento dos amigos, exacerbados pela pandemia do Covid – 19 e as medidas de isolamento social recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Minha escrita carrega essas marcas que transitam entre perdas e conquistas, como toda composição que é a vida. Foram muitos que caminharam junto comigo, distante ou perto, seguraram minha mão, abraçaram-me, amaram-me, disseram-me palavras que eu precisava ouvir e me acalantaram o peito quando não pude ser inteira. Toda-amor. Escrevo agradecendo e reconhecendo a ausência e o silêncio que fui. Este texto é o meu agradecimento à vida e o que nela pude conquistar, perder e amar. É a minha última carta de amor à Dona Nevinha e Seu Manuel Belo, cujos legados carrego “até a alma”.

Agradeço à minha mãe, Maria Raquel Amaral Souza Ferreira, pois de tua força brotou a minha. Intercessora que me direcionou tantas palavras de acalanto quando, em muitos momentos, eu só sabia chorar. Foi ela quem estendeu as mãos, me amparou no aconchego de seu colo e rezou, dia após dia, para que aqui eu chegasse. Eu sou o resultado das suas orações.

Ao meu pai, José Orlando Ferreira de Melo, que me ofertou, sem reservas, incentivo e amparo. Sempre preocupado com a felicidade de sua “Vevinha”, nunca mediu esforços para estampar um sorriso largo em meus lábios e lembrar-me o tamanho do meu valor;

Aos meus irmãos, Rodrigo Emanuel e Rodolfo Gabriel. A vida se torna mais leve ao brincar, sorrir e compartilhar do bom com vocês. Muitas vezes, gostaria que Rogério estivesse nesse plano conosco, desfrutando dessa rede de afeto que tecemos – não sem esforço – com o passar dos anos. Felizmente, tendo a crer que, lá do alto, ele também encontra graça no nosso humor nada convencional.

Ao meu querido orientador, Prof. Dr. José Maria de Jesus Izquierdo Villota, por todo o conhecimento, suporte e confiança a mim ofertados. Obrigada por me ensinar – por meio de Fernando Pessoa e do seu próprio legado, a ser inteira e não sentir medo dos acertos, ponto cada parte de mim em tudo o que faço. Embora difícil, foi necessário aprender, insistir e, porque não, recomeçar;

Ao meu coorientador, Prof. Dr. Márcio Caniello, um intelectual engajado que, com seu exemplo de vida, nos ajuda a compreender que para contribuir uma sociedade mais justa, o conhecimento científico precisa ultrapassar os muros da universidade;

Às professoras que aceitaram compor a banca avaliadora e colaborar com o desenvolvimento da minha pesquisa, Profa. Dra. Elizabeth Christina de Andrade Lima e Profa. Dra. Luciana Ribeiro. No ponto em que as nossas vidas se tocaram, para partilharmos as dores e as alegrias que a escrita acadêmica nos proporciona – especialmente por sermos mulheres, encontrei nas duas uma fonte inesgotável de incentivo e admiração. Aprendi que “fazer ciência é luta, mas também é afeto”; que uma mulher deveria ter dinheiro e um teto todo dela, quieto, à prova de reclamações e tiranias, para pôr em prática a criatividade e exercer sua liberdade intelectual; mas que cabe a nós ter coragem – como Virginia Woolf, e dar vida ao espírito de “irmã Shakespeare” que habita o nosso corpo;

Aos médicos, Dr. Hélio Costa e Dr. Olímpio Moraes Filho, pela cordialidade e atenção com que me receberam, mas sobretudo por suas posturas de ética e competência, exemplos a serem seguidos. Também agradeço por terem atendido – sem reservas – ao convite de participar dessa pesquisa e me receberem prontamente no CISAM, confiando a mim o relato de suas vivências;

Às minhas amigas, Nuhara Oliveira, Thalita Barbosa e Karen Ohana; à minha cunhada, Emmanuela Melo; à minha prima, Marianne Bianca, e à todas as mulheres que uniram suas vozes a minha e trouxeram corpo e sentido para o grito feminista: “Companheira me ajude que eu não posso andar só, eu sozinha ando bem, mas com vocês ando melhor! ”. Sem a força emanada por cada uma de vocês, seria impossível fazer ecoar a história silenciada de tantas outras Marias contidas nessa dissertação;

À Karol Tavares, minha confidente e companheira de mestrado, por sua escuta atenta e carinhosa. Compartilhamos, à distância, todos os anseios de experimentar uma pós-graduação em tempos pandêmicos, além de tantas outras delícias e sabores que a vida nos serviu nesse espaço de tempo. O dia 16 de agosto de 2021 estará para sempre gravado em minhas lembranças. Foi quando, por zelo e surpresa do destino, nos encontramos pela primeira vez na fila do posto de saúde para recebermos, pelas mãos da mesma mulher (Alany), uma dose de esperança. Brindamos o nosso encontro com a CoronaVac correndo pelas nossas veias e esse foi, sem dúvidas, um poderoso “viva” à ciência brasileira.

Aproveito o ensejo, por respeito aos meus colegas estudantes, cientistas e pesquisadores do Brasil, para enfatizar que sobreviver à trajetória acadêmica narrada na Introdução deste trabalho, sob os efeitos da pandemia, não foi e continua não sendo uma tarefa fácil. Tanto a solidão inerente à própria experiência de escrita, exacerbada pela necessidade de assistir às aulas em modalidade remota, quanto a frustração, por não alcançar os objetivos almejados nas pesquisas, necessitando reavaliá-los, foram amplificadas pelo medo e insegurança social, ocasionando fortes impactos psicológicos. Aos “moços” – como diria Cora Coralina, que compartilharam desses sentimentos, também oferto minha gratidão, na mesma medida em que exalto sua confiança, generosidade e idealismo, porque eu também “creio nos milagres da ciência e na descoberta de uma profilaxia futura dos erros e violência do presente”.

À Mylena Medeiros, mãe da criança que sorri e ilumina o mundo – Luma, por abrir as portas de sua casa em Recife – PE para me acolher enquanto realizava as pesquisas que compõe essa dissertação. Seu lar, sua sopa e seus braços sempre abertos, cheiram a Dona Mabel. São vestígios do que Ana Jácomo chama de “alma perfumada”, e sua avó com certeza foi uma delas. Essa é a razão pela qual tudo o que ela perfumou ao longo da vida, para te ensinar sobre o amor, exala hoje de você.

A Artur Simas, por escolher o cuidado não só como profissão, mas como baliza para todas as suas ações. Foi o seu pedido de “me deixa entrar para cuidar de você” que me fez abrir a porta, e é a concretização dele que te faz permanecer no meu peito, fazendo morada;

Agradeço à Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), aos professores do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais (PPGCS) e aos meus saudosos professores do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Estadual da Paraíba (CCJ-UEPB), em especial, ao Prof. Dr. Marconi do Ó Catão, por me ensinar – inspirado por Kafka, a seguir a vida, dia após dia, com mudanças, mas inalterada nos fundamentos.

Agradeço também ao CNPq, pelo incentivo à pesquisa e financiamento deste trabalho.

A todos que torceram e acreditaram em mim, reservo os melhores sentimentos.

Uma gota de leite
me escorre entre os seios.
Uma mancha de sangue
me enfeita entre as pernas.
Meia palavra mordida
me foge da boca.

Vagos desejos insinuam esperanças.
Eu-mulher em rios vermelhos
inauguro a vida.
Em baixa voz
violento os tímpanos do mundo.
Antevejo.
Antecipo.
Antes-vivo.

Antes – agora – o que há de vir.
Eu fêmea-matriz.
Eu força-motriz.
Eu-mulher
abrigo da semente
moto-contínuo
do mundo.

(Conceição Evaristo, Poemas da Recordação e
Outros Movimentos).

RESUMO

A gravidez na infância representa um problema social e de saúde pública no Brasil. Tanto a gestação quanto o parto provocam impactos na saúde física e mental da criança, como também causam efeitos sociais na trajetória de cada menina e de seus familiares. Este cenário torna-se ainda mais delicado quando consideramos que, por se tratar de menores de idade, o momento da concepção pode estar interligado a memórias violentas e o acesso ao aborto se transforma em uma necessidade primária. Frente à essa urgência, o presente texto se propõe realizar uma análise sociológica sobre o caminho percorrido por meninas, grávidas e vítimas de estupro, que amparadas por algumas pessoas adultas, lutam pelo acesso ao aborto legal no Brasil. Em um primeiro plano, busca apresentar a permissiva do aborto, a partir de uma perspectiva normativa, para que então sejam extraídos os fatos e valores que facilitam e impedem o seu acesso, interferindo na distância entre o que está previsto em lei, daquilo que é vivenciado no meio social. Em segundo plano, busca refletir sobre os conflitos auferidos entre a norma e a prática. A nossa proposta, por sua vez, utiliza como eixo articulador um fato empírico ocorrido com uma menina do Espírito Santo, com repercussão nacional no ano de 2020. Estuprada por anos pelo próprio tio, ela teve o direito à interrupção da gravidez sucessivamente negado no Sistema Único de Saúde (SUS). A situação se agravou e foi preciso encaminhá-la para o Estado de Pernambuco, onde finalmente teve acesso ao atendimento adequado. Esse caso é representativo de uma série de violações a que milhares de meninas são expostas no país e, como foco de nossa pesquisa, a gente se pergunta: “quais argumentos podem ser utilizados para justificar a recusa do direito de acesso ao aborto legal?”. Para responder esse questionamento fizemos o esforço para captar os discursos que emergem do senso comum e os discursos da prática científica. Escutamos profissionais da saúde e, surpreendidos no campo de pesquisa, também escutamos uma mulher que em um estado de total vulnerabilidade optou pelo exercício do direito ao aborto. Para nortear e viabilizar essa proposta, a metodologia utilizada será conduzida através de um *bricoleur*, pela combinação de diversos recursos metodológicos que, entre outros, incluem a exploração bibliográfica e entrevistas em profundidade realizadas com dois médicos, atuantes no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros. De acordo com os resultados alcançados, percebemos que a batalha atual pelo acesso ao aborto legal, assim como pela descriminalização do aborto, é uma guerra política e econômica pela despatologização dos corpos femininos, pelo controle de seus materiais reprodutivos: úteros e óvulos. A temática abordada é pertinente, pois dialoga com os estudos sobre gênero, religião e políticas públicas, trazendo o aborto, enquanto Direito Sexual e Reprodutivo das mulheres e, por conseguinte, uma medida para consolidação dos Direitos Humanos. Acreditamos que nosso estudo pode contribuir para os debates em torno das categorias gênero e sexualidade, trazendo reflexões sobre o controle do Estado sobre os corpos femininos.

Palavras-chaves: Valor. Norma. Aborto. Violência de Gênero. Saúde Pública.

ABSTRACT

Childhood pregnancy represents a social and public health problem in Brazil. Both pregnancy and childbirth have impacts on the physical and mental health of the child, as well as social effects on the trajectory of girls and their family. This scenario becomes even more delicate when we consider that, due to their age, the moment of conception may be linked to violent memories, and access to abortion becomes a primary necessity. Faced with this urgency, this text aims to conduct a sociological analysis of the ordeal faced by girls who are pregnant and victims of rape, and who, supported by some adults, fight for access to legal abortion in Brazil. On one level, it seeks to present the permissibility of abortion from a normative perspective, in order to extract the facts and values that facilitate or impede its access, influencing the gap between what is provided by law and what is experienced in society. On another level, it aims to reflect on the conflicts between the norm and the practice. The central axis of this analysis is an empirical event that occurred with a girl from Espírito Santo, which gained national attention in 2020. She had been raped by her own uncle for years, and her right to have an abortion was repeatedly denied by the Unified Health System (SUS). The situation worsened, and she had to be transferred to the state of Pernambuco, where she finally received appropriate care. This case represents a series of violations to which thousands of girls are exposed in the country, and the research question is: "What arguments can be used to justify the denial of the right to access legal abortion?" To answer this question, efforts were made to capture the discourses that emerge from common sense and scientific practice. Health professionals were interviewed, and, surprisingly, a woman who was in a state of total vulnerability and chose to exercise her right to abortion was also listened to during the research. The methodology used combines various methodological resources, including bibliographic exploration and in-depth interviews with two doctors working at the Amaury de Medeiros Integrated Health Center. Based on the results obtained, it was observed that the current battle for access to legal abortion, as well as the decriminalization of abortion, is a political and economic war for the depathologization of female bodies and the control of their reproductive system: uterus and eggs. The theme addressed is relevant as it engages with studies on gender, religion, and public policies, bringing abortion as a Sexual and Reproductive Right of women and, consequently, a measure for the consolidation of Human Rights. The study is believed to contribute to debates surrounding gender and sexuality, bringing reflections on the state's control over female bodies.

Keywords: Value. Abortion. Gender Violence. Public Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Entrada Principal da Unidade Ambulatorial do Centro de Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM).....	135
Figura 2 – Sala de reuniões do CISAM.....	135
Figura 3 – Primeiro andar do Prédio do Hall das Placas.....	136
Figura 4 – Auditório do CISAM	137
Figura 5 – Alvo na janela do CISAM	138

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AE – Anticoncepção de Emergência
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CISAM – Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
CLADEM – Comitê Latino-americano e do Caribe para Defesa dos Direitos da Mulher
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CRM – Conselho Regional de Medicina
D&C – Dilatação e Curetagem
DSRs – Direitos Sexuais e Reprodutivos
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
FBSP – Fórum Brasileiro de Segurança Pública
FEP – Frente Parlamentar Evangélica
FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
HBL – Hospital Barão de Lucena
HPV – Papilomavírus Humano
HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis
LAI – Lei de Acesso à Informação
OEA – Organização dos Estados Americanos
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
Pavivis – Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual
PNA – Pesquisa Nacional do Aborto
TR – Tecnologias Reprodutivas
UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas
VCM – Violência Contra Mulher

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1 – O CAMINHO EM BUSCA DO ACESSO AO ABORTO LEGAL: A DISTÂNCIA ENTRE AS NORMAS E A PRÁTICA	32
1.1 ABORTO: UM DIREITO HUMANO, SEXUAL E REPRODUTIVO	34
1.1.1 Normativas de saúde para o aborto seguro e os índices de mortalidade materna	42
1.1.2 Normativas legais e os índices de abortamento	57
1.2 OS IMPACTOS DA CRIMINALIZAÇÃO NO ACESSO AO ABORTO LEGAL: UM RECORTE DA GRAVIDEZ NA INFÂNCIA	69
1.2.1 A saga de Maria	77
CAPÍTULO 2 – A TRANSFORMAÇÃO DA INTIMIDADE	87
2.1 O CONTROLE DO CORPO E DA AUTONOMIA DA MULHER: O OLHAR FEMININO SOB A HISTÓRIA	88
2.2 A CLAREZA DA LEI E OS EMPECILHOS PARA APLICÁ-LA: O ABORTO NO BRASIL	97
2.3 FATO, VALOR E A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO	105
2.3.1 A trajetória de Dr. Olímpio Moraes Filho na medicina	114
2.3.2 Dr. Olímpio e o engajamento na luta pelo aborto legal	117
2.3.3 O acontecimento	125
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA	128
3.1 ENTREVISTAS FACE À FACE	133
CONCLUSÕES	139
REFERENCIAIS TEÓRICOS	142

INTRODUÇÃO

O acesso ao aborto legal é um direito reconhecido em lei no Brasil¹, mas para sua realização existem muitos obstáculos. Em torno do aborto legal acontecem acalorados debates nas mais diversas áreas do conhecimento e, de forma mais proeminente, nas discussões mobilizadas pelo senso comum. Contribuir com esse debate implica partir do reconhecimento de um conflito que se explicita por meio de dois conceitos: *fato e valor*. Com a emergência da ciência moderna esses dois conceitos ganharam uma orientação específica para seu uso. Como veremos no capítulo 2 deste trabalho, o conceito de *fato* tornou-se uma remissão para a realidade empírica, para analisar aquelas manifestações do mundo real que podem ser captadas pelas nossas sensações e que, mediante o uso de um procedimento científico, podemos comprovar os mecanismos de sua existência. A ciência cuida dos fatos, no dizer de Galileu². A noção de *valor* passou a ser um instrumental analítico para compreender o campo das representações humanas, desse universo simbólico que, no pensamento comum, o denominamos cultura. É na seara da cultura onde a noção do *valor* nos permite identificar a relevância para a vida humana da religião, da arte, das ideias e crenças. Como veremos posteriormente, no pensamento sociológico, a noção de *valor* se tornará central nas análises de Emile Durkheim e Max Weber.

Até a emergência da modernidade o entendimento humano foi disciplinado pelo pensamento filosófico – na Teoria do Conhecimento de Augusto Comte: o pensamento metafísico, em razão desse fato lembramos que para os antigos gregos, a ciência, isto é, o conhecimento e orientação da realidade empírica, orientado pela mediação da razão, deve se destacar do saber comum, daquele tipo de conhecimento que se adquire pelas vivências sociais e que muda em cada época. Esse saber comum foi denominado pelos gregos como *doxa*, uma opinião mutável conforme a subjetividade das pessoas. Práticas como o aborto, na

¹ As espécies permissivas do aborto estão previstas no artigo 128 do Decreto Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal Brasileiro, sendo elas o aborto terapêutico/necessário e o aborto sentimental/humanitário. De acordo com o conteúdo normativo, o aborto praticado pelo médico está isento de punição quando não há outro meio de salvar a vida da gestante ou no caso de gravidez resultante de estupro. Em abril de 2012, o Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu, no julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 54, que a gestante tem liberdade para decidir se interrompe a gravidez caso seja constatada, por meio de laudo médico, anencefalia do feto – condição caracterizada pela ausência parcial do encéfalo e da calota craniana. Nesse caso, o procedimento também precisa ser necessariamente praticado pelo médico para excluir a ilicitude do fato.

² MARICONDA, Pablo; LACEY, Hugh. **A águia e os estorninhos**: Galileu e a autonomia da ciência. Tempo social, v. 13, p. 49-65, 2001.

maior parte dos casos, são julgadas pela *doxa*. Os discursos que emergem do senso comum são dissonantes em relação aos discursos proferidos pela ciência. Na execução de nossa pesquisa fizemos o esforço para captar os discursos que emergem do senso comum e os discursos da prática científica. Escutamos profissionais da saúde e, surpreendidos no campo de pesquisa, também escutamos uma mulher que em um estado de total vulnerabilidade optou pelo exercício do direito ao aborto.

Nas últimas décadas, a visão do senso comum sobre o aborto ganhou força e cooptou diversos canais institucionais de expressão, como é o caso das instituições religiosas e dos partidos políticos de cunho conservador. É notória a reprodução do discurso moralista e punitivo sobre a prática do aborto por parte da participação da Bancada Evangélica no Parlamento³. O mote do discurso desses parlamentares foca no controle da sexualidade da mulher e nos mecanismos da reprodução humana. Ao analisarmos o conflito de algumas mulheres que se forma a partir do exercício da sexualidade e emancipação frente aos valores coercitivos das instituições sociais – que se apresentam de modo antagônico, é possível observar que com a descoberta de uma gravidez e a decisão de realizar um aborto há uma série de valores que alteram as suas trajetórias de vida. Este cenário torna-se ainda mais delicado quando consideramos a vivência de menores de idade, tendo em vista que o momento da concepção pode estar interligado a memórias violentas e o acesso ao aborto se transforma em uma necessidade primária.

Não é apenas pela vivência da sexualidade que a vida humana se perpetua, há de se considerar o incremento das Tecnologias Reprodutivas (TR), que contribuíram para transformar o perfil da prática social da maternidade (SCAVONE, 2001). O processo de fertilização, por exemplo, não requer um desejo que motiva um indivíduo a buscar em outro o contato físico, a intimidade emocional, a ternura e o amor, assim como não supõe diferença de sexo ou de gênero dos corpos implicados, mas antes a fusão do material genético de duas células haploides. A reprodução sexual não necessita de uma união política ou sexual entre um homem e uma mulher, ela não é hétero nem homo. A reprodução sexual é simples e maravilhosamente uma recombinação cromossômica. (PRECIADO, 2020, p. 76).

³ RODRIGUES, Adriana. **Frente parlamentar evangélica e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres: Entre ativismos e silenciamentos.** Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, 2022.

Para além disso, a única coisa que se pode afirmar do ponto de vista biológico é que nenhum corpo “humano” pode se reproduzir fora de agenciamentos sociais e políticos coletivos. Preciado (2020, p.76) indica que a reprodução é um ato de comunismo somático, ou seja, a reprodução exige sempre a coletivização do material genético de um corpo através de uma prática social mais ou menos regulada. Em suas palavras, “um espermatozoide nunca se encontra com um óvulo de forma “natural”, assim como os úteros não engravidam de forma espontânea, nem os espermatozoides viajam instintivamente pelas ruas em busca de óvulos”.

A questão sociológica da geração de uma vida aparece quando a gravidez mobiliza diversos mecanismos sociais que atribuem a mulher aspectos que a aprisiona no destino inexorável de ser mãe. No campo da sociologia podemos destacar diversas pesquisas que se tem realizado em torno desse assunto, como as de Simone de Beauvoir em sua obra “O Segundo Sexo” (2016) e Silvia Federici, em “O Calibã e a Bruxa” (2017), por fazerem o exercício de reconstruir a história das mulheres por um ponto de vista feminino, buscando redefinir fundamentos e categorias historicamente aceitas e provocar uma visibilidade das estruturas ocultas de dominação e exploração, perpassando por temas que envolvem a reprodução humana e conseqüentemente a maternidade.

No campo do valor, como se pode falar do aborto quando o feto é nomeado, representado, imaginado, designado como bebê, isto é, como um ser humano com existência social coletivamente atribuída? Em termos de processo social, a atribuição de traços identitários da vida comunitária ao feto sinaliza – em via de regra, a existência de um projeto, do desejo de uma mulher ou de um casal hétero ou homo, que almejam acolher e cuidar de uma vida que está em gestação. No entanto, existem muitos casos em que uma mulher se descobre grávida, mas que não tem projeto algum nem apoio emocional ou estrutura financeira para dar curso à gravidez. Nessa circunstância o aborto se apresenta como recurso, como solução a um problema da mulher. As justificativas para a prática do aborto podem ser inúmeras e sob a perspectiva da mulher podem ser todas legítimas. Como revelam diversas pesquisas, cujos dados mencionaremos mais adiante, existem muitos casos em que a gravidez ocorre em crianças, sempre vítimas de violência sexual. Nesses casos, foco de nossa pesquisa, nós nos perguntamos: quais argumentos podem ser utilizados para justificar a recusa do direito de acesso ao aborto legal?

A batalha atual pelo acesso ao aborto legal, assim como pela descriminalização do aborto, é uma guerra política e econômica pela despatologização dos corpos femininos, pelo controle de seus materiais reprodutivos: úteros e óvulos, em contraponto à forte influência da Frente Parlamentar Evangélica (FEP) na arena política brasileira, que é refletida em entraves

democráticos e projetos que negligenciam os direitos humanos, a diversidade de gênero e demandas socioculturais de uma população em estado de risco.

No mês de junho de 2022, os entraves enfrentados para acesso ao aborto legal por duas meninas de 11 anos de idade, grávidas e vítimas de estupro, mobilizaram o Brasil. No dia 20, os sites *The Intercept* Brasil e o Portal Catarinas (2022) denunciaram o caso de uma catarinense que, por força de uma decisão proferida pela Juíza Joana Ribeiro Zimmer, permaneceu reclusa em um abrigo durante um mês, esperando o devido atendimento médico para a realização do aborto. O intuito da decisão magistral era fazê-la “suportar mais um pouquinho” e impedir o procedimento, mesmo a criança possuindo o direito pleno de acessar o aborto previsto em lei e ter manifestado expressamente o desejo de realizá-lo. Apenas três dias depois desse fato ter vindo à público, a situação vivida por uma piauiense, violentada sexualmente pelo padrasto e grávida de gêmeos, também repercutiu em âmbito nacional. Embora desnecessária – conforme veremos mais a frente, a menina aguardou 17 dias para que fosse proferida uma autorização judicial que permitisse o abortamento e por fim, pudesse acessá-lo. (COSTA, 2020).

Em atenção as repercussões oriundas do primeiro caso, que reverberaram não só nos mecanismos midiáticos como nos discursos populares, gerando uma comoção social, os membros do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) aprovaram por unanimidade, em junho de 2023, a instauração de um Processo Administrativo Disciplinar (PAD) contra a juíza Joana Ribeiro Zimmer, por entenderem que ela impôs crenças pessoais durante a audiência, o que configura desvio de conduta. (VALENGA, 2023)⁴. Não sendo pouco, a conduta adotada pela juíza viola na mesma medida a Lei nº 13.431 de 2007, que trata sobre a escuta especial em audiências que envolvem crianças, e a Lei nº 14.245 de 2021 – conhecida como Lei Mariana Ferrer, que assegura que os presentes em uma audiência devem zelar pela integridade física e psicológica da vítima, coibindo práticas atentatórias a sua dignidade.

Saindo da seara jurídica e adentrando ao universo médico, o obstetra Dr. Olímpio Moraes Filho, diretor executivo do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), concedeu entrevista ao jornal British Broadcasting Corporation – BBC News Brasil, opinando que o caso denunciado pelo *The Intercept* Brasil não foi um caso isolado. Segundo Dr. Olímpio, trata-se de mais um exemplo em que os obstáculos enfrentados para o

⁴ VALENGA, Daniela. CNJ vai investigar conduta da juíza que negou o direito ao aborto de menina de SC. **Portal Catarinas**. 21 jun. 2023. Disponível em: <<https://catarinas.info/joana-ribeiro-zimmer-aborto-legal-menina-de-sc/>>.

acesso ao aborto legal se tornam uma violência contra mulher e que uma gravidez nessas circunstâncias equivale a uma tortura. (IDOETA, 2022).

Na mesma oportunidade, a Dra. Melania Amorim, coautora de diretrizes nacionais relacionadas a procedimentos obstétricos⁵, reforça os riscos decorrentes de uma gravidez na infância, afirmando que apesar de algumas meninas menstruarem a partir dos 9 ou 10 anos de idade, a puberdade precoce ligada a questões sociais e hormonais, não implica na confirmação de que seus corpos estão preparados para gestar ou parir. Amorim também explica que na fase de crescimento do corpo, os ossos da pélvis nem sempre estão devidamente formados, o que torna o parto vaginal um procedimento delicado a depender da estrutura óssea de cada menina, e mesmo existindo a possibilidade de indução do parto por cesárea, há riscos de sangramento excessivo, anemia, eclampsia, partos prematuros, rompimento do útero, necessidade de transfusão de sangue ou internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Resta claro que o caso denunciado pelo *The Intercept* não é um caso excepcional. Para realizar nossa pesquisa procuramos escutar os discursos de profissionais da saúde engajados na luta pelo direito ao acesso ao aborto legal. Os riscos de uma gravidez na infância apresentados pela Dra. Melania coadunam com o estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e publicado no *Jornal Internacional de Obstetrícia e Ginecologia* (2014). Mães de 10 a 19 anos de idade, quando comparadas com outras de 20 a 24 anos, apresentaram maiores riscos de eclâmpsia, endometrite puerperal, infecções sistêmicas, parto prematuro e condições neonatais graves. Em decorrência desses agravamentos, a OMS alertou que as estratégias de prevenção da gravidez e a melhoria das intervenções de saúde são cruciais para reduzir os resultados adversos da gravidez entre crianças e adolescentes em países de baixa e média renda.

A relevância dessa temática é tamanha que o Ministério da Saúde (2009, p. 11) sistematizou 20 anos de publicações sobre o tema do aborto no Brasil, com o objetivo de fortalecer a agenda nacional de pesquisas e aproximar o debate político da produção acadêmica. A síntese dos resultados foi ordenada por títulos temáticos que correspondem não apenas às principais questões de pesquisa sobre aborto no cenário nacional, como também aos obstáculos impostos pela criminalização dessa prática no setor da saúde, sendo eles: perfil do aborto; trajetória do aborto; aborto e adolescência; aborto, complicações e sequelas; aborto e

⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Misoprostol. No entanto, nenhuma deles abordou especificamente a permissiva do aborto em caso de estupro, tampouco a sua vivência no período da infância.

O estudo feito pela Rede Feminista de Saúde, Direito Sexuais e Reprodutivos (2021)⁶, no período compreendido entre 2010 e 2019, evidenciou que uma criança é mãe a cada 20 minutos no Brasil. De acordo com o levantamento, nos últimos dez anos, 252.786 meninas de 10 a 14 anos, além de 12 crianças com menos de 10 anos, engravidaram e tiveram filhos nascidos vivos. Dentre elas, 71,1% eram negras (pretas e pardas). Em média, são 25.280 casos de menores grávidas por ano. Esses índices não só tendem a indicar uma preocupante defasagem na garantia de direitos humanos básicos, como também se agravam quando analisados a partir do marcador do estupro de vulnerável.

Desde o ano de 2009, por força da Lei nº 12.015/09, o ordenamento penal brasileiro criminaliza qualquer conjugação carnal, prática de ato libidinoso ou atentados violentos ao pudor realizados contra menor de quatorze anos. No período anterior à promulgação dessa lei, pairava uma grande insegurança jurídica no trâmite de processos cuja matéria de análise eram as práticas sexuais realizadas com menores de idade, porque estava em vigência um artigo que tratava da “presunção de violência”. A amplitude interpretativa desse termo concedia um caráter subjetivo para o enquadramento daquelas práticas como criminosas ou não. Não só os operadores do direito, como a própria sociedade civil, levantavam uma série de questionamentos sobre as circunstâncias que perpassam esses casos, como por exemplo, o vínculo amoroso entre as partes, o consentimento da vítima e a aprovação dos entes familiares. Com o intuito de sanar esse impasse, os legisladores estabeleceram um critério objetivo ao tipo penal que, uma vez preenchido, não possibilita flexibilização. A publicação da Súmula nº 593 do Superior Tribunal de Justiça, encerrou de vez esse cenário, consolidando e pacificando o entendimento de que “o crime de estupro de vulnerável se configura com o preenchimento do critério objetivo da idade, sendo irrelevante eventual consentimento da vítima para a prática do ato, sua experiência sexual anterior ou existência de relacionamento amoroso com o agente”. (DIÁRIO DA JUSTIÇA ELETRÔNICO, 2017).

Os dados ofertados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) ilustram bem os efeitos do cenário narrado acima. Em 2019 foi a primeira vez em que o FBSP conseguiu

⁶ REDE FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. Estupro presumido no Brasil: caracterização de meninas mães no país, em um período de dez anos (2012-2019), com detalhamento pelas cinco regiões geográficas e estados brasileiros. **Rede Nacional Feminista de Saúde**. Curitiba, 2021. Disponível em: <<https://redesaude.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Estudo-meninas-maes.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2022

realizar uma análise específica dos registros do estupro de vulnerável, sem incluí-los aos dados referentes ao crime de estupro. Na época, foi possível enxergar que 53,8% destes crimes foram cometidos contra meninas menores de 13 anos, e nos dois anos seguintes, a incidência subiu respectivamente para 57,9% e 58,8%.

O resultado do 16º Anuário de Segurança Pública ainda demonstrou que no ano de 2021, 66.020 estupros foram registrados pela polícia. Dentre eles, 88% das vítimas eram do sexo feminino, 61% tinham menos de 13 anos de idade e 52% eram negras. Em números, são cerca de 35 mil meninas vítimas de estupro, contabilizando uma média de 1 estupro de crianças a cada 10 minutos no Brasil. (FBSP, 2022)⁷. Um dos trechos desse anuário aponta que quanto mais nova a criança, maiores são as chances de elas serem estupradas nas suas próprias residências. Conforme as idades das vítimas aumentam, cresce a proporção de crimes que ocorrem em espaços públicos e locais privados. Mas independente de faixa etária, em 83% dos casos, os agressores são pessoas conhecidas da vítima. Ou seja, mesmo que o crime não ocorra nas residências, a chance de ser cometido por um familiar da criança é muito alta.

O 17º Anuário, por sua vez, registrou o maior número de estupros da história⁸, contabilizando 74.930 vítimas e um acréscimo de 8.2% da taxa de estupro de vulnerável em relação à 2021. Os dados divulgados nesta edição do Anuário Brasileiro de Segurança Pública revelam um cenário devastador. Estes números correspondem aos casos que foram notificados às autoridades policiais e, portanto, representam apenas uma fração da violência sexual experimentada por todos os gêneros e todas as idades. (FBSP, 2023, p. 154). Não sendo pouco, as crianças e adolescentes continuam sendo as maiores vítimas da violência sexual, ao passo em que 10,4% das vítimas de estupro eram bebês e crianças com idade entre 0 e 4 anos; 17,7% das vítimas tinham entre 5 e 9 anos e 33,2% entre 10 e 13 anos. Ou seja, 61,4% tinham no máximo 13 anos. Aproximadamente 8 em cada 10 vítimas de violência sexual eram menores de idade. (FBSP, 2023, p. 156).

A possibilidade de aferição desses dados foi potencializada pelo advento da Lei nº 12.015/09, mas se iniciou com a criação da Lei Federal nº 10.778 de 2003, que instituiu a notificação compulsória das autoridades sanitárias quando constados indícios de Violência

⁷ FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 16º Anuário Brasileiro de Segurança Pública: 2022. São Paulo: **FBSP**, 2022. Disponível: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=5>> Acesso em 6 jun. 2022.

⁸ FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública: 2023. São Paulo: **FBSP**, 2023. Disponível: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>> Acesso em 23 jul. 2023.

Contra Mulher (VCM)⁹ durante o atendimento multiprofissional em serviços públicos ou privados de saúde – como hospitais, prontos-socorros e consultórios. O objetivo específico proposto foi de reconhecer este problema em parâmetros epidemiológicos na busca de promover estratégias de controle.

Com a sua alteração advinda da Lei nº 13.931, vigente desde 10 de março de 2020, houve uma ampliação do conteúdo normativo para incluir a comunicação à autoridade policial no prazo de 24 (vinte e quatro) horas como medida obrigatória. Dessa forma, a notificação de violência¹⁰ deixa de ser dirigida apenas para as autoridades sanitárias e passa a também ser direcionada para autoridade policial, ocasionando uma constante articulação entre os dados do setor de saúde e o da segurança pública. Esse trabalho em conjunto realizado por esses dois setores institucionais, visa contribuir para a superação das subnotificações constatadas no passado, viabilizar o direcionamento e implantação de políticas públicas de intervenção e prevenção e, principalmente, representar uma alternativa na busca para atenuar os sentimentos de insegurança e medo inerentes ao processo de tomada de decisão das vítimas em denunciar ou não os seus agressores.

Nos casos específicos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, o artigo 13 da Lei nº 8.069/1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), determina que aquela notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes, quais sejam, a Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente e o Ministério Público da localidade. Não obstante, para a orientação do atendimento institucional adequado e aferição de maiores informações sobre abortamento eletivo nos casos de violência sexual é necessário consultar a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.

⁹ Com base no entendimento ofertado pela Organização das Nações Unidas (ONU) e difundido a partir da Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres (1993), define-se a VCM como qualquer ato violento baseado no gênero, que resultou, ou possa resultar, em sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, incluindo ameaças de tais atos, coerção ou privação de liberdade, quer seja na vida pública ou privada.

¹⁰ Uma ressalva importante é que termo “notificação compulsória” guarda sentido técnico em saúde, tendo por finalidade o fornecimento de dados para subsidiar a vigilância epidemiológica e proporcionar um conjunto de ações para o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores de saúde individual ou coletiva, visando recomendar e adotar medidas de controle de doenças ou agravos. Portanto, não está inserida no âmbito da Segurança Pública, tendo caráter eminentemente de política preventiva, não podendo ser confundida com denúncia criminal.

A gravidez na infância representa um problema social e de saúde pública, e a cartilha “Sem deixar ninguém para trás”¹¹ foi publicada com o intuito de contribuir para um entendimento mais amplo e complexo dessa realidade no Brasil. Nela, é apresentado o contexto da gravidez e maternidade na adolescência, bem como da violência sexual contra meninas e adolescentes, a partir de dados consolidados dos sistemas de informações do Ministério da Saúde. Os dados analisados revelam, por exemplo, que entre 2008 e 2019, 4,86% dos nascidos vivos foram de meninas entre 10 e 14 anos, e 95,14% de adolescentes entre 15 e 19 anos. Além das disparidades regionais, também são fatores determinantes a classe e a raça, na medida em que a maior parte dessas meninas são negras e pardas. Entre as meninas de 10 e 14 anos, o maior percentual de nascidos vivos foi identificado em meninas indígenas, número quase 4 vezes maior se comparado às meninas brancas dessa faixa etária. Nesse cenário, o acesso ao sistema educacional, ao pré-natal de qualidade e as uniões conjugais precoces são fenômenos que atravessam a vivência dessas meninas e se destacam nos resultados trazidos na publicação da UNFPA.

A violência sexual também é um acontecimento corriqueiro das jovens brasileiras: no período de 2015 a 2019, foram registrados 69.418 atendimentos decorrentes de violência sexual contra meninas e adolescentes em serviços de saúde, dentre estes casos, as meninas de 10 a 14 anos foram as principais vítimas. O recorte de raça feito nesses números, deixou evidente que as adolescentes negras foram as que mais sofreram violência sexual. Diante deste trágico cenário, a necessidade de programas especializados no atendimento às adolescentes e fortalecimento de redes de proteção se torna crucial, ao passo em que, tanto a gestação quanto o parto provocam impactos na saúde física e mental da criança¹², como também causam efeitos sociais na trajetória de cada menina e de seus familiares, demandando uma rede de atenção para acolher e ofertar os encaminhamentos necessários ao cuidado integral dessas situações, inclusive viabilizando a interrupção legal dessa gestão.

Frente à urgência desse cenário, esta dissertação de mestrado se propõe a realizar uma análise sociológica sobre o caminho percorrido por meninas, grávidas e vítimas de estupro, em busca do acesso ao aborto legal no Brasil. Em um primeiro plano, busca apresentar a permissiva do aborto, a partir de uma perspectiva normativa, para que então sejam

¹¹ CIDACS, ISC/UFBA, UNFPA. Sem deixar nenhuma para trás: gravidez, maternidade e violência sexual na adolescência. UNFPA. Fev. 23. Disponível em: < <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cartilha-unfpa-digital.pdf> >.

¹² Toda situação de gravidez vivenciada por menores de 14 anos é considerada violência sexual pela legislação vigente no país, *vide* o conteúdo da Lei nº 12.015/2009.

identificados os fatos e valores que facilitam ou impedem o seu acesso, interferindo na distância entre o que está previsto em lei, daquilo que é vivenciado no meio social. Em segundo plano, busca refletir sobre os conflitos auferidos entre a norma jurídica e a prática.

Outro ponto importante do levantamento feito pelo Ministério da Saúde (2009) das publicações sobre o aborto no Brasil é que a grande maioria daquelas publicações é formada por ensaios, artigos de opinião e peças argumentativas, evidenciando a proporção de um estudo com evidências empíricas, para cinco estudos sem evidências. A nossa proposta, por sua vez, utiliza como eixo articulador um fato empírico ocorrido com uma menina natural de São Mateus – ES, com repercussão nacional no ano de 2020. Estuprada pelo próprio tio por anos, ela teve o direito à interrupção da gravidez sucessivamente negado no Sistema Único de Saúde (SUS). A situação se agravou e foi preciso encaminhá-la para o Estado de Pernambuco, onde finalmente teve acesso ao atendimento adequado. Esse caso além de ter estado entre os *Trendings Topic* (TT's) do *Twitter* por dias com a *hashtag* #gravidez-aos-10-mata, mostrando engajamento social pelo direito ao aborto, também é representativo de uma série de violações a que milhares de meninas são expostas no país.

Na época do ocorrido, a ministra de Estado, da pasta da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos – Damares Alves, se pronunciou em suas próprias redes sociais no sentido de afirmar que faria de tudo para que a criança levasse a termo a gravidez, desconsiderando as violências já sofridas por ela. No *Twitter*, a ministra se manifestou com os seguintes caracteres: “Então minha luta é conspiração? Não existe estupro de crianças? Minha equipe já está entrando em contato com as autoridades de São Mateus para ajudar a criança, sua família e para acompanhar o processo criminal até o fim”. E no *Facebook*, informou: “A comitiva ficou chocada ao descobrir outras meninas grávidas vítimas de estupro no município. Encontraram grávidas: uma menina de dez anos, duas de treze anos e uma com onze anos de idade que teve bebê há menos de um mês”. Essa surpresa da ministra com o número de meninas violadas sugere que ela, após quase dois anos de exercício da função, desconhecia a realidade brasileira. Uma reportagem da Agência Pública (2020)¹³, denunciou que no mesmo ano mais seis meninas não acessaram o direito de interrupção da gravidez em São Mateus. Nos últimos dez anos, 158 meninas com idade até 14 anos se tornaram mães na cidade do interior do Espírito Santo.

¹³ ANJOS, Anna Beatriz; CORREIRA, Mariama; FONSECA, Bruno. São Mateus registra em média um parto de menina de até 14 anos a cada mês. Agência Pública. 21 ago. 2021. Disponível em: <<https://apublica.org/2020/08/sao-mateus-registra-em-media-um-parto-de-menina-de-ate-14-anos-a-cada-mes/>>.

Por se tratar de uma menor de idade, cujo nome não pode ser divulgado sem as devidas autorizações, adotaremos a postura ética de denominá-la “Maria”. Ao nos referirmos a ela dessa forma, conectamos a sua saga com todas as Marias registradas no Brasil¹⁴, que transitam no nosso cotidiano e na nossa história. Elas são as meninas comuns à nossa volta, nossas irmãs, primas, vizinhas e amigas; são o retrato fiel de uma gente que ri quando deve chorar, de quem traz no corpo a marca e possui uma estranha mania de ter fé na vida. Cada uma delas – parafraseando a música de Milton do Nascimento – merece a oportunidade de, antes de tudo, viver e amar como qualquer outra do planeta.¹⁵

Falar do aborto não é fácil, e ainda mais quando se é mulher. Pesquisar sobre o aborto é mais do que uma ousadia. Para optar pelo objeto do nosso estudo foi reconfortante lembrar os ensinamentos de Max Weber (1991), que considera que a relação que possuímos com os valores e que norteia o nosso conhecimento ancora-se na biografia, ou seja, o nosso interesse por um fenômeno provém de uma ação recíproca entre a nossa vivência, as questões que ela nos levanta e o seu tratamento científico. Esses valores dependem tanto da nossa sensibilidade, quanto das nossas vontades, e nos movem a indagar aquilo que está diante de nós. São a partir deles, portanto, que identificamos os nossos objetos de estudo. (RODRIGUES, 2022).

A escolha do aborto legal como objeto desta dissertação está relacionada com a minha trajetória acadêmica. No curso de graduação tive a oportunidade de contar com a orientação do Prof. Dr. Marconi do Ó Catão, um estudioso que suscitou em mim o interesse acadêmico por pesquisar assuntos referentes à violência sexual, aos direitos sexuais e reprodutivos e às políticas públicas de saúde reprodutiva.

Entre os anos de 2019 e 2020, enquanto cursava o último ano do Bacharelado em Direito pela Universidade Estadual da Paraíba, adentrei no Programa de Iniciação Científica (PIBIC) pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Naquela oportunidade, desenvolvi uma pesquisa cujo objetivo geral era demonstrar se a mulher vítima de violência sexual possuía o direito pleno de ser atendida em uma unidade médico hospitalar sem a prévia institucionalização do fato. Ou seja, se o acesso ao tratamento de eventuais lesões e ferimentos, à Anticoncepção de Emergência (AE), profilaxias contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e/ou ao aborto legal, eram condicionados ao

¹⁴ “Maria”, segundo dados do IBGE (2016), é o nome mais popular entre as meninas e mulheres de todo o território nacional.

¹⁵ Trecho inspirado na música composta por Milton Nascimento e Fernando Brant, “Maria, Maria”.

preenchimento de algum pré-requisito, como o Boletim de Ocorrência (B.O.) e autorização judicial. Para garantir a conclusão da pesquisa no prazo exigido, restringimos o nosso campo de pesquisa ao Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), localizado na cidade de Campina Grande – PB, onde realizaríamos entrevistas com apenas dois interlocutores, o diretor geral e o diretor administrativo daquela instituição. Mas em decorrência dos avanços da Covid – 19 e as medidas de isolamento social recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), as propostas que dependiam de visitas *in loco* restaram frustradas.

