

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO

JULIANA KEILA JEREMIAS DA SILVA

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL EM CASOS DE ESTUPRO:
Intersecções de gênero, raça, classe e território**

Recife
2020

JULIANA KEILA JEREMIAS DA SILVA

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL EM CASOS DE ESTUPRO:
Intersecções de gênero, raça, classe e território**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestra em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca

Recife
2020

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

S586a Silva, Juliana Keila Jeremias da.
Acesso aos serviços de aborto legal em casos de estupro : intersecções de gênero, raça, classe e território / Juliana Keila Jeremias da Silva. – 2020. 127 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2020.
Inclui referências e anexo.

1. Psicologia. 2. Mulheres. 3. Violência sexual. 4. Vítimas de estupro. 5. Aborto – Legislação. I. Fonseca, Jorge Luiz Cardoso Lyra da (Orientador). II. Título.

150 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2020-072)

JULIANA KEILA JEREMIAS DA SILVA

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL EM CASOS DE ESTUPRO:
Intersecções de gênero, raça, classe e território**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestra em Psicologia.

Aprovada em: 11/02/2020.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca
(Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Emanuelle Freitas Goes
(Examinadora Externa)
CIDACS/Fiocruz

Profa. Dra. Rosineide de Lourdes Meira Cordeiro
(Examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Ana Paula de Andrade Lima Viana
(Examinadora Convidada)
Grupo Curumim – Gestação e parto

À minha mãe, Betania Gomes, por todas as lutas vencidas para se tornar uma mulher pós-graduada, sendo uma mulher negra, pobre, vinda da zona rural e mãe de duas; por me motivar passando noites acordada recortando imagens coloridas e colando nos meus cadernos para que eu me encantasse pelos materiais escolares decorados com o seu afeto; por insistir que eu posso ser uma intelectual, que posso me dedicar a leitura e a escrita, mesmo que as desigualdades sociais estreitem minhas possibilidades de seguir este caminho; também dedico esta dissertação à minha mãe por todas as vezes que ela atravessou sozinha, a pé e a noite, a linha ferroviária que separa o bairro onde moramos do restante da cidade, após um dia exaustivo como professora de ensino fundamental na rede pública, para que eu chegasse em casa em segurança após passar o dia estudando em duas cidades diferentes com o objetivo de ingressar numa Universidade Pública; por sempre me encontrar com um sorriso fortalecedor e com toda a sua coragem inspiradora, mesmo que ainda vestida com a farda do trabalho e com o cansaço no olhar. Dedico esta dissertação a senhora para dizer que: Nós conseguimos!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à mainha, Betania Gomes, a painho, José Jeremias, e à minha irmã, Juília Jeremias, por todo amor do mundo! Por serem meu ponto de partida e de chegada. O incentivo de vocês me possibilitou chegar até aqui e me oferece as bases que preciso para continuar realizando os objetivos. Também agradeço a minha tia Luci, por todo apoio ao decorrer da minha trajetória.

Agradeço ao meu orientador, Jorge Lyra, por ter me acolhido e orientado por todos esses anos com tanto amor, afeto e carinho; por ter me guiado por caminhos nem sempre fáceis, mas de muitas belezas e aprendizados.

Agradeço à Stefanny Silva por todas as coisas lindas que construímos juntas, por ser sol e arte em minha vida e tornar essa trajetória poética, bela e mais leve. Desejo que muitos eclipses continuem ocorrendo em nossas vidas!

Também faço um agradecimento especial a Eduardo Cavalcanti, pela sensibilidade, pela escuta cuidadosa, por todo amor e afeto! Por ser equilíbrio nos momentos de desespero e preencher meus dias com alegria e carinho.

Agradeço às Companheiras do mestrado, Elaine, Priscila, Thays, Amanda, Stella e Isa e especialmente a Monaliza, pela amizade bela que construímos e pelos momentos compartilhamos de forma tão intensa ao decorrer do mestrado. Nosso encontro foi um grande presente, torna a vida mais leve e me fortalece.

Também agradeço à Talita Rodrigues, Telma Low e Dany Spósito, mulheres incríveis que me acolheram e me ensinaram tanto, quando me lancei nesse desafio de me tornar pesquisadora, sem muito entender ainda o que isso significava. Desde então me inspiro e aprendo com vocês a cada dia e tenho o prazer de tê-las como amigas tão queridas. Obrigada por tanto amor e cuidado compartilhado sempre!

Também agradeço às minhas amigas e companheiras de vida Camila Alves, Marcelly Tharcita e Elizabeth Santos. Beth, obrigada por me salvar em tantos momentos difíceis ao decorrer dessa trajetória. Você é incrível!

Agradeço às minhas amigas e amigos do Alto da Santa, bairro periférico da cidade do interior onde cresci. Gostaria muito que vocês pudessem ter tido a vida acadêmica como opção e que pudéssemos estar juntos vivenciando essas experiências. Porém, em minha trajetória trago muito do que aprendi com cada um(a) em seus modos próprios de produzir e repassar conhecimentos. Em especial agradeço à Emanuelle de Paula, por tantos ensinamentos

e pelo amor, por tudo que vivemos pelas ladeiras e escadarias do Alto da Santa durante nossa vida. Ainda temos muito a aprender e viver juntas!

Agradeço às mulheres maravilhosas Raquel Gandeslman e Isabela Cribari, com as quais tive o prazer de aprender sobre Psicologia, sobre luta, sobre a vida. Sou muito grata por ter tido vocês como supervisoras durante a formação em Psicologia e como inspirações para a vida toda. Vocês são muito queridas!

Gostaria de registrar meu agradecimento a Benedito Medrado, aprendo tanto com você e te admiro numa proporção que às vezes chega a dar medo mesmo (nós entendemos). A forma como você expressa seu conhecimento e sua desenvoltura com as palavras me fazem querer te acompanhar sempre com um gravador do lado, para não correr o risco de perder na memória uma vírgula sequer das coisas incríveis que você compartilha conosco.

Agradeço às/aos interlocutores da pesquisa, mulheres usuárias do serviço de saúde e profissionais que se dispuseram a construir essa pesquisa junto comigo, compartilhando histórias, experiências e afetos. Também agradeço ao serviço de saúde que abriu as portas para esta pesquisa e nos acolheu em seu espaço-casa.

Agradeço às/aos integrantes do GEMA pelas produções coletivas e pelos afetos compartilhados, especialmente à Jô, Sidney, Stefanny, Rayane, Laís, Jorge Luiz, Patrícia Caetano, Daniel, Yuri, Marília, José Neto e Wellington, pelas construções cotidianas.

Faço um agradecimento especial a Sidney Santos, pela sensibilidade e carinho e por ter compartilhado comigo um pouco da sua energia quando a minha estava falhando. Jamais esquecerei o quanto você foi cuidadoso e um grande amigo, se oferecendo para caminhar junto comigo quando minhas pernas não estavam dando conta deste caminho sozinha.

Agradeço à Patricia Ivanca, Mirella Lucena e Jorge Luiz, por nossa eterna e maravilhosa equipe e por todas as orientações que vocês têm me dado ao decorrer desses anos. Aprendo muito com vocês e sou grata pelo cuidado, afeto e carinho compartilhados entre nós.

Agradeço às mulheres que aceitaram compor a banca examinadora desta dissertação, Rose Cordeiro, Emanuelle Goes e Paula Viana. Construir esse processo junto com pessoas que admiro e que são referências na luta pelos direitos das mulheres dá um sentido maior, mais belo e mais potente a este trabalho.

Agradeço, por fim, à CAPES, pela concessão da bolsa de Pós-Graduação, financiamento que foi essencial ao desenvolvimento desta pesquisa.

RESUMO

Essa pesquisa teve como objetivo geral analisar o acesso de mulheres ao serviço de aborto legal em casos de estupro a partir das intersecções de gênero, raça, classe e território. Para tanto, realizou entrevistas semiestruturadas com oito profissionais de saúde e duas usuárias de um serviço de aborto legal, localizado em Recife, Pernambuco. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, inspirada no Construcionismo Social, que se posiciona epistemologicamente a partir do Feminismo. As entrevistas produzidas foram analisadas tendo como foco a análise das práticas discursivas e produção de sentidos. Os resultados apontaram que a existência dos serviços de aborto legal, apesar de representar uma conquista importante no âmbito dos direitos das mulheres, não garante por si só que elas realizem o procedimento de aborto legal em casos de estupro, pois há muitas barreiras de acesso que dificultam a chegada das mulheres aos serviços ou mesmo impedem a realização do procedimento de aborto legal. Essas barreiras estão relacionadas, entre outras coisas, a invisibilidade dos serviços de aborto legal, ao desconhecimento das mulheres acerca do direito ao aborto legal em casos de estupro, ao medo de serem desacreditadas pelos profissionais, ao medo dos julgamentos morais e de serem culpabilizadas pela violência sexual sofrida, às experiências negativas nas delegacias, a questões materiais, como a falta de recursos para o deslocamento até os serviços e à intersecção dos marcadores de gênero, raça, classe e território no contexto político atual, que tem sido desfavorável a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres.

Palavras-chave: Acesso. Violência sexual. Aborto legal. Serviços de aborto legal.

ABSTRACT

This research aimed to analyze the access of women to the legal abortion service in cases of rape from the intersections of gender, race, class and territory. To this end, it conducted semi-structured interviews with eight health professionals and two users of a legal abortion service, located in Recife, Pernambuco. It is a qualitative research, inspired by Social Constructionism, which is positioned epistemologically from Feminism. The interviews produced were analyzed focusing on the analysis of discursive practices and the production of meanings. The results showed that the existence of legal abortion services, despite representing an important achievement in the scope of women's rights, does not in itself guarantee that they perform the procedure of legal abortion in cases of rape, as there are many barriers to access that they make it difficult for women to get to services or even prevent legal abortion. These barriers are related, among other things, to the invisibility of legal abortion services, to women's ignorance of the right to legal abortion in cases of rape, to fear of being discredited by professionals, to fear of moral judgments and to be blamed for sexual violence suffered, negative experiences in police stations, material issues, such as the lack of resources to travel to services and the intersection of markers of gender, race, class and territory in the current political context, which has been unfavorable to guarantee reproductive rights of women.

Keywords: Access. Sexual violence. Legal abortion. Legal abortion services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BO	Boletim de ocorrência
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CISAM	Centro Integrado Amaury de Medeiros
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
DEAM	Delegacia especializada de atendimento à mulher
GEMA	Núcleo Feminista de Pesquisas sobre Gênero e Masculinidades
IML	Instituto Médico Legal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da mulher
PL	Projeto de Lei
PPGpsi/UFPE	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Transporte fora do domicílio
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	16
2.1	OBJETIVO GERAL	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3	MARCO REFERENCIAL	17
4	REVISÃO DA LITERATURA	36
5	METODOLOGIA	49
5.1	PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA	49
5.2	POSICIONAMENTO EPISTEMOLÓGICO	51
5.3	LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES	55
5.3.1	Local da pesquisa	56
5.3.2	Participantes da pesquisa	57
5.4	ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES PRODUZIDAS	65
5.5	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES PRODUZIDAS	66
5.6	QUESTÕES ÉTICAS FORMAIS	67
6	RESULTADOS	68
7	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	70
7.1	INVISIBILIDADE DOS SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL	73
7.2	MEDO DOS JULGAMENTOS MORAIS	80
7.3	EXPERIÊNCIA DAS MULHERES NAS DELEGACIAS	86
7.4	CULPABILIZAÇÃO DAS MULHERES	89
7.5	GÊNERO, RAÇA, CLASSE E TERRITÓRIO	98
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
	REFERÊNCIAS	112
	ANEXO A - PORTARIA Nº 1.508, DE 1º DE SETEMBRO DE 2005	120

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação integra a linha de pesquisa Processos Psicossociais, Poder e Práticas Coletivas, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Teve como objetivo analisar o acesso das mulheres ao aborto legal em casos de estupro a partir das intersecções de gênero, raça, classe e território.

O interesse por estudar saúde das mulheres, com ênfase na violência contra as mulheres e nas diversas repercussões desse fenômeno, em uma perspectiva feminista e de gênero, tem me acompanhado desde o início da graduação em Psicologia na UFPE, quando ingressei no Núcleo Feminista de Pesquisas sobre Gênero e Masculinidades-GEMA/UFPE.¹

No estágio de conclusão de curso busquei um campo que dialogasse com os temas que eu vinha trabalhando no âmbito da pesquisa e atuei como estagiária de Psicologia em um serviço de referência no atendimento às mulheres em situação de violência, localizado em Recife, Pernambuco. Esse serviço oferece atendimento integral e multidisciplinar às mulheres que sofreram violência e realiza o procedimento de aborto legal em decorrência de estupro.

A partir dessa experiência, escrevi meu trabalho de conclusão de curso (TCC) sobre o fenômeno da negação do aborto legal em casos de estupro, tendo como base o caso que acompanhei de uma usuária do serviço que teve a solicitação pelo aborto legal negada, porque a história contada por ela era incompatível com o exame médico realizado no serviço, fazendo com que ela não atendesse aos requisitos para entrar no protocolo de abortamento legal. Mesmo sendo informada que o serviço continuaria a atendendo, apesar da não realização do aborto legal, essa mulher jamais retornou para procurar atendimento.

Entre outras questões, essa experiência me mostrou que estudar saúde das mulheres significa se deparar com a questão do aborto, por se tratar de uma causa significativa de mortalidade das mulheres, principalmente quando realizado em condições inseguras (KALE et al., 2018). A partir disso optei por analisar, durante o mestrado, o acesso das mulheres aos

¹ Entre os projetos de pesquisa desenvolvidos pelo Núcleo, participei mais ativamente da Pesquisa intitulada “Avaliação da atenção a mulheres em situação de violência na rede de atenção básica em saúde no município de Recife/PE”, que contou com apoio financeiro da FACEPE, sobre o edital APQ - 13/2012 - pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde PPSUS – REDE MS/CNPQ/FACEPE/SES - 2ª rodada. A partir dos desdobramentos desta pesquisa desenvolvi, em 2015, a prática de pesquisa intitulada “Escuta e construção de vínculo no atendimento as mulheres em situação de violência na rede de atenção básica do município do Recife” e a Monografia “Sentidos construídos por mulheres sobre as práticas em saúde que vivenciam no cotidiano das unidades básicas de saúde, ambos sob orientação do Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca e apoio financeiro da FACEPE.

serviços de aborto legal em Pernambuco, pensando como mulheres distintas, atravessadas pelas dimensões de gênero, raça, classe e território acessam esses serviços.

Para tanto, compreendemos que a partir da Teoria da Interseccionalidade, é possível refletir como as diversas categoriais sociais interagem e se manifestam, considerando que os modelos clássicos de compreensão dos fenômenos de opressão dentro da sociedade baseados em sexo/gênero, raça, classe, orientação sexual, nacionalidade ou na deficiência não agem de forma independente, mas sim são inter-relacionados (NOGUEIRA, 2017).

À luz dessa teoria resistimos a qualquer tentativa de essencialização de categorias sociais e ao movimento de tratar todos os membros de um grupo social supondo que possuem as mesmas experiências. A partir da Teoria da Interseccionalidade poderemos nos atentar a multidimensionalidade das localizações sociais e das experiências (NOGUEIRA, 2017).

Outra importante questão a ser considerada quando estudamos o aborto legal em casos de estupro é que apesar do Código Penal prever a possibilidade de realização desse procedimento desde 1940, o acesso aos serviços de aborto legal não foi regulamentado por quase 50 anos. Apenas em 1989, foram realizados atendimentos a essa demanda no serviço público de saúde brasileiro de forma oficial, com a abertura do primeiro serviço especializado, no Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, conhecido como Hospital Jabaquara, localizado em São Paulo (D'OLIVEIRA et al., 2009; MELO, 2011).

De acordo com Sonia Corrêa e Maria Betânia Ávila (2003), apenas em 1997 foi aprovado o projeto de lei n. 20/1991 que legisla sobre a implantação dos serviços de aborto nos casos permitidos por lei no Sistema Único de Saúde (SUS), pela Comissão de Constituição e Justiça do Congresso Nacional. Para Vanessa Dios (2018), a omissão de quase cinquenta anos do Estado brasileiro no que diz respeito a regulamentação e oferta do acesso aos serviços de aborto previsto em lei é reflexo da invisibilidade atribuída a violência sexual contra as mulheres e da rejeição moral ao aborto.

De modo semelhante, Rosângela Talib e Maria Teresa Citeli (2005), entendem que esse intervalo expressa como, mesmo nos casos de aborto em que a lei não prevê punição, a implementação de políticas públicas de atendimento à saúde mostra-se contaminada pela legislação restritiva e punitiva vigente no Brasil.

Sobre os marcos nesse âmbito, em contexto pernambucano, podemos referir que o Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), situado em Recife-PE, foi o segundo hospital no país a implantar o serviço de assistência a mulher vítima de violência sexual e de abortamento previsto em lei, em 1996. Em 2001, foi implantado o procedimento

de aborto legal em três maternidades municipais de Recife. Para tanto, foi indispensável a ação dos Movimentos Feministas e de Mulheres em Pernambuco, inclusive pela presença de feministas na gestão municipal (MELO, 2011).

Sobre isso, Corrêa (1999), nos diz que um importante fator impulsionador para a criação de serviços de atendimento às mulheres com demanda de interrupção gestacional foi a atuação dos movimentos feministas, que àquela época discutiam, assim como continuam discutindo, o aborto no contexto dos Direitos Reprodutivos. Esses Movimentos reivindicam historicamente o direito das mulheres de decidir sobre a interrupção da gravidez e a responsabilidade do Estado pela assistência aos casos de abortamentos permitidos pela lei.

Segundo Delaine Melo (2011), a conquista da efetivação da lei sobre aborto legal não foi simples, tornou-se um dos assuntos enfrentados no processo de democratização do país. As políticas e programas voltados à atenção integral à saúde das mulheres foram concebidas em meio à forte pressão do Movimento Feminista e de Mulheres em tornar a violência contra as mulheres um problema de responsabilidade do Estado. O debate acerca da interseção entre violência contra as mulheres e direito ao aborto foi fundamental na conquista dos serviços públicos que realizam abortamento previsto em lei.

Porém, de acordo com Alberto Madeiro e Debora Diniz (2016), havia apenas 37 serviços de aborto legal no Brasil, em 2016. Isso mostra que apesar do aborto legal ser um direito, há poucos serviços disponíveis, por isso, muitas mulheres precisam percorrer longas distâncias para ter acesso ao procedimento. Ainda por cima, acompanhamos na mídia frequentes ataques e ameaças de fechamento a esses serviços, como ocorreu em 2017 com o fechamento do serviço de aborto legal do Hospital Arthur Ribeiro Saboya, conhecido como Hospital Jabaquara, pioneiro nesse tipo de atendimento no Brasil.

Além disso, como pontuam Madeiro e Diniz (2016), mesmo com os avanços obtidos através da abertura desses serviços em algumas regiões do país, as mulheres ainda vivenciam dificuldades de outras ordens para acessar o aborto legal em casos de estupro. Elas podem ter seu percurso dificultado, por exemplo, por obstáculos geográficos, institucionais ou de consciência dos profissionais que as atendem.

Do mesmo modo, Dios (2018), nos diz que a previsão legal para realização do aborto em casos de estupro não garante por si o acesso das mulheres aos serviços de saúde, pois, esse direito só pode ser de fato garantido quando as políticas de saúde conseguem disponibilizar a interrupção gestacional de forma gratuita, nos serviços públicos de saúde, sem a existência de quaisquer barreiras de acesso, sejam elas barreiras físicas, morais ou de crenças.

Diante disso, Estela Aquino et al. (2012), afirma que o movimento de mulheres tem realizado muitas denúncias de problemas enfrentados por usuárias de serviços de saúde ao serem atendidas por demandas relativas ao aborto, incluindo dificuldades de acesso aos serviços e situações de discriminação sofridas durante a internação. Nesse sentido, Melo (2011), considera que os serviços de atenção a mulheres em situação de violência, nos quais se insere o procedimento de aborto legal, apesar de representar uma importante conquista da luta dos Movimentos Feministas e de Mulheres, ainda apresentam lacunas entre o direito e o acesso, reforçando uma tendência de garantia no plano formal e restrição no plano do acesso.

Uma dessas lacunas reside na dificuldade de compreensão por parte de instituições e setores da sociedade de que as mulheres que abortam são sujeitos de direitos. Na prática, tem sido a centralidade do lugar da mulher como vítima que movimenta as políticas públicas de saúde, que regulamentam os serviços de aborto legal no Brasil (DINIZ et al., 2014). Por isso, Jimenez (2011) afirma que a instituição é uma autocriação da sociedade e, como tal, tende a reproduzir, ainda que em síntese, os mecanismos mais gerais de funcionamento das relações entre sociedade e Estado e os profissionais nesse contexto podem se colocar como extensão de um Estado que oprime e violenta seus cidadãos a pretexto de cuidar bem deles.

A partir da compreensão de que a existência dos serviços de aborto legal não tem sido suficiente para que as mulheres de fato acessem esse direito, elegemos como pergunta de pesquisa: como tem se dado o acesso das mulheres aos serviços de aborto legal em casos de estupro no Estado de Pernambuco?

Entendemos que ao responder essa pergunta poderemos identificar elementos que potencializem estratégias de garantia do acesso ao aborto legal em decorrência de estupro. Além disso, a justificativa desta dissertação relaciona-se a importância política e científica que demarca o tema do aborto no Brasil, uma vez que, ainda se tem em curso uma disputa entre vários setores da sociedade sobre essa temática, que se traduz em dificuldades de acesso ao aborto, mesmo em casos de legalidade.

O texto desta dissertação está organizado em quatro capítulos, o primeiro corresponde ao Capítulo teórico, composto pelo Marco Referencial sobre Direitos Reprodutivos e seu percurso no campo na saúde, nele apresentamos o conceito de Direitos Reprodutivos e as lentes que utilizamos para analisar o fenômeno com o qual trabalhamos. Em seguida, há uma revisão de literatura sobre Violência sexual e acesso ao aborto legal, com objetivo de apresentar o que vem sendo produzido sobre essa temática nos últimos anos, a partir de um diálogo entre autoras(es) que estudam a questão do aborto/aborto legal em decorrência de estupro.

A segunda parte do texto diz respeito ao capítulo metodológico, ele é composto por uma apresentação da Perspectiva teórico-metodológica que embasa o trabalho. Em seguida, há uma seção sobre o Posicionamento epistemológico com o qual dialogamos. Depois é explicitado o processo de levantamento de informações, há uma descrição sobre o local e as participantes da pesquisa, seguida pela seção que explicita o processo de organização das informações produzidas e o processo de análise.

O capítulo três corresponde aos resultados e discussões, na primeira parte do capítulo são explicitadas as categorias analíticas que surgiram a partir da análise, de forma descritiva. Em seguida há uma leitura crítica sobre essas informações e o diálogo com a literatura. Por fim, há o capítulo destinado às considerações finais.

2 OBJETIVOS

Nesta seção serão apresentados os objetivos da pesquisa.

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o acesso das mulheres ao serviço de aborto legal em casos de estupro a partir das intersecções de gênero, raça, classe e território.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analisar como as mulheres que realizaram o procedimento de aborto legal em casos de estupro compreendem o acesso a esse procedimento;
- Compreender os sentidos produzidos sobre o acesso das mulheres ao aborto legal em decorrência de estupro pelos profissionais;
- Identificar possíveis dificuldades vivenciadas pelas mulheres ao tentarem acessar o serviço de aborto legal após engravidarem em decorrência de um estupro.

3 MARCO REFERENCIAL

Este capítulo apresenta algumas considerações sobre o conceito de Direitos Reprodutivos e a trajetória desses direitos no contexto brasileiro, com ênfase em seu percurso pelo campo da Saúde. Além disso, discute como os Direitos Reprodutivos e os fenômenos que compõem esse campo não podem ser pensados de maneira universal para todas as mulheres, por compreendermos que os marcadores de gênero, raça, classe se interseccionam produzindo experiências singulares para mulheres distintas.

Para tanto, busquei tecer diálogos entre autoras de referência, em sua maioria, autoras clássicas que empreenderam suas trajetórias políticas e/ou acadêmicas na construção desse campo. A utilização de referências que remontam a momentos históricos anteriores, para a composição do marco referencial, se deu pela compreensão de que o tema sobre o qual se trata esta dissertação faz parte de um campo que vem sendo construído a partir de muitas lutas e possui uma longa trajetória que precisa ser lembrada e respeitada no momento atual.

Contudo, esse capítulo não visa apresentar um panorama exaustivo acerca da trajetória dos direitos reprodutivos e das produções de referência nesse campo, mas sim busca perpassar por alguns acontecimentos históricos e fazer apontamentos necessários à compreensão do conceito de Direitos Reprodutivos e seu percurso pelo campo da saúde.

Sinalizo que por este se tratar de um campo de muitas tensões e disputas, muitas coisas se modificaram ao decorrer do tempo, por isso, não é possível pensar os contextos apresentados como estáticos, o que trago é um percurso tenso, dinâmico, fluído e contínuo. Como pontua Leila Basterd (1998), a própria ênfase a determinados temas referentes aos Direitos Reprodutivos se modifica ao decorrer das décadas e a repercussão acerca de cada problemática se modifica de acordo com o momento histórico mais amplo que está sendo vivenciado.

Sobre o conceito de Direitos Reprodutivos, compreendo, assim como pontua Betânia Ávila (2003), que esse pode ser pensado a partir de várias abordagens dependendo da visão teórico-política que se pretende usar como perspectiva. Porém, algo que podemos entender como consenso, a partir das autoras utilizadas neste marco referencial, é a importância do Feminismo na construção desse campo teórico-prático. Como sinaliza Ávila (2003), o feminismo lançou os questionamentos e as ideias que historicamente produziram o conceito de Direitos Reprodutivos.

Nesse contexto, entendemos a prática feminista como práxis discursiva de construção de saberes, sentidos e de ressignificação. Também a entendemos como uma ação que põe em

movimento novas formas de linguagem e que geram diferentes práticas discursivas, além de ser uma maneira de lançar uma voz própria ao mundo, em busca de legitimação e ações transformadoras (DIEZ, 2001).

Corrêa e Ávila (2003), também argumentam que o uso e o entendimento do conceito de Direitos Reprodutivos não são universais. Além disso, elas informam que eles foram incorporados pelo vocabulário de setores da justiça e profissionais da saúde de forma diferente do proposto pelas feministas.

Nesses âmbitos, é comum a prevalência de compreensões estritamente relacionadas a epidemiologia ou à área jurídica, sem considerar o conceito como estratégia discursiva capaz de incidir sobre a argumentação política, alterar práticas, relações de poder e normas. Ainda, de acordo com essas autoras, desenvolve-se uma permanente disputa semântica e política sobre o conceito de Direitos Reprodutivos entre diversos setores (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

Sobre a construção dos Direitos Reprodutivos como campo teórico e prático, podemos entender a partir de Angela Davis (2016), que o desejo das mulheres de ter controle sobre seu sistema reprodutivo é provavelmente tão antigo quanto a história. Em épocas remotas já havia registros de receitas de alimentos, produtos e medicamentos compartilhados entre as mulheres com efeitos contraceptivos. Contudo, os direitos reprodutivos só surgiram de maneira organizada e como uma reivindicação política legítima depois que os direitos das mulheres de forma mais ampla tornaram-se foco de um movimento político organizado.

Como sinaliza Rebecca Cook (2002), ao longo dos séculos, as leis criminais foram o principal instrumento utilizado pelos governos para o controle da reprodução e sexualidade das mulheres, especialmente através do controle de natalidade e de formas estigmatizadas de comportamentos sexuais, tendo como base parâmetros morais e religiosos. Por isso, era necessária a construção de um campo que garantisse a proteção e promoção dos direitos das mulheres nesse âmbito para além de uma perspectiva punitiva.