O período final desse PIBIC coincidiu com o início do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), o que me possibilitou dar seguimento às pesquisas já feitas, na expectativa de ampliar os conhecimentos adquiridos até o momento. Então, fiz o rito de passagem escolhendo como novo objeto o perfil do atendimento médico ofertado às mulheres vítimas de violência sexual no Brasil¹⁶, mas a proposta limitou-se em realizar levantamentos documentais, bibliográficos e legislativos sobre o tema, levando em consideração que ainda estávamos em isolamento social e não poderíamos realizar entrevistas face a face, ou utilizar qualquer método de pesquisa que carecesse de contato humano ou análises presenciais. Por coincidência, quando estava prestes a concluir esta etapa, o caso de Maria repercutiu nacionalmente. Houve a possibilidade de citá-lo em meus escritos, mas apenas a título de exemplo, considerando que o objetivo proposto não havia sido uma análise empírica. Finalmente, quando surgiu a oportunidade de ingressar no Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais (PPGCS), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), pude escolhê-lo como meu objeto de pesquisa, agora a partir de uma perspectiva antropológica e social, não mais jurídica.

Reforçando a escolha do objeto e das temáticas que o atravessam, em maio de 2021, recebi o convite dos alunos integrantes da Federação Internacional das Associações dos Estudantes de Medicina do Brasil (IFMSA), do Centro Universitário UNIFACISA, para colaborar com meus conhecimentos jurídicos em uma aula expositiva sobre o cenário do aborto no Brasil, com ênfase em matérias interligadas ao direito médico, como a objeção de consciência e a notificação compulsória das autoridades sanitárias e policiais quando há constatação de indícios de violência sexual. A Prof. Dra. Melania Amorim, vinculada à

¹⁶ FERREIRA, Ravana Maria Souza. O atendimento médico à mulher vítima de violência sexual no Brasil. 2020. 20f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - **Universidade Estadual da Paraíba**, Campina Grande, 2020.

Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), esteve presente na aula, apresentando as evidências científicas que ligam a criminalização do aborto aos índices de mortalidade materna. Naquela oportunidade foi possível perceber uma grande quantidade de dúvidas que os alunos de medicina possuíam sobre o tema, assim como inúmeras queixas sobre a má formação acadêmica. Alguns relatos informavam que era recorrente a abstenção de determinados professores no ensino das práticas para um abortamento seguro, por razões morais e religiosas ou políticas.

Quando reflito sobre minha trajetória sexual e reprodutiva também consigo elencar alguns fatores que me entrelaça à saga de Maria. A partir de um acompanhamento médico iniciado aos 6 anos de idade, fui diagnosticada com puberdade precoce, para a qual fiz o uso intramuscular do Lupron, com o intuito de adiar minha menstruação até os 11 anos. Para tanto, minha mãe frequentou mensalmente, durante três anos, o Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos (CEDEMEX) do município de Campina Grande – PB, para que pudéssemos auferir gratuitamente esse medicamento que, na época, era de alto custo e não condizente com nossas condições financeiras. Desde então faço consultas ginecológicas com frequência, acompanhando e recebendo o devido cuidado em cada fase da minha vida sexual e reprodutiva. Pouco tempo depois, tive a oportunidade de tomar as duas doses da vacina contra o HPV, sem perder de vista que minha avó paterna, Maria Barbosa de Melo, faleceu em decorrência de um câncer de colo de útero por diagnóstico tardio. Aos 12 anos de idade, também fui diagnosticada com Síndrome do Ovário Polimicrocisto (SOP) e realizei o tratamento com anticoncepcional e Metformina durante 10 anos, podendo escolher quando começar e interromper o uso das medicações, considerando as especificidades do meu próprio corpo e os limites da minha vontade.

A importância de uma educação sexual e reprodutiva, assim como o acesso adequado aos serviços de saúde especializados, constituíram-se em muitos privilégios que me constroem quando constato, através da ciência e dados estatísticos, que não é a realidade – nem de longe, de inúmeras meninas e mulheres do nosso país, que sofrem as consequências da falta de informações e de uma legislação defasada e proibitiva. Mas este não é um sentimento que me paralisa. Pelo contrário, é por essas razões que me proponho a realizar esta dissertação, com o intuito de reverberar o conhecimento adquirido e proporcionar que mais agentes sociais saibam a importância de se descriminalizar o aborto, não só para as meninas e mulheres, como também para todas as pessoas com útero e capacidade de gestar. O exemplo de outros países – conforme demonstraremos no capítulo 1, que alinharam uma legislação menos restrita com o incentivo à meios contraceptivos, possui como resultado mais valioso,

um maior percentual de mulheres vivas. Além de que, a luta pelo acesso ao aborto legal em casos de estupro, especialmente de crianças, é uma mobilização necessária.

A “saga de Maria”, portanto, está relacionada com muitos sentimentos, mas elenco a dor como o decisivo e limitante. A escolha do foco empírico desta pesquisa está interligada com as Marias da minha vida, o meu olhar sobre a infância e a maneira como hoje me enxergo mulher, em especial com o modo como lido com eventos traumáticos e vivencio o amor. Mas há, nas palavras de Adichie (2015, p. 23), “um abismo entre entender uma coisa racionalmente e entender a mesma coisa emocionalmente”. Patrick Watier (2009, p.101), ao refletir sobre a teoria de Weber, quando este insiste na relação que existe entre o objeto de pesquisa com os valores do pesquisador, afirma que estamos no nó do problema, por isso questiona: “como evitar emitir julgamentos de valor, enquanto a escolha mesma do estudo depende de uma valorização?”. Para respondê-lo, recorreremos a Durkheim (2007) que, ao estabelecer as regras do método sociológico, afirma que é com o mesmo espírito que os cientistas naturais investigam os fenômenos físicos, que os cientistas sociais devem investigar os fenômenos sociais, munidos de neutralidade e imparcialidade, concedendo-os uma realidade objetiva com a aplicação de teorias e a prática de métodos. Dessa forma, para nortear e viabilizar a proposta dessa dissertação, a metodologia utilizada será conduzida através de um *Bricoleur* que, conforme Denzin e Lincoln (2006), é um conjunto de técnicas que auxiliam na construção metodológica da pesquisa. Dito de outro modo mais detalhado, essa pesquisa de caráter qualitativo, se dará por intermédio da junção dos resultados adquiridos pela exploração bibliográfica e por entrevistas em profundidade.

A primeira técnica utilizada nesta pesquisa se circunscreve na análise documental de legislações e portarias vigentes no Brasil, livros e artigos que permeiam a temática, assim como publicações jornalísticas. A segunda se situa nas entrevistas face a face realizadas com dois médicos específicos que possuem ligação com o nosso fato empírico, Dr. Olímpio Moraes Filho e Dr. Hélio Costa, obstetras e ginecologistas, do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), localizado na cidade de Recife – PE. Essa instituição médico-hospitalar está registrada tanto no site do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), quanto no Mapa do Aborto Legal¹⁷, como apta para a realização do procedimento do

¹⁷ O Mapa Aborto Legal é uma iniciativa da ARTIGO 19 para monitorar, centralizar e compartilhar informações públicas sobre aborto legal. A plataforma surgiu com o intuito de tornar pública a informação sobre quais as unidades médico-hospitalares que oferecem à atenção humanizada as mulheres que desejam e precisam realizar o aborto. A sua última atualização foi realizada em setembro de 2022. Mais informações disponíveis em: <<https://mapaabortolegal.org/>>.

aborto nas modalidades permitidas em lei, além de ser uma referência nacional no atendimento de importantes demandas da saúde reprodutiva feminina, como a gravidez de risco e o abortamento.

Para a construção do arcabouço teórico também articularemos alguns referenciais, dentre os quais Durkheim (1999, 2007, 2009) servirá de alicerce para demonstrarmos quais foram os fatos sociais que extraímos de nossas análises sobre o acesso ao aborto legal no Brasil e o modo como eles são construídos e representados socialmente; empregaremos as contribuições de Weber (1999, 2004) sobre a relevância valorativa que os agentes e instituições sociais elencam na escolha de suas ações; assim como, conduziremos nossas reflexões sobre sexualidade, identidade e institucionalidade moderna, com o auxílio de Anthony Giddens (2002). Ao longo destas reflexões lançaremos mão de pesquisas e dados científicos, notícias de *websites*, legislações específicas, normas técnicas e portarias do Ministério da Saúde, além de livros e artigos que possuem como objeto o aborto legal e temas interligados, como a mulher moderna, feminismos, gestação indesejada, gravidez na infância, mortalidade materna, autonomia do corpo feminino, direitos sexuais e reprodutivos e políticas públicas de saúde da mulher. Para auferir identidade à escrita referenciaremos séries, filmes, documentários e romances que abordam estas temáticas.

Dessa forma, esta pesquisa encontra seu fundamento no papel e na potencialidade que as Ciências Sociais possuem para preencher as principais lacunas encontradas entre o conteúdo previsto nas normativas vigentes no Brasil e o caminho percorrido por meninas, grávidas e vítimas de estupro, para acessarem os serviços médico-hospitalares de aborto legal, o que implica em analisar a temática do aborto não mais no âmbito do crime e da justiça, mas no âmbito da saúde pública e da sociologia, questionando e buscando responder por que o direito ao aborto legal não é facilmente acessado; se houve uma certa preocupação legislativa na elaboração de normas que objetivam viabilizar o acesso deste grupo social aos serviços de aborto legal, que questões trespassam e interferem para aumentar o distanciamento entre a norma e a realidade fática.

A estrutura desta dissertação será dividida em quatro capítulos. No primeiro capítulo iniciamos a “saga de Maria” através de uma abordagem geral sobre o aborto legal, a partir de uma perspectiva normativa, informando ao leitor tanto o que consiste o procedimento até as modalidades em que pode ser realizado (de forma legal ou não). Em seguida, demonstraremos a realidade factual, apresentando o caso de Maria – objeto de estudo e eixo articular de nossas pesquisas. No segundo, abordaremos o aborto como uma construção social, apresentando um pouco das lutas feministas e a transformação da sexualidade frente ao Estado Moderno; e no

terceiro capítulo, serão descritos o procedimento metodológico, as técnicas aplicadas e os resultados alcançados na pesquisa, oportunizando o nosso último contato com Maria, que se dará nas conclusões.

CAPÍTULO 1 – O CAMINHO EM BUSCA DO ACESSO AO ABORTO LEGAL: A DISTÂNCIA ENTRE AS NORMAS E A PRÁTICA

“Há uma diferença entre saber e imaginar. (...). Porque insisto nessa diferença? O conhecimento dos livros me auxilia no rompimento de estereótipos e de mentiras sobre (...) as mulheres que fazem aborto, as meninas e mulheres que cometem crimes, ou sobre as mulheres vítimas de violência doméstica. ”. (DINIZ, GEBARA, 2022, p. 46).

Max Weber, no conjunto de suas obras, nos lembra que é a partir da observação das práticas sociais que podemos compreender a dinâmica da vida coletiva. Por outras palavras, para Weber o universo simbólico, decorrente de processos de interação social, é o motor que mobiliza a vida em sociedade e o aspecto do mundo real que constitui o objeto da sociologia. Orientados pelo conceito de ação social, podemos verificar que são as práticas sociais que definem os contornos da vida coletiva. Essas práticas são constituídas por vários componentes, habilidades, formas de significação e manejo de recursos materiais. Em suas variantes, a observação das práticas sociais nos leva a transcender as dicotomias que historicamente ocuparam a atenção da teoria social. São extensos os debates em torno da tensão indivíduo/sociedade, estrutura/agência, social/material. Por outras palavras, faz parte da ocupação da sociologia analisar a dinâmica das práticas sociais que entrelaçam a ação individual e as forças de coerção social (Watier: 2009). A partir de um processo analítico entendemos que as práticas, que podem ser observadas no desempenho de um indivíduo, decorrem de processos de socialização. Dessa forma, tanto a ação individual quanto a capacidade das instituições de moldar o mundo social fazem parte de um único ato.

Colocando entre parênteses ideologias, crenças, emoções e valores morais, o aborto pode ser entendido como a prática de expelir do corpo humano o resultado do encontro entre o óvulo e o espermatozoide. Mas, quando essa prática é interpretada a partir dos valores culturais que o homem carrega, o aborto se constitui como um tema polêmico, que causa muita controvérsia. As controvérsias fluem com facilidade na medida em que se abrem espaços para a moral cristã, para esse acúmulo de preceitos que pautaram a formação cultural do ocidente. Por ser uma prática revestida de uma simbologia extraordinária, o aborto se constitui como um tema de estudo bastante sedutor no campo das Ciências Sociais. É preciso reconhecer que para realizar uma pesquisa sobre o aborto sob a perspectiva sociológica é preciso estabelecer um diálogo interdisciplinar. Na área da sociologia, não podemos estudar o aborto dissociado de áreas como a Medicina, o Direito ou a Antropologia. Em razão desse fato, neste capítulo iniciaremos a “saga de Maria” dialogando com a Medicina, ciência que

apresenta parâmetros para a prática segura do procedimento e com o Direito que discorre sobre a permissiva em caso de estupro e as suas previsões normativas aplicadas no Brasil e no mundo, em conjunto com suas implicações na trajetória de vida de meninas e de seus familiares. Posteriormente, apresentaremos dados empíricos relativos ao caso de Maria e a sua busca pelo acesso ao aborto legal, os quais obtivemos especialmente por intermédio da entrevista face a face realizada com o Dr. Olímpio Moraes Filho, em conjunto com a análise de matérias jornalísticas publicadas na época. “Maria” é nome simbólico que atribuímos a uma criança vítima de violência sexual que, por orientação da avó, procurou ajuda médica para realizar um aborto. Após quase uma semana de saga, a menina de 10 anos que foi estuprada pelo tio em São Mateus, no Norte do Espírito Santo, pôde, enfim, realizar a interrupção da gravidez. Para acessar esse direito, garantido há 80 anos pelo Código Penal brasileiro, Maria precisou ser levada para Recife – PE, no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM, após o procedimento ter sido negado duas vezes pelo Hospital Universitário de Vitória. Durante o abortamento, grupos religiosos fundamentalistas protestaram ao lado de fora contra a garantia do aborto legal.

O enfoque midiático dado ao caso e a repercussão dos seus desdobramentos no senso comum, urgiram que profissionais do setor da saúde viessem a público para esclarecer os pormenores técnicos e os agravamentos de uma gravidez na infância e de um aborto tardio e/ou inseguro, com o intuito de conceder um teor científico aos debates. O médico Cristiano Rosas, por exemplo, demonstrou que a sucessão de equívocos ocorridos no caso de Maria poderia ter sido evitada uma semana antes, no dia 08 de agosto, quando a menina e a avó chegaram ao primeiro hospital. Segundo ele:

Sair de um hospital universitário, de uma federal, para ser transferida num voo de dois mil quilômetros, com conexão para ter acesso ao seu direito legal, uma menina de 10 anos estuprada cronicamente há quatro anos, grávida por estupro de vulnerável, e ainda com todas as questões que a gestação nessa idade trazem... é uma tragédia. (Trecho extraído da entrevista concedida ao Portal Catarinas e publicada no dia 17 de agosto de 2020. GUIMARÃES, 2020).

Em uma conversa na *live* “Menina não é mãe: toda criança tem direito ao aborto legal”, organizada pelo Portal Catarinas, Paula Viana – enfermeira-obstetra do Grupo Curumim, opinou que o caso de Maria é emblemático devido ao seu perfil representativo das meninas que não têm acesso aos seus direitos e que também não têm voz. A enfermeira acompanhou a saga de perto e relatou:

Desde o começo do contato que a gente teve com ela, a gente vê que é uma criança retraída, uma criança calada, uma criança com o olhar triste. Eu fiquei muito tocada, porque veio na minha cabeça “quais são as experiências dessa menina?”. As experiências dela estão relacionadas a calar, à dor, porque ela tinha uma ameaça real à integridade dela e das pessoas a quem ela ama. A menina já não tinha o pai e a

mãe por perto, e o avô e a avó são as referências dela. Então, foi uma experiência muito forte que retrata bem a desassistência que o Estado brasileiro dá às meninas e a desproteção que elas vivem. (Trecho extraído da entrevista concedida ao Portal Catarinas e publicada no dia 21 de agosto de 2020. AMANTE; GUZZO, 2020).

Na mesma cidade onde Maria foi estuprada e teve o direito ao aborto legal negado, seis meninas não puderam ter a gestação interrompida no ano de 2020. Outras dez em 2019 e quatorze em 2018. Em média, o município de São Mateus, com cerca de 130 mil habitantes, tem registrado quase um parto de meninas de até 14 anos a cada mês – houve anos com cerca de dois partos mensais. A quantidade de crianças que não têm a gestação interrompida e chegam a ter filhos ultrapassa a de diversas outras cidades do estado, comparativamente. Em Vitória, a capital do Espírito Santo, com uma população três vezes maior que São Mateus, registrou uma quantidade de partos de meninas nessa faixa etária 50% maior. (ANJO; CORREIA; FONSECA, 2020).

Rosenthal (2014), ao interpretar Durkheim e Lahire, ressalta que se devemos acreditar que até no ato mais individual e solitário a sociedade está presente, pois é ainda através da consciência e da experiência individual que ela se manifesta. Estudar o social individualizado é, portanto, estudar a realidade social na sua forma incorporada, interiorizada, permitindo compreender como a realidade “exterior”, através da experiência socializadora, se faz corpo. Por essa razão iremos contextualizar a saga de Maria a partir dos subtópicos que seguem, uma vez que não podemos deslocá-la da realidade fática vivenciada no Brasil e no mundo, assim como não podemos desconsiderar a influência das instituições no crer e no agir dos indivíduos, de modo que possamos nos munir de ferramentas suficientes para analisar a trajetória enfrentada por Maria e sua avó, entre os estados do Espírito Santo e Pernambuco, em busca do acesso ao aborto legal; e todos os seus desdobramentos.

1.1 ABORTO: UM DIREITO HUMANO, SEXUAL E REPRODUTIVO

As noções de saúde sexuais e reprodutiva difundidas na sociedade contemporânea, além de serem recentes, representam uma grande conquista histórica, fruto das reivindicações de movimentos sociais organizados de mulheres e feministas, que, através da construção de uma rede com diversas instâncias, nacionais e internacionais, empenharam-se na busca por cidadania, igualdade de gênero, erradicação da violência e direitos humanos, de modo que estas temáticas foram sendo elaboradas e discutidas ao longo dos anos, resultando em legislações que asseguram e protegem os direitos sexuais e reprodutivos para todas.

De uma forma mais didática, os direitos reprodutivos, são um conjunto de direitos humanos, que dizem respeito ao bem-estar físico, mental e social no que se refere à reprodução; E os direitos sexuais, dizem respeito ao exercício livre, seguro, prazeroso e emancipatório da sexualidade¹⁸. Além deles estarem quase sempre interligados, também protegem, ao mesmo tempo, interesses coletivos e individuais. Um exemplo de interesse coletivo seria o de todos terem acesso aos meios contraceptivos pelo SUS; e de interesse individual, seria o de cada indivíduo determinar como e com quem se relacionar afetiva e sexualmente, ou seja, todos os pormenores interligados a questões como o acesso à educação sexual, planejamento familiar, assistência médica, procedimentos de saúde, acesso à vacina contra o HPV, estão, conseqüentemente, sob a seara desses direitos.

Angelini (2023, p.16), inspirada pelas sociólogas Patrícia Hill Collins e Sirma Bilge, pontua que a Justiça Reprodutiva é uma lente que amplia a visão da saúde reprodutiva e dos direitos reprodutivos, porque reconhece a importância do acesso a eles, considerando a garantia do bem-estar físico, espiritual, político, econômico e social de mulheres e meninas (além de pessoas trans, numa interpretação inclusiva); enquanto também reconhece a necessidade de proteções legais, visando transformar os direitos humanos formais em direitos reprodutivos substantivos. Isto implica reconhecer as particularidades de cada situação, de cada subjetividade atendida, para garantir que cada menina/mulher/pessoa trans tome suas próprias decisões sobre suas vidas e seus corpos. Nas palavras da autora:

A Justiça Reprodutiva nasce como uma estratégia interseccional que pretende reconhecer as assimetrias de experiências entre mulheres e pessoas com possibilidade de gestar no acesso aos serviços de saúde reprodutiva, ao mesmo tempo que destaca suas singularidades. Com isso busca-se explicitar confluências de opressões, enquanto conscientiza sobre a intensidade e a especificidade com que estas atingem tanto as mulheres negras como outras mulheres cujos direitos são restringidos. (ANGELINI, 2023, p.6)

O conceito de Justiça Reprodutiva foi utilizado pela primeira vez na década de 1990 por mulheres negras, negro-asiáticas e indígenas ativistas nos Estados Unidos. Quatro anos depois, com a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas – conhecida como Conferência do Cairo, definiu-se que questões relacionadas a saúde sexual e reprodutiva fazem parte da temática mais ampla dos direitos humanos, que reportam às questões da cidadania moderna, pensadas a partir da igualdade de direitos entre todos os seres humanos, livres e unidos por um laço fraterno (CAVENAGHI, 2006, p. 30). Desde

¹⁸ LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. *Revista Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 244-253, abr./jun., 2014.

então, essas questões estão previstas em documentos dos comitês da Organização das Nações Unidas que monitoram o cumprimento de tratados, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, a Convenção sobre os Direitos da Criança e a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Em 1995, na Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim – da qual o Brasil participou ativamente – o item 90 consigna que em muitos países as políticas e os programas de saúde perpetuam com frequência os estereótipos de gênero e não dão a devida consideração as diferenças socioeconômicas e particulares existentes entre cada uma, além de deixarem de levar em conta a falta de autonomia plena das mulheres no tocante à sua saúde. No que concerne especificamente ao aborto, entre as recomendações constantes no item 106, estavam a necessidade de reconhecer que as consequências dos abortos feitos em más condições constituem um grande problema de saúde pública, cabendo aos Estados remediar essa problemática através da prestação de serviços mais amplos e eficazes de planejamento familiar.

Nos termos do Relatório Final¹⁹, todos os esforços devem ser voltados, prioritariamente, para a eliminação da necessidade do aborto. Medidas como a prevenção da gravidez não desejada e o acesso à informação confiável e orientação solidária às mulheres que engravidam sem planejamento foram elencadas como formas mais adequadas para enfrentamento dessa demanda do que o recurso a medidas punitivas contra aquelas que se submetem a abortos ilegais. Além disso, nos casos e nas nações em que o aborto é legalizado, deve ser assegurada sua prática em condições seguras, e em todas as hipóteses, deve ser garantido acesso a serviços de boa qualidade para o tratamento de eventuais complicações decorrentes do aborto; quando a interrupção da gestação já tiver sido realizada pela própria mulher, devem ser oferecidos a ela serviços de orientação, educação e planejamento familiar, o que pode contribuir para evitar abortos repetidos.

Segundo aponta o estudo da OMS (2018) e do Instituto *Guttmacher* – ONG dedicada ao avanço de controles contraceptivos, uma em cada quatro gestações são interrompidas de forma voluntária a cada ano. Já o relatório publicado no periódico científico *Lancet* (2017) diz que 56 milhões de abortos induzidos ocorrem anualmente, uma taxa mais alta do que se

¹⁹ VIOTTI, Maria Luiza Ribeiro. Declaração e plataforma de ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. **Instrumentos internacionais de direitos das mulheres**, Pequim, p. 148-258, 1995. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf>.

acreditava em períodos anteriores. Os pesquisadores destacam que a maior taxa do mundo – e acima da média global – foi verificada na América Latina.

No Brasil, o resultado das pesquisas realizadas por Rodrigues (2022, p. 32) demonstraram que há um grande distanciamento entre as orientações institucionais e as práticas sociais, ao passo que uma das principais dificuldades enfrentadas pela institucionalização dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSRs) se constitui nos entraves para a sua efetivação, isso porque a concretude desses direitos é exercida quando existe respeito à autonomia e autodeterminação das funções reprodutivas, estabelecidas através de Pactos, Convenções dos Direitos Humanos e na Constituição Brasileira de 1988.

No ordenamento brasileiro, apesar deles não estarem previstos exatamente com essa nomenclatura, os DSRs abrangem direitos já reconhecidos na nossa legislação, como os direitos constitucionais à saúde, à autodeterminação, ao planejamento familiar, entre outros. Inclusive, é importante frisar que o reconhecimento deles impõe a garantia do exercício da sexualidade livre de coerção, discriminação e violência, do direito à saúde sexual e reprodutiva e a garantia de decidir sobre ter ou não filhos e de ter suporte necessário para tomar e levar adiante independente da decisão. Mas para que se garanta que o acesso a esses direitos seja pleno, é fundamental o acesso às informações, a educação sexual, assistência médica e métodos contraceptivos. Ou seja, a garantia desses direitos requer uma gama de políticas públicas, que devem ser pensadas considerando marcadores de gênero, raça e classe.

Um importante exemplo desse cenário é a experiência vivenciada nos serviços públicos de saúde por meninas, grávidas e vítimas de violência sexual, que desejam realizar um aborto e não possuem o acesso pleno a esse direito. Além de serem impactadas por marcadores de raça e classe, podem sofrer influência de conflitos morais, religiosos e éticos associados às legislações vigentes em seus países, expondo-as a situações de maior risco e vulnerabilidade. A coordenadora, Sandra Bazzo, lembra que o Comitê Latino-americano e do Caribe para Defesa dos Direitos da Mulher – CLADEM²⁰ foi a primeira organização a levar um caso de gravidez infantil para a corte da Organização dos Estados Americanos (OEA), envolvendo uma menina de 10 anos que teve o direito ao aborto negado no Paraguai. Segundo Bazzo, além de diversos riscos, incluindo a morte, a gravidez na infância tem um custo

²⁰ O Cladem é uma rede feminista que monitora tratados internacionais para os direitos humanos de meninas e mulheres e acompanha o seu desenrolar nos países da região latino-americana e caribenha. Essa tarefa não se dá apenas de forma técnica, mas também na forma de mobilização política, envolvendo múltiplos atores como ONGs, coletivos e outras organizações. Dessa forma, o Comitê cobra e pressiona, por meio de ações de formação, litígios e campanhas, para que os governos se engajem no cumprimento das medidas previstas nos compromissos internacionais.

econômico e social muito grande, porque essa criança não vai conseguir cuidar de um filho, sendo, então, duas crianças precisando de cuidados. A menina abandona os estudos porque é estigmatizada por ser mãe e todo o desenvolvimento cultural, intelectual e socioeconômico é afetado. Ao deixar os estudos, tem mais propensão à baixa renda, dificuldades de emprego, configurando um custo alto para a vida dela. (GUIMARÃES, 2020).

Estigmas relacionados ao aborto estão profundamente enraizados na sociedade onde vivemos, sendo, por vezes, reproduzidos ainda que de forma não intencional. Para sair do automático e desenvolver estratégias que contribuam para o enfrentamento desse problema, é preciso, primeiro, compreendê-lo.

Segundo Goffman (1988), cada sociedade/cultura/grupo/comunidade categoriza as pessoas como qualificadas para participarem das interações sociais e as outras, como desqualificadas. O processo de desqualificação está relacionado à atribuição ou descoberta de uma qualidade que funciona como uma marca que torna os sujeitos que a possuem desabonados para a convivência e interação com outros indivíduos que participam dos contextos interacionais delimitados. Goffman (1982, p. 12) afirma que “um estigma é, então, na realidade, um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo, embora eu proponha a modificação desse conceito, em parte porque há importantes atributos que em quase toda nossa sociedade levam ao descrédito”. Não é raro que pessoas que abortam mantenham essa decisão em segredo por medo da criminalização e/ou para fugir do tabu e do julgamento social. Isso acontece porque o aborto contraria os estereótipos de gênero que afirmam a maternidade como inerente ao “papel social” das mulheres, além de ser condenado pelo fundamentalismo religioso. Diante desse contexto, quem ousa desafiar as normas sociais e legais acaba vulnerável ao estigma, assim como o misoprostol, a clínica clandestina, o profissional de saúde que faz o procedimento, as pessoas que apoiam, as ativistas e quaisquer outros elementos que remetam ao aborto – seja ele feito dentro do sistema de saúde ou de maneira autônoma, fora dele – também são estigmatizados. (ASSIS, M. et al., 2023, p. 9).

Atento a essa violação e ao caso da menina paraguaia, ocorrido no ano de 2015, o CLADEM elaborou uma pesquisa²¹ que identificou que a cada ano milhares de meninas latino-americanas ficam grávidas por abusos sexuais e são forçadas a continuar a gravidez devido a legislações baseadas em crenças e não em direitos. O estudo esclarece que no

²¹ COMITÊ LATINO-AMERICANO E DO CARIBE PARA DEFESA DOS DIREITOS DAS MULHERES (CLADEM). Brincar ou parir: Gravidez infantil forçada na América Latina e no Caribe. Elaboração: Susana Chiarotti. 1ª edição. Assunção, Paraguai. ISBN: 978-99967-828-4-8.

momento em que a menina se torna mãe são cometidos três tipos de violação: o primeiro, impondo um relacionamento sexual indesejável; o segundo, forçando-a dar sustentar uma gravidez que não procurou; e o terceiro, obrigando-a a ser mãe contra a sua própria vontade.

A América Latina possui as legislações mais restritivas para a prática do aborto e, para uma menina, o acesso a contraceptivos ou anticoncepção de emergência pode ser difícil, ou impossível. A falta de autonomia de meninas e mulheres sobre seus corpos foi tema do relatório divulgado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, na sigla em inglês) em abril de 2021. Partindo de uma pesquisa realizada em 57 países, o UNFPA conclui que apenas cerca de metade desse grupo social toma as próprias decisões que sustentam a autonomia de seus corpos.

Em alguns países, segundo a pesquisa da UNFPA, essa proporção cai para cerca de uma em cada dez. Para alcançar esse número, essa pesquisa fez três perguntas a mulheres de 15 a 49 anos, que objetivavam saber quem geralmente toma as decisões sobre os cuidados de saúde para elas; quem geralmente decide se devem ou não usar anticoncepcionais; e se podem dizer não ao marido ou parceiro se não quiser ter relações sexuais. Apenas as mulheres que afirmaram tomar suas próprias decisões nas três questões acima são consideradas com autonomia sobre os próprios corpos e, assim, sobre os seus direitos sexuais e reprodutivos.

Corroborando com esse entendimento trazido pela pesquisa, Giddens (1993, p. 202) explica que autonomia significa a capacidade de autorreflexão e autodeterminação dos indivíduos: “deliberar, julgar, escolher e agir diante de diferentes cursos de ações possíveis”. Mas, é claro que a autonomia não pode ser desenvolvida enquanto os direitos e as obrigações estão intimamente vinculados à tradição e prerrogativas estabelecidas pela propriedade. Nesse tocante Federici (2017, p. 32), pontua que:

Desde o início dos movimentos das mulheres, as ativistas e teóricas feministas viram o conceito de “corpo” como uma chave para compreender as raízes do domínio masculino e da construção da identidade social feminina. Para além das diferenças ideológicas, chegaram à conclusão de que a categorização hierárquica das faculdades humanas e a identificação das mulheres com uma concepção degradada da realidade corporal foi historicamente instrumental para a consolidação de poder patriarcal e para a exploração masculina do trabalho feminino. Desse modo, a análise da sexualidade, da procriação e da maternidade foi colocada no centro da teoria feminista e da história das mulheres. (FEDERICI, 2017, p. 32).

E ainda, ao abordar mais especificamente à opressão e exploração dos corpos das mulheres no capitalismo, enfatiza que:

A criminalização do controle das mulheres sobre a procriação é um fenômeno cuja importância não pode deixar de ser enfatizada, tanto do ponto de vista dos seus efeitos sobre as mulheres, quanto por suas consequências na organização do trabalho. (2017, p.181).

Na América Latina, em países como El Salvador, Honduras, Nicarágua e República Dominicana, a prática do aborto ainda é uma prática criminalizada. O balanço regional feito pelo CLADEM (2016) também apontou que em outros países, apesar do estupro ou os riscos para a saúde ou a vida da mulher serem causas que permitem a prática legal do aborto, em muitas ocasiões o acesso a esse direito foi negado ou não existiam protocolos para implementá-lo.

Fazendo frente à luta por autonomia de meninas e mulheres sob os seus corpos, o CLADEM lançou a campanha “*Embarazo infantil forzado es tortura*”, que denuncia a impunidade da violência sexual contra meninas e exige o reconhecimento da gravidez forçada como tortura. Um dos pontos relevantes dessa iniciativa é o seu caráter pedagógico ao distinguir gravidez na adolescência – que pode ser fruto de uma iniciação sexual precoce – de gravidez na infância, caracterizada na maioria das vezes pela violência sexual exercida por integrantes da família ou conhecidos. Outro, é a exigência de que os 38 estados cumpram o compromisso internacional de tornar efetivas ações que levam à erradicação de todas as formas de violência contra as mulheres e meninas, assumido através do Consenso de Montevideu sobre População e Desenvolvimento, no ano de 2013. Esse documento visa reforçar as metas da Agenda de Cairo, plano de ação elaborado em 1994. São elas: o crescimento econômico, desenvolvimento dos recursos humanos, igualdade e equidade de gênero e a satisfação das necessidades da população na área da saúde, em particular, na saúde reprodutiva.

A gravidez infantil forçada, por sua vez, é corporificada quando uma menina fica grávida sem ter procurado ou desejado, e a interrupção é negada ou dificultada. Dados do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos indicam que até o mês de maio de 2022 foram registradas 4.486 denúncias de violações de direitos humanos contra crianças e adolescentes ligados a situações de violência sexual. Entre janeiro e dezembro de 2021, houve 18.681 registros contabilizados entre as denúncias recebidas pela Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos (Disque 100), o equivalente a 18,6% dos relatos. Esse mesmo levantamento indicou que o local da violação que aparece com maior frequência nas denúncias é a residência onde a vítima e/ou o suspeito residem. O ponto preocupante – mas não surpreendente, é que entre os maiores suspeitos nos casos aparecem o padrasto e a madrasta, o pai e mãe, nesta ordem. Em quase 60% dos registros, a vítima tinha entre 10 e 17 anos e em cerca de 74%, a violação é contra meninas.

Esses dados alertam para a necessidade de proteção de meninas que vivem em situação de violência intrafamiliar. Os resultados auferidos podem atingir um maior grau de

gravidade quando adicionamos as barreiras criadas pela criminalização do aborto – que impossibilitam ou causam o seu acesso tardio; o desconhecimento dos próprios profissionais quanto aos procedimentos de aborto legal, além do receio de muitos quanto às narrativas das vítimas, muitas vezes questionando-as, por falta de treinamento e/ou informação quanto aos aparatos legais fornecidos pelos serviços de saúde em que trabalham; e medo sentido pelas pacientes em serem denunciadas, o inibe consideravelmente procura por serviços de abortamento seguros. Segundo dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), foram registrados, entre os anos de 2018 e 2020, 1.296 processos judiciais acusando brasileiras por aborto nos últimos cinco anos. Apenas em 2022, foram 464 mulheres processadas, três vezes mais que em 2021. E em 2023, 189 processos por aborto já foram registrados no Brasil.

Corroborando com a perspectiva jurídica, mas agora do ponto de vista da saúde, Cristiano Rosas, um dos principais médicos que atuam em uma rede internacional voltada à garantia dos direitos reprodutivos das mulheres, é enfático ao afirmar que a negativa da equipe médica, em realizar o procedimento de aborto, viola direitos fundamentais:

Manter uma criança gestante à sua revelia de um fruto de estupro, não permitir que tenha garantido um direito constitucional, civil, um direito reprodutivo assegurado pelos tratados internacionais, é uma terceira violência. É submetê-la a uma condição de tortura por nove meses. Tortura é crime cruel. (Trecho extraído da entrevista cedida ao Portal Catarinas, no dia 17 de agosto de 2020. GUIMARÃES, 2020).

Nota-se, portanto, que os Estados têm a obrigação de ajustar suas leis e regulamentos que afetam a saúde sexual aos padrões e leis de direitos humanos. Remover barreiras ao acesso a informações e serviços relacionados à saúde, promulgar leis e regulamentos que promovam e apoiem a saúde sexual são ações que também estão alinhadas à estratégia de saúde reprodutiva global da Organização Mundial da Saúde adotada na Assembleia Mundial da Saúde de 2004 (OMS, 2020, p.13).

A ADPF nº 442 foi apresentada pelo PSOL (Partido Socialismo e Liberdade) em 2017 e ainda não tem data para ser julgada. A ação questiona a violação de direitos fundamentais das mulheres diante da manutenção dos artigos 124 e 126 do Código Penal de 1940 e também pede que sejam excluídas a incidência de artigos penais sobre a interrupção induzida e voluntária da gestação nas primeiras 12 semanas. Os principais argumentos utilizados são o de que a criminalização viola direitos como a dignidade da mulher, a cidadania, à vida, à igualdade, à liberdade, o direito de não ser torturada, o direito à saúde e ao planejamento familiar da mulher, previsto na Constituição Federal de 1988. A ministra Rosa Weber, atual presidente da Corte, deve se aposentar em outubro de 2023 e, como relatora da ADPF, pode colocá-la em pauta antes de passar a cadeira para quem vai sucedê-la.

Mas fazendo um caminho contrário daquele que deveria ser seguido na seara política nacional, o PL nº 14.241/2021, de autoria da deputada federal Marília Arraes (PT-PE), que cria o Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual, encontrou diversos empecilhos para a sua promulgação no Brasil. A norma determina que estudantes dos ensinos fundamental e médio, mulheres em situação de vulnerabilidade e presidiárias recebam, de forma gratuita, absorventes para sua higiene pessoal, para combater a precariedade menstrual – a falta de acesso ou a falta de recursos para a compra de produtos de higiene e outros itens necessários ao período da menstruação. No entanto, o ex-presidente Jair Bolsonaro decidiu vetá-la, sob os argumentos de que havia falta de previsão de fontes de custeio e incompatibilidade com a autonomia dos estabelecimentos de ensino. Em março de 2022, após meses de mobilização das parlamentares e organizações da sociedade civil, que consideravam o veto como um ato contra as mulheres, o Congresso Nacional o derrubou e restaurou o programa. (AGÊNCIA SENADO, 2022)²². Fatos como esse demonstram como até as questões relativas à saúde da mulher, que nada tem a ver com a vivência da sexualidade, foram rejeitadas e inviabilizadas pelo Governo Bolsonaro, eleito em 2018 por mais de 50% da população brasileira, sob à égide de preceitos fundamentalistas.

1.1.1 Normativas de saúde para o aborto seguro e os índices de mortalidade materna

“E, como de costume, era impossível determinar se o aborto era proibido porque ruim, ou se era ruim porque proibido. Julgava-se de acordo com a lei; não se julgava a lei.” (ERNAUX, 2022, p. 29).

O ordenamento jurídico em relação à prática do aborto muito nos diz sobre as representações morais de grande parte da população brasileira. Nesse sentido é pertinente lembrar os ensinamentos de Durkheim. Na introdução à *A divisão social do trabalho*, o referido autor ressalta que as vontades individuais somente são fonte de direito quando se conformam à regulamentação social e respeitam os valores coletivamente partilhados. Comentando essa percepção de Durkheim, o sociólogo Raymond Aron (1987: 304) afirma que:

“(…) poder-se-ia acreditar que Durkheim encontra assim uma ideia que tinha uma função importante na sociologia de Spencer e nas teorias dos economistas clássicos: a ideia de que a sociedade moderna se baseia essencialmente no contrato, isto é, em acordos concluídos livremente pelos

²² Mais informações disponíveis em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/03/10/derrubado-o-veto-a-distribuicao-de-absorventes-para-mulheres-de-baixa-renda>>.

indivíduos. Neste caso, a visão de Durkheim se ajustaria de certo modo à fórmula clássica ‘do estatuto ao contrato’ (...). Mas não é essa a ideia de Durkheim. Para ele, a sociedade moderna não se baseia no contrato, como a divisão do trabalho não se explica a partir de decisões racionais dos indivíduos de repartir as ocupações para aumentar a produção coletiva. Se a sociedade moderna fosse ‘contratualista’, poderia ser explicada pelo comportamento dos indivíduos. Ora, o que o sociólogo quer demonstrar é precisamente o contrário. Opondo-se assim aos ‘contratualistas’, como Spencer, e aos economistas, Durkheim não nega que nas sociedades modernas os contratos concluídos livremente pelos indivíduos tenham um papel importante. Mas esse elemento contratual é um derivado da estrutura da sociedade, e até mesmo um derivado do estado de consciência coletiva da sociedade moderna.”

Considerando pertinente as observações de Aron, podemos afirmar que o consenso na normatização sobre um determinado fato social, da forma como acontece com o aborto, ocorre, como afirma Durkheim em seus estudos, pela compreensão do direito como um ato de regramento moral, como expressão da solidariedade ou dos elos que garantem a unidade de uma determinada sociedade. Assim, tal como se dá a construção de consenso para consolidar um tipo de solidariedade, também o direito seria determinado pelo consenso em torno da forma de diferenciação social. Em consequência desse fato, o direito se modificaria no bojo do desenvolvimento da sociedade que, como se sabe, para Durkheim, consiste numa reorganização da sociedade da forma segmentária de diferenciação para a funcional, pautada pela divisão do trabalho social. Sobre essa questão, Raymond Aron – no mesmo texto, ressalta que a divisão do trabalho é um fenômeno social, um fato decorrente de uma combinação do volume, densidade material e moral da sociedade. Assim, no entendimento de Aron, quanto mais intenso o relacionamento entre os indivíduos, maior a densidade dos elos de coesão social.

Como podemos observar, na medida em que avançam os processos de socialização, cada vez mais abertos e globalizados, os modos de percepção do mundo vão se ampliando. Em certa medida, constatamos que hoje é possível falar dos DSRs. Mas nem sempre foi assim. Há quase 80 anos o aborto tem sido considerado crime na legislação brasileira. Esse fato coloca o Brasil entre os 25% das nações do mundo com legislações mais restritivas em relação à interrupção da gravidez, e isso traz consequências alarmantes para os indicadores de saúde materna, como o aborto inseguro e a morbimortalidade materna. Pesquisas bem conduzidas utilizando métodos estatísticos confiáveis, como a Pesquisa Nacional de Aborto – PNA, demonstram que o número de pessoas que fazem abortos na clandestinidade é alto e a força coercitiva da lei não encontra eficácia para o seu objetivo finalístico de inibir essa

conduta. A edição de 2016 da PNA²³ demonstrou que, ao chegar aos 40 anos, uma em cada cinco brasileiras terá provocado ao menos um aborto; enquanto na edição dessa mesma pesquisa, publicada em 2023²⁴, com dados coletados em 2021, demonstrou-se a proporção de uma a cada sete mulheres. Ou seja, apesar da diminuição da incidência, o aborto continua sendo um evento comum na trajetória reprodutiva das mulheres e, mesmo sob ameaça da lei penal, elas decidem o próprio futuro através da interrupção de uma gestação que não querem ou não podem manter.

O debate sobre o corpo na área da sociologia, quando comparado com outros temas de pesquisa, é bastante recente. A sociologia se interessou em abordar o corpo a partir da década de 1980. Quando observamos as diversas produções sobre o assunto, percebemos que o corpo ganha importância para a sociologia quando esta aborda questões relativas à saúde e doença, ao envelhecimento ou às diversas relações que afetam ou limitam o funcionamento "normal" do corpo. Em certa medida, a abordagem sobre o corpo leva consigo profundas consequências sociais, políticas, econômicas e psicológicas. Tais fatos fazem que a interlocução da sociologia com a medicina se torne pertinente. Nessa interlocução, podemos afirmar que, do ponto de vista médico, o aborto é, em regra, uma intervenção de saúde segura e não complexa que pode ser realizada de modo eficaz através de substâncias farmacológicas e/ou procedimento cirúrgico de baixo risco, nos mais diversos contextos. A segurança desta prática implica na ação de um profissional com competências necessárias para ministrar um dos métodos recomendados pela Organização Mundial da Saúde, considerando a sua adequação com a idade gestacional apresentada por cada paciente. (OMS, 2022, p.2). Em uma interpretação extensiva, os abortos tornam-se menos seguros quando apenas uma das condições acima são preenchidas e inseguros quando não há atenção a nenhuma delas.

A maioria dos países desenvolvidos permite a prática do aborto dentro das primeiras 12 semanas de gravidez, por reconhecerem a impossibilidade de desenvolvimento do sistema nervoso central do feto nesse período. (VIANNA, 2012). Já a Norma Técnica (2011) vigente no território nacional sugere que o procedimento seja realizado até 20 ou 22 semanas, ou se o feto pesar até 500 gramas, o que não representa uma regra, pois os contextos referentes à saúde física da mulher, estrutura do ambiente médico-hospitalar e aptidão dos profissionais a eles interligados, também devem ser consideradas.

²³ DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa nacional de aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 653-660, 2017.

²⁴ DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto-Brasil, 2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 1601-1606, 2023.

De acordo com Sandra Bazzo – coordenadora do Cladem, o fato dos hospitais do Espírito Santo terem se negado a realizar a interrupção da gestação de Maria demonstra a falta de capacitação dos profissionais para a realização do aborto legal; o preconceito e a discriminação em relação às mulheres, que impõem a maternidade como destino, exercendo, sempre que uma mulher fica grávida, o poder sobre seus corpos; e a quase inexistente divulgação dos direitos das mulheres pelo poder público brasileiro. Esse não foi o entendimento da equipe do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, em Recife – PE, que atendeu a menina na noite de 16 de agosto de 2020. Nas palavras de Bazzo:

Quando uma menina de 11 anos gestante chega em uma unidade de saúde, e essa gestação está fora desse parâmetro, por algum motivo se concebe que não se pode fazer nada. Mas, na verdade não é isso, porque se uma gestante estiver correndo risco de vida e chegar ao hospital, ninguém vai pedir uma autorização para escolher entre interromper ou não, pensa-se sempre na gestante. Então, uma menina de 10 anos, mesmo que tivesse discernimento sobre o que é uma relação sexual e que isso desencadearia em uma gestação, ela ainda assim estaria correndo risco de vida porque o corpo dela ainda não está pronto para gestar. (Trecho extraído da entrevista concedida ao Portal Catarinas e publicada no dia 21 de agosto de 2020. AMANTE; GUZZO, 2020).

Na Colômbia, por exemplo, desde fevereiro de 2022, as mulheres e profissionais de saúde não podem mais serem julgados ou penalizados por realizarem o aborto até a 24ª semana de gravidez. Passado esse período, a gestação só poderá ser interrompida em casos de estupro, malformação fetal ou risco à vida da mãe. Outros países latino-americanos²⁵ que apresentam avanços nesse mesmo sentido são a Argentina, que em dezembro de 2020 aprovou o projeto de lei que torna o aborto acessível de forma segura e gratuita, por vontade da mãe até a 14ª semana de gestação e depois disso, apenas em casos de estupro ou risco de vida da mulher; e o México, que em setembro de 2021 decidiu judicialmente que mulheres não podem ser processadas por cometerem abortos, o que liberou a legalização por parte dos Estados mexicanos.

Sandra Bazzo, ainda, chama a atenção para a atuação de grupos fundamentalistas, que tentam interferir na decisão de mulheres e impedir o acesso ao aborto legal. Ela alerta que o que ocorre no país é muito semelhante em vários países da América Latina. (AMANTE; GUZZO, 2020). Essas experiências se repetem no Paraguai, na Argentina, e é muito característico, porque sempre há uma investida inicial para impedir a interrupção da gestação,

²⁵ O documentário “Verde-Esperanza: aborto legal na América Latina”, com direção de Maria Lutterbach, foi gravado em três países e mostra que a luta que garantiu o aborto legal na Argentina e na Colômbia veio das ruas e pode servir de inspiração para que outros países avancem na legislação dos direitos reprodutivos.

com o argumento de serem pela vida do nascituro, mas, ao mesmo tempo, não consideram pensar na vida da gestante que está em risco. Na Colômbia, mesmo após a descriminalização, uma cruzada anti-aborto continua tomando força²⁶. Grupos que se opõe ao aborto seguem se organizando para recriminar e dissuadir mulheres que optam pela interrupção da gestação, além de assediar trabalhadoras da saúde. Frequentemente, eles se posicionam em frente a clínicas e organizações que oferecem o procedimento de forma segura e legal, e tentam convencer mulheres e pessoas com útero de desistirem de suas decisões. Trabalhadoras do centro pró-aborto relatam tensões, constrangimentos e ameaças, o que fazem com que elas raramente saíam das clínicas sozinhas, e precisem reforçar suas medidas de segurança. Alma Victoria, uma das médicas ouvidas pela reportagem d’AzMina, relata que “desde que o aborto foi descriminalizado em fevereiro de 2022, a presença de pessoas e grupos anti-aborto e religiosos se tornou mais radical”. A descriminalização, no entanto, não fez a demanda de aborto crescer. Para os profissionais da Oriéntame – fundação que oferece serviços de saúde sexual e reprodutiva, a procura pelo procedimento abortivo não mudou ou aumentou exponencialmente por agora ser uma alternativa legal. Na seara da política colombiana, o conservadorismo também se movimenta para criar novos e sucessivos obstáculos, mas a batalha da “maré verde” continua em toda a América Latina, defendendo os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Dois exemplos de produções cinematográficas internacionais que abordam temáticas que permeiam as situações de vulnerabilidade vivenciadas por adolescentes grávidas que desejam a realização do aborto são “Nunca, raramente, às vezes, sempre” (2020) e “Invisível” (2017). O primeiro, roteirizado e dirigido por Eliza Hittman, conta a história de uma jovem da Pensilvânia que descobre uma gravidez indesejada e viaja à Nova York para interromper a gestação. Já no segundo, dirigido/roteirizado pelo argentino Pablo Giorgelli e disponível na plataforma Netflix, a personagem principal tem 17 anos e decide abortar com o auxílio de sua melhor amiga, também adolescente. As duas embarcam em uma aventura perigosa, tanto na internet, quanto pelas ruas de Buenos Aires, em busca de comprimidos abortivos.

O periódico científico *Lancet* (2017) e o relatório do Instituto *Guttmacher* (2018) publicaram dados sobre o acesso ao aborto seguro no âmbito mundial que evidenciam que a sua prática na modalidade insegura é a causa de 8 a 11% dos índices de mortalidade materna

²⁶ DOMINGUEZ, Soledad. Trabalhadoras de centro pró-aborto na Colômbia são alvo de assédio por grupos religiosos. *AzMina*. 04 ago. 2023. Disponível em: <<https://azmina.com.br/reportagens/centros-pro-aborto-e-o-assedio-religioso-na-colombia/>>.

em países de baixo e médio rendimento, o que configura uma porcentagem alarmante se considerarmos que essas mortes seriam completamente evitáveis se as recomendações da OMS fossem devidamente aplicadas. Essas publicações mundiais, inegavelmente, alertam sobre o impacto da ocorrência do aborto inseguro para saúde e vida de meninas e mulheres.

Em contrapartida, um estudo cronológico de morte materna publicado no *American Journal of Public Health*, uma das maiores referências de periódicos sobre o tema, mostra que o aborto legal é o procedimento reprodutivo mais seguro que existe. O risco de morte para cada cem mil procedimentos é de 0,5. Para se ter uma comparação, o risco por aborto espontâneo é de 1,19, parto com feto vivo 7, gestação ectópica 31 e o parto com morte fetal 97 para cem mil procedimentos. A grande questão ética colocada é que as mortes maternas por aborto ocorrem caracteristicamente em mulheres jovens, de baixa renda, pouca escolaridade, estudantes ou trabalhadoras domésticas, residentes em áreas periféricas das cidades, e são mais frequentes em negras, com um risco três vezes maior de morrer por essa causa em relação às mulheres brancas. Também já se demonstrou que mulheres analfabetas e residentes na Região Norte têm um risco maior de morrer por complicações de gravidez que termina em aborto. Concomitante ao que pontua Preciado (2020, p.81), a hegemonia do corpo heterossexual branco e válido e sua história de superioridade ontoteológica são reforçadas por seu acesso prioritário aos dispositivos científicos-técnicos de reprodução.

A pesquisa feita pelo *Guttmacher* (2018) ressalta ainda que, há mais de dez anos, observa-se em países com políticas mais liberais de acesso ao aborto, uma transição dos abortos cirúrgicos para os abortos medicamentosos. A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), em publicações não tão recentes, já recomendou em suas diretrizes para gestores e provedores de saúde a substituição do método cirúrgico pelo farmacológico. Além disso, uso de medicamentos para o aborto em substituição à curetagem ou ao método aspirativo causa um impacto estrondoso na redução dos custos hospitalares devido às menores taxas de complicações.

No Brasil, os dados do Sistema de Informações Hospitalares (DataSus) demonstram a incidência do atendimento ao aborto de forma abrangente, incluindo os tipos espontâneo, induzido, incompleto e legal. Segundo aqueles referentes ao ano de 2021, mais de 151 mil mulheres foram internadas no Brasil por situações de aborto e submetidas ao procedimento de dilatação e curetagem (D&C), que implica numa prática cirúrgica na qual o colo uterino é dilatado com o auxílio de instrumentos mecânicos ou agentes farmacológicos, para que depois possam ser utilizadas curetas afiadas de metal para raspagem das paredes uterinas (OMS, 2022, p. 41).

De janeiro a junho de 2020, o SUS fez 1.024 abortos legais em todo o Brasil. No mesmo período, foram 80.948 curetagens e aspirações, processos necessários para limpeza do útero após um aborto incompleto. (ACAYABA, FIGUEIREDO, 2020). Esses dados evidenciam que, no primeiro semestre de 2020, o número de mulheres atendidas em todo o país pelo SUS em razão de abortos malsucedidos – tenham sido provocados ou espontâneo – foi 79 vezes maior do que o de interrupções de gravidez previstas em lei.

Na matéria publicada pela Revistas AzMina, o médico Cristiano Rosas, coordenador do grupo *Global Doctors for Choice* Brasil, confirma que apesar de existirem formas simples, seguras, eficientes e recomendadas para a atenção humanizada do aborto, faltam subsídios necessários no Sistema Único de Saúde (SUS) para que os melhores métodos sejam utilizados, pondo em risco a vida de mulheres e pessoas com útero, enquanto, nos últimos dez anos, 500 (quinhentas) delas morreram devido à curetagem uterina pós-aborto (SUAREZ, 2022).

Além de ser um método ultrapassado, a OMS (2013, p.2) também desaconselha o uso da curetagem, indicando a sua substituição pela aspiração manual intrauterina (Amiu) ou mesmo por alternativas como o uso combinado de Mifepristone e Misoprostol que podem ser utilizados em realidade ambulatorial para tratamentos mais precoces, abaixo de dez semanas de gravidez. O Misoprostol isolado, por sua vez, tem uma eficácia altíssima até a 12ª semana, entre 93% e 95%, dispensando a complementação cirúrgica.

Ocorre que, além da Mifepristone não está disponível no Brasil, apesar de constar na lista de medicamentos essenciais da OMS, o Misoprostol é classificado como de “uso hospitalar” desde 1998, ou seja, somente hospitais cadastrados podem adquirir o medicamento, tonando-se a substância sob o maior grau de controle pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Ouvido no dia 13 de julho de 2022 nas dependências do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), para a construção desta pesquisa, o médico Dr. Olímpio Moraes Filho, nos relatou sobre o seu doutorado em Tocoginecologia, pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), no qual escolheu como objeto exatamente aquela substância. Sob a orientação do Prof. Dr. José Guilherme Cecatti, constatou, ao longo dos levantamentos científicos feitos para o desenvolvimento da sua tese, que o Misoprostol age beneficemente nas três principais causas de morte materna: o parto, a hemorragia pós-parto e a indução do aborto.

Em entrevista concedida no andamento de nossa pesquisa, Dr. Olímpio nos afirmou que o uso desse medicamento foi pensado em 1986 para a especialidade médica da

gastroenterologia e não da obstetrícia. A sua finalidade original era prevenir a formação de úlceras gástricas e curar gastrites, mas, astuciosamente, foram as mulheres pobres brasileiras que descobriram a sua eficácia para resolver situações interligadas ao atraso menstrual. Por provocar uma ação estimulante sobre a musculatura uterina, gerando fortes contrações, o Misoprostol possui efeitos colaterais abortivos.

Dessa maneira, não foi nenhum cientista que revolucionou o cenário mundial da obstetrícia, mas aquelas brasileiras que acabaram por salvar inúmeras vidas, porque assim como em outras partes do mundo, até meados dos anos 1980, as mulheres com alto poder aquisitivo realizavam abortos seguros em clínicas clandestinas, enquanto mulheres empobrecidas faziam abortos em suas casas, usando uma série de recursos arriscados, como introdução no útero de substâncias cáusticas, sondas, agulhas de tricô ou ingestão de chás, ervas e coquetéis especiais. Muitas vezes, o sangramento uterino era provocado com o auxílio dessas técnicas para que, apenas depois, as mulheres buscassem os hospitais onde o aborto era finalizado. (GUZZO, 2020). Está bem documentado que, durante a Idade Média, as mulheres haviam contado com muitos métodos contraceptivos, que consistiam basicamente em ervas transformadas em porções e supositórios vaginais usados para estimular a menstruação, provocar um aborto ou para criar uma condição de esterilidade. (FEDERICI, 2007, p.181).

Ao reclamarem a centralidade de suas vivências, resistindo ao poder, e incorporando o Misoprostol como a principal droga e a mais estudada por cientistas preocupados com os índices de mortalidade materna, elas viabilizavam uma nova via de acesso ao aborto. A sobrevivência dessas mulheres, a um regime de poder cruel que as discrimina, oprime e mata, denota muita coragem (DINIZ; GEBARA, 2022, p.23). Retomando as palavras utilizadas na entrevista por Dr. Olímpio: “hoje, o mundo todo usa o medicamento tanto para a indução do aborto quanto para a antecipação do parto. As mulheres do Brasil merecem o Prêmio Nobel da Medicina, porque evitaram a morte de milhões no mundo”.

Consoante o levantamento do Ministério da Saúde (2009, p.36), nos anos 1990, entre 50,4% e 84,6% das mulheres, principalmente das regiões Nordeste e Sudeste, abortaram utilizando o Misoprostol. Um aumento significativo quando comparado aos números da década anterior, que variavam entre 10% e 15%. Em outro levantamento feito pelo MS dos principais estudos nacionais do início da década de 90, identificaram três principais razões pelas quais as mulheres optavam por essa substância como método abortivo: privacidade, segurança e recusa ao aborto em clínicas privadas. Os estudos dos anos 2000 apresentam tendência semelhante nas razões dessa escolha. (BRASIL, 2009, p. 37).

No entanto, aquela informação sobre a nova finalidade do Misoprostol se espalhou tão rapidamente que, não só o aumento das vendas, como também a queda nos índices de morte em decorrência do aborto, chamaram a atenção de pesquisadores, instituições ligadas à vigilância farmacológica e os movimentos fundamentalistas, razão que motivou a ANVISA a proibir sua circulação, e enquadrar o seu fornecimento ou venda como crime contra a saúde pública. Dr. Olímpio também nos relatou que participou ativamente daquele momento, posicionando-se de forma contrária à restrição imposta:

Descobriram que as mulheres não estavam morrendo. Daí os movimentos fundamentalistas se preocuparam com isso. As mulheres que abortam não estavam morrendo. E para eles, elas têm que morrer. Então fizeram um movimento para tirar o Misoprostol da farmácia, e conseguiram. Mas aí tivemos que fazer todo um outro movimento para ter o Misoprostol nos hospitais. Foi uma luta muito grande, um trabalho recorde. Eu comparo assim... com o trabalho da vacina agora. O “negócio” fechando e a gente procurando uma maneira de ter o Misoprostol pelo menos dentro da maternidade. (Trecho da entrevista realizada face a face com Dr. Olímpio Moraes Filho, no dia 13 de julho de 2022, nas dependências do CISAM).

Com restrições e propagandas contrárias, as farmácias aos poucos foram deixando de ofertar o medicamento, iniciando a redução das vendas lícitas em 1992, com uma baixa de 80%. Dr. Olímpio chamou a atenção para alguns trabalhos retrospectivos, e realmente ligados aos movimentos fundamentalistas que buscavam “implantar” a falsa informação de má-formação fetal, como meio de desestimular o uso do Misoprostol como meio para interrupção da gestação. Para tanto, nos explicou como as pesquisas realizadas para comprovar a má-formação tornavam-se tendenciosas:

Foram entrevistados dois grupos de mulheres: um que apresentou má-formação fetal e outro que não possuía feto malformado. Quando um pesquisador pergunta a uma mulher, com seu filho saudável no colo, se durante a sua gestação fez o uso de algum medicamento para indução do aborto, já é esperado que ela negue. A atitude normal, esperada de qualquer ser humano, é a negação. Ainda mais se consciente que a ação questionada configura um crime. É natural do ser humano passar uma borracha no passado, fingir que nada existiu. Agora, se a mesma pergunta é direcionada para uma mulher com um bebê malformado, o resultado será o oposto. Numa sociedade como a nossa, em que tudo de ruim que acontece no mundo é culpa da mulher, ela sempre será induzida a questionar-se “aonde foi que errei?!”. Dessa forma, inúmeras respostas podem surgir, por exemplo, que cogitou a possibilidade de realizar um aborto, mas que essa atitude já foi o suficiente para que Deus a castigasse. Ou que utilizou um colírio que o doutor mandou não usar. É dessa forma que a mulher será estimulada a lembrar de cada detalhe de sua trajetória que pode ter influenciado, mesmo que minimamente, na obtenção desse resultado. Isso é chamado de “viés de seleção”. O pesquisador induz e encontra o resultado, porque é malfeita a entrevista. (Trecho da entrevista realizada face a face com Dr. Olímpio Moraes Filho, no dia 13 de julho de 2022, nas dependências do CISAM).

Há, portanto, uma questão ética delicada na difusão da tese da causalidade entre tentativa de aborto por Misoprostol e o diagnóstico de má-formação no feto, em particular a Síndrome de Moebius (SM)²⁷. Há quase uma década, as mulheres recebem a explicação científica de que a má-formação de seus bebês é resultado da tentativa ilegal de aborto pelo uso dessa substância, mas hipótese científica não se confunde com diagnóstico médico consolidado. (BRASIL, 2009, p. 40). Não é um ato ingênuo de pesquisa ou de assistência informar às mulheres que foi uma tentativa malsucedida de aborto o que provocou a má-formação no seu filho, porque o aborto é um tema com forte conotação moral na sociedade brasileira, mas não há estudos que analisem o impacto da enunciação do diagnóstico de SM como resultado do uso de Misoprostol.

Dr. Olímpio ainda alertou que mesmo nas instituições permitidas, o acesso ao Misoprostol é extremamente dificultado. Outros medicamentos, como o Ketalar, barbitúricos ou neurolépticos, que causam risco de morte quando usados inadequadamente são de acesso mais fácil do que aquele que “causa o aborto, mas não mata a mulher (...)”, “você pode tomar a caixa inteira que não morre. Pode ter náusea, pode ter febre, mas morrer, ninguém morre”.

Essa proibição, no entanto, não inibiu o seu uso com fins abortivos. Pelo contrário, só propiciou o aumento do mercado clandestino, ao passo que continuou a ser utilizado pelas mulheres com o intuito de interromper a gravidez, nos casos criminalizados em lei, como demonstram as pesquisas que tratam sobre a circulação secreta daquele remédio (TORNQUIST, PEREIRA e BENETTI, 2012). É importante salientar, no entanto, que “quando o aborto se aproxima do tráfico” (DINIZ; MADEIRO, 2012, p. 1797-1798), as mulheres se tornam reféns não somente de produtos adulterados, como também do medo constante de serem denunciadas caso procurem auxílio médico em decorrência disso, o que aumenta o risco de infecções e outras complicações no procedimento abortivo, levando-as, inclusive, à morte. Simone de Beauvoir, em seu manifesto sobre o aborto, pontua que (2016, p. 286):

O fato de ser a operação clandestina e perigosa multiplica-lhe os perigos e dá-lhe um caráter objeto e angustiante. Dor, doença, morte assumem um aspecto de castigo: sabe-se que a distância separa o sofrimento da tortura, o acidente da punição; através dos riscos que assume, a mulher sente-se culpada; é essa interpretação da dor e do erro que é singularmente penosa.

²⁷ A Síndrome de Moebius (SM) foi apontada como a principal sequela para o feto da tentativa ineficaz de aborto por Misoprostol. Rara má-formação, a SM constituía objeto de poucos relatos na literatura internacional até a abertura do debate por pesquisadores brasileiros (BRASIL, 2009, p. 38).

Em 2007, a polícia do Mato Grosso do Sul fez uma operação na Clínica de Planejamento Familiar da médica Neide Mota Machado, na qual foram apreendidos 9.896 prontuários médicos que continham registros minuciosos dos atendimentos feitos na clínica durante quase 20 anos. Esses registros foram usados como prova para investigar e processar milhares de pacientes por aborto, tornando-se o maior processo criminal sobre o aborto no Brasil. “O caso das dez mil”²⁸ trouxe diversas implicações na vida dessas mulheres, são só consequências penais, como diversas repercussões sociais por terem seus nomes publicitados no processo.

Segundo Dr. Olímpio, no Brasil existem dois tipos de abortamento: o seguro, quando a paciente tem informação e dinheiro, e o inseguro, no qual as mulheres morrem. Para o diretor do CISAM:

Se essas mulheres tivessem nascido em outros países – esses que a gente acha bonito para viajar –, elas estariam vivas. No Brasil, as mulheres brancas e ricas sempre tiveram acesso a medicamentos e clínicas. Isso é uma hipocrisia. Você pode ver que essas pessoas só se preocupam com os pobres. Por que elas não vão manifestar nas clínicas de aborto de pessoas ricas? Se estão preocupadas com os embriões, por que não vão nas clínicas de reprodução humana que descartam milhões de embriões congelados? É maldade contra os vulneráveis, contra os pobres, contra as mulheres. (Trecho da entrevista realizada face a face com Dr. Olímpio Moraes Filho, no dia 13 de julho de 2022, nas dependências do CISAM).

Além dessas razões, que já não são poucas, Diniz (2012) observa que os intermediários ao acesso do Misoprostol – podendo ser o balconista da farmácia, um sujeito que vive na comunidade e é conhecido popularmente como o “vendedor de remédio” – são figuras que causam grande pressão psicológica sobre as mulheres. Eles, muitas vezes, agem de maneira a desestimulá-las a procurar os serviços de saúde em emergências. Dessa forma, a busca pela medicação, junto à falta de informações e/ou o fornecimento de informações inadequadas sobre a forma correta de proceder com o aborto, passa a ser um grande risco para as mulheres que desejam interromper sua gravidez, o que, aumenta as chances de que cometam equívocos ou, inclusive, de não lograrem êxito na indução do aborto. Isso porque, quando uma mulher interessada na interrupção de sua gravidez digita as palavras "como fazer um aborto" na barra de pesquisa do navegador da internet, existe uma grande probabilidade dela já estar vivenciando um momento de extrema vulnerabilidade, o que, infelizmente,

²⁸ FOLHA DE SÃO PAULO. Caso das dez mil: podcast narra história das mulheres investigadas por aborto em MS. **Folha de São Paulo**. 06 set. 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/podcasts/2023/09/caso-das-10-mil-podcast-narra-historia-das-mulheres-investigadas-por-aborto-em-ms.shtml?pwgt=150nqihd12d780ri1ri2nbhufbahy3y1dklrn5bucnomj11e&utm_source=whatsapp&utm_medium=social&utm_campaign=compwagift>.

acabará alterando o seu senso crítico para a tomada de uma decisão e estimulará a sua confiança nas primeiras informações disponíveis na sua tela do seu celular e/ou computador.

Por outro lado, graças ao empenho enorme dos movimentos feministas e de defesa dos direitos humanos, existem na atualidade algumas organizações que realizam o trabalho de fornecer informações seguras e justas sobre o assunto. Se qualquer mulher e/ou pessoa com útero estiver vivenciando uma gestação indesejada e decidir usar medicamentos abortivos ou possuir quaisquer dúvidas sobre o procedimento adequado e seguro, é necessária a busca por orientação com profissionais éticos que realmente se importam com a dignidade de suas vidas.

O site da Safe2choose²⁹ é um exemplo de plataforma de aconselhamento e informação online que apoia as mulheres que desejam um aborto com pílulas ou um aborto cirúrgico e, quando necessário, encaminha-as para profissionais de saúde confiáveis, treinados e pró-escolha. A equipe conta com orientadoras em diversos idiomas, profissionais médicos e especialistas em saúde pública e desenvolvimento internacional que trabalham coletivamente para te oferecer informações corretas e seguras sobre remédios abortivos, respeitando e apoiando as mulheres para tomarem suas próprias decisões sobre seus corpos e sua saúde reprodutiva. Para entrar em contato, basta enviar uma mensagem no chat disponível no site ou escrever um e-mail, tendo em vista que a Safe2choose não possui telefone. Ressalta-se, porém, que eles não fornecem medicamentos abortivos. Ao invés disso, promovem o acesso a informações seguras gratuitamente.

Outra questão relevante é que o aborto medicamentoso pode levar horas ou até dias para ser concluído, o que significaria manter a paciente internada durante todo esse período na unidade hospitalar. O ideal seria a mulher poder levar os comprimidos para finalizar o procedimento em casa, conforme feito em outros países. A telemedicina, por exemplo, é fundamental para casos em que não há necessidade de internação, e garante o acompanhamento multidisciplinar durante todo o processo de interrupção da gestação, ainda que de forma remota.

Por oportuno, desde agosto de 2020, o Núcleo de Atenção Integral às Vítimas de Agressão Sexual – NuaVidas, vinculado ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU/UFU), tem realizado o aborto por telemedicina. A criação dessa modalidade de atendimento foi amparada legalmente pela legislação brasileira, que autorizou

²⁹ A safe2choose é, primeiramente, uma empresa social que integra um movimento internacional pela saúde reprodutiva e o acesso ao aborto seguro. Mais informações disponíveis em: <<https://safe2choose.org/pt/>>.

o seu uso durante a pandemia da Covid-19 através da Lei nº 13.989/2020 e da Portaria nº 467/2020 do Ministério da Saúde. Em um contexto de crise de saúde pública, é essencial reduzir os riscos aos quais as pessoas que buscam um aborto legal estão expostas nos serviços de saúde.

Além dessas normativas específicas, a iniciativa é amparada pelos direitos fundamentais de meninas e mulheres, especialmente o direito à saúde e a uma vida livre de violência, decorrentes da Constituição e de tratados internacionais assinados pelo Brasil, bem como pelo dever médico de garantir o acesso aos melhores tratamentos disponíveis. Há uma gama de estudos internacionais que apontam que o aborto por telemedicina não só é seguro como muitas vezes preferido pelas mulheres, além de ser uma recomendação da Organização Mundial da Saúde, que assegura a eficácia do aborto farmacológico e a autogestão do aborto. Medida semelhante foi adotada com êxito em países como Reino Unido, Canadá, França, Austrália e vários estados dos Estados Unidos.

Para fornecer orientações práticas para serviços de saúde que pretendam implementar o atendimento neste formato, o NuaVidas, em parceria com o Instituto de Bioética – Anis e a Rede Médica Pelo Direito de Decidir (*Global Doctors for Choice* Brasil), lançaram a cartilha “Aborto legal via telessaúde: orientações para serviços de saúde”. Nela é possível conhecer o respaldo jurídico, de acordo o estipulado na lei de telemedicina e nas normas técnicas sobre aborto legal e uso de medicamentos do Ministério da Saúde e da Anvisa. Há também um apêndice ilustrado que pode ser disponibilizado pela equipe de saúde para as pacientes, com orientações sobre o procedimento.

A construção desse material foi motivada pelas orientações de autoridades mundiais de saúde a respeito da essencialidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, mesmo em meio a crises sanitárias como a pandemia da Covid-19. A UNFPA propôs o uso de teleconsultas e oferta ampla de informação para que mulheres e meninas não estivessem desamparadas naquele momento. Além disso, a FIGO reforçou que a implementação dos serviços de aborto por telessaúde deve ser permanente, visto que evidências científicas afirmam sua segurança e impacto positivo nas experiências de meninas e mulheres.

No entanto, em 2023, esta ação que deveria ser reconhecida, premiada e estimulada como um avanço da medicina causou diversos problemas para os envolvidos. Principalmente, para Helena Paro, ginecologista idealizadora, que está sendo investigada pelo Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM-MG), por intermédio da abertura de processo administrativo. Barrar uma prática inovadora, que implanta no SUS um protocolo seguro e transparente de atendimento àquelas que mais precisam, é criminalizar mais uma vez as

mulheres. Em junho de 2022, durante a 5ª edição do Colóquio Aborto Legal RS, Helena Paro compartilhou a experiência da criação do serviço de acompanhamento de aborto legal por telemedicina no Hospital de Clínicas vinculado à Universidade Federal de Uberlândia. Restou claro que esse serviço não é apenas uma medida inovadora iniciada durante a pandemia e que mostrou ótimos resultados, a exemplo de outras práticas profissionais de saúde que utilizam a telemedicina para diferentes especialidades, como também se trata de uma resposta rápida e eficaz às mulheres mais vulneráveis, ampliando o atendimento a vítimas de violência sexual que engravidam e que buscam interromper a gravidez, dentro dos parâmetros legais. 42 O Fórum Aborto Legal RS³⁰, composto por um conjunto de organizações da sociedade civil, representação dos serviços, e de profissionais da assistência e de universidades, preocupadas com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, entende que o serviço de aborto legal por telemedicina deve ser uma política pública oferecida pelo SUS para atendimento a mulheres que têm dificuldade em procurar os serviços pessoalmente. Além disso, o impedimento dessa prática não só criminaliza, como afeta a saúde e a vida dessas pessoas. O Fórum e seus representantes reconhecem a atuação da Dra. Helena como um grande passo para a redução de danos e de morte materna junto a grupos mais vulneráveis.

Ao escreverem o artigo denominado “ignorar o problema do aborto inseguro não vai resolvê-lo” para o Folha de São de Paulo (2019), Cristiano Rosas e Melania Amorim afirmaram que o aborto é um problema de saúde pública no Brasil, tanto por sua magnitude quanto pelo alto custo para saúde pública. Por ser ilegal no país, muitas mulheres seguem abortando em condições inseguras, mas não todas. Disseram às vezes que o aborto era um “crime de classe” e é na maioria verdade. (BEAUVOIR, 2016, p. 282). Por meio de medicações ou clínicas particulares, mesmo na clandestinidade, mulheres de classe média e alta podem abortar em segurança, enquanto mulheres pobres e negras, como Ingriane Barbosa, que morreu em 2018 depois da inserção de um talo de mamona em seu útero, não têm sequer acesso à informação e buscam soluções inseguras.

A morte de Ingriane Barbosa Carvalho de Oliveira, 31 anos, por infecção generalizada após recorrer a um abortamento inseguro, em Petrópolis – RJ, expôs a precariedade da vida de mulheres pobres e negras no Brasil. Ingriane introduziu um talo de mamona no útero para interromper uma gravidez de aproximadamente quatro meses. Ficou sete dias internada no hospital, onde passou por uma histerectomia (retirada do útero) para controle da infecção, mas

³⁰ Mais informações disponíveis em: <<https://forumabortolegalrs.wixsite.com/site>>.

não resistiu. A morte ocorreu em 16 de maio de 2018, mas o caso só veio à tona após a prisão da mulher que a ajudou a realizar o procedimento, em 17 de julho daquele ano. Seu caso foi lembrado no dia 03 de agosto, na audiência pública que discutiu, no Supremo Tribunal Federal (STF), a descriminalização do aborto até as doze semanas de gestação por livre decisão da mulher, por meio da ADPF nº 442.

De acordo com a dupla, os números de aborto são subnotificados e, por isso, precisam ser corrigidos após investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil. Por exemplo, os números corrigidos divulgados pelo Ministério da Saúde (2018) apontaram 203 mortes em 2016. Mas não é somente com a morte que a preocupação geral deve estar direcionada. Para cada óbito materno por aborto foram estimados 18 casos de “*near miss*”, ou seja, complicações graves de mulheres que quase morreram em decorrência de hemorragia, infecção ou perfuração de órgãos, muitas das quais ficam com sequelas para o resto da vida.

Amorim (2018) chama a atenção para a compreensão do conceito de *near miss*, uma vez que essas mulheres passam comumente despercebidas e são ignoradas nas discussões sobre aborto, porque, em geral não são contabilizadas pelos sistemas de notificação. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que é importante estudar os casos dessas mulheres que sobrevivem por pouco, pois compartilham com aquelas que morrem muitos fatores patológicos e circunstanciais relacionados à sua condição.

Além disso, as taxas de mortalidade materna no Brasil são inaceitavelmente altas, o país auferiu em 2016 uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 64,4 por 100.000 nascidos vivos, correspondendo a 1.841 mortes maternas. No triênio 2014-2016, o aborto foi a quarta causa de morte materna, sendo frequentemente uma causa subestimada (AMORIM, 2018). O país também não atingiu o objetivo do milênio sobre mortalidade materna em 2015 e neste ritmo, talvez não atinja a meta acordada nos objetivos sustentáveis do desenvolvimento, em 2030. Os dados demonstram que a situação nacional está aquém de outros países com a mesma renda e com sistemas de saúde mais frágeis que o brasileiro.

O Brasil caminha na contramão, retirando de pauta a educação em sexualidade. Recentemente, o país também se posicionou contrário à aprovação de duas resoluções da ONU que visam combater a discriminação contra as mulheres e a mutilação genital feminina, manifestando-se no sentido de limitar os direitos e solicitando expressamente a retirada de termos como “educação sexual” e “saúde sexual e reprodutiva”. (AMANTE; GUZZO, 2020). Por exemplo, em 8 de março de 2020, no dia internacional da mulher, o Governo se recusou a assinar um compromisso mundial em defesa da saúde feminina, e a explicação dada pelo Itamaraty foi a de que “o governo brasileiro reconhece a importância de pautas salutares em

defesa da mulher, porém, não apoia referências a termos e expressões ambíguas, tais como direitos sexuais e reprodutivos”. Ou seja, termos que façam qualquer referência ou possibilitem interpretações extensivas com relação ao aborto impedem que o país avance em outros pontos extremamente importantes para a saúde da mulher. No entanto, as evidências científicas apontam para a necessidade de garantir o acesso ao aborto para proteger as mulheres, e isso é um consenso internacional plenamente estabelecido no campo da ciência. (AMORIM; ROSAS, 2019).

1.1.2 Normativas legais e os índices de abortamento

“Que o modo como vivi o aborto – a clandestinidade – remonte a uma história superada não me parece um motivo válido para deixá-la enterrada – mesmo que o paradoxo de uma lei justa seja quase sempre obrigar as antigas vítimas a se calar, em nome de que “tudo isso acabou”, de maneira que o mesmo silêncio de antes encubra o que aconteceu. ”. (ERNAUX, 2022, p. 17).

O Código Penal Brasileiro de 1940, estabelece os permissivos legais para a interrupção da gravidez. Em dois incisos do artigo 128, a legislação não pune o médico que realiza o aborto para salvar a vida da mulher – nominado “necessário” ou “terapêutico” – e para o caso de uma gestação decorrente de estupro – o aborto “sentimental” ou “humanitário”. Mais recentemente, o Supremo Tribunal Federal, em abril de 2012, decidiu por ampliar essa permissividade também nos casos de anencefalia, através de uma ADPF (Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental), a nº 54.

A ADPF nº 54 foi proposta em 2004, ao Supremo Tribunal Federal (STF) pela Confederação Nacional dos Trabalhadores (CNTS), após o desfecho do processo de Gabriela Oliveira Cordeiro. Essa jovem foi gestante de feto anencefálico e sofreu a negativa do seu pedido de aborto em diferentes instâncias do Poder Judiciário. Quando Gabriela finalmente recebeu a autorização para o procedimento, por parte Superior Tribunal de Justiça (STJ), Gabriela já havia dado à luz ao seu filho, que faleceu sete minutos após o parto. Ou seja, tarde demais. Em razão do sofrimento latente de Gabriela, a CTNS irressignou-se com a possibilidade de criminalização dos profissionais da saúde em caso de interrupção da gestação de fetos anencefálicos e, também, buscando sanar a insegurança jurídica muito forte que havia com relação ao assunto, propôs a ADPF nº 54, que levou 8 anos para ser julgada e aprovada, com 8 votos a favor, e 2 contrários.

No cenário audiovisual brasileiro, Débora Diniz – antropóloga, pesquisadora e documentarista brasileira, se empenhou em produções que abordam os relatos de mulheres gestantes de fetos anencefálicos e suas respectivas trajetórias na tentativa de obter autorização judicial e legalizarem o seu acesso ao serviço de aborto. O filme “Quem são elas?” (2006), leva como título a pergunta feita por um Ministro do Supremo Tribunal Federal, para demonstrar que nunca tinha ouvido falar sobre a história de alguma mulher que sofreu com a gestação de um feto anencefálico e a possibilidade de “assistir” a partida do seu filho instantes depois do parto. Norteadada por esse questionamento, Diniz narra a história de diversas delas, apresentando-as ao ministro.

Em “Uma história Severina” (2005)³¹, realizada em conjunto com Elaine Brum, Diniz também retrata a modalidade de aborto eugênico com foco nas vivências de Severina e seu marido, agricultores analfabetos da Zona da Mata de Pernambuco. Severina estava internada em um serviço de aborto legal na vigência da liminar que autorizava a antecipação do parto em caso de feto anencefálico, mas, antes do procedimento ser feito, essa autorização foi revogada, o que fez com que ela precisasse esperar durante três meses para que finalmente obtivesse a autorização para realizá-lo. A ansiedade frente a incerteza de qual seria o posicionamento do Poder Judiciário, bem como o avanço da gestação e consequentemente da idade gestacional do feto, concederam maiores contornos de dramaticidade ao caso.

Diferenciando-se das duas produções já mencionadas, o documentário “Habeas corpus” (2005), com codireção de Ramon Navarro, deixa clara a interferência de agentes religiosos no acesso aos serviços de abortamento legal. Para impedir a concretização do direito adquirido por uma gestante de feto com anomalia incompatível com a vida, o Padre Lodi – representante do movimento antiaborto de Anápolis (GO), solicitou o remédio constitucional para impedir o aborto.

A Norma Técnica (2011, p.33) elaborada pelo Ministério da Saúde, apresenta a subcategoria do abortamento eletivo previsto em lei, que consiste nos casos em que exista indicação de interrupção da gestação, obedecida à legislação vigente e, por solicitação da mulher ou de seu representante. Presentes esses requisitos, deve ser ofertada a opção de escolha da técnica a ser empregada, que deverá ocorrer após adequados esclarecimentos das vantagens e desvantagens de cada um, suas taxas de complicações e efeitos adversos.

³¹ Informamos ao leitor que o acesso ao documentário citado pode ser realizado gratuitamente pelo YouTube. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=65Ab38kWFhE&feature=youtu.be>>.

Quando menores de 18 anos, por interpretação extensiva do Código Civil vigente, se faz necessária a presença do responsável legal ou do tutor no momento da decisão, uma vez que meninas e adolescentes não podem decidir sem o devido amparo. Dessa forma, com idades entre 16 e 18 anos, eles apenas as acompanham, respeitando as suas decisões; e abaixo dos 16 anos eles as representam, oportunidade em que assinam pela menor a autorização da interrupção gestacional. Por outro lado, a lei é bem clara que acima dos 18 anos a mulher decide por si mesma.

Diante dessa legislação e do Código Penal (CP), a relação sexual praticada contra meninas com idade abaixo dos 14 anos, mesmo que seja consentida, é considerada estupro de vulnerável, não havendo margem para qualquer discussão sobre o direito ao aborto legal. Caso ocorra a situação em que a menina menor de 16 anos não quer realizar a interrupção da gravidez e os pais querem, ou seja, quando há contradição entre a opinião da menor e os seus representantes legais, deve-se solicitar intermediação do judiciário, através da promotoria da infância e juventude ou a defensoria pública.

No caso de Maria, por exemplo, tanto a menina quanto a sua avó, queriam interromper a gestação, então não havia divergência. A necessidade de autorização judicial surge quando não há acordo entre a vontade da criança ou adolescente e seu representante legal. Nesse caso não havia, pelo contrário, havia um consenso claro na família de que essa gestação teria que ser interrompida porque a criança não possuía condições físicas e psíquicas para gestar aos 10 anos de idade. Por oportuno, cabe salientar que não se recomenda, de forma alguma, fazer um procedimento abortivo contra a vontade de uma menor, tendo em vista que esta seria uma agressão ainda mais violenta. A Convenção sobre os Direitos da Criança foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (1989) e amplamente aclamada como uma conquista histórica dos direitos humanos, reconhecendo os papéis das crianças como atores sociais, econômicos, políticos, civis e culturais, além da condição e capacidade de serem sujeitos ativos. Por força do seu artigo 12, os Estados Partes devem assegurar à criança – que é capaz de formular seus próprios pontos de vista – o direito de expressar suas opiniões livremente sobre todos os assuntos relacionados a ela, e tais opiniões devem ser consideradas, em função da idade e da maturidade da criança. Esse mesmo movimento na esfera internacional já havia sido iniciado no Brasil com o advento da Constituição Federal de 1988. O rol de princípios constitucionais e direitos fundamentais não ficou restrito à proteção da criança somente nos espaços próprios do direito público, abrangendo também na seara privada.

Em contraponto ao cenário nacional, nos países que já passaram pelo processo de descriminalização do aborto, não houve aumento nos índices de realização do procedimento,

ou seja, a medida não estimulou o aumento de sua prática. Na Romênia, por exemplo, depois da queda de Ceausescu, o aborto foi novamente legalizado, tendo a mortalidade materna declinado consideravelmente entre os anos de 1989 e 1991. O mesmo ocorreu na África do Sul, em Portugal e no Uruguai, em que a redução dos abortos inseguros foi a principal causa do declínio da mortalidade materna, o que começou a ocorrer com a adoção da política de redução de danos desde 2004 e culminou com a descriminalização do aborto em 2012.

De fato, Amorim (2018) salienta que a descriminalização não aumenta a taxa de abortos provocados como geralmente se supõe. O que ocorre, em alguns países, é que pode se observar inicialmente um aumento no número de abortos registrados pela maior notificação, porque passa a ser possível a obtenção de estatísticas oficiais. Estudos usando outras metodologias demonstram redução do número de abortos, como na Turquia e, na maioria dos países, em médio e longo prazo, considerando o registro adequado dos procedimentos, a tendência é que o número de abortos se estabilize e caia, como na França³² e na Itália.

Com base nos dados publicados na *The Lancet*, Amorim (2018) demonstra que a criminalização do aborto não é efetiva para reduzir o número de abortos. Ao comparar as taxas de abortamento com a legislação vigente em diversos países do mundo, as taxas mais elevadas foram encontradas em países com legislações proibitivas.

Na verdade, os resultados demonstraram que os abortos ocorrem com maior frequência nas duas categorias mais restritivas, sendo elas, em qualquer circunstância ou apenas para salvar a vida da gestante. As taxas mais baixas, por sua vez, foram observadas exatamente nos países desenvolvidos com ampla tradição de leis permissivas e acesso fácil ao aborto seguro, como na Europa Ocidental, onde se destacam a Holanda, Bélgica, Alemanha e Suíça. No mundo em desenvolvimento, onde se encontram a maioria dos países com leis altamente restritivas, observam-se taxas três a quatro vezes maiores, como no Paquistão, nas Filipinas e no Quênia.

Punível com detenção de um a três anos para a mulher, e de um a quatro anos para a pessoa que não é profissional médico e realizar o procedimento, a legislação brasileira assemelha-se a países como o Afeganistão, e parece distante da realidade de países desenvolvidos como a Suécia, que desde 1975, dá a todas as mulheres de seu território o direito ao aborto legal, seguro e gratuito.

³² Sobre o aborto neste cenário, remetemos ao leitor o livro “O acontecimento”, de Annie Ernaux, autora francesa conhecida por suas autobiografias que abordam várias questões sociais. A obra narra os eventos referentes à interrupção de uma gravidez pela qual a escritora passou na década de 1960, quando a prática era ilegal na França.

Segundo a Pesquisa Nacional do Aborto (2016), o aborto é um evento comum da vida reprodutiva de mulheres de todas as classes sociais e níveis educacionais, mas as mulheres negras e indígenas, com menor escolaridade, que vivem no Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país, apresentaram taxas de aborto mais altas e, portanto, estão mais sujeitas aos riscos de um aborto ilegal e inseguro. O perfil da mulher que aborta é comum: 67% têm filhos e 88% declaram ter religião. Destoando da realidade fática, no que concerne especificamente à permissiva da interrupção da gestação decorrente de violência sexual, o Brasil já legislou, normatizou e regulamentou muito sobre a matéria. A Portaria nº 1.508/GM/MS, de 1º de setembro de 2005, por exemplo, dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS.

Esta é uma das portarias mais importante em conjunto com outras normas técnicas do Ministério da Saúde, dentre as quais se destacam a Norma Técnica de Atenção aos Agravos da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescente; Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, Aspectos Jurídicos da Violência Sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde; Norma Técnica de Atenção a Gestantes com Feto Anencéfalo; Norma Técnica de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios.

O Decreto nº 7.958/2013, por sua vez, estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de Segurança Pública e da Rede de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS; e a Lei nº 12.845 de 2013 – a Lei do Minuto Seguinte³³, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência. Essa legislação não impõe apenas a obrigação aos estabelecimentos de saúde como também a integralidade dessa assistência, o que inclui a profilaxia para evitar infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), o acompanhamento ambulatorial para avaliar se não houve danos e outras repercussões na vida reprodutiva e sexual da mulher, além do acesso ao aborto legal e seguro. Na sua integralidade, a lei dispõe:

Art. 1º Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social.