No Brasil, o discurso sobre planejamento familiar, embora de forma diferente da que conhecemos hoje, se expressava desde o Período Colonial. Durante esse período, a Igreja Católica sustentou o ideário social de melhoria da raça brasileira através da construção de uma sociedade portuguesa cristã. Para que esse projeto tivesse sucesso, o controle reprodutivo e a intervenção na vivência sexual das mulheres, através dos discursos cotidianos proferidos pela Igreja, foram fundamentais (BLUGIONE, 2002).

Essa política de melhoramento da raça por meio do controle reprodutivo das mulheres esteve presente no cenário brasileiro do Período Colonial até a República. Após a década de 30, marcada pelo desenvolvimento do pós-guerra, as ideias de Malthus sobre os perigos da

superlotação populacional e a conseqüente escassez de comida foi disseminada. A partir dela, a pobreza passou a ser justificada pelo número populacional e não pelas desigualdades sociais e políticas públicas de concentração de riquezas. Tais compreensões deram base a discussão sobre planejamento familiar durante longo período (BLUGIONE, 2002).

Samantha Buglione (2002), também nos informa que na década de 70, o discurso do regime militar seguia uma lógica semelhante, defendendo que a segurança nacional estaria ameaçada pelo grande contingente de pessoas pobres e por suas famílias numerosas. Essa ideia foi reforçada por concepções eugênicas acerca da existência de uma sub-raça brasileira.

Nesse período, a participação das mulheres na luta contra a ditadura construía-se em paralelo às lutas pelos seus direitos civis e políticos e grupos de mulheres foram inserindo ao debate a discussão sobre sexualidade e reprodução, pensando numa lógica de expansão desses direitos. Essas mulheres já sinalizavam a necessidade de ruptura com o clássico lugar social atribuído as mulheres e a necessidade de repensar as relações sociais (BLUGIONE, 2002).

Desta forma, o feminismo brasileiro foi um dos primeiros no âmbito dos países em desenvolvimento a adotar amplamente a linguagem dos Direitos Reprodutivos, além disso, desde a década de 1970, a sexualidade passou a ocupar um lugar central na agenda feminista brasileira, o que não aconteceu em outros países do Sul. O conceito de Direitos Reprodutivos foi incorporado pelas feministas brasileiras quando o discurso sobre direitos e cidadania era central ao debate político e às transformações socioculturais provenientes da redemocratização do país, o que influenciou na forma como as brasileiras interpretaram o seu significado (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

Ávila (2003), também sinaliza que o processo de construção dos Direitos Reprodutivos no Brasil se integra ao processo mais amplo do movimento de construção da democracia. Como dito anteriormente, a inclusão desse debate na pauta política começou a ocorrer no final dos anos 70, no período de regime militar, porém, os debates que passaram a colocar o corpo das mulheres como tema da política, com foco na questão do aborto e na sexualidade, se instalam de maneira mais expressiva nos anos 80. Podemos situar ainda que, de acordo com Ávila (2003), os temas iniciais do debate sobre Direitos Reprodutivos no contexto brasileiro foram aborto e contracepção, trazendo a ideia de autonomia das mulheres sobre suas opções reprodutivas e sexuais.

Como Jacqueline Pitanguy (1999) argumenta, ao decorrer do processo de democratização do país também aconteceram as primeiras experiências de elaboração de políticas públicas com base na perspectiva de gênero, em paralelo, houve o crescimento da presença de mulheres no Legislativo e em cargos do Executivo. Assim, um dos motivos

atribuídos a visibilidade assumida pelo movimento feminista brasileiro na construção dos Direitos Reprodutivos se deu pela presença de feministas em espaços governamentais.

Outro elemento importante para compreendermos esse contexto é que a luta pelos direitos reprodutivos esteve atrelada desde seus primórdios ao lugar social ocupado pelas mulheres. Então, não foi coincidência o fato de a consciência das mulheres sobre seus direitos reprodutivos ter se fortalecido a partir do movimento organizado em defesa da igualdade política. Pois, se elas permanecessem sobrecarregadas por sucessivos partos e abortos espontâneos dificilmente conseguiriam exercitar os direitos políticos que estavam lutando para conquistar (DAVIS, 2016).

Também existia o desejo e a luta das mulheres pela possibilidade de construir uma carreira profissional e outros caminhos possíveis de autodesenvolvimento para além do casamento e da maternidade e isso só poderia se concretizar se as mulheres passassem a conseguir planejar e limitar as gestações (DAVIS, 2016).

Como afirmam Paula Gonzaga e Lina Aras (2015), a maternidade compulsória, a criminalização social e jurídica das mulheres e a redução das mulheres a um corpo reprodutivo são utilizadas como estratégias de controle de sua individualidade e de suas potencialidades políticas. Nesse sentido, Ávila (2002), pontua que a construção da esfera da vida privada como lugar de liberdade e o acesso das mulheres à esfera pública é indissociável, tendo como objetivo a cidadania e a democracia.

Deste modo, podemos compreender que a noção de Direitos Reprodutivos se constrói a partir da prática política das mulheres diante de suas demandas no âmbito reprodutivo (ÁVILA, 1993). Como pontuam Ávila e Corrêa (1999), a preocupação original do feminismo foi o reconhecimento das mulheres como sujeitos da experiência e agentes de mudança e com base em suas vivências foram construídos os temas centrais para o movimento.

Até a metade da década de 1980 as demandas das mulheres nesse âmbito eram expressas pelo conceito de saúde integral da mulher, ele era utilizado para articular aspectos relacionados à reprodução biológica e social às premissas de direitos de cidadania. O campo “Saúde da mulher” surgiu como estratégia para expressar no debate público o lema feminista da década de 1970: “Nosso corpo nos pertence”. Podemos entender a partir disso que o campo da saúde foi muito importante para que os Direitos Reprodutivos fossem ganhando força no Brasil como uma reivindicação política legítima (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

Segundo Ávila e Corrêa (1999), a ideia contida no lema *nosso corpo nos pertence* se ancora na compreensão de que o corpo de cada pessoa é o lugar primeiro da existência humana, a partir dele as experiências individuais e os processos coletivos ganham sentido,

assim, ao falar de corpo como elemento central às lutas das mulheres, as feministas se referiam tanto a dimensão material como à dimensão simbólica da existência, pensando a existência corporal em uma perspectiva biológica, mas também social e política.

De acordo com as mesmas autoras, é essencial para uma concepção de cidadania das mulheres, na perspectiva feminista, desconstruir o lugar do corpo como destino biológico e a heteronomia em que os corpos femininos é colocada, de modo que as mulheres superem o “desposseimento de si”. Foi a partir da construção dos Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais que esse fundamento básico pôde ser concebido em muitas esferas da sociedade.

Retomando as ideias sobre a construção do conceito de Direitos Reprodutivos, sinalizo que segundo Corrêa e Ávila (2003), a mudança da terminologia “Saúde da mulher” em direção ao uso do conceito de Direitos Reprodutivos iniciou-se em 1984, quando um grupo de feministas brasileiras retornou do I Encontro Internacional de Saúde da Mulher. Nesse encontro introduziu-se o termo Direitos Reprodutivos, criado pelas feministas norte-americanas, por entender-se que esse é um conceito mais adequado para traduzir a ampla pauta que envolve as questões reprodutivas das mulheres.

Os esforços teóricos e políticos em relação ao debate sobre esse conceito continuaram e alguns importantes marcos precisam ser considerados para melhor compreendermos esse processo, entre eles a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo, em 1994. Nesta conferência o conceito de Direitos Reprodutivos foi consagrado num documento das Nações Unidas e ganhou visibilidade internacional, também foram estabelecidos acordos internacionais neste âmbito assumidos por quase duas centenas de países (CORRÊA et al., 2015; CORRÊA; ÁVILA, 2003).

O conceito foi reiterado e os acordos foram ampliados na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na cidade de Pequim (Beijing), em 1995. A partir do desenrolar destas conferências, organizações multilaterais, governamentais, não governamentais e a sociedade civil em geral têm-se mobilizado para garantir o cumprimento e fiscalizar a implantação desses acordos (CORRÊA et al., 2015). É importante sinalizar que, segundo Ávila (2003), as feministas brasileiras estavam presentes nesses dois momentos de internacionalização e definição mais ampla dos Direitos Reprodutivos.

De acordo com Blugione (2002), as Conferências de Cairo e Pequim e a Constituição Federal de 1988 geraram consequências positivas em relação aos Direitos Reprodutivos, principalmente no perfil dos serviços públicos de saúde que passaram a ser oferecidos. Essas conquistas refletem a mobilização e as lutas dos movimentos de mulheres no Brasil e no mundo.

Contudo, o desafio que ainda enfrentamos é o de que os compromissos políticos assumidos pelos governos em Cairo e em Pequim sejam transformados em deveres legais que de fato respeitem os Direitos Reprodutivos. Espera-se, assim, que leis sejam empregadas como força positiva na proteção e promoção da saúde e autodeterminação reprodutiva (COOK, 2002). No contexto brasileiro, as leis referentes aos direitos reprodutivos das mulheres ainda são muito limitadas, especialmente no que diz respeito a questão do aborto.

Como pontua Cook (2002), tratar as questões reprodutivas a partir de um viés punitivo tem efeitos prejudiciais à saúde e bem-estar das pessoas. Por isso, é necessário que propostas que desafiam as leis patriarcais, exigindo o acesso de qualidade a serviços de reprodução e saúde sexual, como uma questão de Direitos Humanos e justiça social, sejam fortalecidas em detrimento à ênfase que tem sido dada à criminalização das mulheres.

De acordo com Ávila (2003), os Direitos Reprodutivos são reconhecidos como valores democráticos e estão na agenda política dos contextos nacionais e internacionais. Eles fazem parte, juntamente com os direitos sexuais, do bojo dos Direitos Humanos. Wilza Villela e Margareth Arilha (2003, p. 135), reconhecem os Direitos Humanos “[...] não como um conjunto de normas estanques, mas como um processo dinâmico de negociação entre indivíduos, grupos e Estado, visando o bem de todos e o respeito à cidadania.”

Segundo Villela e Arilha (2003), os Direitos Humanos são direitos universais inerentes à condição de pessoa. Os Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais fazem parte da terceira geração dos Direitos Humanos, dizem respeito aos valores de solidariedade. Eles representam uma conquista histórica, resultante da luta pela cidadania e pelos direitos humanos ao longo de muitas décadas, tanto no Brasil como em âmbito internacional (CORRÊA et al., 2015).

Corrêa et al. (2015), nos dizem que os Direitos Reprodutivos significam que toda pessoa tem liberdade de escolha para definir quando, como e quantos filhos quer ter, incluindo a possibilidade de não ter filhos, também diz respeito a possibilidade de contrair matrimônio de maneira livre, havendo pleno consentimento de ambas as pessoas. De maneira aproximada, Ávila (2003), considera que, na perspectiva feminista, os Direitos Reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva.

Além das implicações no âmbito das liberdades individuais, esses direitos também estão relacionados à esfera pública, pois, como pontuam Sônia Corrêa e Rosalind Petchesky (1996), quando pensamos os Direitos Reprodutivos, além das noções essenciais de integridade corporal e controle sobre o próprio corpo também precisam ser consideradas as relações que as mulheres estabelecem com filhos, parceiros sexuais, membros da família, a comunidade e a sociedade como um todo, pois as decisões reprodutivas envolvem todas essas

relações, visto que, “o corpo existe em um universo socialmente mediado” (CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p. 149).

Os Direitos Reprodutivos implicam na restrição a qualquer tipo de controle coercitivo da natalidade e a qualquer tipo de imposição que implique a proibição de uso de métodos contraceptivos. Assim, o respeito aos Direitos Reprodutivos, tanto no âmbito individual como na esfera pública, implica que nenhuma pessoa seja obrigada a engravidar, a usar métodos anticoncepcionais, a não abortar ou a realizar um aborto forçado (CORRÊA et al., 2015).

Corrêa e Petchesky (1996) definem o campo dos Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais em termos de poder e de recursos, em relação a esfera do poder elas se referem a possibilidade de tomar decisões com base em informações seguras sobre a fecundidade, gravidez, educação dos filhos, saúde ginecológica e atividade sexual e recursos diz respeito às possibilidades de colocar em prática tais decisões de forma segura.

Uma questão fundamental à compreensão dos Direitos Reprodutivos é entender que apesar dos deles e dos Direitos Sexuais fazerem parte de um conjunto mais amplo de direitos humanos que se inter-relacionam, ambos possuem definições distintas e não é possível pensá-los a partir de uma fusão. Além de diferentes definições, eles também possuem trajetórias políticas distintas de criação (CORRÊA et al., 2015).

A formulação inicial do conceito de Direitos Sexuais se deu na década de 1990, no âmbito dos movimentos gay e lésbico na Europa e nos Estados Unidos, as aproximações com o movimento feminista ocorreu por alguns segmentos deste movimento considerarem a sexualidade como domínio essencial para compreender e transformar as desigualdades de gênero (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

Diante disso, sinalizo que utilizarei esses conceitos conjuntamente em alguns momentos do texto devido às aproximações existentes entre eles e especialmente porque o tema central desta pesquisa dialoga em muitos momentos com os dois conceitos de maneira conectada, pois, os direitos sexuais buscam também responder a tensões sociais como a violência sexual (VILELA, 2002) e o aborto, por sua vez, se configura como um tema central aos Direitos Reprodutivos, mas demarco que não os compreendo como uma fusão.

Compreendo que pensá-los a partir de uma fusão seria incompatível com as demandas e lutas que culminaram na construção desses direitos. Pois, como pontua Corrêa et al. (2015), a atividade sexual humana não implica necessariamente em reprodução e embora a reprodução geralmente envolva a atividade sexual, há muitas técnicas que possibilitam a reprodução sem a necessidade de práticas sexuais, por exemplo. Assim, a insistência em pensar a sexualidade e reprodução de maneira associada atenderia às pressões do

conservadorismo moral, corroborando a ideia de que a regulação da sexualidade seja sempre orientada para a procriação.

Nesse sentido, Ávila e Corrêa (1999), sinalizam que pensar a cidadania como prerrogativa que se aplica às esferas da reprodução e sexualidade demanda a desnaturalização desses domínios e exige a desconstrução do paradigma que biologiza o feminino no social, determinando o lugar do feminino ao campo privado e limitando sua ação na esfera pública.

Segundo Wilza Vilela (2002), a literatura feminista, inspirada na perspectiva de gênero, há muito busca sistematicamente separar as noções de reprodução e sexualidade, buscando desconstruir a ideia de procriação como um dever natural dos seres humanos e problematizando a noção de sexualidade como impulso e instinto natural com função de garantir o dever de procriação. Apesar disso, essas noções ainda se fazem presentes no senso comum e influenciam as práticas de saúde e direito. Por isso, é essencial fazer essas diferenciações conceituais de forma contínua, pois, como sinaliza Vilela (2002), embora existam conexões entre as ideias de sexo e reprodução, elas são valores socioculturais, econômicos e subjetivos diferentes.

Diante disso, Corrêa et al. (2015), pontuam que gênero, sexualidade e reprodução são esferas da vida que se tangenciam, mas ao mesmo tempo correspondem a terrenos distintos em termos de representação, significados e práticas. Por isso, ter discernimento sobre as diferenças entre esses conceitos e entre Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais é um esforço necessário.

Segundo Ávila (2003), a formulação dos direitos reprodutivos e as conquistas nesse campo significam para as mulheres romper com a sujeição a uma lei exterior, com a ausência de autonomia a que sempre estiveram submetidas, em relação ao uso de seus próprios corpos, pois todas as regras e tabus que controlam e reprimem as vivências corporais das mulheres no campo da sexualidade e da reprodução foram historicamente determinadas pelos homens.

Como podemos identificar ao decorrer do texto, a noção de corpo é bastante presente no discurso sobre os Direitos Reprodutivos. Nessa perspectiva, consideramos a importância de utilizar o conceito de gênero para aprofundarmos essa compreensão. Pois, como pontua Bandeira (1999), as hierarquias entre os gêneros se constroem a partir dos usos e significados atribuídos ao corpo.

A compreensão sobre ser mulher, por exemplo, significa responder a uma série de imposições construídas pelo ideário cultural, como ter um corpo dócil, desejante, harmonioso, possuir uma sexualidade sadia e se submeter a práticas sexuais normativas voltadas a procriação. Assim, a partir da apropriação e controle sobre os corpos femininos, foi relegado

às mulheres, sobretudo brancas, o lugar social da reprodução e da maternidade como único destino possível e às mulheres negras foi relegado o lugar de ama de leite do filho da mãe branca, babá e/ou empregada doméstica, ao decorrer de toda a construção histórica do Brasil.

A categoria gênero não desconsidera os elementos da biologia em sua análise, mas fundamenta-se na análise dos aspectos que são socialmente construídos, assim, podemos entender que a própria noção de corpo é socialmente construída, de modo que não seria possível pensá-la a partir do determinismo biológico (BANDEIRA, 1999).

Buglione (2002), afirma que os significados do ser masculino e do ser feminino são determinados pela cultura de uma sociedade particular. De maneira aproximada, Bandeira (1999), afirma que os significados atribuídos ao corpo podem variar em diferentes culturas e espaços, além de variar no tempo, assim, os sentidos que se dá culturalmente a ser homem e ser mulher nem sempre são os mesmos nos diferentes espaços sociais e geográficos.

Essas compreensões refletem a fragilidade do que tem sido posto socialmente como algo fixo, imutável e concreto: a noção de ser mulher e ser homem a partir de determinismos biológicos relacionados ao corpo. Para que aconteça a desconstrução do lugar social de subordinação atribuído às mulheres é necessário que essas noções sejam problematizadas, assim como, a polissemia de conteúdos supostamente fixos relativos ao masculino e ao feminino (BANDEIRA, 1999).

Nesse sentido, Vilela (2002) sinaliza que a autonomia das mulheres em relação a seu corpo e a conquista dos Direitos Reprodutivos e dos Direitos Sexuais não poderia se concretizar sem a desconstrução da ideia de que ser homem e ser mulher são fatos dados, objetos da natureza e imutáveis.

Outra questão necessária a ser pontuada é que apesar da construção dos Direitos Reprodutivos estar diretamente relacionada as demandas e lutas das mulheres na esfera reprodutiva, os direitos reprodutivos não se restringem às mulheres, também incluem os homens, considerando suas responsabilidades e capacidades de decisão no âmbito da reprodução e de regulação da fecundidade (CORRÊA et al., 2015).

Segundo Buglione (2002), no que se refere a reprodução, por exemplo, pouco foi discutido sobre o lugar dos homens nesse processo, nem sobre paternidade, especialmente até a década de 90. Para a autora, isso pode ter acontecido pela necessidade de alguns segmentos de demarcar as mulheres como sujeito de direitos quando se fala em direitos reprodutivos. No entanto, a ausência dos homens nessa discussão reforça um modelo clássico que compreende a reprodução como de responsabilidade apenas das mulheres.

Como argumenta Jorge Lyra (2008), a noção de que os homens não se interessam por questões relativas à reprodução e de que o planejamento familiar e o cuidado dos filhos são atribuições estritamente das mulheres está embasada numa perspectiva machista e sexista. Essa compreensão impede as mulheres e os homens de vivenciarem o pleno exercício de seus direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Além disso, é fundamental explicitar que ao decorrer deste trabalho ao fazer referência às “mulheres” me refiro as mulheres cisgênero, por se tratar de um recorte assumido nesta pesquisa. Mas estou ciente de que os Direitos Reprodutivos não se limitam a essa população, são direitos que precisam ser garantidos a todas as pessoas, como pontuam Corrêa et al. (2015). A questão do aborto, temática central neste trabalho, por exemplo, necessita ser pensada em relação a todas as pessoas com útero, grupo do qual não fazem parte apenas as mulheres, mas também homens transexuais, pessoas não binárias, entre outras.

Uma questão necessária à compreensão dos Direitos Reprodutivos consiste no entendimento de que este não é um campo acabado, desde o princípio de sua formulação tem sido atravessado por uma série de tensões entre diferentes setores sociais, assim, podemos compreendê-lo como um campo em permanente disputa. Neste sentido, Ávila (2003), argumenta que isso se relaciona a persistente desigualdade entre homens e mulheres, que se configura como impedimento para a liberdade reprodutiva e sexual das mulheres.

Como percebemos corriqueiramente, há uma forte reação, no cenário político, por parte dos setores conservadores contra as propostas feministas de transformação social e cultural no campo reprodutivo. Isso representa um mecanismo de manutenção da dominação masculina patriarcal sobre a vida reprodutiva e sexual das mulheres (ÁVILA, 2003). Este mecanismo faz com que, apesar das diversas lutas e reivindicações das mulheres em prol da garantia dos direitos reprodutivos, as questões relativas a esse âmbito, como a maternidade voluntária e a luta pelo aborto legal e de fácil acesso ainda sejam temas controversos e repletos de tensões.

É relevante pontuar que, desde sua criação, os Direitos Reprodutivos não são vivenciados de forma universal pelos diferentes grupos de mulheres. Muitas propostas que visavam a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres não consideravam as especificidades de raça e classe, fazendo com que se tornassem objetivos inatingíveis para mulheres negras e as mulheres pobres.

Como afirma Davis (2016), as primeiras reivindicações em relação ao controle de natalidade, nos Estados Unidos, foram associadas a objetivos que só poderiam ser atingidos por mulheres de classes sociais favorecidas, conseqüentemente, um grande número de

mulheres pobres e da classe trabalhadora não se identificou com o movimento pelo controle da natalidade, pois não se sentia representada pelas pautas do movimento.

De forma semelhante, Leila Barsted (1998), nos diz que, no Brasil, a luta do movimento feminista em torno do lema “nosso corpo nos pertence” foi considerada por alguns setores como politicamente incoerente diante das questões sociais do país. A articulação entre direitos individuais e direitos coletivos eram pensados nesse período mais em uma lógica de oposição que complementariedade e houve uma forte tendência dos setores progressistas de considerarem as demandas por direitos individuais como provenientes do liberalismo burguês.

Segundo Barsted (1998), a dificuldade em lidar com os direitos coletivos e direitos individuais como complementares e não antagônicos, pensando a garantia de Direitos Reprodutivos também para as massas empobrecidas da população e para as mulheres negras, pode ter sido um dos fatores que explica a diminuição das ações do movimento feminista, a partir da década de 90, junto à sociedade civil e ao Estado na luta pela legalização do aborto enquanto acontecia, em paralelo, o fortalecimento da luta contra a prática abusiva de esterilização, que atingia de maneira substancial as mulheres negras e pobres do Brasil.

Corrêa e Ávila (2003), informam que desde a emergência do debate sobre esterilização, na década de 1980, essa questão está relacionada a controvérsia quanto ao controle populacional. Enquanto a questão do aborto se relaciona a dimensão da liberdade reprodutiva, a esterilização condensa o debate sobre coerção procriativa, assim, no Brasil, os altos percentuais de esterilização implicam que a demandas das mulheres por métodos contraceptivos foi respondida com falhas de políticas públicas e distorções.

No Brasil, a política de esterilização das mulheres, atingiu, sobretudo, mulheres negras, pobres e nordestinas. As políticas populacionais internacionais influenciaram nesse contexto, bem como as ideias neomalthusianas de que o crescimento populacional nos países em desenvolvimento era a causa dos problemas ambientais mundiais. Além disso, houve a influência do Movimento de Controle de Natalidade e do Movimento eugênico, iniciado nos Estados Unidos e em alguns países da Europa, respectivamente, baseado no racismo internacional, que desde seus primórdios defendiam a esterilização feminina, inclusive de maneira compulsória (MOLINA, 1999).

Julgo necessário explicitar tais situações e contextos por entender que o fenômeno da esterilização feminina explicita como há muitas décadas as questões relativas aos direitos reprodutivos precisam ser pensadas a partir da dimensão de raça, classe e território, além das questões de gênero. Como pontua Buglione (2002), não é possível pensar a prática da

esterilização das mulheres brasileiras de maneira desvinculada das desigualdades sociais existentes no país e entendemos que, do mesmo modo, não é possível pensar sobre aborto e aborto legal sem considerar os contextos sociais mais amplos.

Nesse sentido, Ávila e Corrêa (1999), argumentam que para compreendermos as especificidades do movimento feminista brasileiro, na luta por Direitos Reprodutivos, é necessário entendermos que as premissas originais de direito ao corpo, numa perspectiva de liberdade individual, foram influenciadas pelo processo mais amplo de democratização do país. Assim, houve uma reorganização dessas premissas, de modo a considerar que a autonomia das mulheres só pode ser pensada em associação com a justiça social, pois, para que os Direitos Reprodutivos sejam garantidos para as diferentes pessoas é preciso levar em consideração as dimensões de gênero, raça e classe, de forma democrática.

No contexto brasileiro, as lutas, demandas e sentidos construídos sobre os Direitos Reprodutivos têm sido distintos para mulheres de diferentes grupos sociais e localidades regionais. Corrêa e Petchesky (1996), sinalizam que quando as mulheres negras nas sociedades do Norte e as mulheres de países do Sul passaram a investir no desenvolvimento dos significados dos Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais, estes significados se expandiram. Os Direitos Reprodutivos passam a agregar um conjunto de necessidades mais amplas que a regulação da fecundidade, incluindo, por exemplo, mortalidade infantil e materna, infertilidade, esterilização indesejada, desnutrição de meninas e mulheres, mutilação genital feminina, violência sexual e doenças sexualmente transmissíveis.

Além disso, passou-se a se construir uma melhor compreensão acerca da influência de condições estruturais nas decisões sexuais e reprodutivas, tais como cortes nos investimentos sociais por efeito de programas de ajuste estrutural, falta de transporte, de moradia, água, estruturas sanitárias, analfabetismo e pobreza (CORRÊA; PETCHESKY, 1996).

Mais um elemento importante que ilustra como as demandas das mulheres negras e pobres precisam ser pensadas a partir de outros parâmetros, mesmo quando aparentemente dizem respeito a um direito universal para mulheres de diferentes grupos étnicos e classes sociais, pode ser percebido no exemplo citado por Davis (2016), ainda se referindo ao contexto estadunidense, onde o aborto é legalizado.

Em meados de 1970, foi aprovada a emenda Hyde pelo Congresso dos Estados Unidos, ela determinou a retirada dos fundos federais para abortos, com isso, mulheres negras, porto-riquenhas, de origem mexicana, indígenas e mulheres brancas pobres foram destituídas do direito a abortos legais. Em contrapartida, as esterilizações cirúrgicas,

financiadas pelo Departamento de Saúde, continuaram gratuitas e mais mulheres negras e pobres foram levadas a optar pela infertilidade permanente (DAVIS, 2016).

Esse acontecimento nos Estados Unidos pode ser pensado para outros contextos e momentos históricos, demonstrando que apenas a existência do direito ao aborto, enquanto liberdade individual não é suficiente para que as mulheres negras e/ou pobres tenham de fato o direito garantido, pois, os Direitos Reprodutivos de mulheres de grupos sociais oprimidos vão além das possibilidades de escolhas reprodutivas de forma livre e individual, demandam a existência de condições materiais e sociais que possibilitem essas escolhas.

Como sinalizam Ávila e Corrêa (1999), para que de fato possamos falar em liberdade individual é necessária a construção de condições objetivas e subjetivas para tanto. De maneira semelhante, Buglione (2002), nos diz que os significados de direitos reprodutivos são diversos para diferentes pessoas e um desafio presente nesse campo consiste no fato de que não é suficiente o seu reconhecimento como direito para que haja sua garantia. É preciso conciliar os direitos sociais e difusos, autonomia e direitos individuais, a partir da garantia da justiça social.