³³ Para que todos estejam cientes do que a legislação estabelece, o Ministério Público Federal (MPF), a Associação Brasileira de Agências de Publicidade (Abap) e a agência Y&R lançaram em novembro de 2018 a campanha “Lei do Minuto Seguinte”. A iniciativa é composta por vídeos, peças gráficas e ações de comunicação digital cujo teor baseia-se na premissa da lei: a palavra da vítima é o suficiente. Mais informações disponíveis em: < <https://leidominutoseguinte.mpf.mp.br/>>.

Art. 2º Considera-se violência sexual, para os efeitos desta Lei, qualquer forma de atividade sexual não consentida.

Art. 3º O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços:

I - diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;

II - amparo médico, psicológico e social imediatos;

III - facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à

Identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;102

IV - Profilaxia da gravidez;

Já a Portaria GM/MS nº 1.271 de 06 de junho de 2014, trata da notificação de Violência Interpessoal/Autoprovoada, obrigando as instituições a notificarem a Vigilância Sanitária e Epidemiológica local sobre os casos de violência sexual em até 24 horas, através de um formulário padronizado que pode ser acessado no site do Ministério da Saúde.

Depois da produção da Caderneta da Gestante na gestão do ex-Presidente Jair Messias Bolsonaro, que estimulava práticas não recomendadas pela OMS, a 8ª edição da cartilha foi lançada em abril de 2023, priorizando os direitos reprodutivos, evidenciando medidas contra a violência obstétrica e prevenção de morte materna. O documento, criado em 2016, é entregue a todas as gestantes do Brasil após iniciarem o pré-natal e aborda direitos antes e depois do parto, cartão de consultas e exames, dicas para uma gravidez saudável e sinais de alerta, informações e orientações sobre a gestação e o desenvolvimento do bebê, cuidados de saúde no parto e pós-parto, além de orientações sobre amamentação. A nova edição incorpora evidências científicas e corrige informações equivocadas, sendo parte de um esforço do Governo Federal, presidido por Luiz Inácio Lula da Silva, para traçar uma nova rota para a política de saúde sexual e reprodutiva do país, de modo que o Ministério da Saúde possa enfrentar com coragem o corporativismo médico e a anticiência, que se fortaleceram no governo anterior, e que a vida, a saúde e a dignidade das mulheres, meninas e pessoas com capacidade de gestar estejam no centro das suas decisões técnicas.

Todo arcabouço legal e protocolos estabelecidos por essas Normas esclarecem as condições a serem observadas pelos profissionais de saúde para realizar a interrupção da gestação, como quais os documentos necessários e quais as técnicas recomendadas nas melhores evidências. Além disso, enfatizam a importância da constituição de uma equipe multiprofissional para prestar assistência a essas mulheres, que seja previamente sensibilizada e capacitada para uma atenção empática baseada no respeito à dignidade da mulher e na credibilidade de sua fala, expondo todas as alternativas possíveis para aquela assistência.

Assim como se faz necessário esclarecer a mulher que ela pode continuar com a gravidez, também se deve informá-la de que possui o direito a realizar o aborto em sua

modalidade legal. Se for de sua vontade dar continuidade, a equipe deve oferecer os cuidados de pré-natal e/ou então dar seguimento aos procedimentos para a doação do bebê ao final dos períodos do parto e do pós-parto.

É importante, ainda, que a equipe multiprofissional mantenha uma postura neutra, sem julgamentos de valor ou imposições, tendo em vista que a decisão deve ser exclusiva da mulher, após o devido esclarecimento informado. Inclusive, tanto o Código Penal (CP), quanto as portaria e leis supracitadas, não estabelece como obrigatoriedade, que a mulher deva fazer a denúncia, realizar o Boletim de Ocorrência (B.O.) e/ou noticiar o fato à polícia. Um crime hediondo³⁴ foi cometido, portanto, deve-se dar todo o apoio e acolhimento necessário caso esta seja da vontade da mulher, para que ela possa fazer sua denúncia com toda segurança. Para tanto, a equipe de serviço social deve acompanhá-la até à Delegacia da Mulher, onde, com o acolhimento necessário, ela faça o B.O. e os processos de investigação policial ocorram para identificação do agressor. No entanto, caso a mulher não queira realizar esses procedimentos de formalização institucional do fato, mantêm-se o seu direito de acesso ao aborto legal, isto é, a interrupção não pode ser cerceada pela ausência destes. Os documentos necessários para a realização do aborto nos casos de violência sexual serão colhidos no próprio hospital onde o procedimento será realizado. Por meio desses documentos ocorre a formalização de que a mulher opta pelo aborto e se responsabiliza pelos fatos narrados à equipe médica, assegurando que são verdadeiros.

Por oportuno, se destaca que, em virtude da Lei nº 12.650 de 2012 – Lei Joana Maranhão, a contagem prescricional de crimes sexuais contra crianças e adolescentes será iniciada apenas na data em que a vítima completar 18 anos, exceto se a ação penal já tiver iniciado anteriormente. Ou seja, não há necessidade de uma denúncia imediata ao fato ocorrido.

Ocorre que no decorrer da vivência em instituições médico-hospitalares, surgiram discussões sobre a quem caberia definir a mulher como vítima de estupro, se ela mesma, como testemunha direta da violência sofrida, ou se a polícia, por intermédio de documentos investigativos. O texto do Código Penal foi omissivo ao tratar da excludente de ilicitude do aborto, estabelecendo a ausência de punição, sem especificar como reconhecer a veracidade do estupro. Por isso, como meio de salvaguardar o direito da mulher, o Ministério da Saúde emitiu a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2005), desobrigando a

³⁴ Em 2012, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) definiu, por unanimidade, que o crime de estupro é hediondo, mesmo sem morte ou grave lesão da vítima, constando, desde 2009, no art. 1º da Lei nº 8.072/90.

vítima de apresentar B.O. para dispor do direito de atendimento na rede de saúde. Portanto, todo relato de violência sexual deve ser dado como de credibilidade ética e legal e recebido com presunção de veracidade. Os procedimentos da saúde são para diminuir danos, trazer aspectos benéficos na assistência, tratar e dar acesso ao procedimento do aborto legal e não pode ser confundida com um inquérito policial ou procedimentos típicos de uma investigação criminal. Logo, nos casos de violência sexual, para interromper a gestação, não é necessário nem B.O., nem exame de corpo de delito e nem autorização judicial. O único pré-requisito fundamental é a vontade da mulher formalizada frente ao estabelecimento de saúde.

Por outro lado, o art. 20, I do CP, isenta de pena quem por erro plenamente justificado pelas circunstâncias no momento do atendimento, supondo que a situação de fato existisse, tornaria a ação legítima. Não se pode, portanto, posteriormente incorrer processo criminal se porventura for identificada uma inverdade, uma falsa alegação na fala da mulher. Isso significa que o médico que realizar o aborto crendo que sua paciente foi vítima de estupro está isento de pena. A mulher mentir ao solicitar um aborto legal é um dos mitos que ocorrem em relação à violência sexual, porque ela se submete a todo um processo de atendimento multidisciplinar, por equipe com psicólogo, assistente social, enfermeiro, médico, muitas vezes farmacêutico, anestesista, além de passar pela assinatura de processos bastante rigorosos e burocráticos, o que dificulta que isso ocorra na factualmente.

Como referido anteriormente, a Portaria nº 1.508/GB/MS de 2005, estabelece detalhadamente os passos para os profissionais de saúde e ampara a mulher na garantia de acesso ao direito do aborto. Como medidas asseguradoras da licitude do procedimento da interrupção, são cinco termos e passos a serem seguidos. Esses cinco documentos estão anexados à portaria e podem ser obtidos e impressos para serem utilizados pelos hospitais, devendo estar anexados ao prontuário e ter sua confidencialidade garantida.

O Termo de Relato Circunstanciado é feito pela própria paciente que solicita a interrupção ou pelo representante legal no caso de incapaz. O documento deve conter as informações de dia, hora, local em que ocorreu a violência, características, tipo, descrição dos agentes violadores, se houve testemunhas, cicatrizes ou tatuagens no violador, características de roupa, etc. Esse documento deve ser assinado pela mulher e por duas testemunhas: no caso, o médico que ouviu o relato e um enfermeiro, psicólogo ou assistente social.

O Parecer Técnico é um documento assinado pelo ginecologista que, após anamnese, exame físico, ginecológico e análise do laudo do ultrassom, atesta que aquela gestação tem idade gestacional compatível com a data alegada do estupro.

A Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez, por sua vez, nada mais é que uma ata, na qual se reúne a equipe multiprofissional que fez o atendimento. Todos assinam com a aprovação dessa interrupção, concordando com o parecer técnico e que não há suspeita de falsa alegação de crime sexual.

Já o Termo de Responsabilidade, deve ser lido e assinado pela mulher e contém uma advertência expressa que a paciente assina ciente de que incorrerá em crime de falsidade ideológica e de aborto criminoso caso posteriormente se verifique inverídicas as informações. Por fim, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, esclarece sobre os desconfortos, riscos, possíveis complicações, como se dará o procedimento de interrupção da gestação, quem vai acompanhar, a garantia do sigilo (salvo solicitação judicial). Esse documento é assinado pela mulher e deve conter claramente expressa a sua vontade consciente de interromper a gestação, dizendo também que foram dadas todas as informações sobre a possibilidade de manter a gestação e a adoção ou até a desistência do procedimento a qualquer momento.

Apesar da legislação brasileira autorizar a interrupção voluntária da gravidez decorrente de estupro desde a década de 1940, passou-se quase meio século para que houvesse a regulamentação do acesso no serviço público de saúde. Em 1989, a Prefeitura Municipal de São Paulo implantou o primeiro serviço de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual no Hospital Municipal Artur Ribeiro de Saboya, conhecido como “Hospital do Jabaquara”. Na época, para ter acesso ao aborto, a mulher deveria apresentar a cópia do Boletim de Ocorrência (B.O.) e do laudo pericial do Instituto Médico Legal (IML).

Na oportunidade em que o entrevistamos Dr. Olímpio, ele nos contou sobre a sua atuação direta na ampliação dos serviços de abortamento legal e as dificuldades enfrentadas ao longo das viagens que realizava, em cada cidade, para estabelecer novos serviços. Segundo ele, após a implementação do SUS, por volta de 1995, foi auferido um certo avanço no cenário nacional. O Ministério da Saúde, sob o governo de Fernando Henrique Cardoso e José Serra, disponibilizou a verba necessária para a criação de serviços e treinamento dos profissionais. O CISAM – terceiro serviço de abortamento legal implementado no Brasil e até então, o único da Região Nordeste, representado por ele e outro médico chamado Rivaldo de Albuquerque, ofertou todo o conhecimento prático e administrativo necessários. Foi, inclusive, durante essa jornada, que ele seguiu implementando serviços pelo Estado da Paraíba, sendo Campina Grande um dos municípios que receberam o seu incentivo.

Dr. Olímpio relatou que era necessária cerca de uma semana para efetuar esse processo de formação, mas que, quando retornava um ano depois para averiguar e avaliar o

trabalho empregado, não constava nenhuma evolução. Ainda, alertou que não há uma homogeneidade na forma como esses serviços atuam. Eram cerca de 36 em funcionamento e cada um adotava os parâmetros e critérios que elencam como mais seguro no que diz respeito ao limite de semanas para a realização do procedimento e a exigência ou não de documentações que comprovem a violência sexual – como o boletim de ocorrência –, ou que autorizem o procedimento. Na realidade fática, não há, portanto, nenhum padrão a ser obrigatoriamente adotado.

A regulamentação nacional do aborto previsto em lei ocorreu apenas em 1999, com o lançamento da norma técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, que estimulava e normatizava a estruturação dos serviços, atualizada em 2012. Mas, embora a implementação da maior parte dos serviços de aborto tenha ganhado fôlego com as reedições dessa Norma Técnica, as mulheres continuam vivenciando muitas dificuldades para o acesso ao serviço de aborto em todas as regiões do país.

Conforme explica o médico Cristiano Rosas, essa Norma Técnica, voltada unicamente à interrupção em caso de estupro, estabeleceu na época como limite para a realização do procedimento a idade gestacional de 22 semanas. Tal demarcação gera polêmicas na observância técnica nos dias atuais, conforme aponta:

“Apesar de a norma recomendar isso em 2012, não quer dizer que em 2020 a condição e a técnica da medicina tenham que segui-la. A lei não faz esse limite, tanto que ninguém pergunta sobre idade gestacional em caso de anencefalia fetal e risco materno, pois a preocupação é salvar a vida das mulheres. Os hospitais diariamente fazem antecipação terapêutica do parto com 23 semanas. Outra questão é considerar a variabilidade da idade gestacional que pode chegar até 15 dias de erro de cálculo. E da mesma forma, ela entrou no serviço de saúde há uma semana, não tinha sequer 22 semanas. Além disso, essa questão de que ultrapassou a idade gestacional por alguns dias é excesso de rigor”. (Trecho extraído da entrevista concedida ao Portal Catarinas, no dia 17 de agosto de 2020. GUIMARÃES, 2020).

Uma pesquisa realizada por meio de questionários enviados pelo correio a ginecologistas e obstetras, observou que cerca de 2/3 dos médicos acreditavam ser necessária a autorização judicial para realização do aborto previsto em lei (FAÚNDES, 2003). Outro levantamento, realizado por Diniz (2012) entre ginecologistas e obstetras de todo o país, evidenciou que 81,6% deles solicitavam B.O. ou outro tipo do documento (como laudo do IML, autorização do comitê de ética hospitalar ou alvará judicial). Além disso, a veracidade do relato de estupro feito pela mulher é frequentemente contestada, e sua palavra não é suficiente para garantir a interrupção da gravidez (DINIZ, 2014).

Aquela última fala de Dr. Olímpio e esses dados, demonstram que, a atenção às mulheres que desejam a realização do aborto legal ainda se dá de maneira fragmentada,

existindo na atualidade uma desarmonia entre as necessidades em saúde das mulheres, as políticas públicas existentes e o acesso aos serviços de saúde. De fato, o setor de saúde ainda não se encontra adequadamente estruturado no país, com o propósito de atuar como referência no atendimento às mulheres, vez que essa parece não ser ainda uma prática corrente entre os profissionais de saúde na atenção básica, pois se encontram ainda pouco preparados e encontrando dificuldades para o atendimento envolvendo as demandas de violência sexual contra as mulheres e conseqüentemente, do aborto legal.

Ademais, a questão continua sendo tratada de maneira negligente pelos profissionais de saúde, o que contribui ainda mais para a sua defasagem. Dentre os principais fatores que influenciam na atuação deles, destacam-se cinco grandes eixos: a) questões relacionadas ao próprio profissional, incluindo a objeção de consciência; b) a estrutura do sistema de saúde; c) acesso a medicamentos essenciais; d) criminalização de alguns serviços; e e) aspectos específicos das vítimas de violência sexual. Mas, o maior entrave advém do próprio profissional de saúde e envolve fatores que variam desde a formação inadequada até a ocorrência de conflitos morais e éticos que culminam na culpabilização e responsabilização da vítima pela situação de violência em que se encontram.

Cada vez mais temos visto a administração e/ou terceirização de serviços públicos para Organizações Sociais e algumas delas são vinculadas a organizações religiosas, favorecendo o aumento de equívocos sobre a objeção de consciência. A objeção de consciência é um direito dos profissionais e está garantido no Código de Ética Médico. É uma garantia, através dos instrumentos políticos e civis da ONU: direito de consciência, religiosidade e expressão da sua vontade. Esse mesmo pacto de direito civis e políticos que garante o amplo direito de liberdade de expressão da consciência e religiosidade adverte que essa não pode ser imposta aos direitos de terceiros quando eles não têm a mesma observação ou visão de mundo que aquele que se diz objetor. (OMS, 2020, p.27).

A FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) definiu que a objeção de consciência não pode estar adiante do direito de informação e acesso da mulher ao procedimento do aborto legal. Os profissionais não podem confundir objeção de consciência com omissão de socorro. Muitas vezes a mulher solicita a interrupção legal da gestação e os profissionais respondem que aquela instituição não realiza o procedimento e que são todos objetores, deixando a paciente sozinha para buscar atendimento. Isso força a mulher a buscar um aborto inseguro, com as graves conseqüências já citadas.

Do ponto de vista ético, o objetor deve informar à mulher quais são os seus direitos e deve também encaminhá-la, de maneira ágil e segura, para o fluxo pré-estabelecido. Não há

previsão normativa de objeção de consciência coletiva e/ou institucional, logo, nos casos de recusa do médico em realizar o aborto, a paciente deverá ser atendida por outro profissional ou serviço que garanta a efetivação do procedimento. Mesmo organizações religiosas precisam dar informação para a paciente, acesso e garantia ao procedimento. O gestor do local, por sua vez, tem responsabilidade e precisa dispor de uma equipe treinada e não objetora para ocorrer a garantia do direito constitucional, civil e legal, porque caso a mulher tenha complicações de ordem moral, física ou psicológica em decorrência da omissão do profissional ou do hospital, poderá haver responsabilização pessoal e/ou institucional. Além disso, em casos de urgência ou quando não há outro profissional apto para realizar o atendimento, é obrigatória a feitura do aborto.

Amorim e Rosas (2019) alertam que a descriminalização permite que o sistema de saúde acolha e ampare a mulher que pretende abortar, oferecendo-lhe informações sobre saúde sexual e planejamento, o que previne futuras gestações indesejadas e novos abortos. Isso explica a tendência decrescente em vários países, como nos EUA, onde o número de abortos provocados caiu de cerca de 1,3 milhão, em 2000, para 862 mil, em 2017. De acordo com o posicionamento desses médicos, seria a descriminalização aliada a uma política de contracepção efetiva com disponibilidade de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração que levaria à redução do número de abortos e da mortalidade materna, e não a sua proibição.

O papel essencial do Ministério da Saúde se faz em zelar pela saúde da população, com bases cientificamente sólidas e considerando a complexidade do sistema de saúde brasileiro, aprimorando e consolidando suas diretrizes. Nas palavras de Amorim e Rosas (2019):

Todo o esforço para dificultar o atendimento às mulheres em situação de risco vai gerar mais mortes, mais sequelas e mais sofrimento. A única maneira de lidar com isso é através de políticas públicas efetivas. Convicções religiosas, cortinas de fumaça criadas por políticos ou dados distorcidos só nos afastam da solução.

Dr. Olímpio corrobora esse entendimento quando alerta que o aborto é legalizado nas sociedades com alto índice de desenvolvimento humano, e quando há a legalização, ocorre a transição dessa questão para o campo da saúde e, conseqüentemente, o número de abortos diminui. O médico continua:

Porque ninguém é a favor do aborto, nem a mulher que aborta. Com o aborto legal, elas ganham acesso e educação a métodos contraceptivos. Quando a mulher faz escondido, essa violência se perpetua. Todas as políticas públicas comprovam que a criminalização do aborto não resolve o problema – que é social e de saúde. O ponto central, e que, infelizmente, não vou ver em vida, é que a gravidez seja tratada como um direito da mulher. Que toda mulher deseje sua gravidez. Que toda mulher tenha amor na sua gravidez. Hoje, muitas mulheres são obrigadas a levar uma gravidez

adiante, carregando sofrimento – e sem afeto ao filho. Com isso criamos uma sociedade doente, porque a violência se origina aí. A gente tem tecnologia e conhecimento científico para salvar essas mulheres, mas certas forças não querem. Porque é uma decisão política. De querer um mundo melhor. De ouvir a ciência. (Trecho da entrevista realizada face a face com Dr. Olímpio Moraes Filho, no dia 13 de julho de 2022, nas dependências do CISAM).

Resta evidente que, apesar do Brasil estar muito avançado em relação a outros países subdesenvolvidos no que se refere a elaboração de normas, o que vemos agora é a urgência de romper o distanciamento entre as leis e a realidade, com o propósito de materializar o acesso ao que já está previsto, de modo que não se torne apenas mera retórica. Mas, também é necessário reconhecer que há uma série de questões que trespassa e interferem para aumentar esse distanciamento entre norma e prática, como etnia, religião, orientação sexual e pobreza.

1.2 OS IMPACTOS DA CRIMINALIZAÇÃO NO ACESSO AO ABORTO LEGAL: UM RECORTE DA GRAVIDEZ NA INFÂNCIA

“Embora muitos romances se referissem a um aborto, eles não ofereciam detalhes a respeito do modo como ele se dava exatamente. Entre o momento em que a moça descobria estar grávida e aquele em que não estava mais, havia um eclipse. ”. (ERNAUX, 2022, p. 25).

No contexto social enfrentado por tantas Marias do Brasil, a descoberta de uma gravidez não soa como um anúncio angelical, tampouco advém de uma graça divina, ao passo que, quando não planejada e indesejada, pode gerar o desencadeamento de uma “crise bibliográfica” em suas vidas. Segundo esse conceito apresentado por Caetano (2018, p.88), a incidência de um evento marcante, como a gravidez, causa uma quebra brusca nas ações e pensamentos habituais da mulher, ocasionando repercussões substanciais em determinada fase de sua vida e nos percursos que serão escolhidos para sair do momento em que se encontra em direção aos subsequentes. Com a ideia da espera de um filho em mente, aquelas Marias tomam consciência frente ao novo e necessitam vivenciar o que Caetano (2018, p.91) chama de “ponto de viragem”.

A partir de então, elas precisam refletir quais decisões irão tomar, considerando a percepção do que eram e do que irão se tornar, mães ou “abortistas”, fazendo desse instante um momento decisivo. Isso porque tanto a possibilidade de levar a maternidade a cabo se apresenta como uma escolha que mudará todo o trajeto individual das suas vidas, como também a alternativa do aborto, considerando a relevância de determinados valores sociais que imperam em um país que criminaliza essa prática há mais de 80 anos.

De acordo com Giddens (2001), os momentos decisivos são ocorrências que conduzem os indivíduos a dilemas, nos quais enfrentam a necessidade de fazer escolhas com

consequências expressivas no futuro das suas trajetórias, o que não denota ser uma tarefa simples. COSTA, et al. (1995), por exemplo, demonstraram os resultados de uma pesquisa realizada sobre o processo e os sentimentos envolvidos na decisão de abortar, realizada em 1990 com um grupo constituído por todas as funcionárias e alunas de graduação de uma universidade paulista. A partir do universo de 9.590 mulheres, foram analisadas questões como o que leva a mulher a decidir pela interrupção da gestação; quais as influências externas que contribuem para decidir num sentido ou outro; e uma vez realizado o aborto, ou pelo contrário, decidida a manutenção da gestação, como a mulher se sente física e emocionalmente frente à conduta adotada. As respostas concedidas pela população-alvo, permitiram concluir que a mulher precisa sentir que dispõe de uma justificativa muito forte para levar adiante sua intenção de abortar, sendo o estupro o caso mais extremo de justificação.

Foster et al. (2020), em outra pesquisa com o mesmo objetivo, mas realizada nos Estados Unidos, demonstraram que o alívio foi o sentimento mais relatado pelas mulheres que realizaram o procedimento, tendo 90% delas demonstrado que acreditam ter escolhido a decisão correta.

O comparativo entre essas duas pesquisas demonstra que sentimentos interligados à decisão de realizar um aborto encontrados por Costa et al. são verdadeiros apenas no cenário analisado, onde existe um sistema normativo que criminaliza o aborto e gera uma multiplicidade de valores negativos em seu entorno, ao passo que, no cenário analisado por Foster et al. as legislações vigentes eram permissivas e a escolha pelo aborto é, de certo modo, naturalizada³⁵. No mesmo sentido pontua Beauvoir (2016, p. 286-287):

Esse aspecto moral do drama é sentido com maior ou menor intensidade segundo as circunstâncias. Para as mulheres muito livres de preconceitos, graças à sua fortuna, à sua situação social, ao meio a que pertencem, e para aquelas a quem a pobreza ou a miséria ensinaram o desdém da moral burguesa, quase não há problema: há um momento mais ou menos desagradável a ser passar, e é necessário passar por ele, eis tudo. Mas numerosas mulheres são intimidadas por uma moral que guarda prestígio a seus olhos, embora não possam adaptar sua conduta a ela; respeitam interiormente a lei que infringem e sofrem ainda mais por terem de apelar para cúmplices.

³⁵ A publicação da pesquisa realizada por Foster et al (2020) foi anterior a uma onda antidireitos vivenciada nos Estado Unidos que levou à apresentação de leis restritivas em vários estados republicanos. No mês de maio de 2022, vazou o rascunho de uma decisão da Suprema Corte dos Estados Unidos indicando que cinco dos nove ministros votariam pela derrubada do direito constitucional ao aborto no país, consagrado pelo julgamento do caso Roe vs Wade, em 1973, que consagrou a decisão que nenhum estado do país poderia proibir o procedimento do aborto. (SNEED; VOGUE, 2022).

Ser a favor ou contrário ao aborto se demonstra, portanto, como um falso dilema ético. A mulher que vai fazer uma interrupção ilegal ou mesmo legal não vai fazê-lo alegre ou feliz. Existe na sociedade alguns que acreditam que criminalizar diminui a ocorrência de abortos inseguros, ilegais ou solicitações de abortos; e outros que perceberam que a criminalização não diminui o número de abortos e não salva os fetos que a lei penal objetivava salvar, pelo contrário, aumenta as taxas de morbimortalidade para as mulheres.

Caetano (2018, p. 92) afirma ainda que as tomadas de decisões representam o ponto de partida para a procura de soluções. Porto e Sousa (2017), ao analisarem narrativas sobre itinerários abortivos experienciados na capital do Rio Grande do Norte (RN), relatam que:

As mulheres, de maneira geral, descrevem esse momento como o ponto de partida para a procura de uma forma de “resolver” a situação da gravidez não planejada e indesejada, ensejando, já neste momento, se irão prosseguir neste arduo caminho sozinhas ou com a ajuda dos parceiros ou familiares. De fato, aparece de maneira muito clara que é nesse momento que lançam mão dos primeiros contatos e dos primeiros planos que envolvem, via de regra, uma sensação de intensa aflição e a necessidade imediata de procurar formas de encontrar os meios necessários para a realização do aborto. (p.601).

Porto e Sousa (2017), no entanto, se detiveram aos itinerários percorridos pelas mulheres na tentativa de obterem a medicação necessária à realização do aborto clandestino, em decorrência de gravidezes não planejadas em que a lei brasileira não permite que as instituições médico-hospitalares disponibilizem o procedimento. Em um recorte mais específico, se considerarmos a descoberta de uma gravidez na infância, decorrente de violência sexual, esse evento inevitavelmente se transfigura em traumático e deve ser tratado com a devida atenção pela família e pelos serviços médico-hospitalares, valorando a escolha da criança em não levar à gravidez em diante. No caso delas existe uma bifurcação (CAETANO, p. 91) do caminho em que podem seguir, de um lado estão os riscos de continuar a gravidez, do outro a possibilidade de interrompê-la.

Apesar de a legislação permitir o aborto em casos de estupro desde 1940, crianças continuam sendo coagidas a levar a gravidez adiante por autoridades, representantes de igrejas, profissionais de saúde e familiares. Uma forma cruel de perpetuação da violência sofrida. No documento “Brincar ou Parir”, elaborado pelo Comitê Latino-americano e Caribenho de Defesa dos Direitos das Mulheres (CLADEM), destaca-se que para as meninas “uma gravidez forçada pode significar a interrupção de possibilidades futuras e a negação ou restrição de muitos direitos. Essa situação é com frequência ignorada ou minimizada, tanto pela sociedade como pelos Estados”.

Os "Estudos sobre meninas que tiveram filhos nascidos vivos no Brasil"(2022), parte de uma sistematização realizada pela Rede Feminista de Saúde, Portal Catarinas, Grupo Curumim e Anis – Instituto de Bioética, concluiu que, entre os anos de 2010 e 2019, quase 300 mil meninas de 10 a 14 anos tiveram filhos nascidos vivos no país, além de 12 meninas com menos de 10 anos de idade que chegaram a parir. Esses números refletem que, naquele período de quase uma década, pelo menos 69 meninas foram estupradas por dia e não tiveram acesso ao procedimento de aborto legal no país, permitido em casos de violência sexual. Ou seja, conforme o posicionamento do Cladem, todas essas meninas foram vitimadas triplamente: foram estupradas, não acessaram o direito ao aborto legal e vivenciaram a maternidade de forma compulsória, sem contar os demais danos biopsicossociais.

Já no ano de 2020, foram registradas 17.579 meninas na faixa etária dos 10 aos 14 anos que pariram filhos nascidos vivos. A maior concentração de casos foi no Norte e Nordeste do país, regiões onde o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva é mais escasso do que no Sudeste, tanto que, o levantamento inédito da Gênero e Número³⁶ revelou que entre 2018 e 2021, para cada menina que teve acesso ao aborto legal, 31 deram à luz em Roraima. Nesse período, 251 crianças de 10 a 13 anos deram à luz no estado, enquanto oito interromperam a gestação de acordo com a lei.

Do total de vítimas registradas que tiveram filho no ano de 2020, 75,6% eram negras e no período compreendido entre 2010 e 2019, foram 71,2% de meninas negras (pretas ou pardas) nessa estatística, o que demonstra a urgente necessidade de se pensar a proteção contra a violência sexual para meninas também sob a ótica do racismo. O corpo negro dessas crianças está exposto às vulnerabilidades por conta das opressões de gênero, de raça e de geração. Na opinião da pesquisadora Emanuelle Góes, a sociedade civil deve discutir essa problemática sob a intersecção entre o racismo e o patriarcado, uma estrutura que controla os corpos das mulheres, porque esse cenário tem uma maior violência para as meninas e adolescentes negras, dado que os corpos negros femininos são hipersexualizados. Para ela é necessário que se discuta as relações assimétricas, as dinâmicas de gênero e geração como marcadores que oprimem as meninas e adolescentes. (AMANTE; GUZZO, 2020), bem como os marcadores de classe.

³⁶ ALVEZ, Schlrlel; SEMENTE, Marcella. Para cada criança com acesso ao aborto legal, 31 dão à luz em Roraima. Gênero e número. 06 ago. 2023. Disponível em: <<https://www.generonumero.media/reportagens/aborto-criancas-roraima/>>.

Um número expressivo dessas meninas – 20,3% entre 2010 e 2019 e 17% em 2020 – estavam casadas ou em união estável. Essas porcentagens provavelmente devem ter aumentado nos últimos anos, tendo em vista que a pandemia da Covid-19 exacerbou a incidência de casamentos infantis no Brasil, colocando o país no 5º lugar do ranking mundial, segundo pesquisa da Unicef. O casamento e a gravidez precoces são expressões e também a causa de vulnerabilidade entre as meninas brasileiras. A mortalidade materna nessa faixa etária, por exemplo, é maior que em todas as outras: 62,57 óbitos de meninas a cada 100 mil nascidos vivos para 57,27 entre mulheres de outras faixas etárias. Isso acontece porque, ainda que as primeiras menstruações anunciem a possibilidade da gravidez, o corpo de crianças e pré-adolescentes ainda são imaturos diante de todas as transformações fisiológicas inerentes ao período da maternidade. A gestação nessa faixa etária é, portanto, arriscada para a vida das meninas, o que também duplica suas razões para ter o direito de acesso ao aborto legal no Brasil.

No caminho dessas pequenas Marias, vários obstáculos são impostos, exacerbando os sentimentos expostos acima. A distância entre o município em que residem e uma instituição apta para a realização do abortamento é um deles. Segundo levantamento de dados feito pelo portal de notícia G1³⁷ através do SUS e da Lei nº 12.527 de 2011 – a Lei de Acesso à Informação (LAI), quase 40% dos 1.823 procedimentos de aborto legal feitos no Brasil, entre janeiro de 2021 e fevereiro de 2022, foram realizados fora do município onde as pacientes residiam, sendo 25 em outro estado e 6 desses a mais de mil quilômetros.

Na mesma oportunidade, o G1 demonstrou – com base uma pesquisa da doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Marina Jacobs, o ônus financeiro desse deslocamento, que pode levar até quatro dias e meio, e alcançar o valor estimado de até R\$ 1.218 (mil, duzentos e dezoito reais). Em um estudo ainda não publicado, ela analisou cerca de 16 mil registros de aborto que ocorreram entre 2010 e 2019, dos quais quase 15% foram fora do município de residência.

Para além da demora, a distância também pode representar um obstáculo emocional para as mulheres, denotando também um custo psicológico. Como as meninas brasileiras que realizam um aborto legal foram vítimas de estupro, a dificuldade em acessar o procedimento

³⁷ A relevância dessa reportagem foi tamanha que o portal G1 recebeu o Prêmio Cláudio Weber Abramo de Jornalismo de dados, na categoria investigação, durante a VII Conferência de Jornalismo de Dados e Métodos Digitais, ocorrida em novembro de 2020. Mais informações disponíveis em: <https://g1.globo.com/economia/midia-e-marketing/noticia/2022/11/06/g1-recebe-premio-claudio-weber-abramo-de-jornalismo-de-dados-na-categoria-investigacao.ghtml?utm_source=share-universal&utm_medium=share-bar-app&utm_campaign=materias>.

representa uma nova vitimização após a violência sexual. Aquele documento do Cladem chama atenção para as consequências do abuso, desde as possíveis ameaças recebidas para não o denunciar, até o impacto de viver uma gravidez não desejada na saúde mental de uma menina.

Não restam dúvidas de que há um grande impacto psicológico após a violência sexual, por isso a vítima deve ser acompanhada psicologicamente durante um certo período. Existe o fenômeno do stress pós-traumático, que ocorre nas semanas iniciais, subsequentes ao ato. A menina pode apresentar insônia, atitudes de desespero, sonolência profunda, depressão e sonhos obsessivos. Após esse período, entra em uma fase intermediária, na qual parece que tudo se resolveu, o que não representa a realidade. Os estudos mostram que 18% das mulheres que chegam aos pronto-atendimentos com quadro de tentativa de suicídio possuem na sua vida pregressa um histórico de abuso e violência sexual. Isso reflete como essas práticas criminosas impactam na qualidade de vida, na autoestima e na vivência da sexualidade no futuro, o que denota a imprescindibilidade de um acompanhamento psicológico.

Em 18 de outubro de 2021, os jornais noticiaram o caso de uma adolescente presa por suspeita de tentar matar o filho com uma caneta, em João Pessoa – PB. Embora tenha agido rapidamente para negar o direito da menina à defesa, obrigando-a ao cumprimento de medidas socioeducativas, o Estado foi omissivo com a sucessão de eventos traumáticos que a levaram até aquela atitude desmedida. A jovem foi estuprada aos 11 anos de idade pelo padrasto e teve o seu pedido de interrupção de gravidez negado, sob a justificativa da descoberta tardia, ou seja, de uma idade gestacional avançada. Desde então a garota passou a viver em abrigos. (JORNAL DA PARAÍBA, 2021).

Esse caso ocorrido em João Pessoa é emblemático pela total omissão do Estado quanto à sua responsabilidade. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as instituições não só têm a obrigação de proteger crianças e adolescentes de situações de violência e abuso, como devem garantir o acesso ao atendimento digno à saúde e à assistência social. Ora, o Estado que agiu rápido para punir e privar a liberdade da adolescente pessoense é o mesmo que negou e fechou os olhos para as violências que a menina sofreu ao longo dos últimos anos de sua vida. E é também o mesmo que não permitiu que essa criança realizasse um aborto e a obrigou a ser mãe aos 11 anos de idade. Certamente, a questão é mais complexa do que as simples manchetes tentam provocar “uma mãe desnaturada que atenta contra a vida de um filho”.

Fora essas problemáticas de ordem psicológica, a distância entre a residência da menina e o serviço de saúde pode atrasar o procedimento, tornando-o ainda mais complexo.

Parte desses deslocamentos ocorre porque municípios de pequeno porte não possuem a estrutura de internação hospitalar básica necessária para a realização do aborto legal devido à medicação disponível para o procedimento no país. Como já foi demonstrado, o Misoprostol é uma substância altamente controlada, cuja aquisição e uso seguem imposições restritivas da ANVISA.

Diante disso, é preciso não só aumentar a oferta de serviços de saúde que realizem o procedimento no Brasil, como também a qualidade daqueles que já são ofertados. Especialistas apontam que mesmo quando o município registra a realização de algum aborto legal no período pesquisado, não há garantias de que o sistema de saúde local execute o procedimento com regularidade. Além disso, nem todos os estabelecimentos com oferta atendem às três causas previstas em lei, dito de outro modo, o país segue impondo uma série de restrições à interrupção da gravidez, que só pode ocorrer nas seguintes situações: se a gestação for resultante de estupro, em caso de feto anencefálico ou quando há risco de vida para a mulher gestante. Apesar dessa previsão, a trajetória para garantir o direito de mulheres e meninas, muitas vezes, não é simples.

A plataforma “Mapa do Aborto Legal”, por exemplo, apresenta o levantamento e a distribuição regional das instituições médico-hospitalares que realizam o aborto legal nas cinco regiões do país. Na última atualização feita em 2022, 93 hospitais foram contatados para a pesquisa. Desses, apenas 73 confirmaram que realizam o aborto legal, enquanto 20 informaram não realizar. Dentre as instituições que confirmaram a realização do procedimento, 2 estão localizados na região Norte, 24 no Nordeste, 6 no Centro-Oeste e 29 no Sudeste.

No site do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), também estão especificados todos os estabelecimentos que se cadastram para a realização de interrupção da gravidez prevista em lei. Muitos municípios e Estados também colocam em seus próprios sites oficiais a unidade de acesso disponível na região. Caso não possuam unidades médico-hospitalares aptas em seus territórios, é importante que a gestão de saúde ou especificamente o secretário de saúde sejam acionados para a resolução da situação e, se necessário, formalizem um consórcio com outro município, disponibilizando essa informação para toda a população.

Por outro lado, uma parte considerável das mulheres que procuram o atendimento voltado à atenção de vítimas de violência sexual mora em municípios que não possuem maternidade. Mas, possuem no mínimo uma unidade de atendimento de urgência, uma Unidade de Pronto-atendimento (UPA) ou um pequeno pronto-socorro, que devem estar

devidamente preparados para recebê-la. Conforme preconiza a Lei nº 12.845 de 2003, é obrigatório todos os estabelecimentos de saúde estarem capacitados e treinados, com seus protocolos afixados, disponíveis para acesso aos profissionais e garantir pelo menos as profilaxias.

Não restam dúvidas de que as sequelas da violência contra mulher alcançam proporções substanciais em diferentes âmbitos como o físico, o emocional, o familiar e até mesmo o econômico. Porque embora seja difícil mensurar estimativas precisas, o custo mundial da violência contra meninas se traduz em bilhões de dólares de despesas anuais com cuidados de saúde, acrescidos de outros bilhões relativos às ações de imposição e cumprimento da lei. Já o custo humano de dor e sofrimento, naturalmente, não pode ser calculado e é, na verdade, quase invisível. A tecnologia tornou certos tipos de violência mais divulgados, mas um número ainda maior de atos violentos ocorre na surdina dos lares, dos locais de trabalho e até mesmo em instituições sociais e médicas destinadas ao cuidado do público. Muitas dessas vítimas são jovens, frágeis ou vulneráveis demais para se protegerem. Outras, por convenções ou pressões sociais, são forçadas a guardar o silêncio sobre as experiências vividas.

A matéria jornalística de Paula Guimarães para o Portal Catarinas (2020), intitulada “Quero voltar logo para jogar futebol: a saga de uma criança para fazer o aborto no Brasil” gerou grande repercussão e fez com que o caso de Maria continuasse reverberando, especialmente por trazer o relato de diversos profissionais que participaram ou assistiram de muito perto o que ocorreu com a menina e a sua avó. A saga envolveu a montagem de uma operação minuciosa para que a criança de São Mateus – ES chegasse ao Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, em Recife – PE, após ter o seu atendimento negado por um dos hospitais de referência no estado em que reside, o Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM). Em conjunto com essa matéria realizada por Guimarães (2020)³⁸, iremos remontar no subtópico a seguir como se sucedeu a “saga de Maria”, enquanto também expomos os relatos e impressões pessoais auferidos por nós em uma entrevista face à face realizada com o diretor-executivo do CISAM, o médico obstetra Dr. Olímpio Moraes Filho.

³⁸ GUIMARÃES, Paula. “Quero voltar logo para jogar futebol”: a saga de uma criança para fazer o aborto no Brasil. **Portal Catarinas**. 17 ago. 2020. Disponível em: <<https://catarinas.info/quero-voltar-logo-para-jogar-futebol-a-saga-de-uma-crianca-para-fazer-o-aborto-no-brasil/>>. Acesso em: 10 out. 2022.

1.2.1 A saga de Maria

“Ler o relato de um aborto em um romance me arrebatava, num sobressalto sem imagens nem pensamentos, como se as palavras se transformassem instantaneamente em sensação violenta.”. (ERNAUX, 2022, p. 15).

No dia 08 de agosto de 2020, acompanhada da avó, Maria buscou o Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silveiras (HRAS), em São Mateus – ES, a 220 km de Vitória, com fortes dores abdominais e sintomas de gravidez. Após o atendimento clínico e os devidos exames, foi confirmada a gestação, oportunidade em que ela relatou que o autor do estupro foi o seu tio e que os abusos se repetiam há pelo menos quatro anos, iniciando aos seus 6 anos de idade. Nessa mesma data a situação ganhou forte repercussão em todos os jornais brasileiros.

Um dos profissionais que atendeu a criança relata, em depoimento testemunhal anexo ao processo, que “ela apertava contra o peito um urso de pelúcia e só de tocar no assunto da gestação entrava em profundo sofrimento, gritava, chorava e negava a todo instante, apenas reafirmando não querer”. No entanto, ocorreu que durante o atendimento multidisciplinar, a equipe do HRAS não encaminhou a menina para a realização do abortamento em hospital credenciado, mas sim para o serviço de pré-natal e para delegacia, fato que motivou o pedido judicial pelo Ministério Público do Espírito Santo (MPES) para salvaguardar o direito da menor em realizar o aborto legalmente.

Os riscos à vida da criança embasaram o pedido judicial para a realização do procedimento feito pelo promotor da Vara da Infância e da Juventude, Fagner Cristian Andrade Rodrigues, que também mencionou o fato de não haver impedimento legal relacionado à idade gestacional. Ao contrário, argumentou que os riscos do parto são maiores que o do aborto.

Após a descoberta do crime, o tio – que fugiu em seguida, passou a ameaçar a família, fomentando ainda mais necessidade de encaminhar a criança para um abrigo local, onde foi mantida sob a tutela do Estado. Na ocasião, a secretária municipal de Assistência Social, Marialva Broedel, afirmou que o caso foi submetido à apreciação do Poder Judiciário.

O Juiz Antônio Moreira Fernandes, da Vara da Infância e da Adolescência de São Mateus – ES, concedeu autorização para a realização do procedimento em 14 de agosto de 2020. No teor da peça, o magistrado elucidou que, do ponto de vista jurídico, a lei assegura que até mesmo gestações mais avançadas podem ser interrompidas, aduzindo que de acordo com o texto do Código Penal Brasileiro, é legítimo e legal o aborto acima de 20 ou 22

semanas de idade gestacional, nos casos de gravidez decorrente de estupro, risco de vida à mulher e anencefalia fetal. Com base nessa interpretação, determinou que fosse realizada “a imediata análise médica quanto ao procedimento de melhor viabilidade para a preservação da vida da criança, seja pelo aborto ou interrupção da gestação por meio do parto imediato”.

Na mesma oportunidade, o juiz ressaltou que considerou a vontade da criança soberana para firmar a sua decisão, argumentando que o desejo da vítima pelo fim de sua gestação, decorrente de uma situação violenta que jamais algum ser humano deveria ser submetido, necessita ser respeitada e levada em consideração, mesmo ela sendo incapaz de exercer atos da vida civil. Refletiu ainda que:

Com estatísticas de abandono, e de abandono mesmo perto, por que então materializar a dor subtraída, uma vez não ser a vontade de quem a gere? O aborto, palavra que corrói o curso do existir. Existir neste contexto dói, e a dor religiosa é um direito de escolha individual, não uma ordem imposta pelo Estado Democrático de Direito. (Trecho extraído da entrevista cedida ao Portal Catarinas, no dia 17 de agosto de 2020. GUIMARÃES, 2020).

No dia seguinte à decisão, a criança chegou a ser internada no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – HUCAM, mas mesmo com decisão favorável da Justiça, a equipe médica do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (Pavivis) se recusou a realizar a interrupção. Segundo informaram em nota, a idade gestacional não estava amparada pela legislação vigente que permite o aborto no país, dado que Maria estava com 22 semanas e quatro dias de gestação.