Corrêa e Petchesky (1996), argumentam que para que as decisões reprodutivas sejam tomadas de maneira livre e não determinadas pelas circunstâncias ou pelo desespero é necessário que existam condições básicas ao exercício dos Direitos Reprodutivos Assim, o que as feministas denominam como autonomia feminina contempla também fatores materiais e de infraestrutura, tais como transporte, creches, subsídios financeiros, bem como serviços de saúde acessíveis, humanizados e bem equipados.

Nessa perspectiva, Corrêa e Petchesky (1996), sinalizam que pensar os direitos reprodutivos a partir de uma presunção de universalidade, inclinação individualista e a partir de uma dicotomia entre público e privado deve ser reconstruído. De modo que seja possível especificar diferenças de gênero, classe, cultura, entre outros, além de haver o reconhecimento das necessidades sociais. Pois, os direitos reprodutivos compreendidos como liberdades privadas ou escolhas individuais não têm sentido, especialmente para os grupos sociais mais pobres e privados de direitos, sobretudo, quando estão ausentes as condições que permitem o exercício desses direitos.

Corrêa e Petchesky (1996), também fazem uma pertinente análise semântica acerca dos termos “livre” e “voluntária”, termos comumente usados quando nos referimos as decisões reprodutivas. De acordo com elas, esses termos não têm o mesmo sentido que os termos “isolada” e “individualmente”, informando assim, que o fato de expressarmos que é direito das mulheres fazer escolhas reprodutivas de forma livre e voluntária não significa que

essas escolhas serão feitas de maneira isolada e individualmente, pois, em cada caso concreto devem ser examinados múltiplos fatores sociais, econômicos e culturais envolvidos na tomada de decisão de uma mulher.

Como sinaliza Vilela (2002), a relação entre Saúde reprodutiva e Direitos Reprodutivos é indissociável e relacional, visto que, não seria possível pensar em saúde reprodutiva sem considerar a autonomia em relação ao próprio corpo, do mesmo modo, para haver o pleno exercício dos Direitos Reprodutivos é necessário que haja disponibilidade de acesso a meios contraceptivos seguros e o suporte necessário em caso de falhas e intercorrências desses meios.

Porém, essa relação não foi construída sem tensões, o embate com a lógica biomédica dos serviços de saúde se fez presente ao decorrer de toda a luta pela garantia dos Direitos Reprodutivos das mulheres. As feministas passaram a utilizar-se teoricamente do pensamento de Foucault e de autoras feministas para fundamentar a crítica ao poder médico. Elas questionaram a representação fragmentada do corpo feminino no discurso biomédico, a subordinação da mulher à função reprodutiva e a biologização da reprodução. Em contrapartida, houve uma convergência entre posições de médicos e a norma religiosa em algumas questões, como o aborto, por exemplo (ÁVILA; CORRÊA, 1999).

No entanto, como Bandeira (1999), nos lembra as relações entre ciências biológicas e ciências humanas podem ser pensadas pela ótica da mediação e não apenas de oposições. A partir da primeira reafirmamos a compreensão de que de fato há corpos biologicamente distintos que precisam ser considerados em suas especificidades. Enquanto isso, caberia a segunda visibilizar como as diferenças são construídas histórica e culturalmente e são embasadas por relações de dominação, subordinação, exploração e em termos de hierarquia. Nesse sentido, o campo da saúde representou uma esfera privilegiada de desenvolvimento dos Direitos Reprodutivos no Brasil e no mundo (ÁVILA; CORRÊA, 1999).

De acordo com Corrêa (2003), a Saúde representa um campo de ação estratégico para a defesa dos Direitos Reprodutivos. Na América Latina e especialmente no Brasil, a saúde como dimensão da política pública, tem ocupado lugar central para os sujeitos que trabalham e agem politicamente em torno dos Direitos Reprodutivos e dos Direitos Sexuais. Entre outros motivos, a relação construída entre saúde e direitos reprodutivos no Brasil está relacionada as necessidades geradas pela vivência reprodutiva neste setor.

Segundo Barsted (2003), na década de 1980, a articulação entre o direito a integralidade na atenção à saúde e os Direitos Reprodutivos, com foco no direito à autodeterminação, marcou a trajetória do movimento feminista em sua atuação no Legislativo

e em sua reivindicação por políticas públicas. Desde então, as feministas têm afirmado a relevância do campo da saúde na garantia dos direitos reprodutivos, afirmando que a assistência à saúde deve garantir as prerrogativas reprodutivas e sexuais das pessoas (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

De modo semelhante, Ávila e Corrêa (1999), pontuam que a legitimação das questões referentes à saúde das mulheres tem sido um componente essencial para a luta pelos Direitos Reprodutivos no âmbito Legislativo. Ao assumir a dimensão pública como tema privilegiado pelo movimento de mulheres, a relação entre saúde e Direitos Reprodutivos se tornou uma importante base para que as mulheres pudessem pressionar as mudanças legislativas e as políticas públicas nesse âmbito.

A incorporação do conceito de Direitos Reprodutivos, pelas feministas, na pauta política brasileira também coincide com o amadurecimento das propostas de reforma do sistema de saúde, com base na perspectiva da saúde como direito e responsabilidade do Estado, que seria consagrada na Constituição de 1988 (CORRÊA; ÁVILA, 2003). Essa luta pela saúde como direito de cidadania incorporou múltiplos atores sociais, entre eles as feministas, isso ampliou o debate e potencializou a defesa dos Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais em um cenário político mais amplo (AQUINO, 2003).

Para Vilela (2002), os Direitos Reprodutivos estão fortemente vinculados a noção de saúde como produção humana. Essa perspectiva se contrapõe a ideia de saúde como um bem de mercado e a pensa como organizadora e resultante de processos socioculturais, priorizando estratégias políticas que têm seu foco no indivíduo.

Também foi a partir da associação entre feminismo, Direitos Reprodutivos e Saúde que a tendência do feminismo como prática política das camadas médias foi revertida, visto que, a luta por saúde é um componente central dos movimentos populares. Nesse processo, o feminismo expandiu-se para as camadas de baixa renda, nas quais a saúde tem sido uma reivindicação historicamente prioritária (ÁVILA; CORREA, 1999).

Assim, quando pensamos a relação entre os Direitos Reprodutivos e o direito à saúde reprodutiva também pensamos as disparidades sociais associadas a raça/etnia e/ou classe social (CORRÊA, ÁVILA, 2003). Pois como pontuam Gonzaga e Aras (2015), as mulheres latino-americanas são historicamente afetadas por múltiplas estruturas de opressão, considerando racismo, o processo de colonização territorial e cognitivo que operam concomitantemente e tem reverberações diversas nas trajetórias reprodutivas e no acesso à saúde das mulheres.

No entanto, pensar essa associação não tem sido uma tarefa simples no contexto brasileiro, onde há expressiva desigualdade social e muitas tensões entre sociedade civil e setores poderosos da sociedade, que através dos seus posicionamentos respaldados na moralidade e na religião põem em questão com frequência os princípios de integralidade, equidade e universalidade do SUS (ÁVILA; CORREA, 1999).

Nesse sentido, o desafio do movimento de mulheres nos anos 80 foi fortalecer o reconhecimento das mulheres como sujeitos de direitos que demandam necessidades específicas de saúde. Posteriormente, o principal desafio passou a ser transformar o Estado para adequar sua gestão e realizar investimentos necessários à garantia da assistência a saúde de qualidade no âmbito reprodutivo (ÁVILA; CORREA, 1999).

Parte essencial das conquistas no âmbito da Saúde reprodutiva, como elemento importante para a garantia dos direitos reprodutivos, se deu pela compreensão sobre as múltiplas dimensões da saúde reprodutiva e sexual. As pesquisas acadêmicas têm grande influência nesse processo, tanto nas disciplinas empíricas da Saúde e Ciências sociais como em disciplinas normativas como Direito e Bioética. As pesquisas deram as bases para a compreensão sobre o déficit de saúde sexual e reprodutiva, bem como, sobre suas causas e consequências. A partir disso, tornou-se possível a construção de estratégias para prevenir e remediar e, quando necessário, punir as violações dos direitos relativos a saúde reprodutiva e sexual (COOK, 2002).

Assim, o movimento feminista empreendeu a luta para que o Estado desenvolvesse ações propositivas no âmbito da saúde reprodutiva, entendendo que os Direitos Reprodutivos só podem ser garantidos a partir da garantia de saúde reprodutiva, por reconhecer o direito das mulheres de vivenciarem a maternidade como opção, a importância do acesso à informação, a contracepção segura, tratamento da infertilidade, pré-natal e parto em condições adequadas, bem como, a interrupção voluntária da gravidez e tratamento às consequências do abortamento provocado (PITANGUY, 1999).

A partir da articulação entre feministas, Universidade e o Ministério da Saúde surgiu o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), divulgado em 1983. Ele apresentava um exemplo raro, até aquele momento, de colaboração entre Estado e sociedade civil e é considerado uma das primeiras iniciativas governamentais de incorporação de princípios feministas em Políticas Públicas. Quando o PAISM foi regulamentado pelo antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), entre 1983 e 1987, a participação do movimento de mulheres no espaço público cresceu e vários conselhos da mulher incorporaram a saúde reprodutiva em seus programas de ação (PITANGUY, 1999).

No entanto, é importante sinalizar que apesar do PAISM trazer uma perspectiva integral sobre a saúde das mulheres e incorporar algumas demandas do movimento feminista, como o planejamento familiar na ótica da saúde, ele não trata de questões relativas ao aborto, demonstrando como algumas temáticas do âmbito dos Direitos Reprodutivos permaneceriam sendo preteridas pelas Políticas Públicas devido às tensões políticas e sociais que as acompanham (PITANGUY, 1999).

Pensar a trajetória do PAISM também é útil para compreendermos como as ações no campo dos Direitos Reprodutivos são moldadas por tensões e disputas entre Igreja, sociedade civil e Estado há muito tempo. Normalmente, a influência de doutrinas e lideranças religiosas no âmbito reprodutivo acontece por meio de forças autoritárias e conservadoras no interior das instituições religiosas, visando a permanência das desigualdades de gênero, mas elas também se expressam fortemente nos debates públicos mais amplos (COOK, 2002).

De acordo com Pitanguy (1999), a Igreja Católica acompanhou todos os desdobramentos do PAISM, interferindo, por exemplo, em iniciativas do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), órgão articulado em 1985 por feministas brasileiras na esfera federal, junto aos ministérios da Saúde e da Previdência Social. Nesse sentido, Gonzaga e Aras (2015), pontuam que apesar dos avanços nas discussões sobre Direitos Humanos, os países latino-americanos são fortemente influenciados por paradigmas religiosos que influenciam na construção de políticas públicas e nos direitos das mulheres.

Segundo Ávila e Corrêa (1999), o CNDM foi um órgão fundamental como articulador dos eventos nacionais, repassava informações para todos os órgãos do país, propiciando o diálogo entre diferentes setores. Além disso, foi um órgão fundamental à defesa dos direitos relativos a saúde das mulheres e da reprodução, atuou com veemência nos ministérios da Saúde e da Previdência e garantiu a publicação e disseminação de cartilhas de apoio para a realização de trabalhos educativos no âmbito da saúde das mulheres.

Uma das interferências da Igreja Católica ocorreu quando, na década de 80, o CNDM havia negociado com o Ministério da Previdência a distribuição de 5 milhões de exemplares de uma cartilha sobre contracepção elaborada no âmbito do PAISM. Por interferência direta da Igreja, que alegava que a cartilha não poderia ser veiculada, o Ministério recuou do compromisso. Após intensas pressões do movimento de mulheres e do CNDM, a cartilha foi publicada, porém em um número significativamente menor (PITANGUY, 1999).

Fatos semelhantes continuam acontecendo no Brasil, no âmbito legislativo, por exemplo, argumentos religiosos são utilizados para barrar projetos de lei que visam a legalização do aborto e descriminalização das mulheres. O grupo denominado conservador,

composto pela Igreja Católica e representantes de igrejas evangélicas, tem grande representatividade parlamentar e tem se posicionado em defesa de dogmas religiosos, com o argumento de defesa da vida do feto ou em defesa da tradição, lida, em uma perspectiva feminista, como tentativa de controle da sexualidade feminina (BASTERD, 1998).

Assim, além da atuação contra os materiais elaborados pelos grupos feministas para o Ministério da Saúde, muitas outras estratégias foram construídas pela Igreja no nível formal para barrar os avanços dos Direitos Reprodutivos, uma das principais delas diz respeito aos posicionamentos contrários aos projetos de lei que regulamentam o planejamento familiar e o atendimento aos casos de abortos previstos em lei, nos casos de gravidez decorrente de estupro e risco de vida da gestante (ÁVILA; CORRÊA, 1999).

Em contrapartida, o movimento feminista defende que esses dois temas representam instrumentos fundamentais para democratizar a atenção em saúde, favorecendo, sobretudo, as mulheres mais pobres (ÁVILA; CORRÊA, 1999). Fazer essa defesa também em âmbito legislativo tem significados múltiplos para as mulheres, de acordo com Andrea Diez (2001). Para a autora, propor um projeto de lei sobre saúde sexual e reprodutiva, redigi-lo, apresentá-lo a uma assembleia, discuti-lo em âmbitos de circulação de discursos hegemônicos significa mais que dar corpo a um projeto de lei, significa nomear de outra forma o corpo das mulheres, dando-lhe uma possibilidade de existência no discurso, legitimando suas razões e desejos, quebrando com uma noção desse corpo como silenciado, ausente e hierarquicamente inferior.

Nesse contexto, além de defender a proposta de autodeterminação reprodutiva e sexual, as feministas brasileiras também afirmavam que as necessidades de saúde das mulheres deveriam ser atendidas pelo Estado, pois a maioria das mulheres vivenciava dificuldades de acesso a serviços e condições de saúde determinadas pela desigualdade de poder entre homens e mulheres, mas também pela desigualdade econômica e pelos níveis de pobreza (CORRÊA, ÁVILA, 2003). Deste modo, a compreensão de que as necessidades de proteção da saúde reprodutiva e sexual são questões de justiça social, que precisam ser tratadas a partir da garantia dos direitos humanos definidos em constituições nacionais e tratados internacionais, foi um passo significativo ao cumprimento dos Direitos Reprodutivos (COOK, 2002).

Outro fator significativo na relação entre Direitos Reprodutivos e Saúde, como aponta Corrêa (2003), é que a intensidade com que as demandas por políticas de saúde voltadas ao exercício desses direitos têm sido priorizadas pelos movimentos sociais chegou a produzir equívocos na compreensão sobre eles, passando-se a acreditar que os Direitos Reprodutivos se restringem ao campo da saúde. De fato, é essencial que as políticas de saúde sejam

reconhecidas, porém, também é necessário que se fortaleça a compreensão sobre a relação dos Direitos Reprodutivos com outras esferas das políticas públicas e da vida social.

Por fim, compreendemos que apesar dos avanços alcançados no campo dos Direitos Reprodutivos, por meio da luta de mulheres e outros atores sociais ao decorrer de muitas décadas, este ainda representa um campo de muitas tensões. Ainda vivenciamos no contexto brasileiro o predomínio da ação punitiva em questões como o aborto, por exemplo, e dificuldades de as mulheres serem reconhecidas para além do lugar da maternidade e procriação em muitos âmbitos da sociedade.

Cook (2002) pontua que os avanços nacionais não acompanharam as conquistas significativas das normas internacionais. Muitas tentativas de promulgar leis que beneficiariam a proteção e a promoção da saúde reprodutiva foram frustradas ou não chegaram a ser implementadas. Além disso, os Direitos Reprodutivos têm sido negados, violados e mesmo ignorados de diversas formas, por meio da negação de serviços de saúde reprodutiva, da esterilização coercitiva de minorias ou por meio da negação do direito de informações que os indivíduos precisam ter acesso para que tenham sua saúde reprodutiva protegida, por exemplo.

Portanto, apesar de sabermos que a efervescência do debate sobre os Direitos Reprodutivos no Brasil não é a mesma que foi vivenciada nas décadas de 1980 e 1990, entendemos que muito ainda há a ser discutido e alcançado. Por isso, compreendemos como fundamental explicitar alguns caminhos e lutas que foram construídas em décadas passadas para que assim possamos entender melhor os fenômenos atuais que serão discutidos ao longo deste trabalho, para que assim seja possível pensar estratégias de garantia dos direitos reprodutivos mais satisfatórias para o tempo presente e futuro. Além de contar um pouco sobre a história do conceito de Direitos Reprodutivos, este marco referencial representa as lentes a partir das quais analisamos o fenômeno trabalhado neste estudo.

4 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura que nos propomos a apresentar não é uma revisão de literatura sistemática, ela seria mais adequadamente nomeada como uma revisão de literatura intencional. Num primeiro momento, correspondente aos meses de julho e agosto de 2018, foram feitas buscas nas bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando os descritores: violência sexual, serviços de saúde e acesso. Foi encontrado um número significativo de artigos com os quais pudemos dialogar para a construção deste capítulo.

Em seguida, foram realizadas buscas direcionadas de artigos, dissertações e teses de autoras reconhecidas, academicamente e no campo da militância social, como autoras de referência sobre a temática do aborto, aborto legal e violência sexual. A busca foi realizada através da identificação de produções sobre o tema pesquisado nos currículos lattes das autoras previamente identificadas, depois houve a leitura e seleção desses textos. Alguns textos também foram indicados por pesquisadoras(es) e militantes da área (LUNA, 1997).

Para iniciar esse diálogo, recorro a Basterd (2003), para situar que a luta pelo direito ao aborto exemplifica a postura do movimento feminista em considerar o corpo das mulheres como um território com direito à autodeterminação. Como a autora pontua, esse é um tema presente em diversas esferas sociais, ganhou espaço no Legislativo Federal com a apresentação de inúmeras propostas de lei a partir da década de 1980.

Diniz et al. (2017), nos informam algo essencial a compreensão sobre a questão do aborto. De acordo com ela, é difícil mensurar o número de abortamentos realizados no Brasil, devido ao caráter ilegal que permeia essa prática no país. Basterd (1998), diz, inclusive, que devido ao caráter repressor com o qual o aborto é hegemonicamente tratado na sociedade, muitas mulheres que já o realizaram não os declaram e chegam a se posicionar publicamente como contrárias a essa prática, numa contradição entre práticas e representações.

Como pontuam Talib e Citeli (2005), a clandestinidade que permeia a questão do aborto relegou invisibilidade social a esse fenômeno, dificultando a elaboração de estatísticas precisas sobre a ocorrência dos casos, das complicações decorrentes do abortamento e das mortes evitáveis. Apenas com a Pesquisa Nacional do Aborto realizada em 2010 e 2016, tornou-se possível ter dados mais precisos acerca desse fenômeno (DINIZ et al., 2017).

Em 2016, a Pesquisa Nacional de Aborto avaliou que 13% das mulheres brasileiras entre 18 e 39 anos havia feito pelo menos um aborto ao decorrer de suas trajetórias

reprodutivas. Portanto, estima-se que o número de mulheres que já realizou aborto seria em torno de 4,7 milhões. A pesquisa também demonstrou que aos 40 anos de idade, uma em cada cinco mulheres já fez aborto. Um dado igualmente significativo sobre esse fenômeno é que em 48% dessas situações foi necessário internação por complicações ou para finalização do aborto, o que mostra que esta é uma importante questão de saúde pública (DINIZ et al., 2017).

Talib e Citeli (2005) nos confirmam que apesar das severas leis e condenações morais relacionadas a realização do aborto, essa é uma prática que faz parte da vida de muitas mulheres. Historicamente, a proibição não tem feito com o que o aborto deixe de ocorrer, justamente porque a proibição em si não dá conta das condições básicas que antecedem e sucedem uma gravidez indesejada e que permeiam a decisão das mulheres pela realização dessa prática.

Em contrapartida, a proibição expõe contradições baseadas em desigualdades sociais, pois, algumas mulheres podem pagar pelo procedimento em clínicas privadas clandestinas enquanto mulheres pobres realizam o aborto em condições inseguras e degradantes. Assim, a proibição tem consequências graves tanto no plano da economia e das políticas públicas quanto na saúde física e psíquica das mulheres (TALIB; CITELI, 2005).

Retomando um pouco às informações sobre estimativas da realização de abortos, podemos entender que apesar da sistematização desses dados ser recente, há registros da realização de abortos em território brasileiro desde a colonização. Mulheres escravizadas realizavam abortos ou até mesmo matavam seus filhos(as) para não gerar mais escravos (OLIVEIRA, 2017). Davis (2016), também nos diz que muitas mulheres escravizadas se recusavam a trazer crianças a um mundo de trabalho forçado interminável, em que correntes, açoites e o abuso sexual de mulheres eram as condições de vida cotidiana.

Mary Del Priore (2009), afirma que durante o período colonial as mortes de mulheres por envenenamento na tentativa de abortar eram frequentes. Além disso, outras técnicas de abortamento agressivas e dolorosas eram utilizadas, incluindo golpes no próprio ventre, quedas, relações sexuais violentas, diarreias e vômitos instigados propositadamente. Ainda, era comum mulheres abortarem devido aos espancamentos sofridos por companheiros, amantes e senhores de escravos, como ocorreu com Maria do Egito, que sofreu aborto devido ao espancamento de seu senhor, em 1856, na Bahia. No período colonial mulheres também realizavam abortos ao engravidar em decorrência de violências sexuais, muitas vezes perpetrada pelo companheiro.

Segundo Rayane Oliveira (2017), há registros de que mulheres livres e brancas também abortavam naquele período e estavam expostas as consequências provocadas pela

ilegalidade do aborto. Porém os contextos de vida e motivações para realizar o procedimento eram diferentes dos vivenciados pelas mulheres negras escravizadas.

Além de nos fazer atentar para a relevância da questão do aborto no contexto brasileiro, sendo um fenômeno presente na vida das mulheres desde tempos imemoráveis, essas informações nos levam a considerar que não podemos discutir essa temática entendendo as mulheres como categoria universal, sem pontuar que as dimensões de raça, classe e território as expõem a modos distintos de vivenciar esse fenômeno, como propõe a Teoria Interseccional, e sem considerar o contexto social, político e histórico mais amplo .

Corrêa e Ávila (2003), argumentam que mulheres de diferentes classes sociais enfrentam os efeitos perversos da desigualdade de gênero, porém, num país marcado por desigualdades sociais, como o Brasil, as vivências relacionadas a questão do aborto são distintas. Mulheres negras e mulheres pobres costumam enfrentar maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, lidam com maiores riscos à saúde e são as que comumente são imputadas pelo crime de aborto, o que raramente ocorre com as mulheres brancas e/ou de renda mais alta.

Sobre isso, Emanuelle Góes (2018) nos diz que o racismo e o sexismo se articulam e são vivenciados de forma desigual entre as mulheres, em virtude de sua raça e do pertencimento a outras categorias sociais. Desse modo, a intersecção das opressões do racismo e do sexismo produzem efeitos específicos no percurso de vida e nas condições de saúde de mulheres negras. Como afirma Lelia Gonzales (1983), o racismo caracteriza a sintomática da neurose cultural brasileira e sua articulação com o sexismo produz efeitos violentos para as mulheres negras.

Pensando essas dimensões de forma ampla, Oliveira (2017), nos diz que a tolerância ou criminalização do aborto está relacionada, historicamente, com interesses sociais, políticos, religiosos e econômicos, a depender da época e localidade. Além de estar relacionada à compreensão cultural do que é ser mulher, do significado social da gestação e da maternidade a partir de construções patriarcais de controle dos corpos e da sexualidade das mulheres.

Outro ponto que se configura como estruturante à esta dissertação diz respeito a polissemia de sentidos presente na compreensão sobre aborto. Basterd (1998), afirma que apesar de haver o predomínio da lógica dominante que caracteriza o aborto como desvio, crime, pecado, punindo quem o pratica por meio do aparato repressor, há vários significados e vivências possíveis relacionados ao aborto.

Nesse sentido, Nathália Lima (2014), pontua que o aborto significa para algumas mulheres um momento de sofrimento, mas também um momento de aprendizado, no qual

realizam rupturas necessárias, “tomam as rédeas” de suas vidas, por ser um momento em que as mulheres decidem sobre seus próprios corpos. E a partir disso lançamos como alguns dos questionamentos a serem discutidos ao decorrer deste trabalho: quais sentidos as mulheres vítimas de violência sexual atribuem a realização do aborto em decorrência de estupro? E como os profissionais compreendem essa prática num contexto de violência sexual?

Também sinalizamos que foi relevante iniciar essa revisão apresentando um panorama mais amplo sobre a questão do aborto no Brasil, porém, essa pesquisa não abrange todas as modalidades de aborto, abordará os casos de aborto legal em decorrência de estupro. O Código Penal Brasileiro de 1940 tipifica o aborto como crime contra a vida e prevê a pena de prisão a mulher que o provoque. Porém, reconhece exceções em que o aborto não deve ser punido: nos casos em que a gestação é proveniente de estupro ou quando há risco de vida para a gestante. Desde 2012, por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), o aborto também não é considerado crime em casos de anencefalia (DINIZ et al., 2014).

Segundo Stela Taquete (2007), a violência sexual corresponde à ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, a participar de relações sexuais com uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite a vontade pessoal. Para Ludmila Cavalcanti et al. (2015), a violência sexual é entendida como uma das expressões da violência de gênero, sendo um problema complexo que reflete as assimetrias de poder que marcam as relações de gênero. Além disso, representa um problema social que afeta de maneira significativa o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres. Por isso, como pontua Wilza Vilela (2002), a violência sexual tem grande importância no debate sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

Consideramos relevante pontuar que pensar a violência sexual, no contexto brasileiro, é uma tarefa imbricada de muitos desafios, alguns que se impregnam na perversidade que se fez presente na construção histórica desse país. Como apontam Ricardo De Castro et al. (2017), o mito da democracia racial esconde que a história da formação do povo brasileiro se deu a partir do estupro sistemático de mulheres negras, consideradas durante muito tempo como patrimônio de seus senhores, e de mulheres indígenas, compreendidas pelo projeto colonial como corpos disponíveis que desafiavam a moral cristã.

Além disso, o mito da democracia racial deu base a compreensão das mulheres não brancas como seres bestializados, hipersexualizados e não humanos (DE CASTRO et al., 2017). Tais compreensões são essenciais para entendermos a violência sexual contra as

mulheres brasileiras e as diferenças de acesso e cuidado nos serviços de saúde após a violência ocorrer, a partir das intersecções entre gênero, raça, classe e território.

Assim como já referido sobre as dificuldades de se obter estimativas acerca dos abortos realizados no Brasil, também há dificuldades na obtenção de dados sobre o número de mulheres que sofrem violência sexual no Brasil. Pois, como pontua Aloisio Bedone e Anibal Faundes (2007), o medo de sofrer preconceito, outras violências e julgamentos morais acompanha a vivência de mulheres que já estão sofrendo os agravos físicos, psicológicos e sociais decorrentes da violência sexual e esse medo dificulta que elas procurem assistência no âmbito da justiça e da saúde, assim como dificulta os registros dos casos de violência sexual.

Bedone e Faundes (2007), elencam outros fatores como elementos que dificultam as denúncias dos casos de violência sexual. Um fator significativo é que muitas vezes o autor da violência é uma pessoa do convívio da mulher que sofreu a violência e por medo de sofrer novas violências por represálias, muitas delas não denunciam. Outro fator dificultador é que muitas mulheres não se sentem seguras no ambiente das delegacias de Polícia e nos Institutos Médicos Legais e por isso não buscam assistência. Neste sentido, a criação das Delegacias de Defesa da Mulher representa um marco importante. No entanto, ainda é necessária a ampliação do funcionamento dessas delegacias e formas de atendimento para que de fato as mulheres se sintam seguras para denunciar as situações de violência sexual (BEDONE; FAUNDES, 2007).

Quando pensamos especificamente a experiência das mulheres negras, outras nuances se fazem presentes no não reconhecimento da delegacia como espaço de proteção. A partir do proposto por Lelia Gonzales (1979), podemos entender que com a divisão racial do espaço, a presença policial nos lugares historicamente ocupados por pessoas negras nunca aconteceu a partir de uma relação de proteção, mas sim para reprimir, violentar e amedrontar. Se associarmos isso às formas como o racismo e sexismo violentam constantemente as mulheres negras e como as forças dominantes associam essas mulheres à hipersexualização e promiscuidade, como poderíamos conceber que mulheres negras se sentiriam seguras, cuidadas e acolhidas no espaço de uma delegacia após sofrer uma violência sexual?

Essas dificuldades que impedem o acesso das mulheres às delegacias e aos serviços de saúde, assim que a violência ocorre, aumentam os riscos de consequências danosas para elas a longo prazo, como é o caso da gravidez em decorrência do estupro. O atendimento emergencial, nas primeiras 72 horas após a violência é necessário nesses casos e tem por objetivo o acolhimento às mulheres, a administração de anticoncepção de emergência e a profilaxia para as ISTs (MACHADO et al., 2015).

Por isso, é importante pontuar, como informa Bedone e Faundes (2007), que a interrupção gestacional não é a intervenção prioritária para as mulheres que sofreram violência sexual. O ideal é que haja uma diminuição no número de interrupções gestacionais a partir da divulgação e criação de serviços que atendam as mulheres de forma emergencial e impeçam que elas venham a engravidar, visto que gravidez indesejadas podem ocasionar inúmeras consequências sociais, emocionais e psicológicas para as mulheres.

Segundo Bedone e Faundes (2007), as mulheres mais pobres encontram maiores dificuldades para receber o acolhimento necessário para fazer a interrupção legal da gravidez nos hospitais públicos. Assim, essas mulheres são obrigadas a permanecer com uma gestação indesejada, com todas as suas implicações ou recorrem a serviços e métodos inseguros e acabam morrendo, aumentando a lista de mortes maternas no Brasil. Para que isso não aconteça, as políticas públicas de saúde precisam garantir acesso universal às mulheres aos serviços de aborto legal, independentemente de classe social.

Apesar das experiências nesse âmbito serem diferentes para mulheres de cor/raças e classes sociais distintas, compreendemos como ponto comum entre as vivências das diferentes mulheres o fato da proibição do aborto estar diretamente relacionada à posição de subordinação em que as mulheres são colocadas na sociedade e às desigualdades de gênero, especialmente no que toca a sua sexualidade e decisões sobre reprodução (MELO, 2011).

Pois, apesar das mulheres de renda mais alta não estarem, normalmente, sujeitas a riscos de saúde severos quando optam pela interrupção da gestação na mesma proporção que mulheres pobres, elas continuam enfrentando a culpabilização social e dificilmente conseguem tomar decisões de maneira compartilhada com seus parceiros. Expressando que, apesar de ser um fator facilitador, o acesso a recursos materiais por si só não garante que as mulheres exerçam sua autonomia reprodutiva e sexual (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

Dios (2018), expressa, neste sentido, que as mulheres que abortam rompem com o marco hegemônico de inteligibilidade. Essas mulheres não cumprem as normas socialmente esperadas da maternidade, que conferem a elas reconhecimento enquanto sujeitos, e por isso não são reconhecidas como tal no imaginário de indivíduos e instituições. Nesse sentido, a autora afirma que falar sobre mulheres que abortam e sobre os serviços de aborto legal é demarcar que essas mulheres existem, que são dignas de afeto, cuidado e reconhecimento.

Segundo Dios (2018), nos casos de risco de morte para a gestante e em casos de anencefalia, os saberes médicos desenvolveram explícitas técnicas para determinar quais casos se encaixam na lei penal ou não, através por exemplo de exames e laudos. Porém, nos casos de gestação proveniente de estupro não há essa nitidez nos limites entre o que se se

encaixa ou não nas possibilidades legais. Não há exames que possam comprovar se uma gestação é decorrente de estupro e, normalmente, a única voz que pode comprovar a veracidade da experiência do estupro é a própria vítima. Esse fenômeno de exceção do direito ao aborto tem feito com que haja com frequência uma política de suspeição nos serviços de saúde, fazendo com que as falas das mulheres sejam constantemente colocadas sobre avaliação.

Assim, um conceito importante para compreender a dinâmica dos serviços de aborto legal no Brasil é a verdade do estupro, tendo em vista, que o procedimento só pode ocorrer após a palavra da mulher ser validada como legítima. Dios (2018), compreende como verdade do estupro o modo como se dá o reconhecimento da mulher como verdadeiramente vítima que engravidou em decorrência de uma violência sexual. A autora sinaliza que não é a verdade do fato que importa, mas como essa verdade será formulada e comprovada para que a mulher tenha acesso ao aborto legal e que, com frequência, mulheres são desacreditadas ao procurar amparo institucional após uma situação de estupro.

Podemos pensar esse fenômeno a partir do que propõe Márcia Tiburi (2018), ao considerar a misoginia como o discurso de ódio especializado em construir uma imagem das mulheres como seres pertencentes ao campo do negativo. A misoginia está presente quando se associa as mulheres à loucura, à histeria, à mentira, como se houvesse uma disposição que as conferisse uma inconfiabilidade natural.

Diante disso, disputou-se durante longo período a quem caberia a descrição de uma mulher como vítima de estupro quando ela recorria aos serviços públicos para realizar o aborto legal. Se a ela mesma, como testemunha da violência sofrida, ou à polícia, com registros de documentos investigativos, como é o caso do Boletim de Ocorrência (BO). O texto do código penal estabeleceu a ausência de punição para o aborto nesses casos, mas não elencou como reconhecer que a mulher de fato sofreu a violência (DINIZ et al., 2014).

Com o intuito de preencher essa lacuna e regulamentar os serviços de aborto legal no Brasil, o Ministério da Saúde editou, em 1999, a norma técnica “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, que assegurava a palavra da mulher como prova suficiente de veracidade da violência. Esse documento gerou intensa controvérsia moral nos serviços e disputas sobre a soberania pela verdade do estupro, o que moveu a revisão e ampliação do documento em 2005 e sua última revisão em 2012. A partir de então, passou a ser considerado que o testemunho da mulher não deveria ser

submetido à investigação policial ou judicial para que fosse reconhecido como legítimo para o acesso aos serviços de saúde (DINIZ et al., 2014).

No entanto, como esse continuou sendo um campo em disputa, em que diversas vozes lutam por uma soberania da verdade, houve a necessidade de uma Portaria que melhor explicitasse a postura adequada a ser tomada pelos profissionais de saúde em casos de aborto legal decorrentes de estupro e que os resguardasse judicialmente. Em 2005, foi criada a Portaria MS/GM nº 1.508 do Ministério da Saúde (ANEXO A), ela estabelece que a realização do aborto legal está sujeita ao cumprimento de um protocolo que tem como uma de suas exigências que a data em que a violência sexual ocorreu seja compatível com a idade gestacional do feto, de outro modo o aborto não é realizado por se considerar que a gravidez não é resultante da violência sexual, como informado pela mulher. Para Diniz et al. (2014), esse pode ser entendido como um sinal de persistência da controvérsia moral sobre como se estabelece a verdade do estupro para o aborto legal.

De acordo com Melo (2011), a interdição ao aborto é uma forma de violência imposta às mulheres e os impedimentos ao direito ao aborto legal, quando os profissionais desacreditam que a gravidez é resultante de estupro, constitui-se numa dimensão ainda mais grave dessa violência, já que a mulher passa de vítima a criminosa.

Podemos entender a partir do que afirmam Diniz et al. (2017), que esses mecanismos de suspeição e reatualização de violências estão relacionados a influência da perspectiva religiosa e moral nas políticas públicas de saúde, que responde à questão do aborto com a criminalização e repressão policial. Porém, a persistência da alta magnitude e o fato de o aborto ser comum em mulheres de todos os grupos sociais mostra que a resposta fundamentada na criminalização e repressão tem sido não apenas ineficiente como também nociva.

Flávia Ribeiro (2011), nos diz que os diversos contextos políticos, influenciados pela moral religiosa, criam obstáculos à implementação da assistência ao aborto legal no Brasil. Uma dessas dificuldades tem sido identificar profissionais de saúde disponíveis para atuar nesse campo, especialmente profissionais dispostos a considerar a dimensão social e dos Direitos Reprodutivos das mulheres em suas atuações. Pois, o pouco que é discutido sobre o aborto na formação desses profissionais ainda é numa perspectiva de criminalização.

Por isso, Heloisa Hanada et al. (2010), consideram que a violência contra as mulheres e seus agravos, como o aborto legal em casos de estupro, se configuram como um fenômeno que exige dos profissionais consciência e nitidez das próprias crenças, dos valores morais, dos

modelos de gênero que os orientam, de maneira que julgamentos morais não interfiram negativamente na intervenção.

Segundo Cláudia Travassos e Mônica Martins (2004), o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. Por isso a relação que se estabelece entre profissionais e usuárias é fundamental para que possamos analisar o acesso das mulheres ao serviço de aborto legal em casos de estupro.

Um fator importante a ser considerado ao pensarmos a relação entre usuárias e profissionais de saúde, na perspectiva de garantia dos Direitos Reprodutivos das mulheres, é que em casos em que o profissional médico não se sente apto a realizar o procedimento de aborto legal, o dispositivo da objeção de consciência pode ser acionado para proteger a moral privada do indivíduo em um conflito entre deveres públicos e direitos individuais. Em nome de convicções individuais, esse dispositivo protegeria o sentimento de integridade moral do médico, ao autorizá-lo a não participar de um procedimento que acredita ser moralmente errado, embora legal (DINIZ, 2011).

Ao alegar a objeção de consciência, o médico solicita a recusa em cumprir com seu dever e a mulher deve ser atendida por outro médico. As normas técnicas do Ministério da Saúde não reconhecem o direito à objeção de consciência se existir risco de morte, se não houver outro médico para atender ou se a omissão médica causar danos à mulher, mas casos concretos mostram o descumprimento desses critérios normativos (DINIZ, 2011). Porém, como afirma Dios (2018), esse descumprimento não pode acontecer, pois é facultado ao médico a objeção de consciência, mas não é facultado à instituição, é dever do Estado garantir que haja pelo menos um profissional na instituição que realize o procedimento.

Alguns elementos macroestruturais também são reconhecidos por nós como dificultadores do acesso das mulheres ao aborto legal. Nesse sentido, podemos citar o cenário político brasileiro que tem se apresentado como um desafio para a garantia e ampliação dos Direitos Reprodutivos das mulheres, com o avanço de grupos religiosos no Parlamento, aumento de agendas conservadoras e suas atuações na reformulação e não efetivação de políticas públicas já conquistadas (OLIVEIRA, 2017).

Propostas de Lei têm tramitado com o objetivo de minimizar o direito das mulheres nos últimos anos, mesmo nos casos em que há previsão legal para realização do aborto, como o Projeto de Lei (PL) 5069/2013, de autoria do ex-deputado Eduardo Cunha (PMDB/RJ), que teve o mandato cassado em setembro de 2016. A proposta previa pena de detenção para quem

auxiliar uma mulher a realizar aborto ou der informações sobre interrupção de gravidez, mesmo em contexto de redução de danos (OLIVEIRA, 2017; DIAS, 2017).

Caso aprovada, essa proposta iria impor sérias restrições ao trabalho dos profissionais de saúde nos casos de aborto previsto em lei. Além disso, burocratizaria a assistência médica pelo Sistema Único de Saúde (SUS) às vítimas de violência sexual, obrigando as mulheres a realizarem boletim de ocorrência como condição para que fossem atendidas pelo serviço de saúde (OLIVEIRA, 2017; DIAS, 2017).

Mais recentemente, nos deparamos com a proposta de Emenda Constitucional 181/2015, aprovada em Comissão especial da Câmara dos Deputados em novembro de 2017. Essa proposta foi nomeada por movimentos sociais como “Cavalo de Tróia”, pois o projeto tratava a princípio da extensão da licença maternidade em casos de bebês prematuros, supostamente sendo benéfica para as mulheres. Porém, passou a prever alterações no texto Constitucional que atinge diretamente o direito ao aborto legal, que pode passar a ser criminalizado em qualquer caso com a aprovação desta PEC. Há, por exemplo, a proposta de acréscimo da expressão "vida desde a concepção" nos artigos 1º e 5º, que dizem respeito à dignidade da pessoa humana e inviolabilidade do direito à vida, respectivamente.

Diante disso, compreendemos a partir de Melo (2011), que a resistência de segmentos contrários à expansão dos Direitos Reprodutivos das mulheres e à efetivação do aborto garantido em lei constitui-se como mais uma expressão de violência contra as mulheres.

Como foi possível perceber ao decorrer do texto, muitos fatores influenciam na garantia do acesso ao aborto legal. Nesse sentido Buglione (2002), afirma que a garantia dos direitos reprodutivos implica, entre outras coisas, no acesso a serviços de saúde, no acesso à informação, à educação e meios para que as escolhas reprodutivas sejam viabilizadas sem riscos à saúde.

A noção de acesso assumida nesse estudo é ampla e conectada com a garantia dos direitos individuais, sociais e dos direitos humanos. Consideramos que estamos falando de acesso quando situamos que muitas mulheres não chegam aos serviços de aborto legal por dificuldades relacionadas às questões socioeconômicas, culturais e territoriais, mas não apenas. Pois como, sinaliza Dios (2018), também há barreiras simbólicas de acesso.

Numa tentativa mais ou menos sistemática de conceituar acesso, podemos entender que, no campo da Saúde Pública, o conceito de acesso expressa o grau de ajuste entre as necessidades dos usuários e a oferta de serviços de saúde (OLIVEIRA et al., 2004). Nesse sentido, Carmen Unglert et al. (1987), pontuam que a oferta de serviços não depende da

simples existência deles, pois o acesso aos serviços de saúde deve ser considerado sob diversas abordagens, sejam elas a geográfica, a cultural, a econômica e a funcional.

Evangelina Oliveira et al. (2004), sinalizam que os deslocamentos em busca de serviços especializados normalmente são maiores que para procedimentos mais simples. Por isso, ao analisar o acesso aos serviços de saúde, devemos estar atentas ao padrão de localização deles e a como se configuram as diferenças entre as distâncias que indivíduos diferentes com problemas de saúde semelhantes percorrem, pois, a perspectiva geográfica faz parte do conceito de acesso.

O acesso geográfico está relacionado aos meios de transporte utilizados, o tempo, a distância e os custos envolvidos no deslocamento das usuárias. Aspectos sociais, culturais, econômicos e psicológicos dos indivíduos e a relação destes com o uso de serviços também são analisados quando pensamos a noção de acesso (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Em um país marcado por desigualdades sociais, todos esses fatores são essenciais para compreendermos a noção de acesso aos serviços de saúde. De acordo com Vilela (2002), as diferenças de acesso a saúde entre homens e mulheres, pessoas negras e brancas, ricas e pobres expressam mais que as consequências de um processo de discriminação social. Essa diferenciação é, em si, um mecanismo ativo e cotidiano de produção de subalternidades e exclusões sociais.

Ao pensarmos em acesso estamos também considerando as características dos serviços que influenciam na capacidade da população de usá-los. Assim, acesso representa um fator importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde entre grupos populacionais e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Sobre o modo como essas diferenças se expressam a partir das dimensões de raça e classe no acesso ao aborto, Emanuelle Góes (2018), apresenta em sua tese *Racismo, Aborto e Atenção à Saúde* pesquisas realizadas nos Estados Unidos, onde o aborto é legalizado, para demonstrar que mesmo em circunstâncias de legalidade muitas mulheres enfrentam dificuldades no acesso aos serviços que realizam o abortamento, tendo em vista que precisam garantir recursos financeiros e transporte, já que muitas vezes os serviços são distantes.

Essas barreiras se apresentam de forma mais intensa, sobretudo para mulheres negras, jovens, de baixa renda e da zona rural (GÓES, 2018). Pois, como pontuam Oliveira et al. (2004), o nível de renda das pessoas condiciona a intensidade com que utilizam os serviços de saúde, pois esse padrão é afetado pela distância em que o serviço está localizado, entre outras coisas.

É importante salientar que a noção de acesso não se restringe ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos usuários. Deste modo, a relação institucional entre usuárias e profissionais também compõe a discussão sobre acesso aos serviços de saúde, como será discutido ao decorrer deste trabalho (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Melo (2011) aponta que mesmo nos casos de aborto legal, muitas mulheres recorrem ao aborto clandestino e inseguro, por resistência em procurar um serviço de saúde ou falta de conhecimento sobre o direito ao aborto legal. Por isso, entendemos que o direito à informação é essencial para que as mulheres tenham seus direitos reprodutivos garantidos.

Além disso, como sinaliza Góes (2018), a resistência em procurar os serviços de saúde se inclui entre os impedimentos que não se referem à mera disponibilidade de serviços, mas ao poder de tempo, de transporte, poder financeiro e poder de lidar com a organização, na qual se inclui as relações com profissionais. Neste sentido, o racismo nos serviços de saúde e o estigma em relação ao aborto podem atuar simultaneamente, retardando a ida das mulheres pretas e pardas na busca pelo serviço.

Davis (2016), ao argumentar sobre a ausência das mulheres de minorias étnicas nas campanhas pelo direito ao aborto, no contexto estadunidense da década de 1970, já pontuava que a grande maioria das mortes causadas por abortos ilegais envolviam mulheres negras, quando o aborto foi descriminalizado nos Estados Unidos, as mulheres de minorias étnicas corresponderam a quase metade dos abortos legais realizados.

Para essa autora, quando números tão grandes de mulheres negras e latinas recorrem a abortos, as histórias que relatam não são meramente sobre o desejo de ficar livres da gravidez, numa perspectiva de direito ao próprio corpo, mas sobre as condições sociais miseráveis que as levam a não querer trazer novas vidas ao mundo. Por isso, não é possível pensar o direito ao aborto/aborto legal para mulheres em contextos sociais diversos, sem considerar os direitos reprodutivos de forma conectada com os direitos sociais e políticos, para que as mulheres tenham uma existência plena.

Como Oliveira (2017) destaca, o acesso aos recursos econômicos, sociais e políticos são fundamentais para que as mulheres possam tomar decisões saudáveis sobre os seus corpos, sexualidade e reprodução, levando em conta suas famílias, contextos e comunidades.

De acordo com Jimenez (2011), os sujeitos são submetidos ao mundo em que vivem, deste modo, os contextos sociais e culturais promovem expressões de saúde e de adoecimento, pois o processo de adoecer é também coletivo. Considerando as autoras mencionadas

anteriormente, podemos entender, diante da perspectiva exposta por Jimenez, que assim como o adoecer é coletivo e social, o processo de abortar também é.

Outro elemento importante neste estudo é a compreensão, como afirma Azevedo Bittencourt et al. (2014), de que a segregação espacial, que faz com que os mais pobres morem em áreas periféricas das cidades, desprovidas de serviços públicos, incluindo os de saúde afeta a universalidade do SUS e o acesso aos serviços. Particularmente, em relação às maternidades, há uma grande disparidade na sua localização geográfica reforçando as desigualdades sociais, com grandes vazios assistenciais.

A partir do que nos diz Gonzales (1979), entendemos que há uma evidente separação quanto ao espaço físico ocupado por pessoas brancas e negras no Brasil. O lugar natural do negro tem sido da senzala às favelas, cortiços, invasões e conjuntos habitacionais. Como consequência, a população negra que habita esses territórios precarizados enfrenta uma série de percalços no acesso a saúde que são geográficos, mas também são de gênero, raça e classe, pois esses marcadores se interseccionam e produzem desigualdades.

Como afirma Milton Santos (1998), o território é determinado pelos diferentes usos espaciais, por isso não é possível entendê-lo ignorando as relações políticas e econômicas que se estabelecem. A análise territorial respaldada por essa perspectiva permite transitar entre as escalas territoriais locais, como por exemplo, acesso aos serviços, qualidade de vida e moradia e sua relação com os mecanismos territoriais globais, como, políticas públicas de infraestrutura e moradia (FARIA; BARTOLOZZI, 2009).

Jimenez (2011), compreende território como espaço político, heterogêneo e aglutinador de processos físicos e imateriais, redes, rugosidades, tempo, emoções, intencionalidades, disputas, paisagem e história em pulsante transformação. Assim, a inserção da categoria território na investigação em saúde está intimamente ligada com a questão da equidade e da universalidade nesse campo (FARIA; BOTOLOZZI, 2009). Pois, o fator geográfico é fundamental na origem da inequidade, especialmente no que se refere a áreas rurais ou regiões periféricas de grandes cidades (UNGLERT et al, 1987).

Diante do que foi apresentado, entendemos que uma gama complexa de elementos pode influenciar o acesso das mulheres ao direito ao aborto legal em decorrência de estupro. Por isso, é interesse nesta pesquisa compreender como esses elementos se (des)organizam e permeiam o acesso das mulheres ao aborto legal. Também é nosso interesse visibilizar os serviços de aborto legal do estado de Pernambuco, discutindo seus modos de funcionamento e sua relevância social. Para tanto, definimos como pergunta central deste estudo: como se dá o acesso das mulheres aos serviços de aborto legal em casos de estupro em Pernambuco?

5 METODOLOGIA

Essa é uma pesquisa de abordagem qualitativa, com inspiração Construcionista e posicionada epistemologicamente a partir do Feminismo. Para analisar o acesso das mulheres ao serviço de aborto legal em casos de estupro, adotou a análise das práticas discursivas e produção de sentidos.

5.1 PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA

A perspectiva Construcionista embasa, entre outras coisas, a própria compreensão que temos sobre pesquisa. Nessa perspectiva, entendemos a pesquisa científica como uma prática reflexiva e crítica, mas também como uma prática social (SPINK; MENEGON, 2013). Ela é resultante de três movimentos interdependentes que refletem um movimento mais amplo de reconfiguração da visão de mundo e de Ciência que aconteceu nas décadas de 60 e 70. Na Filosofia, esse movimento surgiu como uma reação ao Representacionismo; na Sociologia do Conhecimento, como uma desconstrução da retórica da verdade e na Política, como busca de *empowerment* de grupos socialmente marginalizados (SPINK; FREZZA, 2013).

Trata-se de uma proposta essencialmente interdisciplinar e tendo como foco a produção de sentidos, busca responder à pergunta: como damos sentido ao mundo em que vivemos? (SPINK; FREZZA, 2013). Deste modo, o Construcionismo social tem particular interesse em compreender os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam e/ou compreendem o mundo em que vivem. Assim, o foco de estudos nessa perspectiva não se limita as estruturas sociais e mentais, abarca a compreensão das ações e práticas sociais e dos sistemas de significação que dão sentido ao mundo (SPINK; MEDRADO, 1999).

Segundo Spink e Frezza (2013), a relação entre Construcionismo e Psicologia Social nem sempre foi pensada em termos de proximidade. Até os anos 70, a Psicologia lançava esforços para afirmar-se enquanto Ciência, utilizando-se de estratégias como a busca pela definição de conceitos e mecanismos universais passíveis de demonstração empírica de cunho experimental. Isso fez com que o interesse pela compreensão dos sentidos na vida cotidiana fosse, no mínimo, visto como suspeito.

Nas décadas de 60 e 70, se fortaleceram as críticas a esse modelo de Psicologia Social individualista e focada nos experimentos em laboratório, isso culminou num movimento de saída do laboratório e uma revalorização do estudo dos processos sociais, em meio a um processo conhecido como virada metodológica. Com esse importante movimento de reflexões

críticas surgiu, entre outras coisas, a proposta de estudo da produção de sentidos e das práticas discursivas no cotidiano (SPINK; FREZZA, 2013).

Sobre as relações entre Psicologia e Construcionismo, é necessário pontuar que o Construcionismo emergiu em um contexto onde a produção de conhecimentos em Psicologia Social estava sendo fortemente questionada por desconsiderar o senso comum, entendido por muitos autores construcionistas como aquilo que é, de fato, a sua base. Em contrapartida, nesse momento a Psicologia Social começava a fazer sua própria crítica em relação ao que produzia e à despolitização resultante dessas produções (SPINK; FREZZA, 2013).

Como mencionado mais acima, o reconhecimento da dimensão política do conhecimento produzido juntamente com a desconstrução da retórica da verdade, se constituíram como elementos essenciais ao movimento mais amplo que culminou na emergência do Construcionismo Social. Do mesmo modo, Spink e Medrado (1999), nos dizem que as posturas construcionistas sobre o conhecimento somaram-se às perspectivas políticas da ressignificação da diferença e da denúncia das relações opressivas que se desenham no interior do campo científico. Além disso, nessa perspectiva a produção do conhecimento deve ser considerada como uma atividade construída num tempo e espaço específicos e construtiva de uma realidade intersubjetiva.

Spink e Frezza (2013), nos informam que a desconstrução da retórica da verdade se ancora na crítica da concepção de verdade como conhecimento absoluto. Essa compreensão é assumida no fazer desta pesquisa, pois a partir do que foi dito por essas autoras, entendemos que não há uma verdade absoluta, a verdade é a verdade de nossas convenções. Porém, é essencial pontuarmos que a verdade tal qual a compreendemos não se torna menos impositiva. A perspectiva construcionista reivindica a necessidade de remeter a verdade à esfera da ética e pontua sua importância não como verdade em si, mas como relativa a nós mesmos.

A partir dessas compreensões podemos também situar que a perspectiva Construcionista em Psicologia Social tende a focalizar o momento da interação, os processos de produção de sentidos da vida cotidiana, entendendo que o conhecimento não é algo que as pessoas possuem em suas cabeças e sim algo que constroem juntas. Assumir essa perspectiva implica abdicar da visão representacionista do conhecimento (SPINK; FREZZA, 2013).

Essa perspectiva não considera que os mecanismos do pensamento estão situados apenas na complexa estrutura de neurônios, como acontece em outras perspectivas. Mas sim, entende, sem desconsiderar a importância das estruturas biológicas, que o conhecimento é também contingente às outras ferramentas disponíveis como, por exemplo, a estrutura linguística, que é considerada, nessa visão, como produção social (SPINK; FREZZA, 2013).

A crítica do Construcionismo à concepção representacionista do conhecimento compreende que o conhecimento não é uma representação nem uma tradução de algo que pertence à realidade externa. Porém, é importante situar que assumir essa perspectiva não se trata de um vale-tudo, pois é preciso considerar os limites das próprias características dos humanos que as produzem, ou seja, as características sociais e biológicas de pessoas historicamente situadas (SPINK; FREZZA, 2013).

Como sinalizam Spink e Medrado (1999), rejeitamos em nossas pesquisas o realismo ingênuo, que postula a existência de um mundo que precisa ser descoberto, revelado através de uma relação imediata e invariante entre pesquisador (sujeito) e realidade (objeto). Mas também rejeitamos o subjetivismo extremo, que atribui a capacidade de conhecer exclusivamente às capacidades da mente individual, à subjetividade e aos determinantes psicodinâmicos.

Os mesmos autores nos informam que o conhecimento, nessa perspectiva, não é uma interiorização dos processos sociais nem é a exteriorização dos processos psicodinâmicos. O foco do Construcionismo está na interanimação dialógica. Deste modo, situa-se no espaço da relação com o outro, esteja ele fisicamente presente ou não (SPINK; MEDRADO, 1999).

Assim, podemos entender que investigações ancoradas na perspectiva Construcionista transferem o locus da explicação dos processos de conhecimento como algo interno à mente para a exterioridade dos processos e estruturas da interação humana (SPINK; FREZZA, 2013). Segundo Spink e Medrado (1999), a perspectiva discursiva busca problematizar o contexto discursivo considerando a interação. As práticas discursivas constituem um caminho privilegiado para se entender a produção de sentidos no cotidiano e representam o foco central de análise na abordagem Construcionista.