O fato em si ocorreu no litoral norte do Espírito Santo, onde não há unidade médico-hospitalar apta para a realização do aborto, sendo o HUCAM o serviço especializado mais próximo. Embora assistida pelo Conselho Tutelar local, agentes bolsonaristas mantiveram-na no abrigo, realizando constantes visitas para convencê-la a não realizar o procedimento do aborto, oferecendo ajuda financeira, roupas e afins. Quase o município inteiro havia sido mobilizado para bloquear a transferência da menina para capital.

Dados do IBGE apontam que São Mateus é uma cidade majoritariamente católica, com 54% da população declarando seguir essa religião no último censo. Em seguida, estão os evangélicos de diversas denominações, que somavam cerca de 38% em 2010. (ANJOS; CORREIA; FONSECA, 2020).

Outro detalhe importante na trajetória de Maria é que o seu pedido de abortamento fora realizado enquanto ainda estava na 19ª semana do período gestacional, logo, apta para a realização do procedimento nas dependências do HUCAM. No entanto, ela foi mantida sob

custódia durante uma semana, tempo hábil para obstruir o seu acesso ao aborto legal nos parâmetros sugeridos pela Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2011). Apesar dessa “conquista” ter sido comemorada pela até então Ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos – Damare Alves, e os seus apoiadores, fortes mobilizações de ativistas do movimento pró-aborto, em sentido contrário ao cenário de “derrota” que se formava, deram continuidade à saga de Maria.

Dr. Olímpio, ao longo dos seus relatos pessoais, nos contou que tomou conhecimento do caso não só pela imprensa, como também por um grupo de WhatsApp formado por médicos, psicólogos e assistentes sociais, que atuam de forma direta nos serviços de abortamento legal ofertados nas cinco regiões do país. Esse grupo é uma rede integrada por mais de 400 (quatrocentos) profissionais de todo o Brasil, desde o Macapá até Roraima, no qual é possível constatar as distinções e peculiaridades com que cada um atua.

No que concerne especificamente ao serviço do Espírito Santo, ofertado pelo HUCAM, Dr. Olímpio afirma ser composto por uma equipe atenciosa, mas que sofre forte influência de um gestor rigoroso, razão pela qual exigem a autorização judicial – sob a justificativa de que “se torna mais fácil, embora não seja uma ação necessária” –, e estabelecem o período de 20 semanas gestacionais como limite para que o aborto legal seja realizado em suas dependências. Ele nos contou ainda que, na mesma semana desse caso divulgado na imprensa, houve outro “abafado”, sofrido por uma menina autista, de grau elevado, com idade gestacional igual a de Maria. O procedimento adotado pelo HUCAM também foi o mesmo, exigindo que a sua representante legal apresentasse decisão judicial autorizando o procedimento.

Motivado pela grande repercussão e os sucessivos obstáculos enfrentados por Maria, o Secretário de Saúde do Estado de Pernambuco, André Longo, foi quem finalmente contactou Dr. Olímpio, questionando-o se o Centro Integrado de Saúde Amaury Medeiros – onde o mesmo atua como diretor-executivo – estava apto para a realização do procedimento, considerando a idade gestacional avançada. Após sua resposta em positivo, foi elaborado um grande esquema de segurança e sigilo para garantir a transferência da menina capixaba para a capital do Recife, buscando diminuir os impactos na sua integridade física e mental, já que, naquela altura, seria impossível impedi-los.

De acordo com Paula Viana – enfermeira obstetra entrevistada por Guimarães (2020), existem alguns outros serviços e equipes que realizam, na base da resistência, da resiliência e da bravura, a interrupção legal das gestações, que foram cogitados para o encaminhamento do caso. Mas também foi preciso considerar o contexto de pandemia da Covid-19, que provocou,

segundo ela, uma “re-desorganização” do SUS, resultado do caos na saúde pública em um sistema que já sofre com a diminuição nos investimentos de estrutura e formação profissional. Em sus palavras: “teve que ser tudo muito rápido para não perder um minuto, porque essa menina corria risco. Cada dia que passava ela entrava num patamar de cuidados mais arriscados para a idade dela, para o tamanho dela e para a constituição física dela”. (AMANTE; GUZZO, 2020).

Com esse intuito, o Grupo Curumim – entidade civil feminista de Recife –, em conjunto com a equipe do CISAM, precisaram articular um plano de ação para que Maria, acompanhada da sua avó, chegasse com segurança e tranquilidade ao hospital no dia 16 de agosto de 2020. O itinerário foi mantido em sigilo para salvaguardar o direito da criança. Mas durante o percurso, a equipe técnica responsável pelo acompanhamento foi informada da mobilização de um grupo fundamentalista que se organizava para constrangê-la. Nesse ínterim a criança teve suas informações expostas e sua integridade física colocada em risco em função de uma campanha que buscou impedir arbitrariamente a realização do aborto legal e a garantia do direito à saúde sexual, física e psíquica, tal qual o estabelecido na legislação brasileira, que autoriza expressamente e a interrupção da gestação em caso de estupro e risco à gestante.

O plano inicial seria buscá-la no aeroporto, em um carro sem identificações, e levá-la imediatamente para a unidade de saúde onde o procedimento seria realizado de modo seguro. Mas, por interferência daqueles grupos, com fortes influências no governo, todas as informações foram vazadas, desde os horários de chegada e partida dos voos, a placa do carro, até a sua transferência direta para o CISAM. Preocupada com a invasão de manifestantes contrários ao aborto, a Diretora do Hospital da Mulher de Recife, Dra. Isabela Coutinho, foi a responsável por ligar para o Dr. Olímpio deixando-o ciente da situação.

Ele conta que no momento da ligação estava na companhia de sua esposa e decidiu pedir para que ela o levasse em seu carro até o CISAM. Quando chegou na Rua Visconde de Mamanguape – onde está situada a entrada principal da maternidade, abaixou-se dentro do veículo para não chamar a atenção dos manifestantes e facilitar o seu acesso ao interior da unidade hospitalar, o que, na realidade, ocorreu com bastante dificuldade. Dr. Olímpio relata que quando apareceu no portão, foi recebido com fortes gritos e xingamentos, mas permaneceu naquele local por pelo menos 40 minutos, afirmando não ter sentido medo algum. Por ter consciência dos seus privilégios como homem branco e médico, sabia que se suas “características” fossem diferentes, teria sofrido repressões mais fortes. Em suas palavras

“Nunca tinha visto aquilo (...). Fui chamado de assassino e impedido de entrar na maternidade em que sou diretor. Precisei esperar a polícia chegar. ”.

No entendimento do ginecologista e obstetra Cristiano Rosas, a ofensiva contrária à garantia do direito ao abortamento demonstra a intolerância de um grupo minoritário que quer impor a sua crença à totalidade da população. Ele ainda analisa:

“São pessoas que não conseguem se solidarizar minimamente com o sofrimento de uma criança de 10 anos, grávida de um estupro. Eu os respeito na legitimidade da sua fé, dentro da sua residência ou templo, mas impor a sua vontade, ainda mais com difamação, dizendo que a equipe médica é assassina, quando na verdade está realizando um procedimento para tentar salvar a vida dessa criança, é de uma torpeza, de uma desqualificação tão grande. A sociedade vai conseguir ver a radicalidade absurda dessas pessoas e felizmente temos uma Constituição democrática que garante Estado laico”. (Trecho extraído da entrevista cedida ao Portal Catarinas, no dia 17 de agosto de 2020. GUIMARÃES, 2020).

Uma das possíveis interlocutoras desse movimento foi a extremista Sara Giromini, que divulgou no *Twitter* o primeiro nome da vítima e o local onde o aborto legal seria feito. Contudo, não se sabe como ela obteve essas informações, visto que todo o processo corria sob sigilo de Justiça. A perseguição à família de Maria também já havia começado na própria cidade de São Mateus. No dia 15 de agosto, um grupo católico conservador, liderado por Pedro Teodoro dos Santos, filiado ao PSL e pré-candidato a vereador no município de São Mateus - ES, visitou parentes da menina para tentar convencê-la a manter a gravidez.

O áudio gravado durante a ida do grupo religioso à casa de Maria, comprovou que um integrante do grupo, supostamente Teodoro, diz que essa abordagem aconteceu com ciência do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, comandado por Damare Alves. No início daquela semana, a ministra havia enviado dois representantes ao município para acompanhar o caso. Os servidores do ministério são Alinne Duarte de Andrade, coordenadora-geral de Fortalecimento de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, e Wendel Benevides Matos, coordenador-geral da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos. (ANJOS; CORREIA; FONSECA, 2020).

O ponto de viragem dessa história é que Dr. Olímpio se manteve no portão de entrada do CISAM com o intuito de driblar a atenção dos manifestantes. Ele descreve o papel que desempenhou com a expressão regional “boi de piranha”, que faz referência ao sacrifício de um indivíduo na tentativa de livrar outro de alguma dificuldade. Até então, os manifestantes acreditavam que seria Dr. Olímpio o profissional que realizaria o abortamento, então, seguindo essa lógica, enquanto ele estivesse naquele local, significaria que o procedimento não seria realizado. Mas nesse meio tempo, a menina foi acompanhada por outros

profissionais capacitados para o interior do hospital, que conseguiram viabilizar o seu acesso por outro portão onde não havia aglomerações. Ao longo da nossa entrevista, Dr. Olímpio descreve esse momento da seguinte forma:

“Falaram: “Dr. Olímpio, tem uma deputada, Clarisse Tércio, que quer falar com o senhor”. Ai eu vou falar o que com ela? Vamo pensar. É a única chance que a gente tem, você vai, eles pensam que o senhor é o médico aborteiro. Você vai ser o boi de piranha. Ai foi dito e feito. Quando eu cheguei pra falar, ai eles vinham tudo pra cima, cuspiendo e gritando palavras... não tem conversa, é só xingamentos. Ai eles acham que eu sou o médico que ia fazer, eu não consigo nem falar. (...) Ai enquanto estavam me agredindo, o carro entrou”. (Trecho da entrevista realizada face a face com Dr. Olímpio Moraes Filho, no dia 13 de julho de 2022, nas dependências do CISAM).

Quando finalmente os manifestantes deram conta da artimanha que estava sendo usada para atraí-los, a indução do aborto já havia sido iniciada e a menina encontrava-se sob os cuidados que lhes eram devidos. Sobre a feitura do aborto, Dr. Olímpio opina que “O estupro destruiu a vida dela até os dez anos. O que fizemos foi dar uma chance para que ela tenha um resto de infância, e que possa viver. (...). Se não houvesse essa conduta, estaríamos destruindo o futuro dela: ou com a morte, porque ela poderia perder o útero, ou perdendo a saúde mental”.

O caso gerou um pânico moral no Brasil, pois serviu de palco para autoridades federais e pessoas contrárias ao direito de interrupção à gravidez protestarem contra o juiz e o promotor público que opinaram pela interrupção, bem como conclamarem, via redes sociais, exaltações sobre os gritos contra a equipe do hospital da cidade de Recife – PE, para onde a menina foi encaminhada, após o primeiro hospital de referência da capital Vitória – ES ter recusado atendê-la no dia 15, data subsequente à autorização judicial. Foi sob a fúria de fundamentalistas religiosos que a destemida e comprometida equipe médica conseguiu realizar o procedimento na criança na noite do dia 16.

Paula Viana, enfermeira-obstetra do Grupo Curumim, que integrou a equipe junto a uma assistente social do Estado do Espírito Santo, revelou que:

“Tivemos que lançar mão de estratégias bem delicadas, como colocar a avó e a menina no porta-malas do carro que as levou para o hospital, porque fomos informadas pela diretoria do CISAM que existia uma movimentação muito hostil em frente à maternidade. Uma situação constrangedora e humilhante”. (Trecho extraído da entrevista cedida ao Portal Catarinas, no dia 17 de agosto de 2020. GUIMARÃES, 2020).

Maria entrou pelo portão dos fundos da maternidade para que fosse atendida o mais rápido possível pela equipe de enfermagem. A primeira etapa do procedimento ocorreu

prontamente, a menina foi acolhida pelas enfermeiras e seguiu para uma área reservada. Já a avó, acompanhou a neta e foi ouvida pelos profissionais que explicaram todos os procedimentos que seriam realizados. Paula Viana evidencia que Maria era uma criança negra, calada e com um olhar muito triste, mas com um depoimento muito bonito: “eu tô bem, quero voltar logo, porque quero jogar futebol”, e “o tempo todo ela ficou agarrada a uma girafa de pelúcia e isso comoveu toda a equipe, porque a eles perceberam o quanto de inocência e sofrimento que aquela criança havia passado”. (GUIMARÃES, 2020).

O ginecologista Dr. Hélio Costa – responsável pelas visitas na enfermaria ginecológica, cirurgias ginecológicas e orientação do internamento das pacientes que irão realizar essas cirurgias no CISAM, quando ouvido no dia 14 de julho de 2022, nos explicou que o setor em que trabalha é o único ambiente com quartos reservados para dois ou três leitos, enquanto os demais quartos da maternidade apresentam oito leitos. Então, eventualmente, adolescentes que são vítimas de violência, engravidam e, por conseguinte, fazem abortamento previsto por lei, são direcionadas para lá. Nas suas palavras:

“Elas ficam alvo da observação das outras, as vezes de críticas, então a gente tem como política tentar isolar ao máximo ela, para que ela não fique exposta a observação das outras, a críticas. (...) Ia eu acabo vendo essas pacientes, geralmente depois do abortamento ser realizado. Induzem o abortamento, e no pós-operatório elas vão para essa enfermaria de ginecologia e eu acabo atendendo elas lá. Mas assim, não eu sou quem defino a conduta e não sou eu que defino o procedimento. (Trecho da entrevista realizada face a face com Dr. Hélio Costa, no dia 14 de julho de 2022, nas dependências do CISAM).

Apesar de todo esse cuidado com o olhar julgador de outras pacientes e/ou seus acompanhantes, buscando preservar a intimidade necessária para que se recuperem adequadamente do procedimento realizado, Dr. Olímpio narrou que um dos médicos ginecologista que trabalhavam no CISAM na época do caso de Maria, havia sido “infiltrado” para tentar convencê-la de não realizar o aborto e acabou sendo o responsável por vazar a informação de que o abortamento já estava concluído:

Aí tem **um médico** que eu já tirei ele daqui, que foi meu aluno, mas **que é desse movimento *prolife*, que é espírita**, e ele trabalha nesse negócio do *prolife* num sei o que e dava plantão, mas como deu um problema no plantão, eu disse à ele “ô fulano, já que se tu sente mal trabalhando no setor de abortamento, vamo passar pra gineco?”, aí ele passou. (...) mas nesse dia, **eu acho que ele foi convocado, sabendo que é o único médico que é do outro lado**, aí ele veio aqui, entrou, porque tem o adesivo, e **foi lá na enfermaria a noite coagir a assistente social e a menina**, e pegou o prontuário e viu que o menino já tava morto. Aí foi aí que vasou que o menino já estava morto. (Trecho da entrevista realizada face a face com Dr. Olímpio Moraes Filho, no dia 13 de julho de 2022, nas dependências do CISAM, grifos nossos).

Como se não fossem suficientes todas as dificuldades criadas para a criança ter acesso ao serviço de aborto legal e ao procedimento executado, os grupos fundamentalistas persistem em insinuar que a vítima de estupro é uma assassina, bem como distribuem a narrativa de que “uma menina de 10 anos sabe o que faz” e outras mensagens visando reforçar estereótipos de gênero para confundir toda a opinião pública brasileira, que se mobilizou em solidariedade à criança. Além de afetar diretamente a honra e imagem de uma criança de 10 anos, esses grupos fundamentalistas, que agem de forma muito semelhante na região, também passaram a ameaçar os profissionais envolvidos no serviço de aborto legal, contribuindo para a instabilidade do seu funcionamento; e a produzir *fake news* para atingir a imagem das organizações de mulheres e ativistas feministas defensoras de direitos humanos.

Segundo Paula Viana, todo o procedimento foi acompanhado por gritos constantes de “assassinos”, vindos do lado de fora. “A equipe, muitas vezes, se entreolhava, a gente via tristeza, mas senti uma equipe muito firme, respeitosa e competente. Essa equipe não pôde continuar dentro do hospital por ameaças. A menina ficou com outra equipe que a acolheu”. (Trecho extraído da entrevista cedida ao Portal Catarinas, no dia 17 de agosto de 2020. GUIMARÃES, 2020).

O Fórum de Mulheres de Pernambuco estava presente, assim como grupos de estudantes em apoio ao corpo médico. Em um dos muitos vídeos publicados nas redes sociais, se mostra a tensão entre feministas e fundamentalistas. É possível observar manifestações hostis e violentas, mas também uma pronta-resposta da sociedade contra esses atos. A força do movimento feminista brasileiro, a articulação que foi feita e o compromisso de muitas autoridades do Espírito Santo, do Ministério Público, do Tribunal de Justiça e da Secretaria de Saúde do Estado que apoiaram, trouxeram para si a responsabilidade pela saúde e vida da criança.

A comoção em torno do caso demonstrou o interesse público sobre o tema. Após a realização do procedimento abortivo, a grande maioria da população brasileira suspirou de alívio pela criança ter interrompido a gestação e passar bem, porém ainda há uma forte comoção sobre um caso tão brutal e pelo descortinamento de dados de gravidez, violência sexual e casamentos precoces que atingem as crianças brasileiras e demonstram que esse caso, infelizmente, não é único. Dr. Olímpio afirma que “essa situação toda serviu ao menos para trazer a pauta para o debate público. Se ele não acontece, ficamos no preconceito e na escuridão. A gente está vivendo um mundo totalmente fora da realidade, um mundo de ódio, de preconceito, de raiva. ”.

A ativista Paula ponderou, no entanto, que a saga pela garantia dos direitos de Maria ainda não acabou, tendo em vista que a sua volta para casa não será fácil e que se espera do Estado a proteção que a família e essa menina merecem. O Cladem, em conjunto a outras organizações e pessoas integrantes de 15 países da América Latina e do Caribe, também se posicionou para reafirmar o direito à proteção integral para Maria. Frente ao caso, manifestaram preocupação com a segurança dela e dos familiares que a protegem, da equipe de profissionais e defensoras de direitos humanos que estiveram e estão na linha de frente para garantia do exercício da infância e do viver da criança capixaba triplamente violentada; e conclamaram o Estado brasileiro a garantir a devida proteção para esses atores e que investigue, instaure e julgue por meio dos procedimentos cabíveis a conduta dos que se negaram o dever jurídico de garantir o direito da criança de 10 anos, cujo sonho era o de poder voltar a jogar futebol com as amigas.

O Cladem entende que a maternidade infantil viola a dignidade da criança e é incompatível com o princípio da proteção integral preconizado na Constituição brasileira, no Estatuto da Criança e Adolescentes e na legislação Internacional protetiva dos direitos das crianças. Compreende também que a tentativa de negar o aborto legal se apresenta como mecanismo de forçar uma gravidez que até a legislação brasileira desaprova quando considera a relação sexual com crianças menores de 14 anos como crime de estupro de vulnerável e parte do rol dos crimes hediondos. Com base no próprio ordenamento vigente, a gravidez infantil é, por negar a infância e causar danos físicos, psíquicos e sexuais às meninas-crianças e adolescentes de 14 anos de idade, uma tortura.

Claro que essa saga está longe de alcançar o seu fim, e repercutirá nas vidas de muitas outras meninas e mulheres que possuem o manifesto desejo de realizar o aborto. Em atenção à repercussão midiática e comoção social desse caso, o Ministério da Saúde lançou a Portaria GM/MS nº 2.282, em 28 de agosto de 2020, trazendo novas exigências e parâmetros para o atendimento médico da mulher vítima de estupro, incluindo a oferta para que a gestante veja imagens do feto, em ultrassonografia, e a submissão da vítima a um extenso questionário sobre o estupro.

Segundo esta Portaria, a equipe médica também deveria comunicar o caso à autoridade policial, independentemente da vontade da paciente em registrar queixa ou identificar o agressor. No termo de consentimento preenchido como exigência prévia a realização do procedimento, a gestante terá de relatar, com pormenores, a violência sexual sofrida, além disso, será informada da previsão legal dos crimes de aborto e falsidade ideológica, caso não

se comprove a veracidade dos fatos relatados. Previsões como estas que além de causar um constrangimento ainda maior à mulher, poderá desencorajar a realização do procedimento.

Nos primeiros 100 dias do Governo Lula em 2023, a Ministra da Saúde – Nísia Trindade Lima, revogou seis portarias da gestão anterior, entre elas está a Portaria GM/MS nº 2.282/2020. Segundo a pasta, essas revogações envolvem medidas sem base científica, sem amparo legal, que contrariam princípios norteadores do SUS.³⁹

³⁹ G1. Ministério da Saúde revoga portaria sobre aborto e outras medidas contrárias às diretrizes do SUS. **G1**. 16 jan. 2023. Disponível em: <<https://g1.globo.com/saude/noticia/2023/01/16/ministerio-da-saude-revoga-portaria-sobre-aborto-e-outras-medidas-contrarias-as-diretrizes-do-sus.ghtml>>.

CAPÍTULO 2 – A TRANSFORMAÇÃO DA INTIMIDADE⁴⁰

“Ninguém pode descrever, de fato, a angústia e o desespero sofridos por uma mulher ao ver o seu corpo voltar contra si mesma, como acontece no caso de uma gravidez indesejada.” (FEDERICI, 2007, p.180).

Como mencionamos no capítulo anterior, Maria foi perseguida e sua avó, uma mulher pobre e preta, foi achincalhada e humilhada. Os insultos proferidos pelos denunciadores, repudiando a prática do aborto que se procurava praticar, colocam em evidência que o direito ao aborto legal e o entendimento da sua importância para pessoas como Maria, ainda não foi bem absorvido por grande parte da população. No final do capítulo anterior, também fizemos referência à força do movimento feminista brasileiro, à articulação que foi realizada e ao compromisso de muitas autoridades do Espírito Santo, do Ministério Público, do Tribunal de Justiça e da Secretaria de Saúde do Estado que as apoiaram, na iniciativa de trazer para si a responsabilidade pela saúde e pela vida da criança, de Maria.

O deslocamento da criança do seu lugar de origem, o sacrifício para atravessar grande parte do Brasil e chegar ao nordeste para ter acesso a um direito constitucionalmente amparado, nos mostra que há um conflito latente quando se confrontam questões relativas aos costumes e regras morais. Esse conflito nos coloca perante um fato claro e evidente que, usando a terminologia de Durkheim, o poderíamos definir como sendo anômico. Em sua obra *O Suicídio* (2004), Durkheim afirma que a coesão social se vê ameaçada porque houve uma falha na regulamentação estabelecida pelo pacto social, a partir da lei. Para ele, seja pelo peso excessivo ou pelo enfraquecimento da lei, o indivíduo perde suas referências, se perde e termina praticando o ato do suicídio. Assim, a tensão social, ou o surgimento de um estado de anomia, é decorrente do quanto da vida social está refletido em nós. Como acontece com o suicídio, a estigmatização da prática do aborto pode ser entendida como um indicativo da fragilidade da integração social, o reconhecimento do direito ao aborto como regra estabelecida dá cabimento a uma prática ilegítima. Quando o conflito aparece, ele sinaliza que a lei ainda não alcançou um nível de aceitação e reconhecimento da sua representatividade, no sentido de refletir os modos de sentir coletivo. Por outras palavras, a redação e os propósitos do direito podem ser compreensíveis, mas a aplicabilidade da norma não é vista como representativa do modo de sentir predominante na sociedade.

⁴⁰ Título em referência à obra de Giddens (1993).

A íntima relação entre os valores que orientam as relações sociais e as normas jurídicas – especialmente as normas penais – se expressa com grande facilidade quando são analisadas as regras voltadas a disciplinar os comportamentos sexuais das pessoas e o exercício dos direitos individuais a eles relacionados. Passados 80 anos desde o início da vigência do código penal brasileiro, quase todos os dispositivos relacionados à tutela da mulher sofreram algum tipo de modificação, num movimento de promover uma proteção mais adequada às novas formas de violência e, também, eliminar o tratamento estereotipado que não corresponde, ou não deveria corresponder, ao lugar da mulher na sociedade do século XXI. Na medida em que tipos penais como a “sedução” e o “raptor” não fazem mais sentido na atualidade, o feminicídio, a pornografia de vingança, o assédio sexual – entre outras práticas de violência física e simbólica, se tornaram cada vez mais relevantes. Como se pode observar, as mudanças sociais ocorrem, sinalizam e demandam a necessidade de novos debates sobre a legalização do aborto e a ampliação das suas permissivas.

2.1 O CONTROLE DO CORPO E DA AUTONOMIA DA MULHER: O OLHAR FEMININO SOB A HISTÓRIA

“A verdade é que nós podemos fazer muitas coisas, e mais que nossas antepassadas, mas ainda menos do que gostaríamos se não houvesse o patriarcado naturalizado. A mais importante delas é, certamente, manter-nos vivas, livres do feminicídio ou das leis penais que nos perseguem, criminalizando o nosso corpo, nossos desejos e nossa existência, impedindo-nos de tomar decisões livres sobre nossa vida. ”. (DINIZ; GEBARA. 2022, p. 9).

Numa perspectiva histórica, o entendimento da autonomia sexual como um fenômeno social complexo que atinge meninas e mulheres em todo o mundo, que gera efeitos para as suas saúdes físicas e mentais, nem sempre recebeu a devida atenção no discurso médico-social. Este reconhecimento tardio ocorreu por várias razões, incluindo um sistema de dominação que recaía intimamente sobre o corpo feminino e lhes negavam direitos, com a justificativa de que as mulheres só poderiam atingir uma vida saudável se tivessem sexualmente ligadas em matrimônio com fidelidade reprodutiva. Nele, os papéis sociais estabelecidos para as mulheres passavam pelo lar e pela maternidade, que garantiriam sua realização existencial como ser feminino e a realização da existência biológica na sociedade. VIEIRA (2002, p. 25), argumenta que:

De fato, ao longo da história da humanidade, o corpo feminino tem sido tratado como especialmente ameaçador para a estabilidade moral e social. Nas diferentes sociedades, esse corpo tem sido regulado através de normas, sejam elas baseadas em crenças mágicas, religiosas ou médicas.

Além disso, a pesquisa moderna vem comprovando que muito do que Freud considerava como biológico, instintivo e imutável é, na verdade, resultados de causas culturais específicas. Essa compreensão acompanha à surdina o "movimento" das mulheres em direção à emancipação e à libertação. Trata-se da tradução e do efeito de uma tomada de consciência ainda mais vasta: a da dimensão sexuada da sociedade e da história (PERROT, 2007, p.15). A dinâmica dessa transformação também contou com o movimento de resistência de algumas mulheres e a dificuldade que muitas tiveram em assegurar o controle desejado sobre sua sexualidade. Chimamanda Ngozi Adichie, ao refletir sobre o que é ser feminista no século XXI, pontua que:

Apesar de serem muitos os que dizem que a mulher é subordinada ao homem porque isso faz parte da cultura, é necessário não perder de vista que a cultura está em constante transformação. Para que serve a cultura? A cultura funciona, afinal de contas, para preservar e dar continuidade a um povo. A cultura não faz as pessoas, e sim elas que a fazem. Se uma humanidade inteira de mulheres não faz parte da nossa cultura, então temos que mudar a nossa cultura. (ADICHIE, 2017, p.47-48).

Scavone (2001) ao refletir sobre a maternidade, considerou que o livro de Simone de Beauvoir, o “Segundo Sexo”, trouxe teses sobre liberdade sexual, liberação da prática da contracepção e do aborto que podem ser consideradas um marco da passagem do feminismo igualitarista para a fase do feminismo "centrado na mulher-sujeito", dando os elementos necessários para a politização das questões privadas e a contestação do determinismo biológico que reservava às mulheres um destino social de mães. Beauvoir também alerta que o preparo para o maternar se inicia nos primeiros anos de idade, “repetem à mulher desde a infância que ela é feita para gerar e cantam-lhe o esplendor da maternidade; os inconvenientes de sua condição – regras, doenças, etc. -, o tédio das tarefas caseiras, tudo é justificado por esse maravilhoso privilégio de pôr filhos no mundo. ”. (2016, p. 288).

No capítulo “Formação”, do segundo volume da obra, a filósofa toma o início da vida da mulher como objeto de estudo: a infância, a juventude, a iniciação sexual e a descoberta da homossexualidade, retoma a perspectiva hegeliana afirmando que 'ser é tornar-se', resultando em sua célebre ideia "não se nasce mulher, mas torna-se mulher". (SCAVONE, 2001). O que Beauvoir apresenta é a percepção de que não há um destino biológico, psíquico ou econômico responsável pelas características que constituem o que é ser uma mulher. “Ser mulher” – a noção de feminilidade, as responsabilidades morais e práticas, os padrões – é determinado a partir de valores e costumes, algo que Beauvoir chama de “conjunto da civilização” (2016, p. 12).

Beauvoir analisa, também, os diferentes tipos de influência a que estão submetidos meninas e meninos. Meninos desde cedo têm o reconhecimento de suas partes genitais incentivado. “O destino da menina é muito diferente. Nem mães, nem avós têm reverência e ternura por suas partes genitais; não chamam a atenção para esse órgão secreto de que só se vê o invólucro e que não se deixa pegar; em certo sentido, a menina não tem sexo. ”. (2016, p. 16). A menina percebe logo que está em um lugar diferente do menino – e, segundo Beauvoir, um conjunto de fatores pode levá-la a ver essas diferenças como sinais de inferioridade.

Quando pensamos em Maria, é o universo feminino, com todas suas variantes e paradoxos, que invade nosso entendimento. Em certa medida, as formas de repressão da sexualidade feminina podem variar de uma etnia ou de uma classe social para outra. Mas, como revelam diversos estudos⁴¹, o rigor do controle social sobre o corpo feminino é bem mais severo do rigor que recai sobre os homens. Diferentemente do menino, para a menina há um conflito entre a imagem que tem de si e a sua vontade em levar projetos próprios adiante. Isso se dá, segundo Beauvoir, por sua autonomia não ser tão incentivada quanto no caso dos homens e existirem exigências quanto ao papel social da mulher a serem cumpridas, mesmo que isso aconteça de forma inconsciente. Segundo um estudo divulgado pela Barbie Mattel, realizado por pesquisadores das universidades de Nova York, Illinois e Princeton, nos Estados Unidos, a partir dos cinco anos de idade, muitas meninas passam a se enxergar menos inteligentes do que os meninos e começam a perder a confiança em sua própria competência. A falta de confiança em si mesmas cria uma lacuna que as impedem de atingir seu potencial e de realizar seus sonhos. Essa lacuna foi chamada de "The Dream Gap" (a brecha do sonho, em inglês), e com o intuito de combatê-la, a marca criou o “The Barbie Dream Gap Project”, utilizando plataformas digitais para educar a sociedade sobre o preconceito de gênero e inspirar e apoiar garotas a sonharem e concretizarem seus objetivos.⁴² Nesse sentido, Beauvoir também opina:

Hoje, graças às conquistas do feminismo, torna-se dia a dia mais normal encorajá-la a estudar, a praticar esporte; mas perdoam-lhe mais facilmente do que ao menino o fato de fracassar; tornam-lhe mais difícil o êxito, exigindo dela outro tipo de realização: querem, pelo menos, que ela seja também uma mulher, que não perca sua feminilidade. (2016, p. 26).

⁴¹ IZQUIERDO, Jose Maria de Jesus; PAULO, Maria de Assunção Lima de; SANTOS, Valdonilson Barbosa dos. Juventude rural e vivências da sexualidade. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.27, n.4, out.-dez. 2020, p.1265-1283.

⁴² PEZZOTTI, Renato. Campanha da Barbie contra preconceito incentiva meninas a realizar sonhos. **UOL**. 09 ago. 2018. Disponível em: <<https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2018/10/09/barbie-apresenta-iniciativa-contra-preconceito-genero.htm>>.

Beauvoir procura quebrar a ideia de que meninas são mais precoces que meninos – na verdade, atividades da fase adulta são atribuídas a elas ainda quando são jovens. As meninas estão mais próximas do trabalho doméstico desde cedo, ao acompanhar o feito pela mãe e serem incentivadas a contribuir para essas atividades e adquirir essas responsabilidades.

Quando decide iniciar seu capítulo sobre a maternidade com uma discussão sobre direitos reprodutivos e aborto, Beauvoir certamente queria causar polêmica e incomodar as mentes mais conservadoras. Embora a leitura deixe claro que esse e outros recursos textuais são empregados a fim de eliminar qualquer perspectiva idealizada da gestação e do parto, Beauvoir declarou várias vezes que reconhecia como legítima a opção consciente das mulheres pela maternidade, mas considerava essencial que elas não se identificassem exclusivamente com o papel de mães. Para Beauvoir:

É pela maternidade que a mulher realiza integralmente seu destino fisiológico; é a maternidade sua vocação “natural”, porquanto todo organismo se acha voltado para a perpetuação da espécie. Mas já se disse que a sociedade humana nunca é abandonada à natureza. E, particularmente, há um século, mais ou menos, a função reprodutora não é mais comandada pelo simples acaso biológico: é controlada pela vontade. (2016, p. 279).

Em seguida, continua refletindo sobre os impactos da criminalização do aborto na trajetória reprodutiva de uma mulher:

Que um escritor descreva as alegrias e os sofrimentos de uma parturiente, é perfeito; que fale de uma abortante e logo o acusarão de chafurdar na imundície e de descrever a humanidade sob um aspecto objeto: ora, há na França anualmente um número igual de aborto e de nascimentos. É um fenômeno tão expandido que cumpre considera-lo como um dos riscos normalmente implicados na condição feminina. O código obstina-se, entretanto, a fazer dele delito: exige que essa operação delicada seja executada clandestinamente. Nada mais absurdo do que os argumentos invocados contra a legislação do aborto. Pretende-se que se trata de uma intervenção perigosa. Mas os médicos honestos reconhecem, como o dr. Magnus Hirschfeld, que “o aborto feito pela mão de um médico especialista, numa clínica e com as medidas preventivas necessárias, não comporta esses perigos cuja existência a lei afirma”. (BEAUVOIR, 2016, p. 280).

Nessa perspectiva de Beauvoir, que muito questionou sobre as forças conservadoras que defendiam a família, a moral e os bons costumes, a maternidade começava a ser compreendida como uma construção social, que designava o lugar das mulheres na família e na sociedade. Além disso, a filósofa demonstra que apesar de milhões de mulheres realizarem o aborto anualmente, por ser condenado ao sigilo, esse procedimento tem acontecido em condições perigosas, sendo que este, quando realizado sob supervisão médica, um dos mais simples. Beauvoir afirma que essas mulheres são veladas em silêncio.

Outro problema atrelado a esse cenário é que a sociedade só aponta o dedo para a mulher que abandona o seu dom natural de matinar, nunca para o pai que escolheu ser ausente e renunciar a paternidade.⁴³ O resultado de uma pesquisa feita pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) demonstrou que o número de mães solo no Brasil – aquelas que cuidam sozinhas de seus filhos, aumentou 17% na última década, passando de 9,6 milhões em 2012 para mais de 11 milhões em 2022. Esta situação, além de gerar ainda mais dificuldades para o ingresso destas mulheres no mercado de trabalho, compromete o processo educacional da criança.⁴⁴ Araújo (2018) explica que condutas impróprias adotadas pelos pais podem causar danos aos filhos, especialmente quando lhes negam a convivência, o amparo afetivo, moral e psíquico, bem como a referência paterna ou materna concentrada, o que acarretaria inclusive na violação de direitos próprios da personalidade humana. Em suas palavras:

Apesar de não haver consenso na doutrina jurídica quanto à exigibilidade e a responsabilidade do afeto, na seara da psicologia, já é pacífico o entendimento de que a falta de atenção e do afeto, de um ou de ambos os pais, gera danos psíquicos ao menor em formação psicossocial, tanto a curto quanto a longo prazo. Por óbvio, não se pode generalizar. Nem todas as crianças submetidas à rejeição dos genitores necessariamente terão danos psicológicos ou alteração da personalidade, capacidade de aprender e no seu desenvolvimento social. No entanto, também não há como negar, ante todo o exposto, a relação de causa e efeito já comprovadas que a ausência paterna reflete no crescimento de crianças e adolescentes até a fase adulta, causando sérios danos e, por conseguinte, ensejando a possibilidade de reparação destes pela via judicial. (ARAÚJO, 2028, p. 14).

Resta evidente, por tanto, que no universo das mudanças na vida pessoal dos indivíduos, um fato histórico relevante que influenciou e tem reflexos até os dias atuais é, sem dúvida, a revolução sexual que ocorreu nas últimas décadas⁴⁵. A sexualidade sem exigência de reprodução, o uso de contraceptivos eficazes, a autonomia social das mulheres com relação aos homens no campo profissional, são algumas questões que emergem nesse contexto. Uma abertura e liberalização sem precedentes se instituiu pouco a pouco na esfera da intimidade. (GIDDENS, 2002). Foi, a partir da década de 60, que o corpo feminino, até então era visto

⁴³ PESSÔA, Carolina. Cresce o número de mães que criam seus filhos totalmente sozinhas. **Rádio Agência**. 14 mai. 2023. Disponível em: <[⁴⁴ ARAÚJO, Karen Ohana de Sousa. Abandono afetivo nas relações paterno-filiais. 2018. 34p. Trabalho de Conclusão de Curso \(Bacharelado em Direito\) - **Universidade Estadual da Paraíba**, Campina Grande, 2018.](https://agenciabrasil.etc.com.br/radioagencia-nacional/direitos-humanos/audio/2023-05/cresce-quantidade-de-maes-que-criam-os-filhos-totalmente-sozinhas#:~:text=Publicado%20em%2014%2F05%2F2023,de%2011%20mil%C3%B5es%20em%202022.>>.</p>
</div>
<div data-bbox=)

⁴⁵ GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: Editora da Universidade Paulista, 1993.

pela medicina como essencialmente maternal, passou também a ser concebido por meio da negação do papel procriador, através de programas de contracepção e planejamento familiar. (VIEIRA, 2002, p. 16). Nesse sentido, e frente a esses valores que restringiam a mulher no papel de mãe de família, atentando contra os direitos da personalidade humana, Preciado enfatiza:

Cavidade potencialmente gestacional, o útero não é um órgão privado, mas um espaço biopolítico de exceção, ao qual não se aplicam as normas que regulam o resto das cavidades anatômicas. Como espaço de exceção, o útero parece mais com um campo de refugiados ou com uma prisão do que com um fígado ou com um pulmão. (2020, p. 98).

Esta transformação, no entanto, não ocorreu sem lutas e resistências, principalmente quando ampliamos o nosso olhar analítico para a história da humanidade. Enquanto na Idade Média as mulheres podiam usar métodos contraceptivos e haviam exercido um controle indiscutível sobre o parto, a partir do capitalismo colonial os seus úteros se transformaram em território político, controlados pelos homens e pelo Estado: a procriação foi colocada diretamente a serviço da acumulação capitalista. Segundo Federici (2007, p.178), neste período, o útero constitui-se como um órgão-trabalho, cuja produção de riqueza biopolítica foi totalmente expropriada e oculta sob a cobertura de uma função puramente biológica.

A autora de “Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva” também enfatiza que a criminalização do controle das mulheres sobre a procriação é um fenômeno cuja importância não pode deixar de ser enfatizada, tanto do ponto de vista de seus efeitos sobre as mulheres, quanto por suas consequências na organização capitalista do trabalho (FEDERICI, 2007, p.181), porque um dos efeitos diretos dessa criminalização foi a expropriação das mulheres de um saber que havia sido transmitido de geração a geração, proporcionando-as certa autonomia em relação ao nascimento dos filhos. O que Federici (2007, p.182) quer ressaltar é que, ao negar às mulheres o controle sobre seus corpos, o Estado privou-as da condição fundamental de sua integridade física e psicológica, degradando a maternidade à condição de trabalho forçado, além de confinar as mulheres à atividade reprodutiva de um modo desconhecido por sociedades anteriores.

O mesmo já ocorreu no século XVI, quando se iniciou um movimento para transformar o parto em um ato médico. Esse procedimento era uma tradição até em então exclusiva das mulheres, mas passou a sofrer regulamentação e as parteiras da Europa passaram a ser submetidas a exames prestados junto às comissões municipais e eclesiásticas. O objetivo fundamental dessa regulamentação era garantir ao Estado emergente e à Igreja que não seriam realizados abortos e infanticídios. (VIEIRA, 2002, p. 47). Inclusive, a história da

caça às bruxas e a extinção de parteiras também devem ser vistas como parte da história que pretendia excluir as mulheres das práticas médicas, concentrando-as na mão dos homens.

As mulheres que questionaram a repressão sexual e de gênero, arriscando-se a mostrar seus conhecimentos e *expertises*, foram acusadas de bruxaria. Por mais de dois séculos, milhares delas foram perseguidas, queimadas, enforcadas, torturadas. Armou-se, nestes termos, uma verdadeira guerra contra as mulheres, inspirada num capitalismo que surgia pelos idos dos séculos XVI e XVII, que não só acabou regulando a divisão sexual do trabalho, como também confinou as mulheres – e ainda confina até hoje – ao trabalho reprodutivo e aos cuidados do lar. A caça às bruxas aumentou ainda mais a diferenciação entre homens e mulheres, colocou nos homens o medo do poder feminino e destruiu as práticas e crenças femininas que iam de encontro com o trabalho capitalista. As mulheres feiticeiras, as mulheres curandeiras, parteiras, encantadoras, prostitutas, adivinhas, adúlteras, mulheres que praticavam o sexo fora da perspectiva de procriação, mulheres rebeldes que respondiam, discutiam, insultavam; foram todas alvo. Como bem pontua Federici (2007), a lógica empregada era a de que “o mundo precisaria ser desencantado para ser dominado”.

Em contrapartida, a caça às bruxas santificava os homens e a supremacia masculina, induzia os homens a temer as mulheres, vê-las como destruidoras do sexo masculino e até mesmo terem medo dos seus órgãos genitais, porque supostamente uma bruxa poderia castrá-los ou deixá-los impotentes. A caça às bruxas foi o primeiro passo de um longo caminho para repressão da sexualidade feminina e que vemos dolorosos sinais até hoje – vide as consequências da criminalização do aborto; foi o início da transformação da atividade sexual feminina em um trabalho a serviço dos homens e da procriação. Mulher não deveria sentir prazer, mulher deveria ter relações sexuais apenas para procriar, inclusive, estavam proibidas naquela época atividades sexuais que não tinham como objetivo único a reprodução, tais como relações homossexuais, mulheres velhas poderem fazer sexo, sexo entre pessoas de classe econômica distintas, sexo anal, sexo público, sexo grupal, nudez, tampouco dançar.

Pensando sobre essa lógica, Preciado (2020, p. 81) indica que ao debruçar os seus estudos sobre a análise de cumulação primitiva de Marx em termos feministas, Silvia Federici definiu o capitalismo como o sistema social de produção que não reconhece a reprodução da força de trabalho como atividade socioeconômica e lugar de produção de valor “e, por outro lado, a mistifica como um recurso natural ou um serviço pessoal enquanto tira o proveito da condição não assalariada do trabalho envolvido”, porque segundo Federici, se o útero tem uma função central no processo de acumulação capitalista, isso ocorre na medida

em que ele é o lugar “no qual se produz e se reproduz a mercadoria capitalista mais essencial: a força de trabalho”. (FEDERICI, 2007, p.16).

Demógrafos soviéticos, Anatolii Grigorevich e Andrei Gavrilovich, em um comentário sobre a década de 1920 e o começo dos anos 30, afirmaram que o principal meio de regulação da taxa de natalidade na família era a provocação artificial de um aborto espontâneo ou a prática de um aborto. (GOLDMAN, 2014, p. 302). Ocorreu que, na primavera de 1920, quando o aborto ainda era proibido na União Soviética, Nikolai Semashko – Comissário da Saúde, recebeu inúmeras cartas de membros do Partido e de trabalhadores sobre a assustadora popularidade da prática do aborto, sem ajuda médica. Essas cartas ainda informavam que a lei contra o aborto fez pouco para dissuadir as mulheres que queriam interromper sua gravidez. Na verdade, a fome, a miséria e a ruína econômica estimulavam um número cada vez maior de mulheres a procurar abortos ilegais.

A prática do aborto tinha sido difundida na Rússia antes da Revolução, apesar da rigorosa proibição legal contra o mesmo, tendo em vista que o Código Penal de 1885 estabelecia uma forte punição tanto para quem realizava o aborto quanto àqueles que se submetiam ao procedimento. Depois de 1905, muitos médicos e juristas queriam a reforma da lei do aborto; algumas organizações profissionais também recomendavam a legalização. No entanto, apesar das críticas contra a legislação existente, apenas alguns defendiam que as mulheres tinham o direito de tomar as suas próprias decisões reprodutivas.