Por fim, consideramos importante situar que há diferenças entre a expressão construção social e Construcionismo. A primeira é utilizada pelos teóricos construcionistas para se referir a ação, enquanto Construcionismo refere-se à abordagem teórica propriamente dita (SPINK; FREZZA, 2013). No entanto, como sinalizam Spink e Medrado (1999), na perspectiva Construcionista, a produção de sentidos se processa no contexto da ação social.

5. 2 POSICIONAMENTO EPISTEMOLÓGICO: UM OLHAR SOBRE O MUNDO

A escrita desta dissertação dialoga com um saber epistêmico subalterno, o Feminismo Negro. Por isso, assume o compromisso ético-político de construir conhecimentos contra hegemônicos, conectados com diferentes formas de viver e enfrentar as opressões baseadas nos marcadores de gênero, raça, classe e território (CARDOSO, 2017).

Situo-me como uma feminista negra acadêmica que constrói pesquisas com outras mulheres e não meramente sobre elas, tendo em vista que reconheço meu lugar na pesquisa a partir da conexão com os demais contextos sociais nos quais estou inserida, o que me afasta de qualquer tentativa de neutralidade e distanciamento puro entre pesquisadora e fenômeno pesquisado. Pensar essas implicações é reconhecer-me como mulher negra, jovem, nordestina, nascida no interior de Pernambuco, mais precisamente na Zona da Mata canavieira, onde as relações de trabalho, de gênero, raça e classe, por vezes, não parecem tão distantes das que foram vivenciadas no Período colonial.

Por isso, também me reconheço como uma mulher atravessada pelos marcadores de gênero, raça e classe, de modo semelhante as mulheres que representam o maior número de pessoas que realizam abortos inseguros no país, que possuem menor acesso aos serviços de saúde e morrem por não receberem o cuidado adequado, como nos informam Diniz et al. (2017). Como seria possível almejar a neutralidade nesse contexto?

Também faz parte desse processo reconhecer os territórios que ocupei, os deslocamentos que foram possíveis e necessários, como a vinda para a capital pernambucana, ainda no final da adolescência, com o intuito de tornar-me “letrada”, ou quem sabe construir outros modos de escrever as letras, como o que espero fazer através desta pesquisa.

Considero que esses atravessamentos são essenciais para o modo como compreendo a pesquisa, a relação com as interlocutoras e à forma como lido com os dados produzido. Eles conferem intensidade ao processo e potencializam o comprometimento com a realização de pesquisas socialmente e historicamente situadas e implicadas.

Porém, esse processo também exige o exercício de distinção teórica e prática entre o que é familiar e o que será produzido como conhecimento científico. Pois, o compromisso com a construção de pesquisas implicadas e situadas não exclui o exercício de estranhamento. De modo que, através de inquietações acerca de fenômenos familiares eu possa construir conhecimentos científicos (SCHRAIBER, 2015).

Schraiber (2015), discute a possibilidade de produzirmos, em interação com o nosso objeto de estudos, conhecimentos que não se limitem a nossos entendimentos pessoais acerca de nossas vidas cotidianas ou a nossos desejos de como a vida deveria ser. Ela afirma que para tal é necessário um movimento que reconheça esses entendimentos pessoais e os distinga do conhecimento produzido na pesquisa, sem ignorar a forma como se inter-relacionam.

A autora cita Gilberto Velho (1978), para diferenciar as noções de familiar e de conhecimento. Algo pode ser familiar e não quer dizer que seja diretamente algo conhecido, se definirmos conhecimento como a compreensão do acontecimento, fenômeno ou

experiência para o qual temos uma interpretação de ocorrência e alerta para que possamos evitar qualquer procedimento automático negador da potência reflexiva da pesquisa (SCHRAIBER, 2015).

Dito isto, sinalizo que considero o cuidado necessário para a construção de conhecimentos científicos que não sejam apenas a reprodução do que é familiar para mim no senso comum. Porém, situo que esses dois campos do conhecimento, o científico e o do senso comum, não são pensados nesta pesquisa como antagônicos ou excludentes, mas sim, como mutuamente implicados. Além disso, considero ao decorrer de toda essa produção meu lugar nesse processo como uma subalterna que fala² em um campo social onde historicamente foi negado o direito de fala às minhas ancestrais e as implicações que a minha fala, socialmente e historicamente situada, tem nesse campo.

Hoje, falo nesse campo, sobretudo, através da produção escrita, transformando a escrita, como diz Cardoso (2017), em espaço seguro de onde é possível desafiar as imagens negativas e estereotipadas sobre mulheres, sobretudo, mulheres negras. Para Tiburi (2018), se observarmos o lugar das mulheres na formação dos textos que fazem parte da história será fácil compreender que os homens produziram discursos, apagaram os textos das mulheres e se tornaram os donos do saber e das leis, inclusive sobre elas. A autora explicita que:

É verdade que, em um contexto democrático, pressupõe-se que todos podem falar. No entanto, os caminhos da fala, bem como os da produção de discursos e os meios de comunicação, pertencem às elites econômicas, que vivem no contexto dos privilégios de raça, gênero, sexualidade, plasticidade, idade e classe social. Fora do sistema de privilégios a expressão é contida, ela é econômica e politicamente administrada. (TIBURI, 2018, p. 57).

Para bell hooks³(1995), o patriarcado capitalista com supremacia branca atua para negar às mulheres a oportunidade de seguir uma vida da mente, pois torna o domínio intelectual um lugar interdito. No caso do Brasil, os intelectuais negros, dos séculos XIX e XX, eram “esquecidos” ou não reconhecidos, enquanto as mulheres negras eram invisíveis como intelectuais e em todos os outros aspectos (PACHECO, 2011).

Segundo Pacheco (2011), surgiram muitos estudos e pesquisas acadêmicas sobre as mulheres negras nas últimas décadas. Entretanto, o reconhecimento e a legitimação das intelectuais negras nas academias brasileiras continuam marginalizados. Ainda é,

² Referência a provocação feita pela filósofa indiana Gayatri Spivak (1985), em sua obra “Pode o subalterno falar?”

³ O nome da autora é escrito com letra minúscula devido a um posicionamento político assumido por ela em relação a escrita do nome.

predominantemente, um outro não negro e majoritariamente masculino que produz conhecimentos sobre mulheres negras.

Por isso, ser uma mulher negra que produz conhecimento de maneira situada é assumido nessa pesquisa como uma forma de resistência contra esse modo hegemônico de fazer Ciência que nos exclui e invisibiliza como produtoras de conhecimento científico legítimo. Também saliento que entrar em contato com as mulheres com as quais dialoguei e percorrer os espaços que compõem o campo tema⁴ dessa pesquisa, se inscreve na noção de autorrepresentação descrita por Conceição Evaristo (2005). Aqui, penso pesquisadora e sujeitas da pesquisa como mulheres atravessadas por marcadores que em muitos pontos se encontram, como anteriormente mencionado. Logo, as vivências que me propus a analisar em algum momento também foram ou ainda podem ser minhas vivências, o que afasta qualquer tentativa de neutralidade respaldada pela Ciência Positivista.

Quando informo que minha pesquisa não fala sobre um outro distante e alheio, mas também fala sobre mim, recorro novamente a Evaristo (2005), para situar que nessa pesquisa “surge a fala de um corpo que não é apenas descrito, mas antes de tudo vivido. A escre(vivência) das mulheres negras explicita as aventuras e desventuras de quem conhece uma dupla condição, que a sociedade teima em querer inferiorizar, mulher e negra” (EVARISTO, 2005, p. 205).

O que Evaristo (2005) nomeia como a escre(vivência) é assumido nesse texto como resistência política, a partir da noção de que o fazer acadêmico também é político e a maneira como lido com o meu campo-tema e como me reconheço parte dele denota as implicações esperadas desse fazer no contexto social. De maneira concomitante, compreendo a pesquisa acadêmica como um instrumento de resistência em um campo em disputa e que isso exige a construção de pesquisas implicadas com os fenômenos sociais, mas também construídas e protagonizadas por pessoas que historicamente foram objetificadas pela Ciência, como aconteceu com as mulheres negras.

Como pontua hooks (1995), muitos intelectuais, em sua maioria homens brancos, fizeram das pessoas negras objeto de estudo desde o século XIX. Nesse modo de fazer ciência, as mulheres eram invisibilizadas nos discursos hegemônicos e quando passaram a ser objeto das “positividades” ocidentais, o foram por meio de teorias que as associavam ao mundo da natureza.

⁴ Como sugere Peter Spink (2003), campo-tema, não é um universo distante do pesquisador, um universo empírico ou um lugar para fazer observações. Campo é o argumento no qual estamos inseridos, argumento este que tem múltiplas faces e materialidades, que acontece em muitos lugares diferentes.

Temos como exemplo histórico Sarah Baartman, mulher negra de origem sul africana que foi vendida como escrava e posteriormente usada como objeto de estudos científicos, dando base a produção da raça como categoria científica, na França do século XIX, por Georges Cuvier. Partes do corpo de Sarah, como a extensão dos pequenos lábios vaginais e a circunferência craniana eram analisadas e expostas publicamente em nome da Ciência Positivista europeia. O corpo de Sarah foi exposto ao público em feiras e prostíbulos e, depois de morta, em um museu, onde sua genitália conservada em formol podia ser vista por quem visitasse o Museu do Homem, em Paris, até anos após sua morte (PELÚCIO, 2012).

Entendemos que diante de cenários científicos historicamente tão desfavoráveis para as mulheres negras, o trabalho intelectual é uma parte necessária da luta pela libertação. É fundamental para os esforços das pessoas oprimidas e/ou exploradas, que passam de objeto a sujeito, à medida que descolonizam e libertam suas mentes (hooks, 1995).

Consideramos ainda que Epistemologia a partir do ponto de vista das mulheres negras é uma forma de resistência e confronto às práticas dominantes de conhecimento e afasta qualquer proximidade com uma compreensão essencialista e restauradora de uma natureza feminina (CARDOSO, 2017). A partir dessa perspectiva epistemológica, entendo que a categoria mulheres recebe significados diferentes em corpos colonizados e não colonizados e faz-se necessário descolonizar o gênero (LUGONES, 2011). Pois, mulheres negras tiveram uma experiência histórica diferenciada, que o discurso clássico sobre a opressão da mulher não tem reconhecido, assim como não tem dado conta da diferença qualitativa que o efeito da opressão sofrida tem na vida das mulheres negras (CARNEIRO, 2003).

5.3 LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES

Para alcançar os objetivos propostos, foram utilizadas como estratégias de levantamento de informações entrevistas semiestruturadas com oito profissionais e duas usuárias de um serviço público de saúde especializado no atendimento às mulheres em situação de violência e aborto legal em casos de estupro.

Além de entrevistar as mulheres, como forma de compreender suas experiências em relação ao acesso ao aborto legal e os sentidos atribuídos a essas experiências, optamos por entrevistar as(os) profissionais por compreendermos, assim como Dios (2018), que as narrativas dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de aborto legal representam uma maneira potente de nos aproximarmos das histórias das mulheres que utilizam esses serviços.

A partir da perspectiva Construcionista, as entrevistas podem ser consideradas práticas discursivas, ou seja, ação situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e

constroem versões da realidade (PINHEIRO, 1999). As entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, a partir delas a entrevistadora tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a uma pergunta formulada (MINAYO, 2009). As entrevistas foram gravadas em áudio mp3 e as(os) participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

É importante informar que algumas entrevistas com profissionais foram realizadas por uma dupla de pesquisadoras, composta por mim e Stefanny Silva, integrante do Núcleo de Pesquisas em Gênero e Masculinidades (GEMA) e bolsista de Iniciação Científica, e as entrevistas com as usuárias foram realizadas por mim. Todas as entrevistas foram realizadas no espaço físico do serviço de saúde, mediante prévia autorização da equipe de profissionais e de autorização do Comitê de Ética do Hospital no qual esse serviço está situado, além de autorização do Comitê de Ética da UFPE.

A cada ida ao serviço para diálogo e construção de acordos com as(os) profissionais e idas para realização de entrevistas, foram produzidos diários de campo. Os diários de campo podem ser compreendidos, de acordo com Medrado et al. (2014), como anotações pessoais sobre acontecimentos ou experiências. Também os entendemos como práticas discursivas, logo, linguagem em ação. Por se constituírem como ação, os diários produzem efeitos, mobilizam afetos e, assim, são entendidos como elementos atuantes na pesquisa. Eles não foram instrumentos analisados no processo de análise desta pesquisa, porém foram de essencial importância para sua construção da pesquisa como um todo.

5.3.1 Local da pesquisa:

As entrevistas foram realizadas em um serviço de referência no atendimento às mulheres em situação de violência e realização de aborto legal, localizado em Recife. O nome do serviço não será divulgado para que o anonimato das(os) participantes seja garantido. O local da pesquisa foi intencionalmente escolhido por ser um serviço de referência estadual no atendimento às mulheres em situação de violência, possibilitando que fossem realizadas entrevistas com mulheres não apenas da capital, mas também do interior do estado.

Além disso, é um serviço de saúde com o qual a pesquisadora já possuía contato, por ter realizado estágio de conclusão de curso de graduação neste espaço, o que facilitou a entrada no serviço, por conhecer um pouco sobre seu funcionamento e pelo contato existente com algumas profissionais que compõem a equipe.

Esse serviço está inserido no âmbito da Política de Saúde Integral da Mulher, que preconiza a atenção integral às mulheres vítimas de violência. O maior número de casos atendidos é relacionado à violência sexual, apesar de atender mulheres em situação de violência de modo geral, tanto violência doméstica como urbana. Esse serviço garante profilaxia contra ISTs, HIV/AIDS, também realiza o aborto legal e seguro e oferece apoio médico e psicossocial às mulheres em situação de violência. Ele funciona vinte e quatro horas por dia, todos os dias do ano, incluindo finais de semana e feriados e pode ser procurado por qualquer mulher, maior de doze anos, que esteja sofrendo ou tenha sofrido violência.

5.3.2 Participantes da pesquisa

Mulheres entrevistadas

Apresentaremos as duas mulheres que foram entrevistadas, considerando que elas têm uma história que precisa ser respeitada e anunciada, de modo que suas falas não sejam desconectadas de suas trajetórias e entendidas meramente como dados recortados para fins de uma pesquisa. Não rejeitamos a organização de informações sobre participantes de pesquisas em tabelas, porém, a partir da perspectiva epistemológica assumida, julgamos pertinente apresentá-las em formato de texto narrativo, pois, assim é possível apresentar essas mulheres de maneira situada a um contexto que extrapola as possibilidades de linhas e colunas.

Ao apresentá-las também falo sobre nossos encontros, sobre as conexões que aconteceram, sobre o meu lugar como pesquisadora, como mulher negra, psicóloga e ex-estagiária do serviço de saúde no qual as entrevistas foram feitas, pensando as implicações desse lugar no fazer da pesquisa. Assim, buscaremos narrar as histórias pensando os lugares de conexões entre serviço-usuárias-profissionais-pesquisadora.

1. Rebeca

Vamos iniciar essa apresentação contando um pouco sobre o encontro com Rebeca, ela é uma mulher cisgênero, heterossexual, de 26 anos, evangélica, que se autodeclara como branca, tem duas filhas, uma tinha oito anos e outra 10 meses ao momento da entrevista. Rebeca mora com seu companheiro, com quem vive em uma união estável, e a filha mais nova. Trabalha como vendedora no centro de Recife, estudou até o primeiro ano do ensino médio e mora em um bairro da periferia de Olinda-Pernambuco.

Para chegar até ela entramos em contato com a coordenadora do serviço de saúde no qual as entrevistas foram realizadas. Ela sugeriu que o projeto fosse apresentado aos profissionais antes de iniciar as entrevistas e assim o fizemos, aguardamos o dia da reunião de equipe e às 17 horas, na quinta-feira de Carnaval, dia em que já é festa para quem é de Recife,

Stefanny Silva e eu, apresentamos o projeto aos profissionais na folia e entusiasmo do primeiro contato com nossas(os) interlocutoras(es).

Já havia a autorização do Comitê de Ética da UFPE e do Hospital, porém, esse momento também fez parte do que entendemos por Ética da pesquisa. Dialogamos com as(os) profissionais sobre os cuidados que teríamos ao decorrer dos encontros com as usuárias e fizemos acordos, como por exemplo, de que não iríamos apenas coletar dados, sem dar um retorno aos profissionais e ao serviço, combinamos que seria um processo dialógico.

Nesse momento, também pedimos o apoio dos profissionais para identificação e contato com as mulheres usuárias do serviço, por entendê-los como principais mediadores desse contato e assim aconteceu. Algum tempo depois, a coordenadora entrou em contato conosco para informar que uma mulher iria realizar o procedimento e aceitou participar da pesquisa, era tudo que sabíamos sobre ela até então. Marcamos com a coordenadora dia e horário, como dito, não tínhamos contato direto com a usuária, tudo foi mediado pela profissional. No dia seguinte a este contato, ainda com euforia semelhante a do Carnaval de Recife e uma dose de medo, fui ao encontro de Rebeca.

Irei escrever o relato seguinte em primeira pessoa na tentativa de aproximar a(o) leitor(a) da minha versão sobre o encontro. Quando cheguei ao serviço, a coordenadora que fez a mediação não estava, mas como o processo foi dialogado com toda a equipe, a assistente social que realizou o acolhimento de Rebeca naquele dia também estava ciente da pesquisa, me recebeu e me apresentou a Rebeca. Como dito anteriormente, mora em um bairro de periferia do município de Olinda, Pernambuco, onde ela morou a vida toda e disse sentir-se segura porque já é acostumada, apesar das situações de violência que acontecem no bairro.

Esse é o primeiro elemento que chamou minha atenção no nosso encontro, o bairro em que Rebeca disse sentir-se segura é o mesmo onde ela sofreu violência sexual indo ao trabalho, pela manhã. Segundo ela, lá também acontecem mortes e assaltos, como ela refere: “uma coisa que é normal” e que ela não tem mais medo. Essa compreensão de Rebeca reflete a situação de muitas pessoas pobres, que residem em bairros periféricos no Brasil. A estratégia de naturalização da violência como algo normal e que ela já se acostumou é o que permite que ela não paralise diante do contexto de vida precário, é o que faz com que ela continue saindo de casa, indo ao trabalho, sobrevivendo, enquanto não lhe são dadas condições para viver em um cenário sem violência e que, de fato, ela possa sentir-se segura.

Para chegar ao seu local de trabalho, Rebeca se desloca de Olinda para o centro de Recife pegando dois ônibus. Antes de fazer esse percurso, ela leva a filha de dez meses para a casa de “uma mulher que toma conta dela” enquanto Rebeca trabalha, às vezes também passa

na casa da irmã, que mora no mesmo bairro, e toma café da manhã. A filha de oito anos fica sob os cuidados da avó, mãe de Rebeca. Seu horário de trabalho se encerra às 19 horas, ela pega novamente dois ônibus, volta para casa, faz os serviços domésticos e vai dormir para no dia seguinte iniciar o mesmo ciclo.

A entrevista com Rebeca foi realizada imediatamente antes da realização do procedimento de aborto legal. Pouco antes de terminarmos o diálogo, o médico sinalizou que estava a aguardando e que estava tudo pronto para o procedimento. Ela disse que estava ansiosa para fazê-lo, mas também estava com medo. Assim, enquanto fiz a entrevista também assumi uma postura de buscar apoiá-la e fornecer informações seguras, de forma a minimizar o medo que ela expressava sentir. Informações que eu tinha por já ter atuado no serviço e conhecer o contexto em que a interrupção gestacional é realizada.

Compreendo que ignorar o momento que estava sendo vivido pela entrevistada e focar apenas na obtenção de informações para a pesquisa, num contexto como aquele, seria eticamente inadequado e uma violência contra a participante da pesquisa. Meu lugar como pesquisadora foi vivenciado de formas muito diferentes nas duas entrevistas com usuárias, as demandas que elas possuíam eram distintas e relacionadas a um contexto que eu precisava estar a todo tempo atenta, o que exigiu de mim posturas diferentes com cada uma delas e estratégias metodológicas pautadas na ética e no cuidado com as participantes.

Por termos realizado a entrevista imediatamente antes do procedimento, como já foi dito, Rebeca demandou de mim segurança para que pudesse lidar melhor com seu medo da realização do aborto e dentro do que foi possível para mim, o fiz. Catarina, que ainda irei apresentar a vocês, viveu seu processo de outra maneira. O que ela requereu de mim foi companhia, então estive atenta a sua demanda e me sentei ao seu lado no leito, com os muitos significados que podem surgir dessa ação, como será melhor explicitado mais à frente.

Com isso, entendo que pesquisar é sobre obter dados e produzir informações, mas também é sobre acolher, sentir e compartilhar afetos, pois esses elementos circulam a cada encontro entre pesquisadora e participante da pesquisa de uma maneira própria e singular. Assim, tentar ser neutra diante desses afetos seria se posicionar de maneira antiética e violenta, a partir da perspectiva epistemológica que adotamos.

Não esgoto nessa breve apresentação as informações sobre Rebeca, iremos dialogar com ela ao decorrer de todo o texto, assim, outras informações vão surgindo e complementando os sentidos construídos até aqui. Uma última informação, mas não menos importante diz respeito a escolha do nome fictício utilizado para garantia do anonimato da

participante. Ao final da entrevista pedi que ela escolhesse a forma como gostaria de ser nomeada, para que essa não fosse uma imposição minha.

A escolha do nome de Rebeca foi um momento importante que fortaleceu o significado que atribuo a esta pesquisa, por isso desejo explicitá-lo. Farei isso de forma descritiva e espero que cada leitor(a) signifique essa descrição da forma que lhe for possível, pois qualquer tentativa de explicar os afetos que circulam sobre esse acontecimento de forma mais prolongada seria rasa diante do que eu gostaria de expressar, diante do que eu sinto.

Como dito na introdução, a experiência como estagiária no serviço de aborto legal me motivou a pesquisar sobre este tema durante o mestrado, um marco decisório para essa escolha foi o caso que acompanhei de uma mulher que teve o pedido pelo aborto legal negado por não atender às exigências do protocolo presente na Portaria 1.058 (ANEXO A). Ao final do estágio, escrevi o Trabalho de Conclusão de Curso sobre a história dessa mulher e a nomeei como Rebeca, foi uma experiência carregada de muitas tensões e afetos.

Passados dois anos, estava eu sentada naquele mesmo espaço, no mesmo serviço de aborto legal em que atendi Rebeca e acolhi suas dores em 2017. Conclui a primeira entrevista com a usuária do serviço que aceitara participar da pesquisa. Sem fazer muitas associações conscientes com outras mulheres com as quais me deparei em situação semelhante, pedi para a entrevistada dizer o nome com o qual ela gostaria de ser identificada para a garantia do anonimato, ela olhou para mim um pouco em dúvida e disse: Me chame de Rebeca.

2. Catarina

Agora apresento Catarina, nosso encontro e a versão de mim que emergiu dele:

Dia de fortes chuvas em Recife
alagamentos, meu medo
ônibus passando sem saber o limite entre a ponte alagada e o rio
dois postes caídos no trajeto, mais medo
eu sempre tive medo de morrer de choque elétrico!
uma orientação de chegar às 7 horas sem atrasos
água por toda a roupa encharcada, não sabia onde estavam meus pés
a água da rua até o joelho era responsável
um carro atolado num bueiro
pensamento de desistir, voltar para casa
como seria possível chegar?
Como seria possível ela ter chegado?
O desespero que ela sentiria naquele trajeto seria o mesmo que o meu?
Será que ela desistiu?
Eu poderia desistir?
Não, chegamos...
Eu com demandas por um diálogo,
Ela demandando uma companhia
Alguém a quem contar sobre os planos que nasciam

daquela expulsão que, enquanto conversávamos, se fazia em seu ventre
eu acolhi, ela me acolheu
me falou sobre um livro
que contava sobre uma jovem ousada,
eu deveria ler, ela disse.
seu sorriso alegre não imaginava minha surpresa por esse ser o tema sobre
o qual ela queria falar
com a cidade alagada, com sua solidão, com suas dores
ela queria falar sobre o livro, sorrindo...
e falamos.
Falamos sobre a ousadia da menina do livro
(que por sinal eu já conhecia)
depois chegamos a solidão da menina-mulher que estava naquela cama,
mas também falamos sobre a liberdade que chegava tímida naquele momento,
mas chegava.
Falamos e falamos, sobre o mundo, a vida, a liberdade, sobre nós...
Na verdade, falamos sobre ela, mas nas suas histórias eu via tudo isso.
Duas horas falamos.
Morte não chegou na nossa fala
Ninguém morreu para nós
Mas a liberdade...
Ah, essa sim chegou,
(re)nasceu nos olhos, no corpo, na fala daquela menina-mulher
Nasceu na escrita da pesquisadora
Nasceu do encontro
(re) nasceu em nós.

Assim foi meu encontro com Catarina, segunda usuária do serviço que entrevistei. Ela é um jovem de 22 anos, muito simpática e receptiva, gosta de conversar sobre livros e séries e foi assim que ela iniciou o diálogo comigo, assim que entrou na sala onde eu a aguardava para a convidar a participar da pesquisa. Diferentemente de Rebeca, ela ainda não sabia sobre a pesquisa, pois a profissional que mediava o contato entre as participantes e eu autorizou que eu fosse ao serviço e falasse diretamente com a usuária desta vez. Ela aceitou participar, mas também de forma diferente de como ocorreu com Rebeca, a entrevista não ocorreu antes do procedimento, mas sim durante.

A dúvida sobre como ela havia conseguido chegar apesar das fortes chuvas e alagamentos em Recife foi rapidamente respondida. Catarina mora em uma cidade do Agreste do Pernambuco, para chegar às 7 horas da manhã e ser atendida ela saiu de casa às 21 horas do dia anterior. Recife ainda não estava alagado quando ela chegou, a chuva não havia chegado, o dia também não. Ela chegou ao serviço às 4 da manhã, durante a viagem não foi possível dormir, ela tinha medo dos perigos da estrada e nas duas outras vezes em que foi ao serviço antes do procedimento de aborto ser agendado, também temia por sua segurança

porque o ônibus que a levou do seu município até Recife não possuía cinto de segurança para nenhum dos passageiros.

O medo de Catarina também se relacionava ao fato dela ter ido sozinha ao serviço todas as vezes, ela temia que algo acontecesse no percurso já que ninguém da sua família sabia o que estava acontecendo, nem que ela estava grávida ou mesmo que foi estuprada em um dia qualquer voltando da faculdade. Apenas uma amiga sabia o que estava acontecendo, mas não pôde acompanhá-la porque faria uma prova no dia em que Catarina realizou o procedimento.

Catarina é de uma cidade localizada a aproximadamente 200 km de Recife, é nessa cidade que moram seus pais, lá não há universidades nem possibilidades de trabalho para ela. Por isso, ela mora atualmente em outra cidade, também do interior, onde faz faculdade de Engenharia de Alimentos. Nesta cidade não há pessoas da sua família, ela divide uma casa com outra estudante que se mudou para lá com o intuito de estudar, assim como ela. A renda de Catarina consiste em uma bolsa de monitoria da disciplina de Cálculo, no valor de 350 reais e o salário que recebe como Jovem Aprendiz em uma fábrica de alimentos, de 400 reais.

Ela se autodeclara como parda, é uma mulher cisgênero, bissexual, solteira e não possui religião. Sua família é muito religiosa, mas desde os 14 anos ela disse aos pais que não seguiria a religião imposta por eles. Segundo ela, a religião dos pais foi um dos motivos pelos quais ela não contou a eles da gravidez, pois mesmo sendo em decorrência do estupro, eles não permitiriam que ela fizesse o aborto. Além disso, ela informou que contar as pessoas, faria com que ela fosse malvista em sua cidade, por isso era melhor enfrentar sozinha tudo que estava passando.

A primeira conversa com Catarina, quando ela aceitou participar da entrevista, aconteceu antes do procedimento, na sala destinada a reunião dos profissionais. Mas, logo em seguida, ela precisou voltar ao quarto para iniciar a interrupção gestacional. Minutos após a realização da primeira etapa do processo de abortamento, a enfermeira perguntou se ela gostaria de me receber, ela aceitou e a entrevista foi feita com ela deitada no leito e eu sentada na cadeira ao seu lado, enquanto a expulsão do feto acontecia gradualmente.

Apenas ela e eu ficamos no quarto, mas ao decorrer das duas horas de entrevista o médico, a enfermeira e a assistente social entraram para verificar se estava tudo bem e se ela precisava de algo. Ela expressou para mim e para os profissionais que a minha presença ali estava sendo muito boa porque assim ela teria uma companhia e alguém para se distrair, pois como mencionei anteriormente, ela realizou todo o processo sozinha, sem acompanhante. Segundo ela, por medo e vergonha de contar as pessoas, sobretudo a seus familiares.

Ao decorrer de toda essa entrevista, pensei sobre os múltiplos lugares possíveis assumidos por mim como pesquisadora. Ao lado de Catarina, no leito, eu fui muito mais do que uma desconhecida sentada para coletar informações para um estudo científico, eu fui sua única companhia, fui alguém com quem ela pôde se distrair enquanto algo tão difícil e carregado de significados complexos se produzia dentro dela.

Assim, meu lugar como pesquisadora foi também um lugar de afeto, apoio, de não só coletar dados, mas também compartilhar informações úteis ao processo que ela estava vivenciando. Foi um lugar de encontro, com todos os significados que podemos imaginar caber dentro de um encontro em um cenário tão singular, composto por um leito hospitalar, uma mulher jovem realizando um procedimento de aborto após ter sido estuprada e outra mulher igualmente jovem sentada ao seu lado realizando sua pesquisa. Ali não éramos desconhecidas, éramos a potência do nosso encontro. Potência esta que eu espero expressar através da escrita desta dissertação.

Profissionais entrevistadas/os

Ao decorrer da pesquisa, entrevistei oito profissionais, que compõem três equipes multiprofissionais do serviço de aborto legal, cada equipe é composta por médica(o), enfermeira(o), psicóloga(o) e assistente social. O funcionamento do serviço acontece em regime de plantão, com dois plantões de 12 horas por dia, uma equipe atua no plantão diurno e outra no plantão noturno. Foi possível entrevistar profissionais que atuam nesses dois plantões. Ao todo entrevistei 3 psicólogas(os), 2 assistentes sociais, 2 médicas(os) e 1 enfermeira. Irei apresentá-las(os) agrupando-os a partir das categorias profissionais para fins de melhor organização. Os nomes utilizados são todos fictícios e escolhidos pelas(os) entrevistadas(os).

1. Psicólogas/os:

Felipe é um homem cisgênero, branco, gay, sem religião, que ao momento da entrevista tinha 33 anos. Trabalha no serviço de atendimento às mulheres em situação de violência há três anos e ingressou nele através de concurso público. Ele mora sozinho, possui uma renda mensal de aproximadamente 4.400 reais e faz doutorado na área de Psicologia. Buscou, em sua formação, se aproximar dos debates sobre gênero e sexualidade.

Meditar foi o segundo profissional de Psicologia entrevistado, foi uma entrevista realizada juntamente com Stefanny Silva. Ele é um homem cisgênero, heterossexual, ateu, tem 36 anos. Em relação a sua cor/raça ele se autodeclara como “café com leite amanteigado”, reside com três pessoas. Fez especialização em Saúde da família e mestrado em Saúde

Coletiva. Também atua no serviço há três anos e ingressou por concurso público. Ele informou que possuía aproximação anterior com a temática, mas não sabia que homens poderiam atuar neste serviço e ao escolher o lugar de lotação, optou por esse hospital.

A terceira entrevista com profissional de Psicologia foi realizada com Dandara, também foi uma entrevista feita conjuntamente com Stefanny Silva. Dandara é uma mulher cisgênero, heterossexual, tem 60 anos, casada, mora com três pessoas e tem uma renda mensal familiar de aproximadamente 12 mil reais. Ela se autodeclara como amarela e possui origem semita, se considera como judia cultural, porém não tem religião e é atea. Dandara iniciou o Mestrado na PUC/SP, mas não concluiu por questões pessoais, porém relata que foi um momento de muitas aprendizagens, em que pôde estar em contato com grandes mestres da Psicologia Social e áreas afins. Ela é do movimento de mulheres de Pernambuco e participou da luta pelos direitos das mulheres ainda no período da ditadura militar no Brasil. O tema da violência contra as mulheres não esteve presente em sua formação acadêmica, mas esteve em toda sua formação política.

2. Assistentes sociais

Esperança Garcia tem 30 anos, é uma mulher cisgênero, bissexual, possui renda mensal familiar de aproximadamente 8 mil reais, se autodeclara como parda e não tem religião. Fez Especialização na área de Saúde mental e trabalhava no serviço de atendimento às mulheres em situação de violência há pouco mais de um ano, ao momento da entrevista. Clara também é assistente social, no momento da entrevista ela atuava no serviço há alguns meses, porém já atuou em outras áreas do mesmo hospital. Ela é uma mulher cisgênero, heterossexual, negra, tem 39 anos, é da religião Espírita, mora com três pessoas, tem uma renda mensal familiar de aproximadamente 6 mil reais e fez mestrado em Serviço Social.

3. Médica/o

Remi é um homem cisgênero, gay, tem 48 anos, mora com uma pessoa, se autodeclara como pardo, não possui religião e tem uma renda mensal familiar de aproximadamente 18 mil reais. Ele fez especialização nas áreas de Saúde da Família, Saúde Pública e Obstetrícia, trabalha no serviço de atendimento às mulheres em situação de violência desde 2013. Carminha também é médica, é uma mulher cisgênero, heterossexual, de 39 anos, se autodeclara como branca, mora com três pessoas e sua renda mensal familiar é entre 20 e 25 mil reais, em relação a religião ela refere que transita entre o Catolicismo e o Espiritismo. Ela fez especialização em Ginecologia e Obstetrícia e trabalha no serviço desde 2016.

4. Enfermeira

Paula é enfermeira, é uma mulher cisgênero, heterossexual, tem 64 anos, se autodeclara como branca, tem duas filhas, mora atualmente com uma delas, possui renda mensal familiar de aproximadamente 10 mil. Relata ser da religião católica, mas atualmente não é praticante. Fez especialização em Saúde Pública e trabalha no serviço há 14 anos.

5. 4 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES PRODUZIDAS

Após a realização das entrevistas, houve a transcrição integral das falas e a construção de mapas dialógicos para cada entrevista. A transcrição integral inclui todas as falas e expressões comunicativas, de modo que o discurso original do contexto de pesquisa é preservado. A partir dela podemos identificar quem fala, sobre o que fala e como cada um(a) fala, elementos necessários à construção dos mapas dialógicos e da análise das práticas discursivas (NASCIMENTO et al., 2014). No estudo das práticas discursivas, o mapa dialógico é um recurso que nos permite dar visibilidade aos passos dados na construção da pesquisa e à dialogia presente nos discursos analisados (NASCIMENTO et al., 2014).

Os mapas dialógicos são quadros com linhas e colunas organizados de acordo com: a) os objetivos do estudo em questão; b) o(s) tema(s) identificado(s) na transcrição; e c) o que precisamos ou queremos dar visibilidade na nossa análise (NASCIMENTO et al., 2014). Ainda de acordo com Nascimento et al. (2014), o mapa dialógico é um instrumento que constitui um dos passos iniciais da análise e pode auxiliar na aproximação com o material a ser analisado, na organização dos discursos e no norteamento da discussão. Além disso, a escolha pela utilização dos mapas se relaciona aos objetivos da pesquisa e a perspectiva teórico-metodológica adotada.

Como pontuam Spink e Lima (1999), a noção de rigor metodológico, na perspectiva Construcionista, se relaciona justamente à explicitação dos passos da pesquisa e à visibilidade que o pesquisador/a proporciona ao processo interpretativo, possibilitando assim uma melhor comunicação entre pesquisadores, o que representa um elemento essencial à pesquisa, entendendo-a como prática social. Como vimos, a produção de mapas dialógicos é um dos recursos que possibilita essa visibilidade dos passos da pesquisa, de maneira comprometida com o rigor metodológico.

5.5. ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES PRODUZIDAS

Após a construção dos mapas dialógicos, foi realizada a análise das práticas discursivas com foco na produção de sentidos. As práticas discursivas constituem o foco central de análise na abordagem Construcionista, sendo um caminho privilegiado para entender a produção de sentidos no cotidiano (SPINK; FREZZA, 2013). Elas podem ser definidas como linguagem em ação, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas. O conceito de práticas discursivas remete aos momentos de ressignificações, de rupturas, de produção de sentidos, corresponde aos momentos ativos do uso da linguagem, nos quais convivem tanto a ordem como a diversidade (SPINK; MEDRADO, 1999).

É importante pontuar que quando estudamos as práticas discursivas estamos interessados no modo como as pessoas falam, nos repertórios linguísticos usados ao descreverem o mundo em que vivem, assim como nas outras vozes presentes nessas falas (NASCIMENTO et al., 2014). Sinalizamos ainda que as práticas discursivas têm como elementos constitutivos: a dinâmica, que são os enunciados, orientados por vozes, as formas ou *speech genres* que, para Bakhtin, são formas mais ou menos fixas de enunciados e os conteúdos - os repertórios linguísticos. Os repertórios são colocados em movimento nos processos de interanimação dialógica que, nas teorizações de Bakhtin (1994), integram as unidades básicas da linguagem e as da comunicação (SPINK, 1999).

Podemos compreender *Sentidos* como uma construção social, um empreendimento coletivo e interativo, por meio do qual as pessoas - na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas - constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com os fenômenos a sua volta (SPINK; MEDRADO, 1999).

Segundo Spink e Medrado (1999), a produção de sentidos não é uma atividade cognitiva intraindividual, nem simples reprodução de modelos predeterminados. Ela é uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso. Assim, a produção de sentidos é compreendida como um fenômeno sociolinguístico, pois o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido e busca entender as práticas discursivas que atravessam o cotidiano.

Assim, entendemos a produção de sentidos como um processo interativo, a partir da compreensão de que ninguém produz sentido individualmente. Situamos o sentido como uma construção social e enfatizamos que tal construção se dá num contexto, numa matriz que atravessa questões históricas e culturais e que essa construção permite que os sujeitos lidem com situações e fenômenos do mundo social (SPINK, 2010).

Desse modo, dar sentido ao mundo é uma força poderosa e inevitável na vida em sociedade. A produção de sentidos não é uma atividade cognitiva intraindividual nem simples reprodução de modelos predeterminados. É uma prática social dialógica que implica a linguagem em uso (SPINK, MEDRADO, 1999).

Entendemos que a análise das informações produzidas na pesquisa implica interpretação fundamentada em teorias e conceitos do campo disciplinar da(o) pesquisador(a), em consonância com os objetivos do estudo em questão (NASCIMENTO et al., 2014). Deste modo, o último passo da análise se consistiu na escrita de um texto analítico que se propôs a tecer diálogos entre a literatura de referência sobre o tema, os conceitos contidos no marco referencial e as falas presentes nos mapas dialógicos.

5.6 QUESTÕES ÉTICAS FORMAIS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa- CEP/UFPE, em 07 de fevereiro de 2019, em cumprimento a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, protocolo CAAE - 03838718.1.0000.5208. Todas as entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) pelas participantes e os dados trabalhados nesta pesquisa (áudios e transcrições das entrevistas) ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, pelo período mínimo de 5 anos.

Os nomes utilizados ao decorrer do texto são todos fictícios, de modo a garantir o anonimato das(os) participantes. Eles foram escolhidos pelas(os) participantes, sendo solicitado que informassem a forma como gostariam de ser nomeadas(os), para que não fosse algo imposto pela pesquisadora.

6 RESULTADOS

Após a leitura das transcrições integrais das 10 entrevistas, foram construídos mapas dialógicos para cada uma delas, a partir disso emergiram cinco eixos de análise, organizados em um eixo temático mais amplo denominado: **Dificuldades no acesso ao serviço de aborto legal em casos de estupro**, conforme a tabela a seguir:

Invisibilidade dos serviços de aborto legal	Medo de ser desacreditada e dos julgamentos morais	Culpabilização da vítima e influência da religião no processo de decisão	Experiência das mulheres nas delegacias	Intersecções de gênero, raça e classe produzindo barreiras de acesso no contexto político atual
---------------------------------------------	----------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

Esses eixos sintetizam a compreensão das profissionais e usuárias entrevistadas sobre como se dá o acesso das mulheres ao serviço de aborto legal em Pernambuco. A partir desta pesquisa, foi possível perceber que o acesso das mulheres aos serviços de aborto legal tem sido permeado por uma série de dificuldades que retardam a chegada delas ao serviço, fazendo com que tenham um percurso árduo e, por vezes, doloroso até que de fato possam ter seu direito ao aborto legal garantido.

Por esta ser uma pesquisa que tem o Construcionismo Social como perspectiva teórico-metodológica, a análise foi feita a partir da imersão no conjunto de informações produzidas através das entrevistas, sem que essas informações fossem encapsuladas em categorias e classificações definidas a priori pela pesquisadora, sendo um processo de categorização não impositivo (SPINK; LIMA, 1999). Como dito anteriormente, os eixos temáticos surgiram a partir das falas das(os) participantes, não foram previamente estabelecidos.

Após a definição dos eixos, foi construído um mapa dialógico para cada eixo de análise, composto pelas falas de todas(os) as(os) participantes simultaneamente, de modo a possibilitar a visualização do que nomeamos como diálogo entre as(os) participantes sobre cada um dos cinco temas. Como esboçamos anteriormente, o mapa dialógico é uma técnica de análise que representa caminhos de visualização (SPINK; LIMA, 1999). Esse procedimento foi feito conforme a tabela a seguir:

Eixo 1: Invisibilidade dos serviços de aborto legal:

Catarina	Rebeca	Paula	Clara	Remi	Carminha	Meditar	Dandara	Esperança	Felipe
----------	--------	-------	-------	------	----------	---------	---------	-----------	--------

Esse foi um ponto essencial para a análise, pois não tínhamos o objetivo de analisar cada uma das falas separadamente, mas sim estabelecer diálogos entre todas as participantes, mulheres usuárias do serviço e profissionais, sendo a pesquisadora responsável por tecer as conexões desses diálogos a partir do que surgia nas entrevistas.

Antes de apresentar a discussão dos resultados, informamos que na perspectiva Construcionista não são feitos recortes de trechos ilustrativos deslocando as falas de seus contextos, pois assim, desapareceria a interanimação dialógica, o jogo de posicionamentos e as ressonâncias do procedimento de coleta de informações nos conteúdos discursivos. Entendemos que o processo de levantamento de informações, as técnicas utilizadas e o posicionamento da entrevistadora repercutem no material que é produzido (SPINK, 2010).

Segundo Spink e Medrado (1999), a sentença só adquire um sentido completo no contexto do enunciado. Portanto, para entender o processo de interanimação dialógica, é preciso incorporar na análise os vários elos dessa cadeia de comunicação, levar em consideração não só o que a pessoa falou, mas também o que precedeu essa fala, a pergunta da entrevistadora, por exemplo. Essas trocas também constituem o contexto de produção de sentidos e só entendemos os sentidos quando as incorporamos na análise.

Por isso, além das falas das participantes, também serão apresentadas as perguntas e comentários feitos pela pesquisadora, para que seja possível perceber a interação entre entrevistadora e entrevistadas(os) e um pouco sobre o contexto em que ocorreu a produção de sentidos dessas práticas discursivas, que são fundamentalmente dialógicas. Pois, na análise das práticas discursivas não são apenas os conteúdos que nos interessam, mas também os usos que são feitos desses conteúdos (SPINK; LIMA, 1999).

Também é importante sinalizar que todas as falas são enumeradas, esses números representam o lugar em que cada uma das falas está disposta na transcrição integral da entrevista. Essa numeração é necessária para que seja preservada a sequência das falas, evitando que os conteúdos sejam descontextualizados (SPINK; LIMA, 1999).

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados está organizada a partir do eixo temático intitulado: Dificuldades no acesso ao serviço de aborto legal em casos de estupro. Neste eixo, demos ênfase às dificuldades enfrentadas pelas mulheres no processo de busca pelo aborto legal em casos de estupro, por ser um elemento que se sobressaiu em todas as falas. Também por compreendermos que identificar essas dificuldades e como elas operam é necessário para que sejam pensadas estratégias que potencializem o acesso ao aborto legal.

De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2019), aconteceram, em 2018, 180 estupros por dia no Brasil, totalizando 66.041 estupros por ano, 81,8% deles teve como vítima pessoas do sexo feminino. Como esses dados expressam, um número alarmante de mulheres são estupradas por ano, conseqüentemente, elas estão expostas a muitas conseqüências, como uma gravidez, especialmente quando não conseguem acessar um serviço de saúde de maneira emergencial para realizar a contracepção de emergência ou quando há falhas no método de contracepção utilizado, como nos informa (MACHADO et al., 2005).

No entanto, como relatado por todos os profissionais entrevistados, o número de mulheres que de fato chega ao serviço de aborto legal, tanto para realização desse procedimento quanto para realizar a profilaxia e contracepção de emergência assim que ocorre a violência sexual, ainda é extremamente reduzido se comparado aos dados que temos sobre a quantidade de estupros que acontecem cotidianamente.

Uma informação importante a ser compartilhada já no início da nossa análise é que, de acordo com a fala das(os) profissionais, há um predomínio de mulheres negras e pobres entre a população que mais procura o serviço de aborto legal. Eles atribuem esse predomínio ao fato deste ser o público que mais utiliza o Sistema Único de Saúde de forma geral e à exposição a violências a que essas mulheres estão expostas cotidianamente, como podemos perceber no diálogo seguinte com a enfermeira Paula:

L 517 Juliana: tem populações que buscam mais o serviço normalmente? Tu consegue identificar?

L 521- 526 Paula: infelizmente as mulheres mais pobres são muito mais acometidas, as mulheres negras são muito mais acometidas. Não quer dizer que branco não é estuprada, não. Mas assim, de certa forma não dá pra gente querer sair desse perfil, as mulheres de baixa renda ou do próprio grau de instrução, não é, isso não quer dizer que a gente já não teve advogada aqui, não teve gente de Boa viagem, mas de certa forma se você for espremer...

Quando pensamos também a dimensão de classe, podemos perceber, como Dandara nos diz em seguida, que a maior procura de mulheres pobres por esse serviço tem relação com a forma como a situação de classe dessas mulheres as expõem a situações de violência sexual diferentes das vividas por mulheres de classes sociais mais altas:

L 205 Juliana: Tem alguma predominância de mulheres de alguma classe social específica também?

L 206-213 Dandara: [...] eu penso que as mulheres mais baixa renda estão mais vulneráveis né, porque usam ônibus, porque têm que andar nas ruas, porque tem que... andar a pé, né, estão mais vulneráveis de verdade é... ao assédio, ao estupro a... enfim as ameaças todas do que as mulheres que estão com seus carros e que tão com suas proteções, né, outras de locomoção. Em casas também mais vigiadas e também mais protegidas.

Essas profissionais pontuam que isso não quer dizer que mulheres brancas e de classes sociais privilegiadas não sofrem violência sexual, porém os contextos são distintos. A partir do que é dito pelas profissionais, entendemos que as mulheres pobres procuram mais o serviço após sofrerem violências cometidas por desconhecidos, seja na rua, no trajeto para o trabalho ou em outros lugares relacionados ao espaço urbano. Enquanto as mulheres de classes sociais mais altas sofrem mais violências no ambiente doméstico, em festas particulares, enfim, no âmbito privado. Como diz Dandara, elas com maior frequência utilizam carros para se locomover e possuem maior proteção em relação ao ambiente da rua.

De acordo com Kimberlé Crenshaw (2002), quando grupos específicos de mulheres são vítimas de violência e abusos, essa distribuição seletiva da violência não pode ser investigada apenas a partir da dimensão de gênero, precisa ser pensada também como um exemplo de discriminação racial e de classe, pois uma análise sobre esse fenômeno pautada apenas na questão de gênero recairia na superinclusão, tornando as diferenças invisíveis.

Para Crenshaw (2002), a superinclusão acontece quando os aspectos que tornam um problema interseccional são absorvidos pela estrutura de gênero, sem qualquer tentativa de reconhecer o papel que o racismo e as outras formas de discriminação exercem. Entendemos assim, que fazer análises utilizando-se da superinclusão faz com que os esforços para remediar e enfrentar as violências não sejam pensados a partir das especificidades necessárias para os subgrupos de mulheres, deste modo, suas reais demandas são desconsideradas, fazendo com que essas mulheres continuem expostas a recorrentes vulnerabilidades.

Por isso, a partir das falas das profissionais e do que é proposto por Crenshaw (2002), entendemos a violência sexual e as dificuldades de acesso ao aborto legal como um problema interseccional, compreendendo que as dimensões raciais, de gênero, classe e território se interseccionam e contribuem para a produção da subordinação das mulheres.

Aponto que entendemos Interseccionalidade como um conceito que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação. Ele trata da forma pela qual o racismo, o patriarcado, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades. Além disso, a partir da perspectiva interseccional podemos entender que as mulheres racializadas frequentemente estão posicionadas em um

lugar social onde o racismo, a classe e o gênero se encontram produzindo opressões e violências específicas (CRENSHAW, 2002).

Ainda sobre as populações que são atendidas no serviço de aborto legal, conversamos com alguns profissionais sobre os atendimentos a homens transexuais para realização da interrupção gestacional. O médico Remi, o psicólogo Meditar e o psicólogo Felipe referiram que houveram atendimentos a homens transexuais no serviço, mas nenhum deles possuía demanda pela interrupção gestacional. Além disso, o número de atendimentos foi pequeno, não ultrapassando cinco casos. Não nos aprofundamos em relação aos atendimentos que eles receberam, mas sinalizamos a importância de investigações que analisem onde esses homens estão sendo atendidos após sofrerem violências sexuais e se estão conseguindo acessar os serviços de saúde caso engravidem em decorrência dessa violência.

Como mencionado nos resultados, foi possível identificar uma gama de dificuldades que tornam a trajetória das mulheres até o serviço de aborto legal um processo árduo, demorado e doloroso para elas, gerando sofrimentos. Além disso, entendemos que as dificuldades vivenciadas durante esse percurso podem ser algumas das causas que fazem com que muitas mulheres com a demanda pelo aborto legal não consigam acessar esse direito.

Uma informação significativa, percebida através das entrevistas que pode nos ajudar a compreender esse fenômeno, é que dificilmente o serviço de saúde especializado no atendimento às mulheres em situação de violência é o primeiro lugar ao qual a mulher recorre após sofrer a violência sexual e necessitar realizar o aborto, apesar da orientação principal nesse tipo de atendimento ser a de se priorizar o atendimento médico, antes de qualquer outro, como nos diz Bedone e Faundes (2007).

Normalmente elas chegam até o serviço especializado por meio de encaminhamentos, como podemos perceber no diálogo entre a assistente social Clara e eu:

L 235-236 Juliana: sim, e normalmente as pessoas chegam mais aqui por demanda espontânea ou encaminhadas de algum outro serviço?

L 241-243 Clara: Eu já atendi muitas que foi atendida em outro serviço e aí no serviço o profissional faz a escuta, quando é um profissional mais sensível a essas questões faz a escuta e já encaminha pra cá. Já peguei várias assim de emergência, de UPA, de Policlínica, até de PSF. Foi pra o ginecologista normal, a enfermeira tava lá fazendo e aí ela já se ligou e aí liga pra cá ou encaminha.

Além dos serviços de saúde mencionados, a maioria dos profissionais refere que as mulheres são frequentemente encaminhadas de lugares como delegacias e Instituto Médico Legal (IML), como nos diz Esperança Garcia, também assistente social do serviço:

L 80 Juliana: Que populações tu percebe que tem buscado mais o serviço?

L 85-87 Esperança: [...] Eu percebo que a maior parte, assim, tem um fluxo garantido pra chegar aqui, embora seja demanda espontânea, é o caminho da delegacia e do IML.

Isso nos faz questionar por que, apesar do serviço especializado atender por demanda espontânea, não sendo necessário que as mulheres sejam encaminhadas de outros locais, realizem Boletim de ocorrência ou façam marcação prévia, como nos diz Clara: **[L 268-269]**“ não precisa marcar, porque aqui funciona como emergência, feito uma emergência funciona. Qualquer pessoa pode chegar, em qualquer horário, qualquer momento, sem encaminhamento nenhum “eu fui vítima de violência”, a gente vai atender”, este ainda não tem sido o primeiro local procurado por elas ao necessitar de atendimento?

Através das entrevistas com Catarina e Rebeca, ambas usuárias do serviço de aborto legal, percebemos que a não procura imediata pelo serviço de saúde não tem sido por escolha das mulheres, mas sim, uma consequência gerada por muitos fatores, especialmente relacionados a falta de informações sobre a existência desses serviços especializados e as formas de acessá-lo.

O serviço de saúde especializado acaba sendo para muitas mulheres o destino de um percurso longo, composto por instituições formais e elementos simbólicos que muitas vezes dificultam o acesso, como aconteceu com Catarina, uma das mulheres usuárias do serviço com a qual conversamos. Ao ser perguntada se ela preferiria ir diretamente ao serviço de saúde se soubesse que poderia, ela diz que:

L 114- 115 Juliana: Tu acha que se tu soubesse antes que não precisava ir pra delegacia tu teria escolhido ir direto para o serviço de saúde ou mesmo assim tu acha que foi bom ter ido pra delegacia?

L 118 -142 Catarina: Ah, sim. Eu preferia ir direto pra o serviço de saúde porque quando eu cheguei na delegacia teve um problema lá.

Por isso, entendemos que os elementos que estruturam essas dificuldades precisam ser discutidos, de modo que a partir do conhecimento sobre eles sejam criadas estratégias para que as mulheres tenham o acesso ao aborto legal em casos de estupro facilitado. Para melhor compreender esse eixo temático, o subdividimos em cinco eixos analíticos, como apresentado a seguir.

EIXO 1: INVISIBILIDADE DOS SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL

Em 2007, Bedone e Faundes sinalizavam a necessidade de campanhas que informassem as medidas que precisam ser tomadas nos casos de violência sexual, com foco em informar para onde as mulheres devem se dirigir em busca de assistência após sofrerem esse tipo de violência, tendo como objetivo principal divulgar a necessidade do atendimento imediato. Porém, mais de dez anos depois, tanto mulheres que passaram por esse tipo de

violência quanto (a)os profissionais do serviço especializado ainda relatam uma série de dificuldades que têm sido vivenciadas pelas mulheres devido a carência de informação.

O desconhecimento das mulheres em relação ao direito ao aborto legal em casos de estupro e sobre a existência dos serviços especializados é apontado nesta pesquisa como um dos principais elementos dificultadores do acesso das mulheres ao serviço de aborto legal. Muitas vezes esse desconhecimento se estende aos profissionais da rede de saúde e de outras áreas estratégicas, o que impede que as mulheres sejam devidamente encaminhadas ao serviço especializado para que suas demandas sejam atendidas. Como podemos perceber no diálogo seguinte entre o psicólogo Meditar e eu:

L 451 Juliana: O que tu considera, assim, uma dificuldade, que tu percebe?

L 453-456 Meditar: ...por exemplo, a gente sabe que o número (de mulheres vítimas de violência sexual) é muito maior que o que a gente tem aqui, então um obstáculo é não saber, por mais que as que vieram sabendo da existência desse serviço, eu acho que tem muitos casos que não vem porque não sabe que ele existe. E talvez a maioria.