Em novembro de 1920, os Comissários da Saúde e da Justiça – NKZdrav e NKIu, legalizaram o aborto. Reconhecendo que a repressão foi inútil, o decreto permitia às mulheres fazerem abortos gratuitos em hospitais, mas apenas pelos médicos, ao passo que as parteiras teriam que enfrentar as sanções penais e seriam privadas do seu direito à prática da profissão. (GOLDMAN, 2014, p. 304), e explicava que “as reminiscências morais” e as “dolorosas condições econômicas” tornavam o aborto necessário, oferecendo as mulheres uma alternativa segura, legal e economicamente justa as situações de iniquidade vivenciadas no passado.

Com esse decreto, a União Soviética tornou-se o primeiro país do mundo a dar a todas as mulheres a possibilidade legal e gratuita de interromper a gravidez. Por outro lado, apesar da ideia de liberdade que concedia às mulheres, nunca reconheceu o aborto como um direito da mulher. (GOLDMAN, 2014, p. 305). Nikolai Semashko fez questão de salientar que o aborto não era uma questão de direito individual, já que tinha o potencial para diminuir a natalidade e ferir os interesses da sociedade e do Estado. Os Comissários da Saúde e da Justiça acreditavam que, quando as mulheres tivessem acesso suficiente aos alimentos, habitação, cuidados com a criança e serviços médicos, elas não teriam mais necessidade de

abortar. Dessa forma, considerando que o conceito de direitos reprodutivos das mulheres era pouco desenvolvido, e a noção de direitos fetais era menos ainda, a ideia de que as mulheres tinham o direito básico de controlar sua própria fertilidade recebia pouca consideração como tal. (GOLDMAN, 2014, p.305).

Na história recente da humanidade, mais especificamente no cenário que se formou em torno da aprovação do anteprojeto da lei de aborto na Espanha, em 20 de dezembro de 2013, pelo governo de Mariano Rajoy, restou claro que apesar do feminismo ter levado a cabo um processo de descolonização do útero durante anos, esse processo não só ficou inacabado, como também é frágil e fácil de revogar. Isso porque, a Lei de Proteção da Vida do Concebido e dos Direitos da Mulher Grávida contemplava unicamente duas possibilidades de aborto legal: o risco de saúde física ou psicológica da mãe no prazo de 22 semanas, ou o estupro, com um prazo de até doze semanas, colocando a Espanha junto à Irlanda no patamar de leis mais restritivas da Europa no tocante ao aborto.

Esse anteprojeto provocou a indignação não só dos grupos de esquerda e feministas, mas também a opinião contrária do coletivo de psiquiatras que se negavam a participar desse processo de vigilância e patologização das mulheres grávidas, que restringe seu direito de decidir por si mesmas.

Refletindo sobre esta iniciativa do governo Rajoy, Preciado (2020) aponta que na epistemologia do Ocidente, o corpo das mulheres contém dentro de si um espaço público, cuja jurisdição é disputada não somente pelos poderes religiosos e políticos, mas também pela indústria médica, farmacêutica e agroalimentar, o que faz com que elas percam a sua autonomia e passem a ser objeto de uma intensa vigilância e tutela política. (PRECIADO, 2020, p. 81). Não obstante, o filósofo espanhol aponta:

Enclausurados na ficção individualista neoliberal, vivemos com a ingênua sensação de que o nosso corpo nos pertence, de que é a nossa propriedade mais íntima. Contudo, a gestão da maior parte de nossos órgãos está a cargo de diversas instâncias governamentais e econômicas. Não há dúvidas de que, de todos os órgãos do corpo, o útero tem sido historicamente aquele que foi objeto de maior expropriação política e econômica. (PRECIADO, 2020, p. 98).

E de um modo ainda mais enfático:

Essa é mensagem do governo Rajoy para todas as mulheres do país: seu útero é um território do Estado espanhol, reserva e fermento da soberania nacional-católica. **Você só existe como mãe.** Abra as pernas, tone-se terra de inseminação, reproduza a Espanha. (PRECIADO, 2020, p. 98, grifo nosso).

A América Latina, por sua vez, tem aos poucos avançado no compromisso com os direitos reprodutivos das mulheres. O ano de 2018 foi marcado pelas multidões nas ruas de Buenos Aires; eram pessoas de todas as idades e origens, acompanhando a votação do projeto

que revisava a lei de aborto de 1921 ainda vigente no país. Milhares de meninas e adolescentes ocupavam as ruas com um lenço verde no corpo. De acordo com Débora Diniz (2022), esse lenço é símbolo de ancestralidade na história política das mulheres argentinas, porque nos anos 1970 ele foi usado por mães e avós da Praça de Maio, mulheres que desafiaram a ditadura militar em busca de seus filhos desaparecidos ou mortos. Nas suas palavras, “o lenço verde, transmutado na esperança de uma geração pelo direito ao aborto como uma dívida democrática de cidadania às mulheres, meninas e pessoas com capacidade de gestar”.

Foi em dezembro de 2020 que a Argentina finalmente descriminalizou o aborto, salvando a vida de milhares de meninas e mulheres em estado de vulnerabilidade social, garantindo a saúde sexual e reprodutiva de uma forma mais integral e honesta. Dois anos depois, foi a vez da Colômbia de aderir à maré verde. O movimento “Causa Justa” contestou na Corte Constitucional de Justiça os efeitos injustos de uma legislação que criminalizava o aborto. Ao todo são 6 países da América Latina e Caribe onde o aborto não é mais considerado crime, representando uma vitória para meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar.

2.2 A CLAREZA DA LEI E OS EMPECILHOS PARA APLICÁ-LA: O ABORTO NO BRASIL

Bourdieu (1996) atribui a coerência e sistematicidade do conjunto das práticas de um agente, ou de um grupo de agentes, ao *habitus*, enquanto princípio gerador de todas as práticas, mencionando-o como “à ação coletivamente orquestrada, sem ser o produto da ação organizadora de um maestro”. Esse caráter homogêneo do *habitus* é criticado por Lahire (2005), que enfatiza a incorporação de disposições heterogêneas e até mesmo contraditórias pelos indivíduos, decorrente dos múltiplos processos de socialização nos diferentes contextos sociais. Em seu enfoque teórico, Lahire busca se distanciar da concepção de Bourdieu ao enfatizar a pluralidade interna do ator, seus conflitos internos e os desajustes entre as condições objetivas e as disposições. Para superar as lacunas da teoria bourdieusiana, Lahire adota a noção de *hábito* e de patrimônios individuais de disposições, sobre o qual faz o esforço de distinguir as disposições para agir das disposições para crer, às quais podemos reservar o nome de “crenças”.⁴⁶ Estas crenças são incorporadas com maior ou menor

⁴⁶ LAHIRE, Bernard. Patrimônios individuais de disposições: Para uma sociologia à escala individual. *Sociologia, problemas e práticas*, n.º 49, 2005, pp. 11-42

intensidade pelos atores individuais, mas não podem ser sistematicamente assimiladas a disposição do agir, ou seja, é necessário diferenciarmos aquilo que cremos daquilo que fazemos, pomos em prática ou reproduzimos socialmente. Da mesma forma que somos portadores de uma quantidade múltipla de disposições para agir, todos nós também internalizamos uma certa medida de crenças (modelos, normas, ideias, valores...) que podemos verbalizar, mas que, em boa parte, estão ligadas a normas sociais produzidas, suportadas e difundidas por instituições diversas como a família, a escola, as igrejas, as instituições médicas, jurídicas e políticas. Quando essas crenças já estão consolidadas no pensar do indivíduo, elas são mais ou menos confirmadas pela experiência corrente e sustentadas pelas múltiplas instituições. Para Lahire, a força das crenças varia em função do seu grau de constituição (aprendizagem), e depois, de confirmação (sobre-aprendizagem).

No Brasil, existe uma forte articulação antiaborto, mesmo nos casos em que há previsão legal autorizando sua feitura. Os segmentos religiosos conservadores atuam como um dos principais freios na luta das mulheres pelos seus direitos sexuais e reprodutivos. A literatura tem registrado um histórico de ativismo e lobby político muito forte por parte desse setor – inicialmente da Igreja Católica e depois com uma maior intensidade por parte dos evangélicos. Rodrigues (2022), demonstra que as estratégias de ação dos neopentecostais, variante religiosa que cresceu em larga escala nos últimos anos, variam entre resistir às mudanças –rejeitando qualquer conceito múltiplo de família que não seja a “tradicional” – e provocar mudanças regressivas – como a busca por criminalizar o aborto em qualquer circunstância, através da retroatividade da lei vigente.

Porém, os religiosos não operam sem ajuda. O que acontece em casos como o de Maria, marcado pelo esforço empregado pela extrema-direita para boicotar o seu acesso ao atendimento médico-legal, são exemplificativos que nos ajudam a compreender a teia sistemática de ação que se forma para vulnerabilizar o ideal de Estado laico e enfraquecer conquistas já obtidas em relação aos direitos das mulheres e pessoas que gestam. Neste caso, grupos antiaborto protestaram contra a suspensão da gestação de Maria e até tentaram invadir a maternidade pernambucana do CISAM, depois que a apoiadora declarada do ex-presidente Bolsonaro, Sara Giromini – vulgo Sara Winter, publicou na internet o nome completo da vítima e o hospital de atendimento. A conduta adotada por ela violou tanto o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) quanto é passível de criminalização nos termos do Código Penal Brasileiro. Em contrapartida, associações feministas também estiveram no local para pressionar pelo cumprimento da lei e pelo direito da menina de abortar.

“Nem presa, nem morta” é o nome da campanha pela descriminalização do aborto no Brasil, e movimenta organizações e ativistas que reclamam o que consideram ser um raciocínio óbvio em uma democracia laica: o acesso ao aborto legal e seguro é cuidado em saúde, e não questão a ser regulada por políticas criminais. Nesse mesmo sentido, Diniz (2022), ao refletir sobre a Onda Verde do aborto na América Latina, é enfática:

A história dessas transformações nas leis de aborto pode ser contada pelos nomes dos presidentes, dos legisladores, ou juízes das cortes que tomaram as decisões. Uso o masculino intencionalmente. Não ignoro o quanto os representantes do poder são figuras fundamentais para as reformas das leis criminais dessa prática, mas a história não pode ser contada apenas desde suas perspectivas. (DINIZ, 2022).

Exemplo negativo disso, o Brasil retrocedeu a passos largos durante a vigência do Governo Federal de Jair Messias Bolsonaro, entre os anos de 2019 e 2022, principalmente no que diz respeito aos casos de aborto previsto em lei, porque os preceitos de conservadorismo e anticiência propagados por seus agentes indicavam a intenção única de criminalizar as poucas possibilidades de aborto legal que já haviam sido conquistadas há anos atrás. Além disso, a temática do aborto se tornou uma das principais frentes do ativismo político da Frente Parlamentar Evangélica (FPE), muito embora seja uma pauta abordada com frequência durante as campanhas eleitorais e em propostas legislativas.

Sob a égide dos dados revelados pelas pesquisas mencionadas em tópicos anteriores, não é de se admirar que, na campanha eleitoral para a Presidência da República de 2010, a quantidade vezes em que a temática do aborto foi levantada alcançou um universo jamais obtido. Esse fato recebe outras dimensões quando consideramos que se tratava da primeira eleição, após a retomada democrática de 1985, em que duas mulheres – Dilma Rousseff, representante do Partido dos Trabalhadores (PT), e Marina Silva, do Partido Verde (PV), disputavam o maior cargo do Poder Executivo com chances reais de vitória. Era nesse sentido que apontavam as pesquisas de intenção de voto divulgadas pelos mais renomados institutos verificadores de opinião do país, como o IBOPE e o Datafolha.

Para intensificar ainda mais a atenção jornalística sobre o assunto, especulou-se naquele período, por diversas vezes, se o tema da descriminalização do aborto constava ou não do Programa de Governo da candidata com maiores chances de êxito no pleito: Dilma Rousseff. Consequentemente, a mídia brasileira publicou, quase que cotidianamente, matérias com foco na discussão sobre o aborto clandestino, alcançando as manchetes e as páginas mais importantes dos veículos de comunicação do país. Desta forma, a descriminalização do aborto atingiu seu ápice de repercussão em 2010, situação concedeu a imprensa um papel crucial na expressão de opiniões diferentes sobre o tema, visto que é um “campo privilegiado para

estabelecer de forma mais clara o posicionamento e as influências dos argumentos mais comuns no debate sobre o aborto no país”. (PINHO, 2009, p.137).

Segundo a pesquisa realizada em março de 2012, pelo Instituto de Bioética da Universidade Federal da Bahia, sobre os posicionamentos a respeito da legalização do aborto, predominantes na mídia brasileira, o aborto é tratado, sobretudo, através de discursos religiosos, morais e jurídicos. Após a análise de 28 veículos e 464 textos, foi observado que em nenhuma das matérias houve o registro de histórias de mulheres que vivenciaram o aborto e concluiu-se que o agendamento predominante dado pelas mídias analisadas era o dos valores religiosos. (FONTES, 2012, p.3).

Nos últimos anos, o combate à pandemia de Coronavírus centralizou as ações e os noticiários no Brasil, o que não significa que não havia outros temas sendo discutidos à surdina, ao passo que, o aborto é um destes, tanto que, no Governo Bolsonaro, meninas e mulheres esbarraram com inúmeros obstáculos para abortar gestações de estupro. Para entender como a mídia vem tratando do assunto a “Gênero e Número” dedicou-se a analisar os dados levantados pelo Centro Feminista de Estudos e Assessoria (Cfemea) e o Observatório de Sexualidade e Política (SPW) no primeiro trimestre de 2020, já que a pandemia começou a ser notícia no país no mês de fevereiro.

Nesse levantamento, que incluiu periódicos, blogs e sites, foram destacadas 1.189 matérias nas quais aparecem a palavra “aborto”, classificadas em “favoráveis”, “contrárias”, “neutras”, “ambivalentes” e “relacionadas” ao tema. Com objetivo de proporcionar uma melhor compreensão, dividiram os veículos de notícias em tradicionais, independentes (nas quais se incluem veículos destinados a um público específico, como evangélicos e católicos) e institucionais (publicações de universidades e de órgãos públicos, por exemplo). A maioria das notícias (705) foi classificada como “neutra”, o que se explica pelo fato de ter sido publicada em veículos tradicionais de mídia, que pregam a imparcialidade como princípio editorial. As “favoráveis” (203) aparecem em segundo lugar, também com publicação majoritária em veículos tradicionais (144); já as contrárias (181) foram produzidas principalmente pela mídia independente (89). Por fim, todos os dados referentes a esta pesquisa indicaram que a tendência à neutralidade é, aparentemente, a mais forte na discussão sobre o aborto no espaço midiático. Dito de outro modo, quando o aborto é o tema de reportagens jornalísticas, a imprensa nacional toma precauções redobradas ao divulgá-lo, por ser incitador de constantes debates com várias vertentes opinativas.

Atentos a esta situação e diante do contexto de perseguição e criminalização de pessoas que abortam, de ativistas e de jornalistas ligadas às pautas feministas e de direitos

humanos, o Portal Catarinas e a plataforma Nem Presa Nem Morta lançaram o guia “Boas práticas de cobertura feminista sobre aborto no Brasil” (ASSIS et al., 2023), em maio de 2023. O material sugere enquadramentos afirmativos e aponta boas práticas para um trabalho jornalístico mais seguro, além de levantar questionamentos para refletir sobre como a cobertura jornalística, muitas vezes, retroalimenta o estigma do aborto, colocando em prática o imaginário negativo sobre este procedimento, tão comum na sociedade. Em contrapartida, a este enfoque recorrente, o guia destaca coberturas baseadas em evidências científicas e na afirmação de direitos, além de enfatizar que, falar de aborto com responsabilidade exige, entre outras recomendações, fugir do debate dualista “a favor ou contra”. “A contrariedade é geralmente forjada a partir de noções moralizantes que ignoram a ciência e a dignidade de cada pessoa, por isso, deve ser combatida com informação qualificada, e não fomentada”. (ASSIS et al., 2023, p. 15).

Um exemplo marcante do ano de 2020 foi o efervescente debate nas redes sociais em torno do Projeto de Lei nº 5435/2020, proposta pelo Senador Eduardo Girão, membro do PODEMOS/CE. Apesar de não ser integrante da Frente Parlamentar Evangélica, Girão possui fortes relações de proximidade e faz parte da Frente Parlamentar contra o Aborto e em defesa da Vida, defendendo publicamente os ideais conservadores. (RODRIGUES, 2022, p. 130).

A PL nº 5435/2020, denominada como “Estatuto da Gestante”, dispõe sobre a proteção e direitos da Gestante, pondo a salvo a vida da criança por nascer desde a concepção, o que denota, à primeira vista, uma tentativa biopolítica de controle sobre os corpos femininos. Quando analisado em profundidade, o projeto de Girão apresenta inúmeros trechos que representam nítidos entraves aos Direitos Sexuais e Reprodutivos das mulheres.

No art. 9º, a proximidade entre o genitor (em caso de estupro) e a criança, é garantida por lei, inclusive é assegurado que ele tenha acesso a informações sobre o nascituro. A genitora, por sua vez, não poderá sobre hipótese alguma omitir quaisquer informações, sendo responsabilizada caso fizer. Outro ponto bastante problematizado nas redes sociais e instancias legais, se circunda no art. 11, que prevê a possibilidade de o Estado pagar um salário mínimo – até a criança completar 18 anos de idade, caso a mulher vítima de estupro decida continuar com a gravidez. Em razão dessa previsão, o projeto ficou conhecido popularmente como “bolsa estupro”. Vide o artigo em sua integralidade:

Art. 11º Na hipótese de a gestante vítima de estupro não dispor de meios econômicos suficientes para cuidar da vida, da saúde, do desenvolvimento e da educação da criança, o Estado arcará com os custos respectivos de um salário-mínimo até a idade de 18 anos da criança, ou até que se efetive o pagamento da pensão alimentícia por parte do genitor ou outro responsável financeiro especificado

em Lei, ou venha a ser adotada a criança, se assim for a vontade da gestante, conforme regulamento.

Na época, Girão utilizou suas redes sociais para declarar que o projeto proposto não incidia sobre as prerrogativas legais vigentes sobre o aborto, no entanto, projetos assim, são questionáveis, haja vista que dificultaram ainda mais o acesso ao aborto legal no Brasil e reforçam os estigmas sociais já existentes. A PL nº 6055/2013 do Pastor Eurico, ao sugerir que lei nº 12.845/2013 é uma medida que visa permitir abertura para a legalização do aborto no Brasil, reforça este argumento. Conforme disposto no tópico 1.1.2 dessa dissertação, essa lei visa, a grosso modo, possibilitar assistência de emergência a vítimas de estupro, permitindo que o acesso aos métodos contraceptivos de emergência seja efetivado de forma rápida e por profissionais qualificados. Além disso, esse atendimento é de extrema importância para prevenir as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), como o HIV/AIDS.

Outro exemplo marcante é o projeto de lei proposto pelo deputado Luiz Bassuma do PT. O conteúdo da PL nº 478/2007 visava assegurar ao nascituro, proteção por parte do Estado e da sociedade. Neste projeto o aborto é criminalizado em qualquer situação, a vida do nascituro é inviolável e, portanto, o aborto mesmo em caso de estupro não é permitido. Além disso, o projeto de Bassuma propunha a criminalização de médicos e estabelecimentos que vendessem medicamentos ou realizassem abortos, ao passo que, há no art. 22º a previsão de tipos penais que abarcam qualquer tentativa de aborto; e no art. 23º está prevista pena para a modalidade culposa.

Segundo Rodrigues (2022, p. 143), esse projeto cerceia por completo o acesso ao aborto legal, representando um mecanismo de controle sobre os corpos femininos, mesmo em caso de violência sexual e, caso ocorresse a aprovação, projeto de Bassuma, pois na época de suas análises a PL ainda estava em tramitação, os Direitos Sexuais e Reprodutivos das mulheres não só seriam desrespeitados, como também negados através de mecanismos jurídicos.

A PL 434/2021, por sua vez, é ainda mais recente. De acordo com a sua autora, Chris Tonietto – defensora do movimento pró-vida e contra o aborto, esse novo estatuto do nascituro é diferente dos projetos apresentados anteriormente, porque os demais continham erros “terminológicos”, mas ao lê-lo, seu projeto não se diferencia de maneira tão evidente. O seu art. 12, por exemplo, também traz uma interpretação extensiva que viabiliza a proibição do aborto em casos legais. O ponto mais preocupante, no entanto, é que esse projeto em

específico tem recebido grande receptividade, enquanto a mídia focaliza no PL de Eduardo Girão, a proposta de Chris avança sob uma cortina de fumaça.

Rodrigues (2022, p. 169), enfatiza que esses projetos formam uma articulação conjunta para proibir o aborto nos termos que é permitido atualmente, porque prescrevem a modificação do Código Penal de 1940, nos incisos em que estão dispostas as permissivas do aborto. Rodrigues ainda argumenta que devido ao entendimento pacífico do Supremo Tribunal da Justiça no tocante ao aborto, os deputados iniciaram uma abordagem a partir da proteção ao nascituro, sem mencionarem o aborto diretamente. No entanto, é importante lembrar que Chris Tonietto é líder da Frente Parlamentar contra o aborto e em defesa da vida e Eduardo Girão também faz parte desta frente, além de assumir publicamente ser pró-vida. Inclusive, em abril desse ano, Girão tentou entregar uma espécie de réplica de feto ao atual ministro dos Direitos Humanos e da Cidadania, Silvio Almeida, durante audiência no Senado. Silvio havia sido convidado pelo senador Paulo Paim (PT-RS) a comparecer a uma audiência na Comissão de Direitos Humanos para compartilhar as ações realizadas pela pasta nos primeiros meses de governo. No entanto, Almeida se recusou a aceitar a imitação, com o discurso assertivo “eu não quero receber isso por um motivo muito simples. Eu vou ser pai agora, e eu sei muito bem o que significa isso. Isso é para mim uma performance que eu repudio profundamente. Com todo respeito, é uma exploração inaceitável de um problema muito sério que nós temos no país”⁴⁷.

O que se vislumbra, portanto, é que houve apenas uma mudança de narrativa nos projetos, mas a intenção original permanece a mesma. Nas palavras de Rodrigues (2022, p. 169), “o intuito dos PL’s supracitados é criminalizar e proibir o aborto em qualquer circunstância, o estatuto do nascituro é apenas uma maneira “mascarada” de abrir precedentes na lei e dificultar o aborto legal em caso de estupro, risco a vida da mãe e de fetos anencéfalos. ”. Essas propostas negacionistas – que negam evidências científicas baseadas em falsas percepções, decorrem do contexto histórico em que se inserem. Nos últimos dois anos, vivenciamos no Brasil um período marcado pelo negacionismo frente ao fenômeno da pandemia do Covid-19 e do debate antivacina, mas em outros tempos, inclusive à surdina, outros movimentos de sobreposição do senso comum ao saber científico já atingiam as pautas referentes aos Direitos Sexuais e Reprodutivos das Mulheres, especificamente no que tange o

⁴⁷Disponível em: < <https://g1.globo.com/politica/noticia/2023/04/27/senador-tenta-entregar-replica-de-feto-a-ministro-silvio-almeida-que-repudia-e-chama-ato-de-exploracao-inaceitavel-vou-ser-pai-agora.ghtml> >.

acesso ao aborto legal, assim como demonstramos neste e outros tópicos e sub-tópicos dessa dissertação.

Para Weber (2004), quanto maior a inserção do político na esfera política, maior é o distanciamento de suas crenças pessoais e a adoção de comportamentos orientados pelas circunstâncias. Esse fenômeno é determinado pela ética da convicção e a ética da responsabilidade. A ética da convicção diz respeito ao conjunto de normas e valores que orientam o comportamento do político na sua vida privada. Já a ética da responsabilidade, representa o conjunto de normas e valores que orientam a decisão do político a partir de sua posição como governante ou legislador. Inclusive, essa distinção proposta por Weber traduz um dos dilemas que certamente aparecerá na carreira de qualquer político, quando reconhecer a necessidade de adaptação à conjuntura social, mas o contrário tem acontecido no cenário nacional.

Sob a gestão de Jair Bolsonaro, o Brasil tomou uma postura intolerante frente ao aborto nos debates internacionais, formando aliança com a extrema-direita mundial e alguns dos países mais conservadores do mundo muçulmano, através da assinatura do Consenso de Genebra, criado em 2020 por iniciativa do ex-presidente dos Estados Unidos, Donald Trump.

O governo de Luiz Inácio Lula da Silva, nos primeiros 100 dias de 2023, retirou o país deste grupo e realinhou a política externa em temas de gênero e saúde reprodutiva, assinando, inclusive, dois novos compromissos internacionais. (VALENGA, 2023). Um deles é o Compromisso de Santiago – instrumento regional de países da América Latina e Caribe para responder à crise da COVID-19 com igualdade de gênero. Esse compromisso foi adotado em 31 de janeiro de 2020, na ocasião da XIV Conferência Regional sobre a Situação da Mulher da América Latina e do Caribe (CRM/CEPAL). Já o segundo, trata-se da Declaração do Panamá, que visa contribuir com pontes para um novo pacto social e econômico gerido por mulheres. O documento foi aprovado pela 39ª Assembleia de Delegadas da Comissão Interamericana de Mulheres (CIM/OEA), realizada em maio de 2022.

Mas, ainda que, nos últimos meses, a ofensiva contra o aborto no Brasil tenha perdido à força no Executivo com a mudança de governo, urge que medidas mais efetivas sejam tomadas para garantir que o acesso aos serviços de abortamento seguro se torne direito de todas. A marca trazida pelo flagrante retrocesso do Governo Bolsonaro fez com que, no mês de maio de 2023, o Comitê Contra a Tortura das Nações Unidas manifestasse preocupação com a perseguição aos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. Depois de visita ao país, o Comitê identificou a violência institucional à qual meninas e mulheres são submetidas nos serviços de saúde e no sistema de justiça, especialmente a partir de obstáculos no acesso ao

aborto legal. Além disso, o Comitê também observou a caça às bruxas sofrida por profissionais de saúde que garantem o direito ao aborto no país. Frente a isso, o órgão recomendou que o Brasil descriminalize o aborto e siga as diretrizes da Organização Mundial de Saúde, que identifica a criminalização como violação de direitos que arrisca a vida e saúde de todas as pessoas com capacidade de gestar. (CHADE, 2023).

2.3 FATO, VALOR E A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO

“Quem pode dizer que tenho um útero
(o médico) quem pode dizer que funciona (o médico)
i midici
o medo de que não funcione
para que serve um útero quando não se faz filhos
para quê
piri qui”.
(FREITAS, 2017, p.59)

Como bem nos lembra Giddens (2002, p. 15), nas esferas da reprodução biológica e de vários tipos de intervenção médica, o corpo está se tornando uma questão de escolhas e opções. Ainda assim, no percurso entre a descoberta da gravidez e a escolha de seguir com a gestação ou de provocar a interrupção com o uso de métodos abortivos há uma série de fatos e valores que dificultam e inviabilizam essa tomada de decisão. Atentos a isso, e para a elaboração desta pesquisa que se debruça no conflito entre o fato (como campo da ciência) e valor (como o campo das representações, da subjetividade e da cultura) na construção de discursos sobre o acesso ao aborto legal no Brasil, foi necessária a compreensão de alguns conceitos basilares que serão abordados neste tópico.

No legado de Galileu, é marcante a sua defesa em prol do entendimento que a ciência é livre de valores, ou melhor, que durante a produção do conhecimento científico três componentes devem ser atendidos: a imparcialidade, a neutralidade e a autonomia, de modo que, existe uma espécie de “lista” de interferências externas que devem ser evitadas, incluindo itens como as opiniões religiosas, políticas, ideológicas, populares ou apressadas, as visões valorativas e seus pressupostos e certas visões da metafísica. (MARICONDA; LACEY, 2001, p.51). Galileu também utiliza o argumento dos “dois livros” para demonstrar como o pensamento se ocupa. O primeiro livro seria o “livro da natureza”, que representa o campo de exploração da ciência. E o outro seria a Bíblia, representando o campo da teologia, aquele que não é ciência e não pode, de modo algum, interferir no campo científico. Essa autonomia do saber científico é muito importante para a consubstanciação do pensamento de Galileu. Assim

como a religião não pode invadir o campo das ciências, a ciência também não pode exigir que a religião apresente provas concretas do seu discurso – do discurso da fé, pela simples razão dessa não ser a tarefa da religião. Ao contrário da ciência, que deve apresentar comprovações, tendo em vista que lida com fatos.

A análise da medicalização do corpo feminino, ou seja, do modo como este corpo é construído como objeto da medicina para assegurar conformidade às normas sociais, trazida por Vieira (2002, p.15), nos ajuda a vislumbrar como o saber científico (representado pela medicina e o médico) pode criar e produzir estigmas sociais. Vieira (2002, p.15) enfatiza que, por ser extremamente incisivo e representar a verdade sobre os corpos, o discurso médico se apodera de determinados temas e os reduz à sua condição biológica. Isso porque a Escola Médica, ao produzi-los, propagaram em conjunto ideias que naturalizaram a condição feminina de tal forma que a mulher é considerada um ser incapaz de ter autonomia. Vieira pontua:

A idéia de “natureza feminina” baseia-se em fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher – a capacidade gestar, parir e amamentar, assim como também a menstruação. Na medida em que a determinação biológica parece justificar plenamente as questões sociais que envolvem esse corpo, ela passa a ser dominante, como explicação legítima e única sobre aqueles fenômenos. Daí decorrem idéias sobre maternidade, instinto maternal e divisão sexual do trabalho como atributos “naturais” e “essenciais” à divisão de gênero na sociedade. (VIEIRA, 2002, p. 31-32).

De acordo com Gebara (2022, p. 33), a naturalização é a consideração de uma força superior a nós, a força da natureza ou de uma divindade, nos fez assim e nada podemos mudar. Naturalizar é tornar normal o que é simplesmente um dado de cultura ou de uma decisão conveniente emanada do poder estabelecido.

Analisando a natureza política da medicina na sociedade capitalista, Foucault (2021, p. 144) a apresenta como estratégia de controle social que começa no corpo, com o corpo, sob a justificativa de que o controle da sociedade sob os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou ideologia. Para ele, a medicina é uma estratégia biopolítica. As estratégias de controle biopolítico, determinadas pelos saberes disciplinares, que pretendem gerenciar e regular a população por meio dos processos que envolvem a vida e também a morte, irão reger os corpos, seus prazeres e todos os seus processos biológicos, mas também visam a produção dos sistemas de pensamentos e de percepção e gerenciam as relações sociais e as demandas políticas de emancipação.

É nesse contexto que a medicalização do corpo feminino se insere: um dispositivo social que relaciona questões políticas mais gerais, a partir de questões populacionais, aos cuidados individuais do corpo feminino, normatizando, administrando e regulando os

aspectos de vida relacionados à reprodução humana. Foucault (2021, p.310) ainda acrescenta que, neste cenário, o médico se torna o grande conselheiro e o grande perito, se não na arte de governar, pelo menos na de observar, corrigir, melhorar o “corpo” social e mantê-lo em um permanente estado de saúde.

De modo mais amplo, o processo de medicalização da sexualidade e de controle e regulação dos corpos femininos, originado na passagem do século XVIII para o século XIX, irá determinar por meio de saberes disciplinares, médicos e moralizantes aquilo que seria considerado como comportamento normal e adequado para a natureza dos corpos femininos. O médico, então, passa a ter um papel social estendido, transformando-se não só em um cientista social, como em um educador, guardião da moral e dos bons costumes, à medida que o projeto de higienização se amplia e passa do espaço público das cidades para o interior dos lares. E a mulher que, na época colonial, estava submetida totalmente ao poder do marido, ao lado dos filhos e dos escravos, ganha maior autoridade e responsabilidade pelo espaço doméstico, o que visa basicamente colocar a assistência dos filhos como atribuição materna. “Nascida para o casamento e para a vida doméstica, o valor da mulher está na sua condição maternal”. (VIEIRA, 2002, p. 29). Essa capacidade maternal excluía todas as outras qualidades não maternais e, apesar dos ventos liberalizantes do final da década de 1880, o discurso-médico social continuou defendendo a educação das mulheres com o objetivo de formá-las não apenas mães educadoras, mas boas reprodutoras.

Essa determinação do controle regulador sobre os nascimentos, a morte, a duração de vida, a longevidade, as práticas sexuais, as expressões de gênero, as intensidades e modos dos prazeres, inclusive sobre quem deverá ser excluído e quem deverá ser incluído nos esquemas de reconhecimento e respeitabilidade social, quem deverá nascer e quem deverá morrer estarão relacionados ao manejo biopolítico. Logo, o atendimento médico ofertado por serviços de aborto legal também será um processo submetido a essas estratégias biopolíticas que não só excluirá como também permitirá que inúmeras mulheres pretas e pobres sejam mortas pela prática do aborto clandestino, ou ainda, desqualificadas por suas dissidências do desejo e da moral. No que Preciado (2020, p.81) chama de “neopatriarcado farmacopornográfico”, a hegemonia do corpo heterossexual branco e válido e sua histórica superioridade ontoteleológica são reforçadas por seu acesso prioritário aos dispositivos científicos-técnicos de reprodução.

Não diferente ocorreu na antiga União Soviética, quando o decreto de 1920 legalizou o aborto. No início, vários departamentos tentaram eliminar solicitações de aborto ao restringir a realização do procedimento somente por razões médicas. Em 1924, o Comissário da Saúde,

ordenou a feitura de uma comissão compostas por médicos e representantes do Departamento de Proteção da Maternidade e da Infância para decidir quem iria receber o aborto, além de direcionar ordens expressas para explicarem para cada mulher entrevistada os riscos de saúde que implicava o aborto, bem como seu impacto negativo na sociedade. (GOLDMAN, 2014, p.310).

Os critérios foram formulados de acordo com uma hierarquia baseada na posição de classe e vulnerabilidade social. As trabalhadoras tiveram a preferência acima de outros grupos sociais, e as solteiras e desempregadas tinham prioridade mais alta. A lista indicava quais mulheres eram consideradas pelo Estado como as que mais mereciam o acesso ao aborto, privilegiando o trabalho assalariado e a necessidade social. (...) A esse respeito, a lista de prioridades correspondia perfeitamente à mentalidade sobre o aborto no início da década de 1920: aos olhos do Estado, o desemprego, a pobreza e a ilegitimidade levavam as mulheres a abortar. (GOLDMAN, 2014, p.310).

Giddens (1993, p. 190), por sua vez, não acredita que o biopoder, como Foucault descreve, explique as mudanças nas atitudes sexuais e concepções interligadas ao sexo. Para ele, tais mudanças são, pelo menos em parte, o resultado de uma luta, o que impossibilita a negação de que haja o envolvimento de elementos emancipatórios. As mulheres, foco específico dessa pesquisa, conseguiram liberdades sexuais que, por mais embrionárias que ainda possam parecer, são notáveis quando comparadas há algumas décadas. Para Giddens (1993, p. 190) “sejam quais forem as limitações e distorções a que se esteja sujeito, existe na atualidade um diálogo muito mais aberto sobre a sexualidade, do que parecia ser concebível às gerações anteriores”. Federici (2017, p.32) também pontua no mesmo sentido:

(...) a enorme quantidade de estudos feministas que foi produzida desde o princípio dos anos 1970 a respeito do controle exercido sobre a função reprodutiva das mulheres, dos efeitos dos estupros e dos maus-tratos e da imposição da beleza como uma condição de aceitação social constitui uma imensa contribuição ao discurso sobre o corpo em nossos tempos e assinala a errônea percepção, tão frequente entre os acadêmicos, que atribui seu descobrimento a Michael Foucault. Partindo de uma análise da “política do corpo”, as feministas não somente revolucionaram o discurso filosófico e político, mas também passaram a revalorizar o corpo.

A partir do raciocínio traçado acima, Federici analisa as perspectivas opostas que oferecem as análises feministas e foucaultianas sobre o corpo, enquanto as feministas acusam o discurso de Foucault sobre a sexualidade de omitir a diferenciação sexual, ao mesmo tempo que se apropriava de muitos saberes desenvolvidos pelo movimento. Segundo a filósofa, essa crítica é assertiva porque:

Foucault fica tão intrigado pelo caráter produtivo das técnicas de poder de que o corpo é investido, que sua análise praticamente descarta qualquer crítica das relações de poder. O caráter quase defensivo da teoria de Foucault sobre o corpo se vê

acentuado pelo fato de que considera o corpo algo constituído puramente por práticas discursivas, e de que está mais interessado em descrever como se desdobra o poder do que em identificar sua fonte. Assim, o Poder que produz o corpo aparece como uma entidade autossuficiente, metafísica, ubíqua, desconectada das relações sociais e econômicas, e tão misteriosa em suas variações quanto uma força motriz divina. (2017, p.34).

Considerando isso, Giddens (1993, p. 191) nos convida a repensar a relação entre a sexualidade e o poder, partindo do pressuposto de que “o poder, como tal, nada realiza”, e:

Os aspectos generativos do poder, assim como suas características distributivas, estão interligados a propriedades específicas da organização social, as atividades de grupos e indivíduos em determinada situação, bem como a vários contextos e modos de flexibilidade institucional. A sexualidade não foi criada pelo “poder”, do mesmo modo que a difusão da sexualidade, pelo menos em um caminho direto, não é o resultado da sua importância para esse “poder”.

O trecho mencionado acima esclarece que, no ponto de vista de Giddens, não existe biopoder, pelo menos não no sentido em que Foucault o concebe. Em vez disso, o sociólogo demonstra a possibilidade de distinguir várias sequências de transformação organizacional e pessoal no desenvolvimento das sociedades modernas. De modo parecido, os trechos citados do estudo de Federici da caça às bruxas também desafiam a teoria de Foucault relativa ao desenvolvimento do biopoder, principalmente porque ele demarca a virada de um poder constituído sobre o direito de matar para outro poder, que se exerce através da administração e da promoção das forças vitais, como a reprodução. Esta transformação teria se dado na Europa, por volta do século XVIII, mas Foucault não explicita o que a motivou. Mas para Federici, “(...) se situamos essa mutação no contexto do surgimento do capitalismo, o enigma desaparece: a promoção das forças da vida se revela nada mais que o resultado de uma nova preocupação pela acumulação e pela reprodução da forma de trabalho”. (2017, p. 35).

Por outro lado, no tange especificamente o impacto da vigilância sobre a sexualidade, Giddens (1993, p.191) considera a possibilidade de se concordar com Foucault que, assim como em muitos outros aspectos da vida social, ela foi completamente capturada e reestruturada na expansão dos sistemas de poder. As organizações modernas, incluindo o Estado, penetram nas atividades locais de modos desconhecidos nas sociedades pré-modernas, e os discursos da ciência – incluindo a Ciência Social – têm-se enredado diretamente nesses processos.

De fato, é indiscutível que há presença de algumas sentenças e passagens de Foucault nos escritos de Giddens, e em boa parte dessas menções, o sociólogo reconhece a relevância das teorizações foucaultianas, embora procure “ampliá-las” a partir de outro referencial, de corte mais sociológico. Tais referências, apesar de elogiosas, quase sempre são acompanhadas

de alguma advertência cuja intenção, talvez, seja demarcar as diferenças de ambos em relação ao tema do sujeito e à sua incapacidade de ação na modernidade.

Na interpretação de Giddens, a modernidade é compreendida dentro de etapas sucessivas (e cada vez maiores) de reflexividade que envolvem os sistemas sociais. Tanto no que se refere a esse dinamismo, em que as ações individuais acontecem, quanto ao próprio conceito de reflexividade, encontra-se presente a categoria do sujeito. Reflexividade necessariamente vincula-se ao agente, ao ator, ao sujeito. A reflexividade institucional é definida por Giddens (2002, p. 26) como “(...) o uso regularizado de conhecimento sobre as circunstâncias da vida social como elemento constitutivo de sua organização e transformação”. É a partir dessa perspectiva (das conexões entre a modernidade e o desenvolvimento de níveis cada vez mais elevados de reflexividade) que são tecidas diversas críticas àquilo que caracterizaria para Giddens o sujeito foucaultiano: sua incapacidade de agir.

Para resolução deste impasse, centrado no conflito entre a externalidade e internalidade dos fatos sociais, recorreremos ao legado de Durkheim (2007). Nas regras do método sociológico, tudo o que aborda o autor é sobre a externalidade dos fatos sociais, isto é, da independência dos fatos sociais com relação ao indivíduo e à sua vontade. A internalidade, por sua vez, é abordada no prefácio, tem relação com o eu (enquanto sujeito), a localização do pensamento e do sentimento dentro da mente. Ora, o que nos interessa não é a concepção individual que determinado pensador nos apresenta de uma instituição, mas a concepção que um grupo possui dela. Esta, sim, é socialmente eficaz, porque, nas palavras de Durkheim, se faz necessário alguns sinais de exterioridade que a torne sensível e não uma simples observação interior. Contudo, estas noções de externalidade, em conflito com a internalidade, podem correlacionar-se no modo como os fatos sociais – externos, influenciam no indivíduo na sua tomada de decisão.

O que resta claro é que ainda hoje são encontradas consequências de discursos médicos e moralistas, difundidos pelos movimentos higienistas, nas práticas corporais e sexuais. Eles influenciaram grandes contingentes populacionais e estão presentes, ainda que por meio de outras roupagens, nos discursos morais normativos sobre a mulher, seu corpo e a vivência da sexualidade. Exemplo disso são os obstáculos enfrentados para se ter acesso a um serviço de aborto legal e realizar o procedimento de forma segura, sem sofrer um tratamento negligente por parte dos próprios profissionais de saúde, porque, como demonstrado no tópico 1.1.2, além do uso exacerbado e inadequado da objeção de consciência, o maior entrave advém de questões interligadas ao próprio profissional e envolve fatores que perpassam desde

a sua formação acadêmica e familiar, até a ocorrência de conflitos morais e éticos que culminam na culpabilização e responsabilização da mulher pela situação de vulnerabilidade em que se encontram.

Em 2011, uma paciente passou mal após inserir comprimidos de Cytotec na vagina e ao buscar socorro na Santa Casa em Mogi das Cruzes (SP), foi denunciada pelo médico plantonista que a atendeu. Após constatar indícios de aborto autoprovocado, o médico acionou a Guarda Civil Metropolitana para comparecer ao hospital e denunciá-la. Em decorrência disso, foi instaurado inquérito policial e o Ministério Público (MP-SP) ofereceu à mulher a suspensão condicional do processo – que inclui penas como multa e serviços comunitários. A Defensoria Pública, por outro lado, ingressou com um *habeas corpus* e pediu o trancamento da ação penal, sob a alegação de que as provas eram ilícitas, já que foram auferidas a partir da violação do sigilo médico. O Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ-SP) não acatou pedido, mas em fase recursal, o ministro do STJ, Reynaldo Soares da Fonseca, afirmou que seria impossível manter a ação baseada apenas em informações obtidas a partir de profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento, decidindo pelo seu trancamento que, finalmente, ocorreu no ano de 2023.⁴⁸

Atento a necessidade de adequar a conduta médica às demandas sociais, Dr. Hélio Costa, quando entrevistado para a construção dessa pesquisa, relatou:

Eu venho de uma família que as pessoas além de serem muito cultas, costumam ser bem educadas no trato com as pessoas, eu sempre tive, na verdade, acredito que isso seja uma influência do meu pai, eu encaro sempre a medicina como uma relação muito desigual, a onde eu tenho um poder, o conhecimento, e a pessoa/paciente é hipossuficiente. Ao ter essa postura, eu tento ao máximo empoderar ela, tratar ela como igual, com respeito, com carinho. Mas assim, isso não é somente intuitivo, a gente tem que aprender isso cognitivamente também. Claro que a gente erra muito né, então algumas práticas que a gente faz sem perceber. Em reuniões, em leituras, conversas com colegas, a gente desperta que aquilo que a gente tá fazendo não é o mais correto, e a gente tem também que se policiar e, ativamente, a partir de evidências cognitivas mudar a nossa prática. **Então não dá pra ser só intuitivo, ser só educação de berço, a gente tem que discutir essas questões, colocar em currículos médicos, ser discutido em fóruns, para que gente aperfeiçoe. Mesmo que você seja uma pessoa com berço que lhe favoreça ter uma postura humana, essas discussões, no meu modo de entender, são muito importantes pra você burilar essa educação de berço.** (Trecho da entrevista realizada face a face com Dr. Hélio Costa, no dia 14 de julho de 2022, nas dependências do CISAM, grifo nosso).

⁴⁸ BERGAMO, Mônica. STJ tranca ação contra mulher que abortou e pede medidas contra médico que a denunciou. **Folha de São Paulo**. 02 jul 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2023/07/ministro-do-stj-tranca-acao-penal-contra-mulher-que-abortou-e-foi-denunciada-por-medico.shtml?pwgt=150nqi9einp7abijg2t2pl6zhbn61yccv11gi9k2n8mbnk2&utm_source=whatsapp&utm_medium=social&utm_campaign=compwagift>.