Em 2005, Talib e Citeli já nos informavam que existia uma invisibilidade dos serviços de aborto legal até mesmo no interior dos próprios hospitais onde eles funcionam e que essa invisibilidade estava relacionada a carga moral que reveste a questão do aborto no Brasil e à influência da ilegalidade do aborto até mesmo sobre os casos previstos em lei. Elas também referiam que, por isso, muitos serviços de aborto legal tinham uma quantidade mínima de atendimentos.

Passados 15 anos, esse ainda é um fenômeno presente em relação aos serviços de aborto legal. A ilegalidade do aborto e o fato desta temática ser tratada a partir da perspectiva criminal e moral e não, prioritariamente, como uma questão de saúde expõe as mulheres ao não acesso aos serviços, até mesmo nos casos legais, e a um ciclo que pode culminar em situações de ilegalidade. Entendemos que por não conseguir acessar os serviços públicos, gratuitos e seguros, devido a forma como a ilegalidade torna os serviços de aborto legal invisíveis, muitas mulheres podem acabar recorrendo a situações de abortamentos ilegais e arriscadas para a saúde, quando acessar o serviço público e seguro seria um direito.

Podemos perceber no diálogo seguinte entre o psicólogo Felipe e eu como a moralidade que reveste a questão do aborto influencia na invisibilidade dos serviços:

L 145-146 Juliana: E essas mulheres (que só chegam ao serviço após estarem grávidas) costumam falar do porquê elas não vieram antes?

L 151-160 Felipe: [...]Como te falei assim, se você chegar aí dentro do hospital tem gente que não sabe da nossa existência e eu acho que não é a toa. A gente tenta ne divulgar o máximo possível na mídia, mas tem um...eu acho que é tanto uma forma de se proteger mas também é uma forma de enfim silenciar o que vem acontecendo por conta do aborto. Eu acho que o fato de ser um serviço de aborto legal faz com que a gente não seja, vamos dizer assim, uma bandeira dentro da gestão, da saúde. A saúde sabe que tem lá, mas deixa ali no cantinho, quietinho porque se a gente falar

muito talvez os evangélicos...a bancada evangélica caia em cima, talvez muita gente não seja muito favorável a existência principalmente nesse momento delicado que a gente tá enfrentando. Mas acaba que tem um efeito esse tipo de coisa, então não se sabe, muita gente não sabe que a gente existe.

Como podemos perceber na fala de Felipe, a invisibilidade dos serviços tem sido uma forma de silenciar a questão do aborto e uma estratégia para impedir que as mulheres o realizem, mesmo quando fazê-lo é um direito. Entendemos que manter esses serviços invisíveis faz parte de uma lógica que se opõe a garantia dos Direitos Reprodutivos das mulheres. Essa lógica tem se fortalecido através de discursos das chamadas bancadas religiosas e de uma onda conservadora que se fortalece no Legislativo e no Governo Federal, que traz consequências graves para a saúde das mulheres, levando muitas delas a morte, ao precisarem se submeter a procedimentos inseguros por não terem recebido a devida proteção do Estado.

Segundo Cook (2002), em diversos países há uma separação constitucional entre instituições religiosas e o Estado. Porém, na prática, líderes religiosos influenciam as políticas governamentais, afetando a proteção e a promoção da saúde reprodutiva e sexual das pessoas, em nome de valores morais e religiosos que são expressamente contrários a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres e da laicidade do Estado, como vivenciamos no Brasil.

Assim como Cook (2002), entendemos que a não divulgação de informações que as pessoas precisam ter para que possam acessar os mecanismos de proteção à saúde reprodutiva é uma violação dos Direitos Reprodutivos. Por isso, ao fazer esse trabalho acreditamos que conferir visibilidade aos serviços de aborto legal e à influência positiva que eles exercem na vida das mulheres que conseguem acessá-lo é uma ferramenta potente para lutar por sua manutenção e para que cada vez mais mulheres consigam acessá-lo, tendo seus Direitos Reprodutivos garantidos.

Compreendemos que o panorama ideal é que nenhuma mulher sofra violência e precise procurar serviços de saúde para essa demanda. Porém, enquanto caminhamos para esse objetivo, precisamos garantir, no paralelo, que as mulheres que continuam sofrendo violências tenham acesso a atendimentos seguros, gratuitos e de qualidade no serviço público de saúde e é nesta perspectiva que este trabalho se ancora.

Além da invisibilidade dos serviços fazer com que muitas mulheres não tenham seu direito ao aborto legal garantido, podemos perceber que mesmo as mulheres que conseguem chegar ao serviço souberam da existência dele e os caminhos para acessá-lo apenas após descobrirem que estavam grávidas. Essa não era uma informação presente na vida delas de

modo que as possibilitasse ter recebido atendimento emergencial e evitado que a gestação e suas consequências viessem a acontecer. Como podemos observar pelo seguinte diálogo:

L 269-270 Juliana: e nos casos de aborto é comum as mulheres relatarem se elas já sabiam que tinham direito de realizar aborto em caso de estupro?

L 271-280 Esperança: eu percebo que é uma informação recente “descobri que estou, contei para alguém e alguém disse que eu tenho direito”, eu percebo que tem esse grupo maior, sabe, de tipo “comentei com meu médico, comentei com minha colega e aí ela disse que nesse caso eu posso e aí eu cheguei aqui.”[...] Não que elas conversem muito, mas eu tenho a sensação de que quando sabem é algo recente, não era algo tipo “sempre soube que eu tinha esse direito e agora que aconteceu eu vou atrás.” Até porque eu tenho a sensação de que se elas soubessem de tudo que elas têm direito, elas não teriam esperado ficar grávidas, elas teriam procurado o serviço antes, ne?

De maneira semelhante, Rebeca expressa como foi sua experiência:

L 21 Juliana: e como tu conheceu esse serviço aqui que a gente tá?

L 22-24 Rebeca: eu conheci na internet, depois que eu....depois que eu soube que tava grávida tudinho, aí foi que eu comecei a me preocupar aí foi quando eu disse a minha irmã, que eu não tinha dito. Aí ela...comigo pesquisou, aí descobriu, aí veio aqui.

No diálogo com Catarina também identificamos um processo parecido:

L 55: Juliana: Sim, e como foi que tu conheceu esse serviço aqui?

L 56-58: Catarina: Foi bem louco, eu não sabia de nada disso, não sabia nem da lei, não sabia de nada mesmo. Eu tava bem desesperada já, que eu tinha descoberto já fazia duas semanas e quando eu descobri eu já deveria tá com umas 10 ou 11 aí eu não sabia o que fazer.

O percurso de chegada dessas duas mulheres ao serviço de aborto legal foi bastante distinto, Rebeca soube da existência do serviço pela internet e por morar na Região Metropolitana foi com a irmã ao Hospital, chegando à emergência descobriu onde estava localizado o setor de atendimento às mulheres em situação de violência e assim conseguiu acessá-lo. Apesar de ser de uma classe social baixa, ela conseguiu garantir a passagem de ônibus para se deslocar até o hospital utilizando o Vale transporte do trabalho.

Catarina, por sua vez, precisou passar por outros serviços antes de chegar ao hospital. Além de não conhecer o serviço de aborto legal previamente nem saber de sua existência, ela é do interior e não teria como se deslocar até Recife e acessar o serviço por demanda espontânea, pois, segundo ela, não teria dinheiro para pagar o transporte. Assim, quando não havia mais possibilidades de resolver sozinha essa demanda, ela procurou, com a ajuda de uma amiga, a Secretaria da Mulher da sua cidade, que fez o acolhimento inicial e a encaminhou para a delegacia da mulher e ao Hospital Municipal, onde a assistente social garantiu que ela tivesse uma vaga emergencial no transporte público destinado a transportar as pessoas do interior para atendimento médico em Recife, conhecido como Transporte Fora do Domicílio (TFD), e fez o encaminhamento para o serviço de aborto legal.

Como sinalizam Bedone e Faundes (2007), para que o acesso aos serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual seja garantido é necessário que sejam criados mecanismos eficazes de encaminhamento. Para tanto é fundamental que haja a integração dos vários setores que participam do atendimento às mulheres, iniciando-se com os responsáveis pelo transporte.

Apesar das trajetórias distintas, as duas mulheres vivenciaram muitos aspectos em comum, ambas só souberam que tinham direito ao aborto legal após descobrirem que estavam grávidas em decorrência do estupro que sofreram. Entendemos, assim como sugere a fala anteriormente citada de Esperança Garcia, que é possível que se elas tivessem tido acesso à informação sobre a existência do serviço especializado e do percurso para chegar até ele anteriormente teriam recebido o atendimento emergencial de forma a evitar a gravidez e as consequências psicológicas e emocionais geradas pelo processo que viveram.

Nesse sentido, Paula nos diz que:

L 683-685 Juliana: houve alguma situação específica em que a mulher relatou alguma dificuldade mais objetiva que a impediu de chegar antes, por exemplo assim... quando ela já chegou já estava gestante, por não conhecer o serviço?

L 686-688 Paula: por não conhecer o serviço, muitas por não conhecer o serviço, muitas por não conhecer e muito menos saber que até 72 horas elas teriam que fazer a profilaxia, por desconhecimento mesmo, não saber que é até 72 horas.

Sobre isso, Bedone e Faundes (2007), nos orientam que a interrupção gestacional não é a intervenção prioritária para as mulheres que sofreram violência sexual. O ideal é que haja uma diminuição no número de interrupções gestacionais a partir da divulgação e criação de serviços que atendem as mulheres de forma emergencial e impeçam que elas venham a engravidar, pois gravidezes indesejadas podem ocasionar inúmeras consequências sociais, emocionais e psicológicas para as mulheres.

Um importante aspecto que emerge dessas experiências relatadas é que esse desconhecimento sobre o direito ao aborto em casos de estupro e a existência dos serviços de aborto legal não está intrinsecamente relacionada ao grau de escolaridade das mulheres e nível de instrução formal.

De fato, acreditamos que mulheres com menor acesso à educação têm o acesso a informações sobre direitos e saúde reprodutiva de maneira geral dificultada. Porém, quando pensamos especificamente o acesso a informações sobre o aborto legal, outros mecanismos se entrecruzam nesse jogo de invisibilidade, fazendo com que mesmo mulheres jovens, escolarizadas, universitárias e que se reconhecem como feministas, como é o caso de Catarina, não saibam da existência desse direito e dos serviços de aborto legal até que de fato precisem utilizá-lo. Como é expresso pelo diálogo seguinte:

L 654-655 Juliana: e tu acha que caso não existisse esse direito como seria a vida das mulheres que passam por uma situação semelhante?

L 656-667 Catarina: **elas tentariam tirar sozinhas ne, como acontece muito.** Eu pesquisei muito sobre isso antes de descobrir tudo isso, pesquisei sobre aborto, **pesquisei sobre métodos de indução de aborto porque eu queria tirar isso de mim sozinha porque eu não sabia que tinha ajuda ne,** aí pesquisei sobre o remédio ne, que é Cytotec, só que não vende no interior, eu tentei comprar mas não consegui, sem contar que é caro. Você comprar pela internet você não sabe se vai chegar, eu ia gastar um dinheiro que eu não tenho pra uma possibilidade ne, **ai vi outros métodos de você fazer exercício físico pesado, de se machucar, induzir agressão na região da barriga, vi tudo sobre isso mas em nenhum momento eu vi o aborto legal ne,** eu vi a questão de aborto espontâneo, por remédio, por tudo, inclusive tinha uns remédios que é proibido ne pra grávida, tipo dipirona, não sei se é mito ou é verdade, **mas na internet tem muito, caféina, dipirona e eu realmente me dopei disso porque eu tentei tirar. Teve um dia que eu tomei 10 comprimidos de dipirona e não aconteceu nada, foi muito frustrante.**

O relato de Catarina nos faz questionar, entre muitas outras coisas, a quem serve que as informações seguras sobre aborto legal não estejam disponíveis na internet na mesma proporção em que estão disponíveis informações diversas sobre métodos de interrupção gestacional que podem levar uma mulher a ter consequências graves de saúde ou mesmo levá-la a morte?

Além disso, esse relato nos alerta para um fato significativo sobre a saúde das mulheres: os métodos brutais utilizados por mulheres que não poderiam manter gestações em um contexto social tão desfavorável, sobretudo mulheres negras, como foi o período colonial ainda se fazem presentes na vida das mulheres brasileiras, mesmo esse período histórico tendo se encerrado desde 1822. Como Mary Del Priore (2009) nos informa, durante o período colonial eram frequentes as mortes de mulheres por envenenamento e outras técnicas de abortamento agressivas e dolorosas como, por exemplo, golpes no próprio ventre, quedas, relações sexuais violentas, diarreias e vômitos instigados propositadamente, assim como as relatadas por Catarina.

Com isso, podemos refletir que apesar dos avanços na área da saúde, a saúde reprodutiva das mulheres no que diz respeito a temas imbuídos de carga moral e religiosa, como o aborto, ainda condiciona as mulheres brasileiras a uma precariedade que se arrasta há séculos e expõe muitas delas a morte. Diante disso, entendemos que enquanto a questão do aborto for lida como uma questão criminal e moral e não prioritariamente como uma questão de saúde pública, pouco iremos evoluir e as mulheres continuarão expostas a esse tipo de brutalidade, a condições precárias de saúde e a mortes que poderiam ser evitadas.

Diante desse cenário desfavorável para as mulheres, profissionais do serviço de aborto legal estudado têm buscado algumas estratégias para divulgação do serviço. Algumas das atividades realizadas por elas(es) têm sido a divulgação do serviço em outras instituições e a

participação em seminários e encontros em rede que debatam a questão da violência, em uma perspectiva de gênero, como nos diz a assistente social Clara:

L 52 Juliana: e quais são as principais atividades que são desenvolvidas aqui?

L 54-62 Clara: [...] a gente também tem um trabalho tanto de participar de discussões em rede, não só a rede de saúde, mas a rede de Políticas Públicas para as mulheres como um todo, então ai entra a Política Pública de Assistência Social, a Política Pública de Saúde, a Política Pública de Educação, a Política de Segurança. Então quando o TJ, O Ministério Público, tudo que tá dentro da Segurança Pública, quando eles fazem atividades ou fazem reunião sempre nos convidam para participar ou a gente também faz um trabalho de matriciamento, que é tipo assim, a gente vai nas unidades ou até mesmo aqui dentro do Hospital, em alguns setores, pra explicar o fluxo do próprio serviço, o fluxo de atendimento e ai ao mesmo tempo a gente trabalha essa questão de gênero e violência.

Contudo, as profissionais também expressam que essa medida ainda é insuficiente diante da magnitude do problema e pontuam que outras esferas precisam se comprometer mais ativamente na divulgação do serviço. Sobre isso, podemos observar o seguinte diálogo:

L 523 Juliana: Aí tu consegue pensar assim em estratégias mais potentes pra que essa informação chegasse a mais lugares?

L 526-534 Dandara: [...] Eu acho que tava na hora de voltar a fazer campanha pra divulgar os números que são os números de atendimento, fazer campanha na televisão mesmo, sabe? Gastam tanto dinheiro com propaganda na televisão pra outras coisas, por que não? É... que tinha que a Secretaria de mulheres tinha que tá preocupada, mas o Governo Federal a gente não pode contar com ele pra isso né. É... mas a Secretaria de mulheres tinha que tá preocupada, tinha que tá averiguando essa coisa de como é que tá na internet, como é que as mulheres acessam, garantir esse acesso prioritário. Fazer... que tem uma coisa que você pode investir em páginas que elas fiquem na frente, ne, em cima, aparecendo mais rápido quando as pessoas fazem buscas, tem esquemas que era... não são caros, muito fácil de tá produzindo, promovendo pra que as mulheres acessassem mais facilmente quando buscassem informação.

De modo semelhante ao dito por Dandara, Cook (2002), nos diz que deve ser exigido que os governos forneçam informações necessárias para garantir que as pessoas possam proteger a sua saúde sexual e reprodutiva. Se considerarmos que a internet tem sido referida pelas mulheres atendidas e pelas(os) profissionais como principal canal de busca quando uma mulher deseja saber onde pode realizar o aborto legal ou mesmo para buscar informações mais gerais após descobrir-se grávida.

Acreditamos que fortalecer esse meio de comunicação é um caminho necessário a ampliação do acesso das mulheres ao serviço de aborto legal, a partir da divulgação de informações seguras, sobre, por exemplo, a localização dos serviços que realizam o procedimento de aborto em casos de estupro e os modos de acessá-los.

Podemos inferir que a centralidade da internet como instrumento de busca está relacionada a garantia do anonimato e sigilo proporcionado. As duas mulheres entrevistadas relataram que não se sentiram à vontade para compartilhar a violência que sofreram com

profissionais de saúde, da delegacia ou mesmo com pessoas conhecidas. Há um forte peso moral colocado sobre os corpos das mulheres vítimas de violência que gera vergonha e culpa para essas mulheres, assim, se nomear como uma mulher estuprada, mesmo que seja para procurar ajuda, parece representar para muitas mulheres uma reatualização da violência sofrida.

Entendemos, desse modo, que procurar informações na internet resguarda essas mulheres do lugar de “mulher estuprada” e das possíveis violências geradas por estarem nesse lugar. Por isso, a construção de canais de informação seguros, na internet, pode servir para que as mulheres sintam-se mais confortáveis, em um momento inicial, para que possam em seguida procurar atendimento em serviços de saúde, com maior confiança de que serão bem acolhidas nesses espaços. Essa estratégia pode fortalecer de forma substancial a garantia do direito das mulheres e protegê-las de graves riscos à saúde, como as mortes geradas pela falta de informação segura e confiável que as expõem a situações arriscadas.

Cook (2002) aponta que a proteção dos Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais acontece por meio de vários direitos humanos específicos e legalmente estabelecidos que interagem entre si e são interdependentes. Entre eles, o direito a informação mostra-se essencial à tomada de decisão informada e livre nos tratamentos de saúde, por isso, ele é um direito específico que precisa ser garantido para que haja a proteção da saúde reprodutiva das mulheres, sendo agrupado no rol dos direitos a informação, educação e tomada de decisão.

EIXO 2- MEDO DOS JULGAMENTOS MORAIS E DE SER DESACREDITADA PELOS PROFISSIONAIS

O medo e a vergonha das mulheres em compartilhar que sofreram violência sexual estiveram presentes nas falas de todas as mulheres entrevistadas e nos relatos das(os) profissionais sobre os atendimentos realizados. Como podemos perceber no diálogo com a médica Carminha:

L 160-162 Juliana: e quais são os principais desafios ou obstáculos que tu percebe nesse tipo de atendimento a mulheres que demandam a interrupção gestacional? Que tu tem enfrentado também, se existem ne.

L 163-166 Carminha: primeiro que às vezes elas já chegam aqui tarde ne e eu acho que pra mim o desafio mais do que assim procurassem para realizar o abortamento é fazer com que essas mulheres chegassem aqui antes de engravidar ne, que ela realmente procurasse o serviço logo após ter sofrido a violência ne. Não ter a vergonha de contar ou medo ou não saber pra quem pedir ajuda e ai que ela tivesse chegado aqui antes mesmo de engravidar.

Acreditamos que a predominância desses sentimentos se relaciona a forma como historicamente as mulheres que sofrem esse tipo de violência têm sido tratadas, inclusive pelos setores que deveriam protegê-las. Como sinalizam Bedone e Faundes (2007), muitas

vezes as mulheres que estão sofrendo os agravos físicos, psicológicos e sociais decorrentes da violência sexual sofrem outras violências, baseadas no preconceito, julgamento e intolerância dos profissionais e instituições, seja no âmbito da justiça ou da saúde.

O medo das mulheres em relação a como serão atendidas nesses locais faz com que muitas não procurem a assistência necessária ou tenham essa procura retardada. Por isso, entendemos esse fenômeno como uma significativa barreira simbólica de acesso ao aborto legal em decorrência de estupro. Como podemos perceber no diálogo seguinte:

L 211- 212 Juliana: como tu sintetiza que foi teu percurso de chegada até aqui em Recife pra conseguir fazer o procedimento? Como tu sentiu que foi esse percurso?

L 213-218 Catarina: Eu fiquei muito insegura no início porque eu tinha medo de me frustrar ne, de chegarem aqui e não acreditarem em mim, desde o início, desde quando eu fui pra Secretaria da mulher até chegar aqui, eu sentia que as pessoas não iam acreditar em mim, tanto foi por isso que eu não contei pra outras pessoas porque parece uma coisa tão...sei lá...irreal, você tá voltando da faculdade, 7 horas da noite e uma coisa dessas acontecer, tipo...eu fico: será que eles vão acreditar em mim?

Também percebemos preocupações semelhantes no diálogo com Rebeca:

L 287- 288 Rebeca: Quando eu cheguei eu fiquei logo lá, não falei nada na recepção, eu fiquei com vergonha.

L 295-296 Juliana: E por que tu acha que essa vergonha que a gente sente ne, mulher, é tão presente numa situação como essa?

L 297-299 Rebeca: Vergonha porque mexe com o corpo da gente ne?! Também tem medo do povo não acreditar e tudo isso a pessoa vai ficando com vergonha de comentar, de falar sobre isso, dá vergonha.

De acordo com Marluce Assis e Washington Jesus (2012), a dimensão simbólica do acesso envolve o campo da subjetividade e sua dinâmica relacional, abarcando as crenças, valores e a cultura dos sujeitos e dos grupos sociais dos quais fazem parte.

As preocupações de Catarina e Rebeca em relação a serem desacreditadas se relaciona ao que Dios (2018), nomeia como verdade do estupro. Entre outras coisas, a verdade do estupro diz respeito ao conjunto de procedimentos a que a mulher é submetida após apresentar-se como vítima de estupro em busca de um aborto legal. Muitas vezes essas experiências representam, para elas, novas situações traumáticas, quando sua verdade é questionada pelos saberes técnicos que refletem os julgamentos morais dos profissionais.

Catarina ainda expressou o quanto os procedimentos de averiguação, aos quais Dios (2018) se refere, significavam para ela sofrimento psicológico e emocional antes mesmo de passar por eles, como podemos perceber na continuação de sua fala:

L 319-321 Catarina: [...] Será que não tem...porque eu imaginava que tem uma investigação ai eu ficava: se tiver uma investigação eu não vou ter psicológico pra isso, eu não vou aguentar porque só de contar já deixa você muito abalada, eu contei lá na secretaria da mulher elas falaram o nome delas eu não consegui nem...eu não tava nem lá.

A desconfiança e o medo vivenciados por elas em relação às instituições não surgem de um vazio, mas se constroem a partir do conhecimento socialmente compartilhado em relação as histórias de outras mulheres que foram tratadas de forma violenta ao procurar espaços destinados a assistência às mulheres em situação de violência. Como podemos perceber no diálogo com Rebeca:

L 103-104 Juliana: em algum momento tu tivesse medo que isso acontecesse também com os profissionais? De algum profissional não acreditar?

L 105 Rebeca: tive, tive.

L 106 Juliana: e como foi isso?

L 107-112 Rebeca: eu fiquei com medo, tanto é que eu não fui em delegacia nenhuma, dar parte, nada. Só quando eu descobri isso mesmo, também se eu não tivesse descobrido que eu tava grávida também não ia procurar ninguém não. Eu não ia contar a meu marido, nem a minha irmã, eu acho que eu não ia dizer nunca não. Ai eu fiquei com medo de vim também pensando que tinha que ter denunciado, tinha que ter exame de...como é? Corpo delito ne?

L 113 Juliana: é.

L 114- 117 Rebeca: eu pensei que tinha que ter isso, também fiquei com medo do pessoal...e também fiquei sabendo que, que minha irmã ficou sabendo, que às vezes o médico solta graça, não acredita, não sei se é ne. Na delegacia eu sei que acontece muito isso.

Entendemos que o medo de ser desacreditada se relaciona ao lugar socialmente atribuído às mulheres e a misoginia que o reveste como estruturantes dessas situações. Como podemos perceber no diálogo com Catarina:

L 238 Juliana: Por que tu acha que existe esse perigo das pessoas não acreditarem?

L 239 – 244 Catarina: porque a sociedade diz que a mulher mente, tem várias casos de denúncia de estupro que o povo julga e diz que a menina tá mentindo, [...] a gente sabe que a maioria é verdadeira e que a maioria nem denuncia, inclusive se eu não soubesse que isso aqui existia eu não ia denunciar, então eu ia viver o resto da vida lá com a criança e sem nem ela saber que tinha sido fruto disso.

Como nos diz Tiburi (2018), a misoginia é entendida como o discurso de ódio especializado em construir uma imagem das mulheres como seres pertencentes ao campo do negativo. Ela está presente quando se associa as mulheres à loucura, à histeria, à mentira, como se houvesse uma disposição que as conferisse uma inconfiabilidade natural.

Diante disso, inferimos que para que as mulheres tenham o acesso ao aborto legal garantido é necessário que haja o enfrentamento a essa misoginia que tem se expressado em diferentes esferas da sociedade, inclusive nos espaços de assistência às mulheres, como os da Saúde e Justiça. Para tanto, podem ser pensadas estratégias diretas de sensibilização e capacitação contínua dos profissionais que atuam nesses âmbitos, com o objetivo de desconstruir os discursos misóginos que permeiam a prática dos profissionais.

É importante pontuar que as mulheres entrevistadas relataram que não passaram por esse tipo de violência ao serem atendidas pelo serviço onde as entrevistas foram realizadas, porém, como apontado pelos profissionais não foi sempre assim neste serviço. Antes da

renovação dos profissionais e, conseqüentemente, da formação de equipes multiprofissionais mais comprometidas com o debate de gênero e com a garantia dos direitos das mulheres, aconteciam situações que refletiam o medo relatado pelas usuárias. Como podemos observar no diálogo com a psicóloga Dandara, que acompanhou os dois momentos distintos do serviço:

L 74-75 Juliana: Agora a gente queria que tu contasse um pouco sobre o que tu conhece da história do serviço

L 114-126 Dandara: montaram...é...sem qualquer assessoria ou chamado do movimento, é... com as pessoas que eles escolheram, com as seleções e formações que eles fizeram que pelo que eu vi depois que eu entrei aqui, uns... foi em 2001, eu devo ter entrado em 2010, imagino por aí, 2009, 2010... pessoal sem formação absolutamente nenhuma, nenhuma, nenhuma sobre questão de gênero, mulher, nada nada. Uma visão bem pueril mesmo e... ideologicamente conservadora, é... bem assim: “A mulher mente, tem que tomar cuidado, prestar atenção no que diz!” Umas coisas bem assim. E... que no máximo, assim, aquele sentimento de bondade, de: “Coitada das mulheres”. Mas, noção de gênero... zero! Gênero era uma coisa que existia masculino e feminino, como a gente aprendeu português na escola e é isso. Uma coisa chocante, assim, foi isso. E eles trouxeram um pessoal jovem, tecnicamente muito bom, é... excelentes profissionais do ponto de vista... né...mas, assim, visões de mundo bem distante da que a gente queria, né, da que a gente esperava. E aí, com todos os preconceitos, com todas essas coisas que a gente encontrava fora daqui né, num lugar reprodutor muito disso.

Isso mostra a importância de equipes profissionais comprometidas com a garantia dos direitos das mulheres, em uma perspectiva de gênero. Tanto para que as mulheres tenham assistência adequada como para que as que ainda não chegaram ao serviço se sintam seguras ao buscar acessá-lo. Como nos diz Hanada et al. (2010), a violência contra as mulheres e seus agravos, como o aborto legal em casos de estupro, se configuram como um fenômeno que exige dos profissionais consciência e nitidez das próprias crenças, dos valores morais, dos modelos de gênero que os orientam, de maneira que julgamentos morais não interfiram negativamente na assistência às mulheres.