Além de atuar como ginecologista no CISAM, Dr. Hélio também leciona a disciplina de ginecologia, e demonstra um cuidado pessoal e institucional na formação de novos médicos, para terem acesso a uma grade curricular que lhes preparem para atuar de forma ampla e humanizada, inclusive em atendimentos que envolvem demandas referentes ao aborto. Apesar do abortamento fazer parte do cotidiano da obstetrícia, Dr. Hélio explica como aborda essa temática em suas aulas:

A gente tem disciplina aqui de ginecologia e obstetrícia. Eu ensino ginecologia e o abortamento é um tema da obstetrícia, mas assim, tem uma interface aí que é a contracepção, os métodos anticoncepcionais. Então, quando a gente dá aula de anticoncepção, algumas vezes esse assunto é ventilado. Isso não é uma aula, é um seminário, então os temas são discutidos e alguns temas aparecem durante a discussão. Então assim, não é a rotina, mas eventualmente esse tema entra nesse seminário de contracepção. (Trecho da entrevista realizada face a face com Dr. Hélio Costa, no dia 14 de julho de 2022, nas dependências do CISAM).

Em momentos seguintes da entrevista, explica que, nas aulas e nos serviços ofertados no CISAM, as orientações são feitas por Dr. Olímpio:

Quem lida mais é Olímpio, porque tem um módulo que é de atenção geral ao doente, que lida com questões humanísticas referentes a ginecologia, obstetrícia e pediatria. É uma disciplina que funciona nas segundas-feiras à tarde, então um dia é um tema de abortamento, outro dia é um tema de ética em reprodução humana, ética na questão da viabilidade do bebê, às vezes o bebê tem 500g e se discute se investe ou não investe. Enfim, todos esses temas éticos são discutidos nessa disciplina de Olímpio e o abortamento entra em cheque. (Trecho da entrevista realizada face a face com Dr. Hélio Costa, no dia 14 de julho de 2022, nas dependências do CISAM).

Dr. Olímpio, por sua vez, nos explicou ao longo de sua entrevista que a idealização desse módulo decorreu de uma reforma curricular realizada em 2002, na qual o ensino foi dividido em três eixos: teórico, prático e humanístico. Este último permeia todo o curso. No trecho a seguir, Olímpio explica como o coloca em prática de um modo interdisciplinar, “sempre procurando dar um enfoque que não está no livro de medicina”:

Quando eles estão rodando o 6º período, eles estão pagando obstetrícia e ginecologia, aí eu tenho toda segunda-feira à tarde com eles. Aí **eu coloco nesse módulo (...) os direitos sexuais e reprodutivos**. Aí a gente pede pra ser seminário, mas **o coordenador é alguém que não é médico, pra dar uma visão de pessoas não médicas. Porque eu não tive, e eu acho importante o médico ter.** (...). Então assim, eu chamo o pessoal da Promotoria de Saúde para falar o papel da Justiça na garantia de direito à saúde. Aí eu trago uma mulher antropóloga, cientista política ou socióloga, para a importância do feminismo na medicina. Aí eu trago diversidade sexual, aí nesse caso eu trago geralmente duas pessoas, eu trago quem coordenada os serviços de atendimento as pessoas trans e essa pessoa geralmente convida uma pessoa trans pra coordenar o seminário, pra tá na hora pra falar. Ai sobre mulheres negras, trago uma mulher do movimento de mulheres negras mais uma pessoa do

Estado que coordena. Não médico. (...) **O abortamento também é sempre com esse olhar.** Morte materna... Parto, eu trago a enfermeira. (Trecho da entrevista realizada face a face com Dr. Olímpio Moraes Filho, no dia 13 de julho de 2022, nas dependências do CISAM, grifos nossos).

Essa preocupação particular trazida por Dr. Olímpio, em convidar profissionais de outras áreas, que trazem demandas específicas, principalmente no tocante às minorias e grupos em estado de vulnerabilidade, é justificada por ele da seguinte forma: “É pros alunos terem a noção de que é muito mais que biológico, o papel nosso de transformador social é de entender, de ouvir. Se você é servidor de saúde, se vai prestar saúde à um ser humano, você precisa ouvir o ser humano pra poder atender”.

Ao longo de suas falas, Dr. Olímpio também contemplou a problemática do uso exacerbado e inadequado da objeção de consciência, confidenciando que não é fácil colocar em pleno funcionamento um serviço de aborto legal que exige um atendimento multiprofissional. Para trabalhar no CISAM é necessário prestar concurso público, o que possibilita o ingresso de uma diversidade enorme de pessoas, com crenças, valores e religiões diferentes. Para Olímpio o problema está nas pessoas levarem as suas próprias verdades. Não obstante, no seu entendimento – que está alinhado com alguns países da Europa, os médicos não podem ter objeção de consciência. Nesse sentido, ele diz:

Quando você faz medicina, e você vai pra especialidade e tem lá as competências para ser tornar um médico ginecologista, e lá dentro, **o abortamento está nas competências.** Eu não posso me formar e dizer “olha, eu vou ser treinado, mas eu vou me negar a aprender a fazer cesária”, **você tem que aprender.** Então se abortamento tá lá, ele não pode. (Trecho da entrevista realizada face a face com Dr. Olímpio Moraes Filho, no dia 13 de julho de 2022, nas dependências do CISAM, grifos nossos).

Na formação dos seus alunos, Dr. Olímpio afirma que busca transmitir com clareza este posicionamento:

“Eu digo sempre as pessoas que estão entrando, no primeiro ano quando meus alunos me chamam para o primeiro contato com os alunos novos que chegam na faculdade (...), ai eu digo assim: “(...), aqui vocês vão ser médicos, **vão seguir aos postulados da medicina e a bioética,** não nas outras crenças que não estão inseridas nos postulados, mas sim nas que são baseadas em evidências científicas, e os critérios de humanística da bioética, **se vocês não colocarem isso na frente, e colocarem outras crenças e valores na frente disso, não dá pra ser médico.** Podem desistir. Vocês não foram convocados, ninguém foi na casa de vocês e prenderam vocês contra a vontade.”. (Trecho da entrevista realizada face a face com Dr. Olímpio Moraes Filho, no dia 13 de julho de 2022, nas dependências do CISAM, grifos nossos).

2.3.1 A trajetória de Dr. Olímpio Moraes Filho na medicina

Entendemos que o posicionamento do Dr. Olímpio não é acidental. A compreensão que o referido médico tem em relação ao aborto decorre, como tudo no ser humano, de processos específicos de socialização. Em razão desse fato me permito discorrer sobre uma das percepções que mais me marcou durante a execução da pesquisa. Foi impactante para mim o fato de compreender que a pesquisa social é um exercício que tem por finalidade a auscultação da realidade social, a percepção dos meandros da dinâmica dos processos humanos e coletivos. Foi um desafio confrontar conceitos teóricos com dados empíricos por mim resgatados. No direito, minha área de formação inicial, o gênero humano é pensado e abordado, mas ainda situado em uma esfera abstrata, quase metafísica. Executar minha pesquisa alargou meus os horizontes de compreensão e reestruturou o sentido que, como pesquisadora/agente social, tenho dado ao ser humano e suas práticas.

Quando se pensa na pesquisa social, logo aparecem questionamentos como o que é, para que serve e como pode ser feito? Para dar conta dessas demandas foi preciso munir-me de fundamentos teóricos e metodológicos adequados ao meu objeto de pesquisa. Em relação ao método, quando desenhei o projeto de pesquisa, logo apareceu a necessidade de assumir o desafio de pensar a possibilidade de combinar diversos métodos de pesquisa. Embora compreender a saga de Maria sugira a prevalência do método qualitativo, foi necessário apelar também a dados quantitativos, principalmente por adentrarmos à esfera das políticas públicas. Sei que no campo das Ciências Sociais existem os debates sobre paradigmas investigativos e suas várias direções. A prevalência dada ao método qualitativo se justifica em razão da necessidade de descrever um fenômeno social a partir dos dados empíricos que denotam as filigranas de um determinado fenômeno social.

Compreender a saga de Maria colocou o desafio de aproximar-me de aspectos que, em um primeiro momento, não falam diretamente do assunto estudado, mas fazem referência a aspectos da vida social que, no ato de compreender o fenômeno em questão, são definitivos. Entre outros, poderíamos mencionar aspectos como sentidos, representações, crenças ou as práticas sociais e a experiência cotidiana dos sujeitos que, de uma ou de outra maneira, estão relacionados com nosso estudo. É nessa linha de raciocínio que abordar a trajetória de vida do Dr. Olímpio se torna relevante.

Olímpio Barbosa de Moraes Filho cresceu em uma família tradicional da classe média recifense. O pai, médico, carrega memórias de uma história de muita superação. A mãe, uma dona de casa alagoana, católica praticante, fez questão de batizá-lo aos 6 anos e motivá-lo no

preparo para à sua primeira comunhão. Como filho mais velho, Dr. Olímpio relata que era muito apegado a avó paterna, malquista na juventude pela família rica da Zona da Mata pernambucana ao se apaixonar pelo homem errado, engravidar e depois ser abandonada.

Na infância e adolescência, estudou em escolas particulares de freiras e padres – Colégio Nossa Senhora de Lourdes e, depois, o Colégio Marista São Luís. Ao lembrar dessa época, Dr. Olímpio conta que “sempre fui questionador, tanto assim que o meu apelido no colégio era de “doido”. (...) eu questionava também as aulas de formação religiosa que a gente tinha. ”. Passou em quinto lugar no vestibular para medicina da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e escolheu ginecologia e obstetrícia por ser uma especialidade médica que abrange práticas clínicas e cirúrgicas.

Ao discorrer sobre o critério que utilizou nessa tomada de decisão, diz “você é o médico da mulher, não é só cirurgião ou só clínico, (...) é uma aérea muito aberta”, razão única de sua escolha. Ao contrário do que se formou no imaginário social, devido as suas aparições emblemáticas na mídia brasileira, o seu interesse com a medicina não estava interligado com uma insatisfação frente ao tratamento ofertado às mulheres, tampouco com a aspiração de lutar pela legalização no aborto no país.

Sobre a escolha do curso de medicina, Dr. Olímpio confessa que nunca se questionou se deveria fazer outra coisa profissionalmente além de ser médico, ao passo em que diz: “não tive dúvida em nenhum momento da vida, então me formei médico”. Ele surpreende, no entanto, ao dizer que no começo do curso não gostou das aulas, tampouco dos professores, se deparava com situações desconfortáveis, mas o seu objetivo naquele momento não era transformar nenhuma problemática social. Em suas palavras:

Eu via, na minha formação, a gente que trabalha em maternidades, era muito pesado. Mas não era uma coisa que “aí eu vou fazer pra corrigir ou tentar mudar, eu tenho um objetivo que eu sou contra, eu estou vendo que está errado as coisas” não, não era isso. Acho que depois de velho que “poxa vida, como era tudo errado”, mas eu não tinha essa visão, **acho que eu repetia os comportamentos dos professores, que hoje eu analiso que era totalmente errado**”. (Trecho da entrevista realizada face a face com Dr. Olímpio Moraes Filho, no dia 13 de julho de 2022, nas dependências do CISAM, grifo nosso).

Ao concluir o curso, decepcionado com os anos iniciais de sua formação, passou na Residência Médica de maior credibilidade da região, ofertada pelo Hospital Barão de Lucena (HBL), oportunidade em que começou a “tomar gosto” pela profissão escolhida. Quando começou sua lida na maternidade, continuou reproduzindo todos os ensinamentos e comportamentos que lhes foram ensinados, mas ao perceber os maus-tratos reservados às

mulheres que chegavam por complicações em abortos clandestinos ou espontâneos, começou a sentir uma sensibilização interna. Nesse sentido, relata:

Quando eu comecei a trabalhar aqui no CISAM, tinham uma enfermaria de abortamento infectado, uma enfermaria que tinha 12 leitos, e isso começou a me incomodar, mas eu não sabia o porque, **eu achava que tinha alguma coisa errada, era ver meninas novas morrer de aborto**. E acontecia muito. Na década de 80, acontecia muito. **Um das principais causas de morte materna é o abortamento**. E isso me incomodava. (...). Outra coisa que me incomodava era a **falta de empatia** (...), mas não era uma coisa que eu fosse levantar a voz, ou fazer uma ação política dizendo que as pessoas estavam erradas. (...), mas eu não gostava daquele local não, me causava sofrimento e eu não gostava, eu preferia atender outras coisas. Aquele setor não me agradava. (Trecho da entrevista realizada face a face com Dr. Olímpio Moraes Filho, no dia 13 de julho de 2022, nas dependências do CISAM, grifos nossos).

Nesse trecho acima e nos subsequentes, Dr. Olímpio deixa claro que não prestava atenção ao debate sobre o aborto até que, em 1994, passou em um concurso para professor na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco e fora escolhido para um programa acadêmico do CISAM em convênio com a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Nessa oportunidade, foi indicado para fazer mestrado em Tocoginecologia, no mesmo grupo que a Dra. Melania Amorim, abordando o eixo central “mortalidade materna”.

Ouve um sorteio dos temas, porque todo mundo queria ficar com pré-eclâmpsia, diabetes, endocrinologia. Eu também. E tinha uns assuntos que ninguém queria, e tinha que ter alguém. Porque eram 8 temas. (...) um tema que ninguém queria era o abortamento, ninguém dos oito queria. E meio conversa, meio sorteio, tentar convencer... (...) **caiu, contra a minha vontade, que eu ia ficar com o abortamento**, (...) e eu fui triste”. (Trecho da entrevista realizada face a face com Dr. Olímpio Moraes Filho, no dia 13 de julho de 2022, nas dependências do CISAM, grifo nosso).

Sobre a iniciativa de pesquisar o aborto em um programa de pós-graduação, Dr. Olímpio crê que foi estimulada pelo seu orientador, Prof. Dr. Rivaldo Mendes de Albuquerque, que participou do processo de estruturação do mestrado logo após o seu doutorado em Campinas. Olímpio indica que este foi o local onde “mudaram a sua cabeça”, tendo em vista que, apesar de extremamente religioso, Rivaldo “tinha uma visão de preocupação com a morte materna, baseado em evidências científicas de que o abortamento era um problema a ser encarado”.

Ele também conta que nos seus encontros para discutir o projeto de pesquisa com a sua coorientadora, a socióloga argentina Ellen Hardy, delimitaram o tema para “conhecimento e uso de métodos contraceptivo pelas mulheres que provocam aborto” e desenvolveram – por meio de técnicas das ciências sociais, um questionário para descobrir primeiro se a mulher

provocava o aborto, porque todas negavam, “mesmo perfurado o útero, mesmo morrendo com infecção, elas diziam que não tinham feito o aborto”. Durante a aplicação, foi possível compreender o porquê elas faziam isso:

“**Porque ela é criminalizada**, então ela não pode falar a verdade, e isso já era uma dificuldade, porque não existe medicina sem verdade. Se você tem uma anamnese falsa, se você mente pro médico, você dificulta o médico de encontrar o diagnóstico correto. Então **no abortamento, muitas mulheres morrem com medo de falar**. (Trecho da entrevista realizada face a face com Dr. Olímpio Moraes Filho, no dia 13 de julho de 2022, nas dependências do CISAM, grifos nossos).

Olímpio elenca, portanto, o momento do desenvolvimento de sua pesquisa de mestrado como o evento determinante para a mudança de seu pensamento, porque foi nessa fase da sua trajetória acadêmica, quando começou a adotar uma postura mais ativa com relação àquela que adotava ao longo de seus atendimentos na maternidade, quando percebia que a mulher era culpada e condenada pelo aborto provocado e nada fazia. “Eu comecei a ficar do lado delas, mas isso foi depois de 6 a 8 anos de formado”, diz. Posteriormente, Olímpio se dedicou ao doutorado, sob orientação do Prof. Dr. Aníbal Faúndes, com quem já havia tido contatos por ser esposo de sua antiga co-orientadora, Ellen Hardy. Nessa etapa da sua vida acadêmica, passou a se dedicar ao estudo da indução de parto através do Misoprostol, e acabou se tornando um protagonista singular da história recente do aborto no país.

2.3.2 Dr. Olímpio e o engajamento na luta pelo aborto legal

Para além do caso de Maria, abordado no tópico 1.2.1, as trajetórias de outras meninas vítimas de violência sexual, em busca do acesso ao aborto legal, também cruzaram o caminho de Dr. Olímpio. Uma delas, comovente em seus muitos detalhes, ficou conhecida como “o caso de Alagoinha”, em referência à pequena cidade no semiárido pernambucano, a 230km do Recife, onde a menina e sua família residiam. A repercussão desse caso atingiu os veículos de comunicação em escala internacional devido à atenção dada pela Igreja Católica, ao ordenar a segunda excomunhão do médico no período de um ano. Dessa vez o motivo foi a realização, no exercício de suas funções médicas, do procedimento do aborto desejado pela paciente e por todo o seu círculo familiar.

Ao longo da entrevista face à face feita com o Dr. Olímpio no dia 13 de julho de 2022, diversos episódios marcantes de sua vida profissional foram abordados. O estigma de “médico abortista” ou “aquele excomungado pela Igreja” parece acompanhá-lo ao longo de suas vivências, muito embora ele não pareça se importar ou conceder um grau de importância elevado para às reprimendas que sofreu, não só da sociedade como das instituições

envolvidas. Ao abordarmos especificamente sobre o caso de Alagoinha, Dr. Olímpio fez inúmeras referências a entrevista que concedeu a uma “jornalista do Piauí”, relatando os questionamentos feitos e as respostas que lhe ofertou. Após uma consulta na internet, posterior ao nosso encontro presencial, descobrimos que se trata da jornalista Angélica Santa Cruz⁴⁹, e, em virtude do valor que o trabalho realizado por ela teve para o esclarecimento desse caso, assim como o valor concedido pelo próprio Dr. Olímpio à matéria, decidimos referenciá-la em algumas partes do relato que se segue.

Em março de 2009, uma menina de 9 anos, estuprada pelo padrasto e grávida de gêmeos, esperou durante seis dias por um procedimento de aborto legal no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip), um dos maiores complexos hospitalares do Nordeste. A medida em que o tempo passava e a gestação avançava, a situação vivenciada por ela se espalhava e comovia os membros da sociedade. A razão da demora era um conflito interno nos bastidores do hospital. De um lado, uma equipe médica de referência no atendimento a crianças vítimas de violência sexual, pronta para entrar em campo e fazer a interrupção da gravidez. E do outro, o conselho consultivo pressionado por um de seus integrantes mais influentes, o então arcebispo da Arquidiocese de Olinda e Recife, Dom José Cardoso Sobrinho, para desautorizar o procedimento.

O poder da Igreja Católica sobre o caso era claro. O Imip iniciou suas atividades como uma instituição filantrópica privada e pequena, mas ao longo dos anos, e a necessidade de expansão, fechou um contrato de transferência para o prédio de um outro hospital desativado, o Pedro II. Ocorre que o edifício histórico pertence à Santa Casa de Misericórdia do Recife, subordinada à Cúria Metropolitana. O contrato, assinado em 2006, tinha validade de vinte anos, mas o Imip se comprometeu em concluir a restauração das dependências do hospital em até seis anos, e contava com a influência da arquidiocese para levantar fundos para a obra.

Empenhado em impedir o aborto da menina, Dom José convocou uma reunião entre diretores do Imip, advogados da Cúria e desembargadores do Tribunal de Justiça para encontrar alguma ressalva legal que pudesse impedir a interrupção da gravidez. A pressão incidia diretamente sob os médicos, pois caso interrompessem a gestação da criança, essa ação influenciaria negativamente a relação com o arcebispo e, por conseguinte, os planos de expansão do Imip.

⁴⁹ CRUZ, Angélica Santa. A saga de um obstetra e a hipocrisia brasileira sobre o aborto. **Folha de São Paulo**. Mar. 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/materia/a-gente-acolhe/>>. Acesso em: 27 dez. 2022.

Na manhã de 4 de março de 2009, Paula Viana, enfermeira e coordenadora do Grupo Curumim, ONG que trabalha em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, ligou para Dr. Olímpio. Ela havia visitado o Imip e, em conversa com a diretoria médica, foi informada que o hospital não faria o aborto. A mãe da menina, preocupada com os riscos à vida da filha, desejava interromper a gravidez. Mas o apartamento onde a garota era mantida em uma espera dolorosa se transformara no centro de uma peregrinação de religiosos pedindo para que ela desistisse do procedimento. A situação era desesperadora.

Ao ouvir o relato de Paula Viana, Dr. Olímpio sugeriu a transferência da menina para o Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), onde o procedimento seria realizado por ele e sua equipe. No entanto, esta operação era politicamente arriscada, porque o CISAM, mais conhecido pelos recifenses como “Maternidade da Encruzilhada”, também estava sob o controle do grande poder de influência exercido pelo arcebispo.

O CISAM faz parte do conjunto de três hospitais da Universidade de Pernambuco (UPE); mas um deles funciona em um prédio que pertence à Santa Casa de Misericórdia – e justamente naquele momento precisava de um aval da arquidiocese para obter verbas do Ministério da Saúde e construir uma ala de oncologia pediátrica. Logo, se a informação de que um aborto legal seria feito em um dos hospitais da UPE chegasse até o arcebispo, o resultado seria prejudicial para os planos da instituição.

Para driblar as pressões, Dr. Olímpio sustentou em sigilo a decisão de assumir o caso. Como na época ocupava a posição de preceptor da residência médica do CISAM, ele preveniu a equipe que estaria de plantão no momento da chegada da menina e combinou de monitorar o procedimento por telefone. Enquanto isso, no Imip, o grupo de feministas ligou para promotores de Justiça para se certificar da legalidade do caso e avisou à mãe da garota que, se ela quisesse mesmo interromper a gestação, teria direito de pedir alta e ir para outro centro de referência. A mãe, aliviadíssima, acatou as orientações. Por conseguinte, saíram todas dali, divididas em três carros.

No CISAM, a criança foi recebida pelos plantonistas. Embora não houvesse literatura publicada sobre a dosagem exata de Misoprostol a ser ministrada em um caso tão específico como uma gestação gemelar entre 4 e 5 meses de uma mãe de 9 anos, Dr. Olímpio era um dos poucos médicos do Brasil com segurança total para coordenar o procedimento. Em 2002, ele defendera uma tese de doutorado na Unicamp justamente sobre o uso do Misoprostol na indução de partos. Orientados pelo obstetra, os residentes dobraram a dose que, em geral usariam e, em seguida, a menina expulsou o primeiro feto.

A notícia de que ela estava no CISAM se alastrou rapidamente. Dr. Olímpio começou a receber diversas ligações de chefes, professores e autoridades do governo. Dom José, após tomar ciência do ocorrido, tentou marcar uma reunião de urgência com a reitoria da UPE, mas não houve serventia, pois na manhã seguinte à chegada da menina, a equipe médica já tinha finalizado a expulsão dos fetos.

O documentário “Direito & saúde: o caso de Alagoinha” (2010), produzido pelo Ipas Brasil, é construído em parte significativa por imagens produzidas e veiculadas pela mídia nacional – que cobriu desde a detenção do acusado de estupro pela polícia, até a entrevista com o arcebispo de Olinda –, e por blogs e páginas da grande imprensa internacional. Na verdade, a mídia torna-se um personagem. Outra particularidade da produção é que, em razão do envolvimento de uma menina menor de idade, as suas imagens e de sua mãe – principais atores do evento, são devidamente preservadas. Em contraponto, há depoimentos de pessoas que conheceram a família, destacando-se uma vizinha, a agente de saúde e o médico que diagnosticou a gravidez, além de uma representante do conselho tutelar e da médica legista do IML de Recife, que enfatizou o risco que a gravidez representava e a urgência em interrompê-la. O ponto alto do seu depoimento foi ter informado que não haviam encaminhado a menina para um serviço de aborto legal, mas para um pré-natal de alto risco.

Depois do ocorrido, Dom José Cardoso Sobrinho se recusou inicialmente a assinar o aval para a criação da nova ala de oncologia pediátrica. Na tentativa de acalmá-lo, um dos advogados da reitoria da UPE pediu que Dr. Olímpio enviasse uma carta se explicando. O médico escreveu um relatório enumerando todos os casos legais de interrupção de gravidez realizados por ano no CISAM e destrinchou normas técnicas e protocolos usados pela equipe. Como o memorando não tinha a finalidade de formalizar um pedido de desculpas, o advogado optou por rasgá-lo e convencer pessoalmente o arcebispo a assinar o aval, sob o argumento de que, com a nova ala, a igreja salvaria outras vidas.

Conforme o Código de Direito Canônico – conjunto de normas da Igreja Católica, o membro batizado que faz ou participa de um aborto é incluído na excomunhão *latae sententiae*, uma punição automática, que prescinde da decisão de um representante da instituição. Em virtude desse princípio, a família da menina e a equipe do CISAM ficariam sumariamente impedidos de receber quaisquer sacramentos até que se declarassem arrependidos. Dom José, em rede nacional, anunciou a excomunhão, pontuando com firmeza que: “Esse padrasto cometeu um crime enorme, mas não está incluído na excomunhão. Agora, mais grave do que isso, sabe o que é? O aborto. Eliminar uma vida inocente.” (CRUZ, 2021).

A notícia da excomunhão tomou repercussões internacionais. No Vaticano, o chefe do Pontifício Conselho para a Família, Gianfranco Grieco, concedeu entrevistas apoiando a Arquidiocese de Olinda e Recife. Mas autoridades eclesiásticas de outros países se opuseram publicamente à excomunhão. Na França, três bispos divulgaram notas de repúdio. Um deles, monsenhor Yves Patenôtre, emitiu um comunicado indignado: “É inaceitável, pedimos que ela seja revogada rapidamente. ”. (CRUZ, 2021). O caso foi noticiado no *New York Times*, na BBC e na Fox News. No Brasil, a equipe médica recebeu apoios institucionais. O presidente Luiz Inácio Lula da Silva, na época de seu segundo mandato, parabenizou Dr. Olímpio pela coragem ao encontrá-lo em uma cerimônia em Brasília. A menina, por sua vez, mudou de cidade com a mãe e a irmã cinco anos mais velha, que também fora estuprada pelo padrasto.

Sobre a sua excomunhão, Dr. Olímpio relata que teve duas reações imediatas. Primeiro, achou graça na excomunhão, a segunda em um ano – a anterior se dera porque ele assinou uma nota de apoio à iniciativa da Prefeitura do Recife de oferecer a pílula do dia seguinte em postos de saúde durante o Carnaval. Em ambas, o médico foi expulso de uma instituição da qual não pertencia. Ele se declara agnóstico e diz que só passa perto da igreja para levar sua mãe para a missa aos domingos, às oito da manhã. Depois do ocorrido, assumiu a partir dali uma militância pública pelo acesso das mulheres a direitos reprodutivos e sexuais que, apesar de permitido por lei, lhes são negados com recorrência.

Com uma comunicação assertiva e franca, que passou a adotar publicamente a partir do caso de Alagoinha, Dr. Olímpio define a saga da menina capixaba ocorrida em 2020 como o reflexo das disfunções de uma nação:

O Brasil é de uma hipocrisia sem limites. A classe alta procura a interrupção da gravidez de forma clandestina com maior frequência do que a classe desfavorecida, e não acontece nada. No caso de uma criança pobre, quase sempre negra, que chega destruída, com risco de vida e se sentindo culpada porque sofreu abuso dentro de casa, querem negar o acesso a um direito que tem oitenta anos. Para ela, aparece o discurso religioso, aparece o machismo, aparece o racismo, aparece tudo. (Trecho retirado da entrevista publicada no Folha de São Paulo. CRUZ, 2021).

Observando o processo de engajamento de Dr. Olímpio na luta em favor do acesso das mulheres ao aborto legal, cabe lembrar as observações teóricas de Norbert Elias, em seu livro *Envolvimento e alienação* (1998). O ponto de partida é a distinção entre os conceitos de envolvimento e alienação ou, se preferir, entre uma modalidade de conhecimento engajado ou de indiferença explícita. Entendemos por envolvimento o engajamento afetivo, moral e ideológico de um sujeito em uma causa da qual ele se sente copartícipe, responsável. O estado de alienação implica a suspensão ou desligamento do envolvimento em favor de uma ação que demanda uma postura analítica e racional. O páreo entre esses dois conceitos não é

referência de uma dicotomia permanente. No entendimento de Elias, no percurso da vida de um ator social existe um continuum ao longo do qual o conhecimento apresenta diferentes equilíbrios entre esses dois polos. Nos comportamentos e conhecimentos humanos há, conseqüentemente, um equilíbrio desigual entre envolvimento e alienação. Esse equilíbrio depende de conjunturas históricas ou situações sociais particulares. Uma vez delimitados os conceitos, é preciso entender como eles se manifestam no campo epistemológico das chamadas, em sentido amplo, ciências naturais e ciências sociais.

Sendo a medicina uma das áreas mais caras das ciências naturais, podemos afirmar que a atividade do médico não é desprovida de valores. Os valores estão presentes, por exemplo, na escolha dos temas de estudo prioritários, no aprimoramento de técnicas ou protocolos existentes, na experimentação de novos medicamentos ou na ampliação da moldura conceitual para um diálogo interdisciplinar. Como observamos nas falas de Dr. Olímpio, seu amor pela medicina e em especial seu engajamento na prática da obstetria se tornaram um estímulo no exercício de sua profissão. Em seu depoimento é notória sua disposição para insistir em convencer seus pares da adequação de suas abordagens ou na satisfação de despertar consenso em torno de uma ideia relevante: zelar pela saúde da mulher em estado gestacional. O caso da menina de Alagoinha é emblemático. Nesse caso observamos que os conhecimentos técnicos de Dr. Olímpio se aliaram a procedimentos legais, a revisões de literatura científica, a protocolos estabelecidos, bem como a guias, experimentos que, desde o campo científico, impediram que valores de ordem religiosa ou ideológica interferissem no processo de análise da tomada de decisões em relação à preservação da vida da criança de 9 anos. Foram esses procedimentos regulamentados e padronizados que asseguraram o engajamento na luta pelo procedimento médico em favor da criança. O engajamento se impôs à alienação.

Casos como este também nos lembram outros postulados teóricos de Elias (1998). Para nosso autor, como explicamos no trecho à cima, a prática científica não é absolutamente isenta de valores. Sendo o cientista um ator social como os outros atores que constituem o contexto social onde está inserido, a orientação de modos de pensamento não está isenta de valores. No entanto, a prática profissional é coerente com o espírito científico quando os valores que prevalecem são valores epistêmicos e não valores de ordem moral ou religiosos. Como descrito anteriormente, a condenação eclesiástica, bem como o repúdio à prática do aborto que provoca em determinados setores da sociedade, não impediram que Dr. Olímpio exercesse seu papel de médico-obstetra. Foram os protocolos estabelecidos e reconhecidos do campo da medicina que forneceram as garantias institucionais para que ele pudesse exercer

sua função de médico, de forma livre e autônoma, em relação às intrusões de valorações heterônomas que decorrem de instituições alheias à prática científica, como é o caso da Igreja Católica. Essas valorações heterônomas respondem a fatores externos à prática científica. É nesse conjunto de valorações que escutamos preconceitos, atitudes políticas e princípios morais. Em outras palavras, as ciências naturais produzem avaliações autônomas, ou seja, análises de seus objetos de estudo exclusivamente atentas à coerência da explicação com a realidade observada.

Graças a essas valorações autônomas é que podemos compreender o progresso da luta pelos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, entre os quais se notabiliza o acesso ao aborto legal. Graças também as valorações específicas do campo científico que o comprometimento emocional, em decorrência do evento de um fenômeno natural ou social, não impede uma avaliação objetiva e racional desse evento. Essa valoração é a que permitiria ações mais favoráveis ao ser humano, melhorando sua vida e seu bem-estar. O comprometimento emocional dificulta essa valoração, o que faz com que as respostas ao fenômeno ocorram em termos emocionais. Desta forma, a pessoa entra numa espiral de envolvimento crescente, carregado de fantasias. Elias ilustra essa ideia usando o conto “Uma descida ao Maëlstrom” de Edgar Allan Poe. Nesse conto dois pescadores são pegos em um redemoinho. Como reação a esse fato, eles se deixam dominar pelo pânico. Porém, um deles consegue controlar aquela emoção e observa que há regularidades no movimento. Ele repara que objetos não esféricos afundam na água mais rápido do que os outros. Esse marinheiro observador decide amarrar seu corpo a um barril e consegue escapar. O outro pescador, tomado pelo pânico, abriga-se imóvel no fundo do barco até ser engolido pela correnteza. Seu compromisso emocional com o fenômeno - o terror causado pelo redemoinho – o levou a assumir uma atitude: inação. Essa atitude reforçou seu estado emocional de letargia. Por sua vez, aquele que se distanciou produziu um comportamento mais adequado à situação, fato que explica por que escapou com vida. (ELIAS, 1998: p.165-166).

Como se pode observar no depoimento de Dr. Olímpio, os valores que ele leva em consideração para dirimir em situações conflitivas, como aquelas nas quais deve participar do atendimento de mulheres que procuram ter acesso ao aborto legal, são fundamentados em critérios de valoração científica. Observamos tanto no Dr. Olímpio quanto no Dr. Hélio Costa, por nós entrevistados, um posicionamento isento de valores de ordem moral ou religiosa. Quando indagamos o Dr. Olímpio sobre sua confissão religiosa, ele se declarou “agnóstico”. Em certa medida, essa declaração nos leva a pensar que seu posicionamento perante os fatos apresentados é coerente com o posicionamento adotado pelas ciências naturais no contexto da

modernidade. De fato, no campo das ciências naturais há muito tempo foram superadas as dificuldades geradas pelo duplo vínculo, envolvimento e alienação. Os fenômenos da natureza são estudados à distância, ou seja, o comprometimento emocional não interfere na análise. Quando Dr. Olímpio descreve a forma como procedeu para dar curso ao atendimento das crianças, observamos que ele demarca um distanciamento que visa, desde a perspectiva médica, fazer os procedimentos que forem necessários de forma que a saúde das mulheres que procuram a interrupção da gravidez seja preservada. No campo da medicina prevalece a análise dos fatos segundo suas características, sua ordem, sua regularidade ou sua estrutura. Nas leituras realizadas sobre temas relativos à prática do aborto, é lugar-comum entender que o acesso ao aborto legal é “uma questão da saúde pública”.

No entanto, não é regra na prática médica que os médicos se orientem por critérios científicos, racionais. Na Argentina, por exemplo, apesar do aborto ter sido legalizado em dezembro de 2020, três meses depois, metade dos médicos de um hospital público – o, Alberto Antranik Eurnekian, situado no município de Ezeiza, se negaram a realizar o aborto em mulheres que chegam ao local solicitando o procedimento.⁵⁰ Os profissionais se valem do mecanismo da “objeção de consciência” previsto no art. 11 da Lei da Interrupção Voluntária da Gravidez, que garante ao médico o direito de se negar a interromper a gravidez, em razão de crenças religiosas ou ideologias conservadoras.

Como pesquisadora, optar por estudar um tema tão complexo como o acesso ao aborto legal não tem sido fácil. Cresci e construí os valores que me caracterizam inserida em uma sociedade pautada nos valores da tradição cristã. Falo isso porque reconheço que no começo da pesquisa tive dificuldade em superar esse duplo vínculo: o envolvimento com os valores da ciência e o distanciamento em relação aos valores morais incorporados na minha formação familiar. Muitas vezes tive que manter uma atitude vigilante para não confundir "o que é isso?" com o “o que isso significa para mim?”. Considero que essa dificuldade não se deve a uma particular inaptidão sociológica, mas às condições sociais em que o conhecimento é produzido. Retomando a análise que Elias (1998: 169) faz do conto de Edgar Allan Poe, cabe lembrar que determinados fatos sociais nos levam a girar, de modo impotente, dentro do círculo, como fazia o pescador em pânico no Maëlstrom. Aqui continua a vigorar a situação em que um alto grau de emotividade no pensamento, por um lado, e um alto grau de

⁵⁰ CORACCINI, Rafael. Médicos usam “objeção de consciência” para negar aborto na Argentina. **CNN Brasil**. 04 fev. 2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/medicos-usam-objecao-de-consciencia-para-negar-aborto-na-argentina/>>.

exposição aos julgamentos que outras pessoas possam fazer pelo meu posicionamento perante o aborto, por outro, se reforçam mutuamente. Essa tensão de valores contrapostos muitas vezes aumentou meu nível de estresse e ansiedade de forma que, em determinados momentos da pesquisa, tive dificuldade em dar continuidade aos meus estudos.

2.3.3 O acontecimento⁵¹

E, se eu não relatar essa experiência até o fim, estarei contribuindo para obscurecer a realidade das mulheres e me acomodando do lado da dominação masculina do mundo (ERNAUX, 2022, p. 35).

Em primeiro plano, a intenção inicial da pesquisa não era realizar nenhuma entrevista direta com meninas e/ou mulheres que tentaram ou conseguiram ter acesso ao procedimento de aborto, na medida em que utilizaríamos apenas as contribuições de dois médicos, em conjunto com outros recursos metodológicos, para remontar a saga de Maria – caso que elencamos como exemplificativo. Ocorreu que durante a visita feita ao CISAM no dia 14 de julho de 2022, uma jovem, branca, na faixa etária entre 20-30 anos, sentiu-se à vontade para confidenciar a sua trajetória em busca de realizar um aborto.

Dessa narrativa sobre aborto ouvida em campo, a descoberta da gravidez é descrita como o ponto de partida para a procura de uma solução frente a gravidez indesejada. A jovem busca decidir, desde então, se irá ou não prosseguir com a gestação, sozinha ou com a ajuda de alguém. É nesse sentido que ela nos conta:

Tudo começou quando eu comecei a sentir refluxo e me senti enjoada, antes da minha menstruação atrasar. E aí decidi fazer um teste. O teste que eu fiz, o primeiro, ele deu bem clarinho, o traço. E aí, minhas amigas disseram: “não, refaz o teste, porque **se deu clarinho é porque tá positivo**”. Comprei o da fita e positivo. E aí desde então, por pelo menos 3 à 4 meses, **minha vida foi assim... por água abaixo**. Eu tinha planos de ir para fora do Brasil, o meu contrato com o apartamento acaba em dezembro, eu não me encontro num emprego, de certa forma seguro, até porque eu trabalho na forma de pessoa jurídica, eu não tenho direito a nada. E **tudo isso começou a vir como uma onda de desespero. E aí foi quando eu decidi. Eu nem pensei duas vezes que eu iria abortar. E aí, entrei em contato com... contei a umas duas/três amigas mais próximas, que poderiam conhecer pessoas que tivessem contato com alguém que vendesse ou conseguisse o medicamento. De fato, foi o que aconteceu.** (Trecho do relato concedido no dia 14 de julho de 2022, grifos nossos).

⁵¹ Título em referência à obra de Annie Ernaux (2022).

Aparece de maneira muito clara que foi nesse momento que ela lançou mão dos primeiros contatos e dos primeiros planos para a realização do aborto. Todo esse processo reflexivo também envolveu uma sensação de intensa aflição e ansiedade para seguir com os próximos passos:

Uma amiga de uma amiga disse que conseguia o medicamento E aí foi quando eu comprei a primeira vez, quatro comprimidos, coloquei dois, esperei uma hora e coloquei mais dois, e não surtiu nenhum efeito. Voltando a realizar o processo com um mês, até porque eu não tinha condições financeiras de arcar com mais de R\$ 1.000 a mais nas contas fixas né. E então, no outro mês eu tentei novamente. Porém dessa vez, eu tomei dois e coloquei dois, senti uma cólica um pouco mais forte, mas também não aconteceu nada. E aí foi quando no outro mês eu decidi dobrar a dosagem. E aí eu comprei oito comprimidos e amassei todos.. não, não amassei, coloquei todos inteiros, esperei, e não aconteceu nada. E foi quando depois uma ginecologista conhecida informou que, na verdade, por conta do tempo de absorção, eu deveria ter machucado. E enfim, uma das coisas que eu percebi foi que tem vários lugares falando como fazer. Vários não, alguns. Porém cada um de uma maneira diferente. (Trecho do relato concedido no dia 14 de julho de 2022).

Como sua fala sugere, a jovem passou por um processo de intensa dramaticidade é exemplar no que diz respeito aos itinerários abortivos realizados por outras mulheres. O percurso que ela e a “amiga de uma amiga” realizaram para conseguir o medicamento tornava-se dia após dia mais perigoso, tendo em vista que ela estava numa corrida contra o tempo. A gestação avançava e o medo constante de gerar “má-formação” no feto, caso o aborto não fosse bem-sucedido, aumentava exponencialmente. No entanto, a trajetória dessa jovem também se cruza com a Dr. Olímpio no momento em ela que decide realizar uma consulta obstétrica no CISAM:

E por coincidência, **o médico que tá fazendo meu acompanhamento é um médico aqui de Recife, que ele ficou de certa forma “famoso” por ter feito um aborto em uma criança de 10 anos** que foi estuprada. E uma das coisas que também me tranquilizaram foi ter conversado com uma amiga que **veio fazer uma consulta com ele e o mesmo falou sobre a questão de causar má formação, que tudo isso é um mito para que as mulheres não utilizem a medicação**. Até porque, a má-formação também foi um dos pontos de turbulência, por eu ter usado uma certa quantidade de comprimido, eu achei que de alguma forma pudesse causar má formação no bebê ou algo do tipo. **E aí foi quando gerou um outro gatilho de ansiedade, de... é... “utilizei isso, a culpa é minha, se a criança vier com alguma deformação, com algum tipo de problema, eu vou olhar para ele todos os dias e vou saber que a culpa é minha”**. (Trecho do relato concedido por Maria no dia 14 de julho de 2022, grifos nossos).

Apesar de ter acesso à um atendimento de pré-natal qualificado, em que suas dúvidas e anseios foram esclarecidos, a jovem não deixou de ter a sua tomada de decisão atravessada por valores e preceitos religiosos:

E aí foi quando eu fui para Campina, comecei a conversar com algumas amigas minhas, minha gravidez já tava no quarto mês, minha barriga já tava grande.. e foi

quando elas começaram a me lembrar da história da minha avó, que foi uma das coisas que mais me tocou, até porque foi a minha vó quem me criou e a minha conexão espiritual com ela é muito forte. Na verdade, a minha conexão espiritual existente hoje é com a minha avó... então, não tenho uma conexão, não tenho uma religião... eu tenho algo que eu que eu me identifico, que eu sinto, voltado ao que eu vivi com ela. **E foi quando uma amiga me contou uma história de que uma outra menina havia passado algumas semanas tentando abortar e não tinha conseguido. E aí nas últimas ela conseguiu. E ela estava se sentindo muito frustrada, e foi quando ela decidiu ir num Centro Espírita, e lá informaram que ela tava se sentindo dessa forma porque uma pessoa muito especial da família dela iria reencarnar para ficar perto dela e cuidar dela, e ela disse que a pessoa era a avó dela, era a única pessoa falecida.** E quando minha amiga me contou essa história ela disse que, já que ela tem o mesmo pensamento que eu, também não se considera uma pessoa religiosa nem nada do tipo, e por saber do que eu tava passando né, ela disse que achou que de alguma forma teria que me contar. Aquilo claramente me tocou, e após diversas conversas com amigas minhas de infância e enfim, acabei optando por não tentar mais, por tentar não ir contra algo que estava lutando muito para vir. E hoje, tô numa gestação de seis meses. (Trecho do relato concedido por Maria no dia 14 de julho de 2022, grifo nosso).

De acordo com um estudo feito por Barbosa (2019)⁵², o kardecismo – doutrina formulada por Allan Kardec, postula um encadeamento relacional de espíritos entre encarnações, que vai além da afinidade pessoal ou biológica, remetendo a dívidas cármicas que culminam no nascimento, e o aborto se transfigura em um problema para a evolução espiritual, quebrando o que os kardecistas consideram uma das leis maiores do universo. O que resta claro com essa narrativa ouvida em campo, é que a interrupção voluntária da gravidez também mobiliza problemas sobre as noções de indivíduo, livre-arbítrio e os desígnios de agentes espirituais, comprometendo uma discussão centrada na noção de escolha individual. Esse posicionamento kardeciano, mais rigoroso até mesmo que o observado entre algumas denominações protestantes e neopentecostais, contrasta com algumas bandeiras relativamente progressistas que o espiritismo costuma mobilizar em sua identidade político-social, como a defesa da liberdade religiosa e uma abordagem menos hostil frente a homossexualidade. Gebara (2022, p. 32) bem pontua que, não só os civis e os militares negam a força das mulheres. As religiões, sobretudo as monoteístas, também nos esqueceram e nos construíram uma identidade submissa, declarando a nossa incapacidade até de lidar com o nosso corpo e de decisões sobre ele.

⁵² BARBOSA, A. A construção espírita do problema do aborto: ordem espiritual e discurso público. **Religião & Sociedade**, 39 (3), p. 152-172. Set. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rs/a/LhRG959GZvCymc3DfrNDXDn/?lang=pt#>>.

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA

Para finalizar a apresentação do relatório final do nosso estudo, o qual está direcionado para descrever os procedimentos metodológicos por nós seguidos, gostaríamos de agregar a alguns apontamentos da sociologia compreensiva. Foram esses apontamentos os que orientaram nossa pesquisa. Começamos por registrar que, em certa medida, a vivência acadêmica do Mestrado em Ciências Sociais nos ajudou a perceber que quando se pensa em um objeto de pesquisa, é preciso estar preparado para as demandas que esse objeto traz: a definição do método adequado, das técnicas de coleta de dados e da escolha do referencial teórico que conduzirá a análise dos dados empíricos coletados. Na tarefa de pensar o recorte do nosso objeto de estudo, as contribuições analíticas de Max Weber foram importantes. Para o referido autor, a realidade social que desafia nossa compreensão não está dada de antemão. Ela demanda que o sociólogo desenhe, construa um objeto analítico e não opte por se debruçar por uma coisa em si. Dessa forma, entendemos que no empreendimento de qualquer pesquisa sociológica é preciso que se dê realce ao caráter construtivo (no sentido analítico-metodológico e não no valorativo, em termos de julgamentos morais) do objeto e à compreensão de que as reflexões e operações mentais, que permitem essa tarefa, não são erigidas de forma arbitrária ou dogmática; elas não obedecem a puras especulações filosóficas, mas a formulações lógicas, disciplinadas pelo interesse e método que permeiam e circunscrevem o conhecimento científico.

Como procuramos descrever no percurso deste texto, nossa pretensão foi a de compreender o acesso de mulheres ao aborto legal. O mundo das mulheres já nos impõe um universo infinito de possibilidades de pesquisa. Tanto os direitos reprodutivos e sexuais da mulher, quanto a autonomia sobre seu próprio corpo, foram temáticas que pensamos que poderiam ser articulados e compreendidos a partir do estudo da prática do aborto. A partir da concatenação de uma série de intuições, delineamos os passos que contempla este nosso trabalho. De forma subjetiva construímos nosso objeto delimitando um caso empírico que articula nossa análise. Procuramos auferir nossos dados com fontes estatísticas para demonstrar que nossas conclusões se ajustam aos critérios de objetividade e validade.

Abrimos a introdução desta dissertação lembrando do debate de Hugh Lacey em torno das categorias *fato* e *valor* na prática científica. Como pode observar-se em alguns trabalhos, Weber (1999) manifestava de forma reiterativa sua rejeição da confusão entre elaboração de juízos científicos e valorações no raciocínio científico. A existência dessa confusão entre o escopo próprio do homem de ciência, que se ocupa em compreender os fatos, do campo do

homem como sujeito da vontade, que emite juízos alicerçados em valores, sejam de ordem político, moral ou religioso. Para Weber, a prática científica coloca o desafio de estabelecer o devido reconhecimento de cada um desses juízos. A delimitação do objeto, no entendimento do autor, é marcada por juízos de valor. Nós só podemos focar nosso interesse de conhecimento sobre uma determinada realidade que nos é familiar. Por outras palavras, nosso entendimento não pode se ocupar em conhecer algo que nos é alheio, estranho às nossas vivências. Nesse sentido, no primeiro capítulo tentei mostrar como surgiu no meu horizonte de compreensão a prática do aborto. Contudo, no andamento do processo de pesquisa, a ruptura epistemológica, o distanciamento dos nossos valores, precisa acontecer para dar primazia aos raciocínios lógicos, racionais, elaborados a partir dos fatos e de apontamentos teóricos.

Seguindo as orientações metodológicas de Weber (1999), procuramos abordar a questão do acesso ao aborto legal, observando a saga de Maria, de uma criança de 10 anos, protagonista de um caso que comoveu a maioria da população brasileira. No entanto, fizemos todo o esforço para evitar que nossa prática de pesquisa empírica fosse condicionada por nossa sensibilidade e direcionada a fornecer normas e ideais imperativas. Da mesma forma, evitamos proclamar preceitos que degenerem as práticas relativas à militância feminista que poderiam ser evitadas. Assim, nesta seção serão apresentadas as principais técnicas utilizadas na execução dessa pesquisa de ordenamento qualitativo, mas não sem deixar de expor o objeto de estudo escolhido e quais foram as motivações.

De início, a pesquisa teria sua delimitação espacial circunscrita ao Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (Isea), por ser o centro de referência de saúde sexual e reprodutiva da mulher em Campina Grande - PB e constar o seu registro no Mapa Aborto Legal como instituição apta para a realização do procedimento.

Para garantir a sua construção, fora proposto como aporte metodológico a elicitação de narrativas autobiográficas de dois ou três médicos obstetras diretamente envolvidos no atendimento médico-hospitalar de mulheres que desejam a realização do aborto, como forma de acessar a informações que permitissem a interpretação dos mecanismos sociais que resultaram na construção dos valores que os levam a recusar a realização do procedimento de aborto legal em suas pacientes e/ou a posicionar-se de forma contrária a essa prática. Essa etapa se daria através da realização de visitas *in loco*, com o intuito de verificar empiricamente como acontece tal atendimento, a nível profissional e administrativo, em ocorrências que envolvem aborto. No entanto, as escolhas metodológicas apresentadas no projeto inicial foram adaptadas para as especificidades do cenário pandêmico vivenciado

entres os anos de 2021 e 2022. Além das dificuldades impostas pelo agravamento da pandemia e os problemas desenvolvidos pela falta de contato social, esse momento também trouxe desafios metodológicos e dois deles foram o desenvolvimento da pesquisa em ambiente hospitalar e o contato direto com os médicos.

Para solucionar este impasse, o novo conjunto de técnicas escolhido para estudar o objeto de pesquisa, que se circunscreve na saga enfrentada por uma menina de 10 anos, vítima de estupro, para acessar o serviço de aborto legal ofertado no Brasil, foi conduzido através de um “Bricoleur” formado sobretudo pela exploração bibliográfica e por entrevistas em profundidade. O “Bricoleur” é aqui empregado no mesmo sentido trazido por Denzin e Lincoln (2006, p.18):

A diversidade de práticas metodológicas da pesquisa qualitativa pode ser vista como soft science, jornalismo, etnografia, bricolagem, confecção de colchas e montagem. O pesquisador, por sua vez, talvez seja visto como um bricoleur, um indivíduo que confecciona colchas, ou, como na produção de filmes, uma pessoa que reúne imagens transformando-as em montagens.

A primeira técnica utilizada nesta pesquisa se circunscreve na análise documental de legislações e portarias vigentes no Brasil, livros e artigos que permeiam a temática do aborto, assim como publicações jornalísticas. Sobre a pesquisa documental, Gil (2018, p. 46), afirma que:

Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa.

Atentos ao papel desempenhado pelo jornalismo na reprodução de estigmas em torno do aborto, fizemos o esforço de buscar veículos preocupados com a não propagação de estigmas já existentes, adotando uma postura ativa para destruí-los. O Portal Catarinas se destaca na cena nacional, cobrindo as pautas que mais se conectam à agenda política feminista e de direitos fundamentais e humanos brasileira, com objetivo de contribuir para a construção da perspectiva de gênero no jornalismo; e a Revista AzMina é um veículo jornalístico também focado na cobertura de temas diversos com recorte de gênero. No entanto, não tratam mulher como uma categoria universal e consideram sempre as perspectivas de raça/etnia, classe, orientação sexual e identidade de gênero, de modo a incluir homens trans, transmasculinos e pessoas não binárias na cobertura realizada. Duas matérias se destacam ao longo do nosso texto, uma feita por Guimarães (2020), no ponto 1.2.1 e outra feita por Cruz (2021), no ponto 2.3.2. A escolha de utilizá-las para contar tanto a saga de Maria, quanto o caso de Alagoinha,

foi na intenção de ofertar outras perspectivas que não foram contempladas em nossa entrevista face a face, contribuindo ainda mais para o detalhamento de ambas as histórias.

A segunda se situa nas entrevistas face a face realizadas com dois médicos específicos que possuem ligação com o nosso fato empírico, Dr. Olímpio Moraes Filho e Dr. Hélio Costa, obstetras e ginecologistas, do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), localizado na cidade de Recife – PE. Essa instituição médico-hospitalar está registrada, no site do CNES e no Mapa do Aborto Legal, como apta para a realização do abortamento, além de ser uma referência nacional no atendimento de importantes demandas da saúde reprodutiva feminina, como a gravidez de risco e o aborto.

No presente ano (2023), o CISAM foi uma das instituições agraciadas pelo prêmio “Dr. Pinotti – Hospital Amigo da Mulher”⁵³. O Prêmio é concedido pela Câmara dos Deputados a entidades governamentais e não governamentais cujos trabalhos ou ações merecem especial destaque pela promoção do acesso e pela qualificação dos serviços de Saúde da Mulher. A solenidade de premiação aconteceu no mês de maio, na semana do dia 28, em alusão à data em que se comemora o Dia Mundial de Combate à Mortalidade Materna.

Segundo Gil (2018, p.11) a entrevista é seguramente a mais flexível de todas as técnicas de coleta de dados de que dispõem as ciências sociais e, nesta pesquisa, optamos por adotá-la de forma menos estruturada, desenvolvendo-a de maneira mais espontânea, sem que estivesse sujeita a um modelo preestabelecido, muito embora tenhamos focado em um tema muito específico: o caso de Maria. A escolha dessa entrevista focalizada (GIL, 2018, p. 112) permitiu que Dr. Olímpio Moraes e Dr. Hélio Costa falassem livremente sobre o assunto, com raras interferências que os direcionasse para a retomada do tema original, qual seja: os discursos que emergem do senso comum e os discursos da prática científica em torno do acesso ao aborto legal por meninas vítimas de estupro.

Este tipo de entrevista é o menos estruturado possível e só se distingue da simples conversação porque tem como objetivo básico a coleta de dados (GIL, 2018, p. 111). O que se pretendeu com essa entrevista foi a obtenção de uma visão geral do problema pesquisado, bem como a identificação de alguns aspectos da personalidade dos médicos entrevistados, como a educação familiar, formação acadêmica, vivência da religiosidade e práticas adotadas no atendimento de meninas e mulheres vítimas de violência sexual.

⁵³ Mais informações disponíveis em: <<https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/ Mesa/segunda-secretaria/servicos/premiodrpinotti>>.

Nos estudos desse tipo, com frequência, recorre-se a entrevistas informais com informantes-chaves, que podem ser especialistas no tema em estudo e personalidades destacadas (GIL, 2018, p. 111). As contribuições ofertadas pelo Dr. Olímpio de Moraes Filho, em específico, foram essenciais para o acesso e compreensão de informações mais detalhadas do eixo articulador desta pesquisa, o caso de Maria – a capixaba de 10 anos que, estuprada pelo próprio tio por anos, teve o seu direito à interrupção da gravidez sucessivamente negado no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista que o mesmo participou diretamente da resolução deste imbróglio.

Ressalto, ainda, que no projeto inicial não continha a proposta de nenhuma entrevista direta com mulheres que tentaram ou conseguiram ter acesso ao procedimento de aborto, mas, durante a visita feita ao CISAM, no dia 14 de julho de 2022, uma jovem, branca, na faixa etária média de 25 anos, sentiu-se à vontade para me confidenciar o seu relato, narrando-me sua história. Fui autorizada a incluí-la nesta pesquisa, preservando o seu nome. Para isso, gravei e transcrevi na íntegra sua fala, seguindo o mesmo procedimento adotado para registrar as entrevistas feitas com os médicos supracitados. Compreendo, inclusive, que contar a sua história vai além de um compromisso acadêmico, porque escrever sobre a história das mulheres se torna um meio de retirá-las do silêncio em que estavam confinadas, mas não sozinhas, tendo em vista que ele envolve o grupo de vidas submersas no esquecimento social no qual se anula a massa da humanidade. (PERROT, 2007, p. 25).

Articulamos também alguns referenciais para a construção do arcabouço teórico, dentre os quais Durkheim (1999, 2007, 2009) serviu de alicerce para demonstrarmos quais foram os fatos sociais que extraímos de nossas análises sobre o acesso ao aborto legal no Brasil e o modo como eles são construídos e representados socialmente; empregamos as contribuições de Weber (1999, 2004) sobre a relevância valorativa que os agentes e instituições sociais elencam na escolha de suas ações; assim como, conduzimos nossas reflexões sobre sexualidade, identidade e institucionalidade moderna, com o auxílio de Anthony Giddens (2002).

Não obstante, ao longo destas reflexões lançamos mão de pesquisas e dados científicos, notícias de *websites*, legislações específicas, normas técnicas e portarias do Ministério da Saúde, além de livros e artigos que possuem como objeto o aborto legal e temas interligados, como a mulher moderna, feminismos, gestação indesejada, gravidez na infância, mortalidade materna, autonomia do corpo feminino, direitos sexuais e reprodutivos e políticas públicas de saúde da mulher. Para auferir identidade à escrita referenciaremos séries, filmes, documentários e romances que abordam estas temáticas.

Na execução de nossa pesquisa, portanto, fizemos o esforço para captar os discursos que emergem tanto do senso comum, quanto os discursos da prática científica, escutando profissionais da saúde e, surpreendidos no campo de pesquisa, uma mulher que em um estado de total vulnerabilidade optou pelo exercício do direito ao aborto.

3.1 ENTREVISTAS FACE À FACE

Após a defesa do projeto de pesquisa realizado no dia 06 de junho de 2022, data que marca a passagem formal da minha orientação, antes feita pelo Prof. Dr. Márcio Caniello, para o atual Prof. Dr. José Maria de Jesus Izquierdo Viollata, iniciamos as devidas movimentações para viabilizar a execução da pesquisa de campo proposta. Tendo em vista que até então a minha vivência do mestrado em Ciências Sociais, pelo PPGCS/UFCG, havia se dado por ensino remoto, em atenção as medidas de isolamento social recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), era imperioso que agíssemos com celeridade para que os prazos fossem devidamente respeitados. Na época, com o avanço do saber científico sobre a doença e a expansão da vacinação, além da queda na média móvel de mortes por COVID-19, se tornou viável a flexibilização das medidas de isolamento antes impostas e, por conseguinte, o meu direcionamento a serviços públicos de saúde que ofertassem o serviço de aborto legal, de forma segura. Para tanto, o uso de máscaras de proteção e a higienização correta das mãos foi fundamental.

Por coincidência ou inacreditável sorte, o Prof. Dr. Jesus Izquierdo recordou, ao ler minhas referências sobre o caso de Maria, de um amigo que atuava como médico obstetra na cidade de Recife – PE, levantando a possibilidade de contatá-lo para que contribuísse com os meus estudos. Prontamente, em 08 de junho de 2022, o Prof. Dr. Jesus Izquierdo estabeleceu um contato prévio para informá-lo sobre mim e sobre o conteúdo da minha pesquisa, questionando-o se poderia me fornecer o seu contato pessoal.

No dia seguinte, após sua resposta em positivo, entrei em contato via *WhatsApp* com o Dr. Hélio Costa, para agendarmos uma entrevista face a face, possivelmente nas semanas iniciais do mês de julho. Na oportunidade, Dr. Hélio me informou que a maternidade onde o mesmo realiza suas atividades laborais, o CISAM, era dirigida pelo médico obstetra, Dr. Olímpio Moraes Filho – nome de destaque no cenário nacional quando o assunto é aborto. Por esse motivo e por julgar que Dr. Olímpio teria informações importantes para enriquecer minha pesquisa, o próprio Dr. Hélio intermediou, voluntariamente, o meu contato com ele para que agendássemos uma entrevista na mesma data em que ocorreria a sua. No dia 13 de

junho de 2022, por orientação do mesmo, mandei mensagens, também via *WhatsApp*, para o Dr. Olímpio, apresentando-me e confirmando o nosso encontro para o dia 13 de julho de 2022, às 11h, na sala da diretoria do CISAM. O encontro com o Dr. Hélio, por sua vez, restou confirmado para o dia 14 de julho de 2022, às 9h da manhã, no primeiro andar da unidade ambulatorial daquela instituição.

Um mês depois, às 10:50 da manhã, direcionei-me ao Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, localizado em Recife - PE. Ao chegar nesse lugar para realizar as primeiras entrevistas que preenchem esta dissertação, comecei pelo silêncio. Ouvir exige silenciar-me, abdicar do poder e da sedução das palavras. Libertar-me da gaiola invisível que Rubem Alves (1982) tanto fala, aquela que nos prende por dentro:

Vivi, durante muitos anos, numa gaiola de palavras. Eu gostava dela. Não me sentia engaiolado. Sentia-me protegido. Minha gaiola era minha armadura. Quando as gaiolas são feitas de ferro é fácil perceber a prisão. Os prisioneiros sonham o tempo todo com fugas. Mas há gaiolas que não são feitas com ferro. São feitas com palavras. As gaiolas de ferro nos prendem por fora. As gaiolas de palavras nos prendem por dentro. Porque as palavras, como dizem as Sagradas Escrituras, se fazem carne. Eu era a minha gaiola. Quem tenta quebrar uma grade da minha gaiola é como se estivesse arrancando um órgão do meu corpo. Ah, pedaço arrancado de mim...odeio aqueles que tentam dilacerar-me. A tentação dos absolutos é uma característica universal do espírito humano. Todos queremos possuir a verdade. E para possuir a verdade é preciso que se a engaiole. E para engaiolar a verdade é necessário engaiolar a liberdade e o pensamento. (Alves, 1982).

Dostoiévski, em seu último romance (1970) também alerta, “as gaiolas são onde as certezas moram”. Libertar-me exige abandoná-las, gozar da possibilidade de admirar genuinamente o mistério contido nas ações humanas, deixando para trás as grades opressoras dos discursos dogmáticos, e poder, enfim, adentrar naquele espaço que abria as portas para mim, com tantas histórias de meninas e mulheres que buscaram o serviço de aborto legal para serem contadas, que no caso dessa pesquisa, seriam narradas pela perspectiva de dois médicos. Não sabia eu, desde o início, que o campo me surpreenderia com o relato de uma Maria, das tantas que enveredaram pela clandestinidade em busca da realização do aborto.

Mas silenciar não é o mesmo que pausar a voz, é gesto ativo. Somente sendo capaz de ouvir é que seremos tocados por outras vidas diferentes das nossas.



Figura 1 – Entrada Principal da Unidade Ambulatorial do Centro de Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM). (Fotografia autoral, feita no dia 13 de julho de 2022).

Nessa pesquisa de campo, inspirada pela esperança feminista de Débora Diniz e Ivone Gebara (2022), faço-me uma espécie de “escutadeira” para pensar o que é inteligível entre os médicos que me confiaram suas narrativas, e eu, que passei horas em silêncio, ouvindo palavras e seguindo gestos, para destrancar o portão da minha alienação e abrir os sentidos para escutar. Ressalto, porém, que houve um treinamento para esta entrega à escuta, e esse treino foi, antes de tudo, “um gesto ético do que acadêmico” (DINIZ; GEBARA, 2022, p. 19).



Figura 2 – Sala de reuniões do CISAM – local onde foi realizada a entrevista com o Dr. Hélio Costa (Fotografia autoral, feita no dia 14 de julho de 2022).

Meu orientador, o Prof. Dr. Jesus Izquierdo, cuidou bem deste importante detalhe. Durante algumas quartas-feiras do primeiro semestre letivo de 2022, estive presente na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) para assistir suas aulas da graduação em Ciências Sociais. Discutimos “Uma introdução à sociologia compreensiva”, de Patrick Waltier (2009), oportunidade em que Dilthey, Simmel e Weber, se tornaram importantes referenciais teóricos.

Já no início do mês de julho, o Prof. Dr. Jesus Izquierdo direcionou um convite a mim e a outros orientandos (que trabalham com temas conexos) para discutirmos, de forma coletiva, a teoria que liga o objeto de análise e a metodologia de pesquisa. A ideia proposta era estabelecer um plano de estudo em torno da metodologia de pesquisa, especialmente das técnicas de ordem qualitativa, como é caso da história de vida. Para tanto, foram realizados oito encontros presenciais, na sala 413, no prédio do Hall das Placas, situado no prédio da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), onde realizamos um estudo coletivo e sistemático de alguns textos, que perpassavam desde Lahire (2005), até Rosenthal (2014) e Caetano (2018) – obras que estão presentes em nosso texto, alinhavando e dando suporte para as análises que fizemos.



Figura 3 – Primeiro andar do Prédio do Hall das Placas – na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). (Fotografia autoral, feita no dia 05 de setembro de 2022).

Munida desse treinamento prévio, fui a campo, utilizando o gravador do celular para registrar cada palavra dita pelos médicos entrevistados. Posteriormente, ouvi as gravações e realizei a transcrição na sua integralidade. A primeira entrevista face a face foi realizada com o Dr. Olímpio Moraes Filho, no dia 13 de julho de 2023, com duração de 2h5min. Já a segunda, foi realizada com o Dr. Hélio Costa, no dia 14 de julho de 2023, com duração de 34min. Ambas as narrativas se desenvolveram em linha cronológica, iniciando com a infância e a educação ofertada pela família, foram posteriormente abordados os tempos de escola, a escolha e vivência da faculdade de medicina e, em sequência, o dia-a-dia e os dilemas enfrentados no curso do exercício profissional, principalmente no atendimento de meninas e mulheres que desejam o acesso ao aborto em sua modalidade legal.

No dia 14 de julho de 2023, a convite do Dr. Olímpio, também tive a oportunidade de participar de uma reunião clínica realizada no auditório do CISAM, com intuito de difundir novas orientações para os profissionais de saúde no atendimento de gestantes, lactantes e puérperas. Na época, o número de casos da varíola dos macacos, também conhecida como *monkeypox*, avançava no estado de Pernambuco, necessitando de políticas e orientações específicas de combate e prevenção, principalmente para esse grupo em estado de maior vulnerabilidade.



Figura 4 – Auditório do CISAM (Fotografia autoral, feita no dia 14 de julho de 2022).



Figura 5 – Alvo na janela do CISAM (Fotografia autoral, feita no dia 14 de julho de 2022).

CONCLUSÕES

A partir dos discursos apresentados no decorrer do escopo do texto, podemos observar que o eixo principal para a discussão do aborto encontra-se na polarização de opiniões, baseadas em argumentos médicos, jurídicos e políticos, de que o direito à vida deve ser protegido pela lei desde o momento de sua concepção no útero materno. É um assunto que suscita todos os tipos de preconceitos e paixões e por essa razão, a legalização do procedimento no país centra-se no conflito de dois macros posicionamentos: o primeiro, a favor da legalização, declara através de evidências científicas que o abortamento clandestino é uma das maiores causas de mortalidade de mulheres no Brasil e, portanto, uma questão de saúde pública. Já o ponto de vista contrário, sustentado por grupos conversadores, defende a penalização do aborto em qualquer hipótese, baseando-se em valores moralistas e religiosos, na medida em que propõe projetos de lei que asseveram ainda mais as previsões normativas do Código Penal vigente.

Redigido num contexto histórico divergente do atual, anterior a própria Constituição Federal de 1988, e pensado por homens brancos da elite nacional, a manutenção e/ou amplificação das normativas que criminalizam a prática do aborto previstas no Código Penal brasileiro, reforça a ideia de homens legislando sobre o que é ou não direito das mulheres, refletindo, assim, a lógica patriarcal enraizada na sociedade brasileira, que continua fazendo dos corpos das mulheres, melhor dizendo, dos corpos com útero – porque os corpos trans também estão aqui inseridos –, como um objeto de controle social. Sem dúvidas, conforme fora demonstrado nas discussões sobre medicalização e intimidade, o corpo feminino e a condição de ser mulher, foram os primeiros, e históricos, objetos de interesse e manipulação do poder.

As discussões realizadas também demonstram a importância da telemedicina, da venda legalizada de medicamentos, da capacitação dos profissionais de saúde e do acesso à informação para a sociedade civil como um todo, mas principalmente da educação sexual de meninas e mulheres. As soluções da ciência para garantir o direito ao aborto e reduzir a mortalidade de mulheres são, portando, muitas. Algumas delas já são aplicadas no Brasil, mas em pequena escala e sem *status* de política pública. Se faz fundamental que haja uma preocupação em minar a desinformação em torno do aborto legal, não só a sociedade precisa ter conhecimento sobre quais as situações em que pode ser realizado, como onde poderão ter acesso a um serviço de abortamento seguro. Isso também significa que os indivíduos que

trabalham nesses serviços especializados precisam estar devidamente preparados, ao passo que o problema da desinformação também os atinge.

Descriminalizar significa, portanto, retirar o aborto da esfera penal e tratar de suas implicações na saúde, ou seja, retirar a ameaça da cadeia e abrir as portas do sistema de saúde para quem, independente da lei, já decidiu que quer interromper uma gestação. Quando o aborto é descriminalizado, o Estado abre espaço para escuta, cuidado e intervenção capazes de informar e prevenir novos abortos. A criminalização do aborto, por outro lado, aprofunda desigualdades de raça e de classe, precariza o acesso de mulheres, meninas e pessoas que gestam aos serviços de saúde e é particularmente nociva para crianças e adolescentes, assim como restou demonstrado através da saga de Maria e de suas implicações nas searas individuais e coletivas.

Somos seres sociais, afinal das contas, e internalizamos as ideias através da socialização (ADICHIE, 2015, p.33), mas embora a ideia de dominação masculina tenha sido construída no meio social, enquanto humanidade temos o dever de questioná-la em vez de considerá-la um aspecto nato da condição humana. Não à toa que Durkheim (2007) pontua que a natureza constrangedora dos fatos sociais nem sempre é percebida pelos indivíduos, o que não significa que o seu poder coercitivo seja menos eficaz ou não exista, pelo contrário, significa que a sociedade, através do processo de naturalização, normalizou-o como um hábito.

A percepção da misoginia como base da violência física, institucional e simbólica é fundamental para isso, além do constante questionamento se vale a pena usufruir de uma posição de privilégio em detrimento do sofrimento e desigualdade generalizados. No entanto, reconhecemos que, essa busca pela desconstrução social só é possível porque a história das mulheres mudou em seus objetos e pontos de vista. Partiu de uma perspectiva voltada ao corpo e aos papéis desempenhados na vida privada até alcançar uma perspectiva sob elas no espaço público da cidade, do trabalho, da política, da criação. A medicina e o discurso médico também acompanharam e devem continuar acompanhando essa transformação.

O Brasil possui um dos movimentos feministas, de mulheres e de pessoas trans dos mais diversos da América Latina e Caribe. Sabemos, pelos dados demonstrados pela Pesquisa Nacional do Aborto (2021) e pela própria vivência cotidiana, que a criminalização do aborto tem maior impacto nas pessoas mais pobres, nos corpos negros e indígenas, e entre as mais jovens. Não é qualquer corpo a ser afetado e intimidado pela criminalização. O crime do aborto se faz sentença de precarização da vida para muitas mulheres, mas não é igualmente vivido como um risco de vida. É assim que a agenda pela descriminalização – concretizada

através de uma ação constitucional (ADPF nº 442) à espera de julgamento no STF, é condição de possibilidade para a defesa de valores democráticos, como a dignidade, a cidadania e a vida em um marco de justiça reprodutiva.

REFERENCIAIS TEÓRICOS

- ACAYABA, Cíntia; FIGUEIREDO, Patrícia. SUS fez 80,9 mil procedimentos após abortos malsucedidos e 1.024 interrupções de gravidez previstas em lei no 1º semestre de 2020. **Portal G1**, 20 ago. 2020. Disponível em: < <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/08/20/sus-fez-809-mil-procedimentos-apos-abortos-malsucedidos-e-1024-interrupcoes-de-gravidez-previstas-em-lei-no-1o-semester-de-2020.ghtml>>. Acesso em: 11 jun. 2022.
- ADESSE, Leila; ROSAS, Cristiano Fernando. **Mortalidade materna: uma questão social.** Perspectivas em Saúde e Direitos Reprodutivos, São Paulo, v. 3, n. 5, p. 31-43, maio 2002.
- ADICHIE, Chimamanda Ngozi. **Sejamos todos feministas.** São Paulo: Companhia das Letras, 2015.
- Adolescente suspeita de perfurar pescoço do filho com caneta foi estuprada e engravidou aos 11 anos. **Jornal da Paraíba**. 18 out. 2021. Disponível em: < <https://jornaldaparaiba.com.br/noticias/2021/10/18/adolescente-suspeita-perfurar-pescoco-filho>>. Acesso em: 20 set. 2022.
- ANGELINI, Carla. **Justiça Reprodutiva e religião: algumas ideias/** Carla Angelini, Leticia Rocha, Priscila Kikuchi. Jundiaí, SP: Max Editora, 2023.
- ALVES, Rubem. **Protestantismo e repressão.** São Paulo: Ática, 1982.
- AMANTE, Vandrezza; GUZZO, Morgani. O caso dessa menina é muito impressionante, porque ela decidiu. **Portal Catarinas**. 21 ago. 2020. Disponível em:< <https://catarinas.info/o-caso-dessa-menina-e-muito-impressionante-porque-ela-decidiu/>>. Acesso em: 22 jun. 2022.
- ALMEIDA, Pollyanna Ferraz Botelho de et al. Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2017; 33(1): e00133115. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-33-01-e00133115.pdf>> Acesso em: 25 jul. 2022.
- AMORIM, Melania Maria Ramos et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controlado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [online]. 2009, v. 31, n. 8, pp. 404-410. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000800006>>. Acesso em: 25 out. 2022
- _____; Cristiano, Rosas. Ignorar o problema do aborto inseguro não vai resolvê-lo. **Folha de São Paulo**, 15 out. 2019. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2019/10/ignorar-o-problema-do-aborto-inseguro-nao-vai-resolve-lo.shtml>>. Acesso em: 20 out. 2022.
- _____. MEMORIAL “EVIDÊNCIAS PARA DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO”. **Estuda, Melania, Estuda!** 04 ago. 2018. Disponível em:< <http://estudamelania.blogspot.com/2018/08/memorial-evidencias-para.html?m=1>> acesso em: 22 ago. 2022.

ANJOS, Anna Beatriz; CORREIA, Mariama; FONSECA, Bruno. São registradas em média um parto de menina de 14 anos a cada mês. **Agência Pública**, 21 ago. 2020. Disponível em: <<https://apublica.org/2020/08/sao-mateus-registra-em-media-um-parto-de-menina-de-ate-14-anos-a-cada-mes/>>. Acesso em: 22 ago. 22.

ASSIS, M; CARVALHO, J.; VELLA, L. Boas práticas de cobertura feminista sobre o aborto no Brasil. **Portal Catarinas**. 03 mai. 2023. Disponível em: <<https://catarinhas.info/organizacoes-lancam-guia-de-boas-praticas-para-cobertura-jornalistica-sobre-aborto/>>.

BRANDÃO, Ana Maria. **Entre a vida vivida e a vida contada**: A história de vida como material primário de investigação sociológica. Publicado em Configurações, n.º 3, 2007, pp. 83-106.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.989 de 14 de maio de 2012.

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

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.508, de 01 de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 02 set. 2005; Seção 1:124-5.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed., 2. reimp – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 60 p.: il. – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno no 4)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 2. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 124 p.: il. – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 6)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 48 p. – (Série F. Comunicação e Educação) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 7)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 52 p. – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 11)

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

_____. Supremo Tribunal Federal – Acórdão de Arguição de descumprimento de preceito fundamental 54 – Distrito Federal – Decisão de Plenário em 12/04/2012, sendo Relator Ministro Marco Aurélio [on-line].

Brasil tem 4.486 denúncias de violações de direitos contra crianças. **Agência Brasil**. 18 mai. 2022. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2022-05/pais-tem-4486-denuncias-de-violacoes-de-direitos-contra-criancas>> Acesso em: 26 jun. 2022.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo: a experiência vivida**. Vol. 2. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 2016.

BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas, SP: Papyrus, 1996

CAETANO, Ana. **O léxico das crises biográficas**. *Análise Social*, LIII (1.º), 2018 (n.º 226), pp. 88-111

CAVENAGHI, Suzana et al. **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006.

CECATTI, José Guilherme, FAÚNDES, Aníbal and SURITA, Fernanda Garanhani de Castro. Maternal mortality in Campinas: evolution, under-registration and avoidanc. **São Paulo Medical Journal** [online]. 1999, v. 117, n. 1, pp. 5-12. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-31801999000100002>>. Acesso: 24 out. 2022.

CHADE, Jamil. ONU pede que Brasil descriminalize aborto e denuncia assédio contra médicos. **UOL Notícias**. 15 mai. 2023. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/colunas/jamil-chade/2023/05/12/onu-pede-que-brasil-descriminalize-aborto-e-denuncia-assedio-contra-medicos.htm>>. Acesso em: 17 de mai. 2023.

COMITÊ LATINO-AMERICANO E DO CARIBE PARA DEFESA DOS DIREITOS DAS MULHERES (CLADEM). **Brincar ou parir: Gravidez infantil forçada na América Latina e no Caribe**. Elaboração: Susana Chiarotti. 1ª edição. Assunção, Paraguai. ISBN: 978-99967-828-4-8.

_____. **Niñas madres: embarazo y maternidade infantil forzada em América Latina y el Caribe**. 1ª edição. Assunção, Paraguai, 2016. ISBN: 978-99953-879-6-9

COSTA, Aurélio Antônio Ribeiro et al. Mortalidade materna na cidade do Recife. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [online]. 2002, v. 24, n. 7. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032002000700005>>. Acesso em: 25 out. 2022.

COSTA, Catarina. Menina de 11 anos vítima de estupro e grávida de gêmeos aguarda para fazer aborto no Piauí. **G1 Piauí**. 23 jun. 2022. Disponível em: <<https://g1.globo.com/pi/piaui/noticia/2022/06/23/menina-de-12-anos-vitima-de-estupro-e-gravida-de-gemeos-aguarda-para-fazer-aborto-no-piaui.ghtml>>. Acesso em: 24 jun. 2022.

COSTA, R G.; HARDY, R; OSIS, M. J. D. & FAÚNDES, A. A decisão de abortar: processos e sentimentos envolvidos. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 11 (1): 97-105, Jan/Mar, 1995.

DIAS, Tiana; GUIMARÃES, Paula; LARA, Bruna de. “Suportaria mais um poquinho? ”: vídeo em audiência, juíza induz menina de 11 anos grávida após estupro a desistir de aborto legal. **The Intercept Brasil**. 20 jun. 2022. Disponível em: <<https://theintercept.com/2022/06/20/video-juiza-sc-menina-11-anos-estupro-aborto/>>. Acesso em: 20 jun. 2022.

_____, Débora; GEBARA, Ivone. **A esperança feminista**. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 2022.

_____, D, Medeiros, Marcelo, Madeiro, A National Abortion Survey – Brazil, 2021. **Cien Saude Colet** [periódico na internet]. Mar. 2023. Disponível em: < <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/national-abortion-survey-brazil-2021/18689?id=18689>>. Acesso em: 08 mar. 2023

_____, Débora; CASTRO, Rosana. “O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 94-102, 2011.

_____, Débora. Onda verde do aborto na América Latina. **Revista Gama**, 06 mar. 2022. Disponível em: < <https://gamarevista.uol.com.br/semana/da-pra-comemorar-mulher/onda-verde-do-aborto-na-america-latina/>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

DOSTOIÉVSKI, Fiódor. **Os irmãos Karamázov**. São Paulo: Editora abril, 1970.

DURKHEIM, Emile. **As formas Elementares da Vida Religiosa**. São Paulo: Editora Ltda, 2009.

_____. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2007.

_____. **O Suicídio**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

_____. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1999.

ELIAS, Norbert. **Envolvimento e alienação**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

ERNAUX, Annie. **O acontecimento**. 1ª ed. São Paulo: Fósforo, 2022.

FARIAS, Victor; FIGUEIREDO, Patrícia. 4 em cada 10 abortos no Brasil são feitos fora da cidade onde a mulher mora; pacientes percorreram mais de 1 mil km. **G1**, São Paulo: 09 jun. 2022. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/06/09/4-em-cada-10-abortos-legais-no-brasil-sao-feitos-fora-da-cidade-onde-a-mulher-mora-pacientes-percorreram-mais-de-1-mil-km.ghtml>>. Acesso em: 10 jun. 2022.

FAÚNDES, Anibal; DUARTE, Graciana Alves; OSIS, Maria José Duarte; ANDALAFT NETO, Jorge. (2007). Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 29(4), 192-199.

FEDERICI, Sílvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Elefante, 2017.

FONTES, Maria Lucineide Andrade. O enquadramento do aborto na mídia impressa brasileira nas eleições 2010: a exclusão da saúde pública do debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2012.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública: 2023. São Paulo: **FBSP**, 2023. Disponível: < <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf> > Acesso em 23 jul. 2023.

FOSTER, Diana G.; HEATHER, Gould; KIMPORT, Katrina; ROCCA, Corinne H.; SAMARI, Goleen; Emotion and decision rightness over five years following an abortion: Na examination of decision difficulty and abortion stigma. **Social Science & Medicine**. Volume 248, mai. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112704>> Acesso em: 10 out. 2022.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: a vontade de saber**. Vol. 1. 12ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2021.

_____. **Microfísica do Poder**. 11ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2021.

FREITAS, Angélica. **Um útero é do tamanho de um punho**. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

GANCHIMEG, T.; LAOPAIBOON, M.; LUMBIGANON, P.; MORI, R.; MORISAKI, N.; YAMDAMSUREN, B.; OTA, E.; SAY L.; SOUZA, J.P.; TEMMERMAN M.; TUNÇALP O; VOGUEL, V.P.; ZHANG, J.; WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. 121: 40-48, **BJOG**: 2014.

Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Johnson BR Jr, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z, Alkema L. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. **Lancet**. 2017; 390: 2372–81.

GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: Editora da Universidade Paulista, 1993.

_____. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDMAN, Wendy. **Mulher, Estado e Revolução: política familiar e vida social soviéticas, 1917-1936**. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2014.

GUIMARÃES, Paula. Católicas pelo direito de decidir: a maternidade não pode ser uma imposição. **Portal Catarinas**. 27 set. 2016 . Disponível em:< <https://catarinas.info/catolicas-pelo-direito-de-decidir-a-maternidade-nao-pode-ser-uma-imposicao/>>. Acesso em: 10 out. 2022.

GUZZO, Morgani Brasil: as regras que puseram o misoprostol “na cadeia” **Portal Catarinas**. 15 set. 2021. Disponível em:< <https://catarinas.info/as-regras-que-puseram-o-misoprostol-na-cadeia/>>. Acesso em: 10 out. 2022.

GOFFMAN, E. **Estigma - Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

G1 recebe Prêmio Cláudio Weber Abramo de Jornalismo de dados na categoria investigação. **G1**, São Paulo: 06 nov. 2022. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/midia-e-marketing/noticia/2022/11/06/g1-recebe-premio-claudio-weber-abramo-de-jornalismo-de-dados-na-categoria-investigacao.ghtml>>. Acesso em: 06 nov. 2022.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO; LOCOMOTIVA. **Pesquisa percepções sobre o direito ao aborto em caso de estupro**. 2022. Disponível em:

<https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/percepcoes-sobre-direito-ao-aborto-em-caso-de-estupro/>>. Acesso em: 10 set. 2020.

IDOETA, Paula Adomo. Gravidez na infância: os riscos à vida de uma gestação precoce. **BBC News Brasil**. Londres: 22 jun. 2022. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-61902856>>. Acesso em: 30 ago. 2022.

MACHADO, Lia Zanotta. O aborto como direito e o aborto como crime: o retrocesso neoconservador. **Cadernos Pagu** (50), Campinas, SP, Núcleo de Estudos de Gênero Pagu/Unicamp, 2017, e17504. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/18094449201700500004>>. Acesso em: 23 jul. 2022.

MAGENTA, Matheus; ALEGRETTI, Laís. Brasil registra 6 abortos por dia entre meninas de 10 a 14 anos estupradas. **BBC News Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53807076>>. Acesso em: 14. Jun. 2022.

MARICONDA, Pablo; LACEY, Hugh. **A águia e os estorninhos**: Galileu e a autonomia da ciência. *Tempo social*, v. 13, p. 49-65, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. **Sistema de Informação de Mortalidade e Vigilância de Óbito Materno**. Brasil, 2018.

PERROT, Michelle. **Minha história das mulheres**. São Paulo: Contexto, 2007.
RAWLS, John. Uma teoria de justiça. Tradução por Almiro Pisetta e Lenita M. R. Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

PIMENTEL, Silvia; VILLELA, Wilza. Um pouco da história da luta feminista pela descriminalização do aborto no Brasil. **Cienc. Cult.**, São Paulo, 2012.

PINHO, Andrea Azevedo. Os debates sobre o aborto na mídia brasileira: dos enquadramentos midiáticos a construção de uma democracia plural. **E-cadernos CES** [online], 01. Jun. 2009. Disponível: <https://journals.openedition.org/eces/233> Acesso em: 19. Ago. 2021

PORTO, Maria Rozeli; SOUSA, Cassia Helena Dantas. Percorrendo caminhos da angústia: itinerários abortivos em uma capital nordestina. **Revista Estudos Feministas**. v. 25 n. 2 (2017). 25 mai. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/37275/34189>> Acesso em: 23 jun. 2022.

PRECIADO, Paul B. **Um apartamento em urano: crônicas da travessia**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2020.

RIBEIRO, Helen. “Não é um caso isolado”: barreiras para o aborto legal revitimizam meninas. **Portal Catarinas**. 5 jul. 2022. Disponível em:< <https://catarinas.info/nao-e-um-caso-isolado-barreiras-para-aborto-legal-revitimizam-meninas/>>. Acesso em: 26 jul. 2020.

RODRIGUES, Adriana. **Frente parlamentar evangélica e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres**: Entre ativismos e silenciamentos. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, 2022.

ROSENTHAL, Gabriele. **História de vida vivenciada e história de vida narrada**: a interrelação entre experiência, recordar e narrar. *Civitas*, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 227-249, maio-ago. 2014.

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cad Pagu** [Internet]. 2001; (16): 137-50. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-83332001000100008>>. Acesso em: 02 Jun 2023.

Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, Rossier C, Gerdtz C, Tunçalp Ö, Johnson BR Jr, Johnston HB, Alkema L. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. **Lancet**. 2016; 388: 258-67.

SNEED, Tierney; VOGUE, Ariane de. Site obtém rascunho de decisão que derrubaria o direito ao aborto nos EUA. **CNN Brasil**. 02 mai. 2022. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/site-obtem-rascunho-de-decisao-que-derrubaria-direito-ao-aborto-nos-eua/>> Acesso em: 02 mai. 2022.

Singh S, Remez L, Sedgh G, Kwok K, Onda T. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. **The Alan Guttmacher Institute**, New York, 2018.

SUAREZ, Joana. 90% dos abortos atendidos pelo SUS são feitos com procedimento defasado. **Revista Azmina**. 21 set. 2022. Disponível em: <<https://azmina.com.br/reportagens/abortos-atendidos-pelo-sus-sao-feitos-com-procedimento-ultrapassado/>> Acesso em: 26 set. 2022.

TORNQUIST, Carmen Susana; PEREIRA, Silvana Maria e BENETTI, Fernando José. “Usos e sentidos do Cytotec: percepções sobre o uso do “comprimido” em bairro popular de Florianópolis”. In: AREND, Silvia Maria Fávero; ASSIS, Gláucia de Oliveira e MOTTA, Flávia de Mattos (Orgs.). **Aborto e Contracepção**. Histórias que ninguém conta. Florianópolis: Insular, 2012.

Um Brasil de Marias e Josés: IBGE apresenta banco de nomes com base no censo de 2010. **IBGE**, 2016. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=1&idnoticia=3147&t=um-brasil-marias-joses-ibge-apresenta-banco-nomes-base-censo-2010&view=noticia>>. Acesso em: 12. Jun. 2022

VALENGA, Daniela. O Brasil deixa declaração antiaborto e assina compromissos de igualdade de gênero. **Portal Catarinas**. 17 jan. 2023. Disponível em: <<https://catarinas.info/brasil-deixa-declaracao-antiaborto-e-assina-compromissos-de-igualdade-de-genero/>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

VIANNA, Túlio. Legalizar o Aborto. **Portal Fórum**. Setembro de 2012. Disponível em: <<http://www.revistaforum.com.br/2012/02/09/legalizar-o-aborto/>>. Acesso em: 23 de julho de 2022.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

WATIER. **Um Introdução à sociologia compreensiva**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

WEBER, M **A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo**. São Paulo: Shwarcz LTDA, 2004.

_____, M. **Economia e Sociedade: Fundamentos de sociologia compreensiva**. São Paulo Editora: UNB, 1999.

WOOLF, Virginia. **Um teto todo seu**. São Paulo: Editora Lafonte, 2020.