Outra informação relevante a ser pontuada é que todos os profissionais relataram que as mulheres costumam ir acompanhadas ao serviço, de modo geral, seja por um familiar ou amiga(o). Porém, há diferenças em relação às mulheres que vão ao serviço para realizar o aborto legal e as que vão para atendimentos relacionados a outros agravos da violência sexual. O percurso das mulheres que buscam o aborto legal é frequentemente mais solitário, pois, quando se agrega a questão do aborto, o medo de contar a outras pessoas e passar por julgamentos e novas violências se agrava, devido a carga moral, religiosa e a ilegalidade que perpassa essa prática no Brasil. Como podemos perceber nos diálogos com o médico Remi:

L 149-150 Juliana: Nos casos de abortamento também? Tu percebe se há alguma diferença das mulheres chegarem mais sozinhas ou também acompanhadas?

L 155-157 Remi: [...]Mas tem algumas que escondem tanto o procedimento e se envergonham tanto de tá fazendo aquilo, por vergonha, por religião sei lá e as vezes elas vêm só. Não quer ninguém, não quer que ninguém saiba, não quer contar para ninguém, pra nenhum amigo, ninguém.

A psicóloga Dandara também nos diz sobre isso que:

L 502 Juliana: E os casos de aborto também as mulheres costumam chegar acompanhadas, ou varia?

L 504-508 Dandara: Ai, acontece mais de vir escondida, né, de vir escondida, escondida da família, escondida de marido, escondida do namorado, escondida é... geralmente a gente pede que traga alguém né, pra ficar acompanhando e às vezes algumas ficam com dificuldade de encontrar alguém no mundo que elas possam confiar pra acompanhar num momento desse. Medo do julgamento das pessoas, medo do que vão dizer... é isso.

Entendemos sobre isso que os sentidos produzidos sobre o lugar assumido pela mulher em cada um desses casos são distintos. Ao buscar o serviço como vítima de violência sexual, mesmo havendo os sentimentos de vergonha e constrangimento por ter tido o corpo violado, a mulher assume em relação a si, às instituições e à sociedade o lugar de vítima. Mas, ao buscar o serviço para realizar o aborto, mesmo também sendo vítima de violência sexual, essa mulher deixa de ser reconhecida a partir do lugar de vítima e assume socialmente um lugar de algoz, tendo em vista a imagem socialmente compartilhada da mulher que aborta, perpassada pela criminalidade e o pecado, repercutindo mesmo nos casos previstos em lei.

Além disso, muitas mulheres sentem medo de sofrer violências caso as pessoas saibam que elas irão realizar um aborto, mesmo previsto em lei, fazendo com que tenham uma preocupação intensa em esconder o procedimento, mesmo que para isso vivenciem essa experiência de forma completamente solitária. Como podemos observar no diálogo com Catarina:

L 954-955 Juliana: e como tu acha que deveria ser ou que deve ser um serviço de saúde que atende outras mulheres com a mesma demanda que tu táis tendo?

L 973-971 Catarina:[..]porque eu não sei se já aconteceu aqui mas eu li relatos de pessoas que agridem quando sabem que tem aborto naquele hospital, agride os profissionais ou até mesmo as pacientes. Eu vi até uma reportagem de um cara do uber, era até aqui de Recife, o cara do uber quando descobriu que a mulher ia fazer um aborto cancelou a viagem, parou no meio do caminho e deixou a mulher lá e tipo: o que é que um cara tem que interferir na vida de uma mulher que tomou uma decisão que é dela? E não sabe nem as condições que fizeram ela chegar a tomar aquela decisão. Então, pelo menos não agrediu ela né, que eu vi relatos de gente que bate nos profissionais que fazem esse tipo de coisa, nas pessoas que trabalham com isso, nas pacientes.

Além das violências físicas cometidas por desconhecidos, há também o medo de sofrer violências simbólicas perpetradas por familiares e pela comunidade onde mora, baseadas nos julgamentos morais e religiosos das pessoas sobre a questão do aborto e as construções depreciativas que são feitas em relação a sexualidade das mulheres de modo geral. Como percebemos no diálogo seguinte:

L 158- 159 Juliana: por que tu acha que o medo de que as pessoas descubram é tão forte assim pra ti, na tua vivência?

L 160-168 Catarina: é porque eu sou criada em cidade pequena e a minha família é muito religiosa, então tem toda uma questão religiosa de que se eu contasse que eu

fui estuprada eu ia querer o aborto, eu sempre pensei nessa ideia. Porque se eu falasse que eu tivesse sido estuprada minha mãe não iria apoiar o aborto, então além de eu ficar com a fama de que fui estuprada na cidade, porque isso corre muito rápido em cidade pequena, aparece boato lá de coisa que eu nem fiz imagina de coisa que acontece comigo, e toda vez o pessoal ia ver a criança, ia falar, poderia até gerar alguma coisa pra ela no futuro ne e pra mim, pra minha família, tudo ou então eu contar que só tive um filho assim de um cara qualquer, aí eu também ia levar uma fama, aquela fama que a sociedade dá pra gente.

Catarina vivenciou um processo difícil em relação ao medo dos julgamentos das pessoas, o que fez com que ela se deslocasse da cidade onde mora no interior do estado ao serviço especializado na capital recifense para realizar o procedimento completamente sozinha e sem informar aos familiares o que estava acontecendo, apesar dela acreditar que contar com o apoio da família é algo importante para as mulheres que passam por isso.

Além disso, ela precisou criar estratégias para justificar as faltas no trabalho e na faculdade sem que precisasse contar as pessoas do seu convívio o real motivo do afastamento. Para isso, ela contou com a ajuda da equipe do serviço especializado e da médica da faculdade e do trabalho, que realizaram os tramites burocráticos relacionados à ausência dela nessas respectivas instituições de forma sigilosa, como podemos observar no diálogo seguinte:

L 301 Juliana: e tu contasse a mais alguém assim do teu ciclo de convívio?

L 334-339 Catarina: é, eu me sinto bem acolhida aqui. Aí como eu tava dizendo ne, eu tentei e elas me apoiaram bastante e conseguiram resolver sem que precisasse contar pra outras pessoas, pro meu chefe, pras pessoas do meu setor. Aí pra algumas pessoas eu tive que explicar que eu tinha que fazer...que eu tinha que sair ne? Tinha de ficar de repouso, tudo. Aí eu...até o médico me disse que era bom eu usar a desculpa de que eu ia fazer uma retirada de pólipos no útero porque aí ele disse que era um procedimento parecido com curetagem e os dias de repouso eram os mesmos, então batia algumas informações.

L 341 Juliana: foi o médico daqui do serviço?

L 342-345 Catarina: Foi, que eu disse a ele que eu ia dizer ao pessoal que eu ia fazer a retirada de um cisto porque eu tenho cisto no ovário. Aí ele disse que cisto normalmente faz furo ne, na barriga e precisa de cicatriz, aí ele: não, então diga que é um pólipo porque não tem cicatriz, se alguém ver sua barriga não vai ter nada.

Com esse relato de Catarina entendemos a necessidade de pensar o cuidado em saúde às mulheres que demandam pelo aborto legal em decorrência de estupro de maneira ampla. É essencial que haja uma assistência em saúde não apenas focada na realização do procedimento, mas que considere as demandas múltiplas que as mulheres vivenciam numa situação como essa, para que elas se sintam, assim como Catarina refere, “bem acolhidas”.

Entendemos que o ideal é que as mulheres possam exercer seus direitos em relação a saúde reprodutiva sem passar por esse tipo de julgamento ou se sentir pressionada a esconder e viver o processo de forma solitária por medo da condenação das pessoas. Porém, enquanto isso não acontece, é importante que as equipes profissionais estejam atentas a essas demandas, entendendo-as como também demandas de saúde, e possam dar respostas resolutivas que

contribuam para o bem-estar da usuária, como ocorreu com Catarina a partir do acolhimento feito pela equipe que a atendeu.

EIXO 3 - EXPERIÊNCIA DAS MULHERES NAS DELEGACIAS

Como vimos na introdução desta análise, para muitas mulheres o acesso ao serviço de aborto legal acontece por encaminhamento da delegacia, muitas não têm o conhecimento prévio sobre os serviços especializados de saúde ou as formas de acessá-los e, por isso, procuram primeiro as delegacias, que acabam representando a porta de entrada de uma trajetória que culmina na chegada ao serviço de aborto legal. Por isso, entendemos que o atendimento que as mulheres recebem nesses espaços é um elemento importante para analisarmos o acesso ao serviço de aborto legal, podendo, inclusive, determinar se elas conseguirão ou não o acessar.

Ao decorrer da pesquisa, identificamos que as maiores dificuldades de acesso vivenciadas pelas mulheres em relação às instituições públicas estão relacionadas ao contexto das delegacias. Como podemos perceber no diálogo com Catarina:

L 1023-1024 Juliana: o que tu apontaria como as maiores dificuldades de uma mulher que precisa realizar o aborto previsto em lei nesse sistema, nesse país?

L 1025-1037 Catarina: Acho que a delegacia da mulher ne, não só a delegacia da mulher mas a delegacia em si, a falta de conhecimento deles em relação a lei, parecia que eu sabia mais do que eles e eu tinha acabado de descobrir, a falta de conhecimento deles, a falta de preparo também ne pra receber uma pessoa que tá passando por isso.

Na fala de profissionais a delegacia também aparece como obstáculo na experiência das mulheres que são atendidas pelo serviço de aborto legal, como percebemos no diálogo com Esperança:

L 281 Juliana: e quais são as principais dificuldades ou obstáculos que tu vivencia no cotidiano do serviço?

L 299-300 Esperança: [...] Acho que as delegacias é uma grande questão, há muitos relatos de atendimentos ruins nas delegacias, não são poucos as que chegam.

Como podemos entender a partir da fala de Esperança, o relato de Catarina não representa uma história única de violação dos direitos das mulheres nas delegacias, mas sim expressa situações vivenciadas por muitas mulheres que têm seu percurso dificultado por essa instituição. Assim, discutiremos um pouco sobre a experiência de Catarina com o intuito de compreendermos melhor o fenômeno que, como a fala de Esperança nos aponta, é coletivo. Vamos apresentar um pouco dessa experiência nos diálogos seguintes:

L 114- 115 Juliana: Tu acha que se tu soubesse antes que não precisava ir pra delegacia tu teria escolhido ir direto para o serviço de saúde ou mesmo assim tu acha que foi ter ido pra delegacia?

L 119- 128 Catarina: [...] Logo que eu cheguei, eles me deixaram lá ne, conversaram com a delegada chefe ne e ela aceitou fazer o negócio, beleza. Só que não é ela que faz ne, é a escritã ai eu fiquei esperando quando **de repente a menina me chama ai ela me leva pra um quartinho e diz: olhe, eu quero logo que você saiba que o seu caso vai precisar levar pra o Ministério Público e eu vou precisar recolher depoimento seu e da sua amiga e de todas as pessoas que sabem pra gente juntar o maior número de provas pra você conseguir fazer o procedimento.** Ai ela disse assim: **e eu não sei nem se você vai conseguir.** Porque antigamente a gente podia parar a investigação antes, até o momento em que a vítima quisesse, só que agora a gente tem que investigar até o fim. Então isso pode levar constrangimento e **eu aconselharia você a parar.**

A partir da experiência de Catarina na delegacia, percebemos uma série de violações e estratégias utilizadas pela policial com o intuito de fazê-la desistir do procedimento de aborto legal, desde a ação de levá-la a um quartinho isolado à expressa tentativa de convencê-la a desistir do procedimento, utilizando a fragilidade de Catarina naquele momento e o medo de se expor como elementos para que ela não realizasse o aborto. Em seguida, Catarina nos diz:

L 128-138 Catarina: Ai eu disse que não ia parar e que eu precisava do B.O porque **até então eu não sabia que eu não precisava ai eu disse que eu precisava do B.O** pra poder fazer o procedimento de aborto legal, como a advogada disse. Ai ela me deixou lá sozinha (nesse quartinho) e foi falar com a delegada ai a delegada disse que precisava ir para o Ministério Público. Ai ela voltou e disse: É, eu falei com a delegada e ela disse que precisa, ai eu disse: tudo bem, então eu faço tudo isso ai. **Eu sabia que não precisava de ir pra o juiz, mas eu ia fazer porque elas tavam insistindo.** Ai quando foi depois chegou outra, outra escritã que foi a que me atendeu e disse que não precisaria levar para o Ministério Público e que poderia só fazer o B.O e isso ia resolver porque não precisa de B.O., é só a palavra da vítima. **Foi ai que eu fiquei sabendo por cima ne, ela disse que tinha participado de um seminário.**

Com essa fala, podemos perceber mais uma vez o quanto o não acesso à informação segura dificultou o acesso ao aborto legal. Catarina sentiu que precisava suportar a experiência negativa que estava tendo na delegacia por acreditar, até então, que só conseguiria realizar o procedimento de aborto se levasse o Boletim de ocorrência ao serviço de saúde e para isso precisava fazer o que “tavam insistindo”, mesmo ela tendo o conhecimento de que aquilo não era o correto, o que representa expressamente uma violência institucional e uma violação aos direitos desta mulher.

Nesta situação, percebemos a assimetria de poder entre essas mulheres e as tentativas de manutenção dessa assimetria por parte da policial e da delegada. Catarina, em um lugar hierarquicamente inferior, estava sendo exposta a uma série de violações que a fragilizaram ainda mais num momento em que deveria estar sendo acolhida e recebendo o apoio necessário para resolver suas demandas.

Ainda nesta fala, percebemos que a situação foi resolvida apenas quando outra integrante da equipe, identificada por Catarina como escritã, informou que a policial e a

delegada estavam equivocadas, pois ela havia participado de um seminário onde obteve as informações de que não era necessário realizar B.O. e levar o caso ao Ministério Público. Isso aponta para a importância da formação e sensibilização dos profissionais nesse âmbito.

No diálogo seguinte podemos observar outro elemento central deste fenômeno:

L 114-115 Juliana: Tu acha que se tu soubesse antes que não precisava ir pra delegacia tu teria escolhido ir direto para o serviço de saúde ou mesmo assim tu acha que foi bom ter ido pra delegacia?

L 142- 155 Catarina: [...]Ai isso me deixou de certa forma um pouco frustrada e eu pensei ne: será que isso realmente vai dar certo? O que eu tenho que fazer? Desistir ou continuar e todo mundo descobrir?

Como percebemos a partir desse diálogo, a violência institucional que Catarina sofreu na delegacia fez com que ela pensasse em desistir do aborto legal, apesar de todo sofrimento que ela estava vivenciando devido a gravidez em decorrência do estupro. Por isso, entendemos que a experiência das mulheres nas delegacias pode representar para muitas uma barreira de acesso ao aborto legal.

No trecho seguinte, Catarina expressa:

L 150-155 Catarina: eu fiquei mais chocada ainda porque era uma delegacia da mulher com mulheres e eu não senti que ela acreditava em mim. Eu ficaria mais...digamos, teria uma reação mais normal se fosse um homem ne? Por isso que eu tinha medo de ir na delegacia porque eu tinha medo que fosse um homem pra eu poder falar e ele duvidar, só que aí foi uma mulher que tava duvidando de mim aí foi o que me deixou mais irritada, mas mesmo assim eu levei pra frente e to aqui.

Ouvimos com frequência a importância de mulheres serem acolhidas por outras mulheres nesses espaços como forma de potencializar o atendimento, o que consideramos válido. Porém, a experiência de Catarina aponta para uma questão significativa que, por vezes, é desconsiderada nesse discurso: as assimetrias existentes entre as próprias mulheres.

Acreditamos que as dimensões de raça, idade e classe social produzem desigualdades e formas de violência também entre mulheres. Então, a partir da perspectiva interseccional, não seria suficiente avaliarmos essa questão a partir apenas da dimensão de gênero, sem considerar as diferenças entre as mulheres e que mulheres podem violentar outras mulheres.

Ao pensarmos o caso de Catarina, entendemos tais assimetrias, a partir da relação que se estabelece entre uma agente de polícia, revestida do poder que lhe é atribuído como membro dessa instituição, possivelmente mais velha e uma mulher jovem, pobre, negra, com histórico de transtorno mental, moradora do interior, demandando a realização de um aborto. Com essas descrições é possível inferirmos que utilizar apenas a categoria “mulher” não dá conta das diferenças que perpassaram o encontro entre essas mulheres, nem nos possibilita compreender como essas diferenças produziram desigualdades e violências.

Bedone e Faundes (2007), apontavam em 2007, assim como outros autores, que a implantação de um número maior de Delegacias da Mulher seria um elemento necessário ao aumento da procura das mulheres em situação de violência sexual por assistência institucional e garantiria um atendimento mais adequado às demandas dessas mulheres.

Não desconsideramos a importância da criação e manutenção de delegacias especializadas, porém, identificamos que a existência delas, por si só, não dá conta do atendimento esperado para as mulheres. Violências institucionais continuam acontecendo nesses contextos, inclusive perpetradas por profissionais do gênero feminino, fazendo com que diferente do que era esperado por Bedone e Faundes (2007), elas não sejam reconhecidas pelas mulheres como um local em que há a garantia de atendimento adequado.

Diante disso, as reflexões construídas nesta categoria apontam para a necessidade de investimentos em capacitação e sensibilização contínua dos profissionais que atuam nas delegacias especializadas no atendimento à mulher (DEAM), para que este seja significado pelas mulheres como um lugar de acolhimento, onde terão suas demandas atendidas de forma segura e respeitosa e não mais signifiquem esses espaços como lugares pelos quais sentem medo. A partir dessa pesquisa, também sinalizamos a necessidade de produzirmos estudos científicos sobre o atendimento às mulheres em situação de violência sexual no contexto das delegacias e a influência disso no acesso ao aborto legal em casos de estupro.

EIXO 4 - CULPABILIZAÇÃO DA MULHER PELA VIOLÊNCIA SOFRIDA E INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO NO PROCESSO DE DECISÃO PELO ABORTO LEGAL

Foi possível perceber a partir das falas das usuárias e das(os) profissionais que o sentimento de culpa, além do medo e da vergonha, é muito presente na experiência das mulheres que procuram o serviço de aborto legal. De acordo com Pereira e Carvalho (2017), discutir sobre a culpabilização das mulheres nos casos de estupro perpassa um caminho longo, relacionado as relações de poder e as construções sociais sobre o que é ser mulher na nossa sociedade.

Como Machado et al. (2015) pontuam, a forma como se perpetuam as relações desiguais de gênero faz com que as mulheres sejam responsabilizadas pela violência sexual que sofrem, como se elas fossem provocadoras e culpadas de alguma maneira pela situação, em vista de algum comportamento ou atitude classificada como impróprio. Os argumentos utilizados para culpar a mulher vítima de estupro perpassa desde o uso de roupas consideradas

curtas demais para os padrões impostos, ao fato de elas beberem ou de saírem de casa tarde da noite desacompanhadas (PEIXOTO; NOBRE, 2015).

Porém, como podemos perceber com as experiências de Rebeca e Catarina, esses argumentos não são consistentes pois as mulheres são cotidianamente estupradas nos diversos horários do dia e enquanto estão realizando vários tipos de atividades, como aconteceu com Rebeca que foi estuprada indo para o trabalho, pela manhã, em um trajeto que ela faz todos os dias e com Catarina que foi estuprada voltando da faculdade, às 19 horas.

Um elemento essencial a ser considerado é que essa culpabilização é imposta às mulheres de maneira tão perversa que elas acabam a internalizando e se sentindo culpadas antes mesmo da acusação direta de terceiros. Como podemos perceber no diálogo com Catarina:

L 158- 159 Juliana: por que tu acha que o medo de que as pessoas descubram é tão forte assim pra ti, na tua vivência?

L 169- 178 Catarina: [...] então eu também me senti muito culpada no início porque eu ficava pensando se...aquele famoso se ne? E se eu tivesse pegado um ônibus ao invés de ir andando, como sempre fiz? E se eu tivesse gritado? Se eu tivesse tentado fugir? Se eu tivesse feito alguma coisa, se eu tivesse tomado outra pílula? Porque eu tomei uma pílula só que eu acabei vomitando, eu não sabia que não podia ai talvez tenha sido por isso ne? Mas se eu tivesse tomado outra pílula? Se eu tivesse contado pra alguém antes? Se eu tivesse... eu fiquei nesse se por muito tempo e era isso que tava me afundando porque eu tinha muito medo de ser julgada e inclusive eu mesma tava me culpando ne?

Como sinalizam Peixoto e Nobre (2015), as mulheres que sofrem estupros acabam sofrendo em dobro, primeiro por ter sua dignidade sexual agredida e depois pelo sentimento de culpa que vivenciam, assim como podemos observar no relato de Catarina.

Entendemos que esse fenômeno contribui para o silenciamento das mulheres que sofrem violência sexual e impacta na busca por assistência em saúde, fazendo com que muitas não recebam o atendimento devido por medo de serem culpabilizadas pela violência ao recorrer ao serviço de saúde. Com isso, não conseguem realizar a profilaxia e contracepção de emergência, correndo maiores riscos de engravidar em decorrência do estupro. Como podemos perceber no diálogo seguinte com o psicólogo Felipe:

L 130-131 Juliana: E essas mulheres costumam relatar que têm dificuldade pra chegar por questões por exemplo de...?

L 137-141 Felipe: [...] mas eu acho que a dificuldade do acesso tem a ver com essas questões digamos assim mais institucionais, mas sobretudo eu acho que ela tem a ver com a questão cultural mais ampla, atravessa também as instituições que é a culpabilização da vítima ne, que torna muito mais difícil falar sobre, buscar ajuda, enfim conseguir acessar esses direitos básicos, já que tem um direito tão violado.

Outro elemento significativo desse fenômeno será discutido a partir do diálogo a seguir. Entendemos que ele poderia estar presente em muitas outras partes desta análise, porém optamos por apresentá-la aqui devido aos limites da dissertação:

L 89-90 Juliana: Tem também um perfil assim de cor ou raça dessa procura de mulheres? Tu acha que existe uma predominância de alguma cor ou raça das mulheres?

L 91-94 Carminha: É porque pra mim a gente já é uma mistura tão grande que é difícil dizer assim, acho que quase nenhuma que vai chegar aqui vai ser mulheres ou negras realmente ou brancas. Então pra mim é praticamente... quase impossível no Brasil. Então a maioria são mulheres pardas ou negras, mas eu acho que é porque é a maioria do que a gente já tem realmente na população.

Diferentemente do que foi dito pela médica Carminha, entendemos que não é possível desconsiderar que há diferenças de raça e classe entre as mulheres que sofreram violência sexual e são atendidas no serviço de aborto legal, quando, como pontua Sueli Carneiro (2018), a origem de todas as construções sobre identidade nacional brasileira e as hierarquias de gênero e raça foram fundadas a partir do estupro colonial perpetrado pelos senhores brancos portugueses sobre as mulheres negras e indígenas.

Desde então, as mulheres negras têm sido retratadas na sociedade como exóticas, sensuais e provocativas, sendo-lhes atribuídas características animais, como se elas fossem destinadas exclusivamente ao prazer sexual. Isso faz com que essas mulheres sejam significadas socialmente como responsáveis por atrair os homens com suas características, por isso, quando são violentadas sexualmente esses homens são isentados de culpa no imaginário social, afinal de contas, há a compreensão de que são as mulheres que os provocam (CARNEIRO, 2018).

Acreditamos que essa construção histórica sobre as mulheres negras influencia no tipo de assistência que elas irão receber nos serviços de saúde e em como elas imaginam que serão tratadas ao procurar esses serviços, tendo em vista, que elas sentem cotidianamente como a hipersexualização que se produz sobre seus corpos também lhe confere o lugar de culpada pelas violências que sofrem. Consequentemente, o medo de ser desacreditada como vítima do estupro, presente no discurso da maioria das mulheres, pode se agravar para as mulheres negras, gerando sofrimentos e intensificando ainda mais as barreiras de acesso na procura por assistência à saúde.

Diante disso, entendemos que é preciso que as(os) profissionais desenvolvam sua prática compreendendo as mulheres atendidas através de uma perspectiva interseccional, sem universalizar as experiências a partir da categoria de gênero apenas. Pois intervenções baseadas em compreensões parciais e por vezes distorcidas das condições das mulheres são

ineficientes e podem ser prejudiciais diante das especificidades e vivências distintas entre mulheres (CRENSHAW, 2002).

Diferentemente do que foi dito por Carminha, acreditamos que existem diferenças entre as mulheres com base na raça e na classe social que ocupam e que essas diferenças produzem desigualdades na sociedade em que vivemos, fazendo com que as mulheres tenham demandas diferentes, com base nesses marcadores, que precisam ser atendidas pelo setor saúde, como nos orienta o princípio da Equidade que rege o Sistema único de Saúde (SUS). Deste modo, somente através de uma análise mais cuidadosa das dinâmicas que produzem a subordinação de mulheres negras e/ou mulheres pobres pode-se desenvolver intervenções e proteções mais eficazes às suas demandas específicas (CRENSHAW, 2002).

A noção de culpabilização da mulher pela violência sexual sofrida se intersecciona em muitos momentos com a noção de pecado e culpa cristã que atravessa a temática do aborto, assim, nos propusemos a pensar, ainda neste eixo, como esses cruzamentos representam barreiras de acesso ao serviço de aborto legal.

Como vimos, muitas mulheres se sentem culpadas após sofrerem violência sexual, porém, quando se associa a questão do aborto em decorrência do estupro a esse fenômeno a noção de culpa se fortalece, pelo fato do procedimento de aborto perpassar o lugar do pecado e do crime, logo, mais uma vez o lugar da culpa. Como podemos observar na continuação do diálogo com Catarina:

L 158- 159 Juliana: por que tu acha que o medo de que as pessoas descubram é tão forte assim pra ti, na tua vivência?

L 179-183 Catarina: [...] Ai eu tinha medo que as outras pessoas me culpassem e por eu tá achando que eu já era culpada ai eu realmente ia me sentir mais culpada ainda. Então, inclusive nessa questão do aborto, no início eu tava me sentindo muito culpada também por estar tirando a vida de uma criança mas tanto eu quanto ela é vítima então não dá pra...

A partir do que é dito por María Cecilia Johnson (2018), entendemos que o aborto é frequentemente considerado, inclusive pelas mulheres que abortam, como uma transgressão a norma religiosa, sendo assim um pecado, e conseqüentemente, significado a partir da noção de culpa. Pois, em uma perspectiva cristã, a culpa é o resultado do pecado cometido ou que se deseja cometer. Compreendemos que essa associação entre aborto, pecado e culpa influencia na experiência das mulheres que buscam pela realização do aborto legal, pois, como nos diz Jhonson (2018), a Igreja é um dos atores sociais que historicamente contribuí para o controle dos corpos, a partir, por exemplo, da insistência em conceber o aborto como pecado e crime.

Como nos aponta Romi Márcia Bencke (2019), a cultura religiosa brasileira está alicerçada em princípios e valores patriarcais que se expressam no autoritarismo, no

conservadorismo, na desvalorização da mulher e no poder e influência da Igreja sobre a vida das pessoas. A autora também pontua que há muito tempo a relação entre religião e Estado tem influenciado fortemente a vida das mulheres, principalmente no que diz respeito às políticas no âmbito da sexualidade e reprodução.

Por conta dessa influência, a concepção de que a interrupção gestacional é um direito é muitas vezes contraposta ao valor religioso do aborto como um pecado, produzindo culpa na mulher e no profissional que se comprometeu com o procedimento (SOARES, 2003). Quando pensamos esse fenômeno a partir da perspectiva dos profissionais, temos como exemplo significativo a objeção de consciência, como expresso pelo médico Remi:

L 230- 231 Juliana: e tu percebe assim se existem desafios, obstáculos aqui no cotidiano do serviço que são vivenciados por vocês?

L 232-237 Remi: Existe assim, porque, principalmente em relação a questão do aborto. Quando entra nesse campo aí a gente tem alguns obstáculos que vai sempre na direção dessa questão de objeção de consciência. Muitas vezes eu já tive assim, não só comigo mas com outros colegas que tiveram dificuldades muito grandes com relação aos anestesistas. Porque existe uma escala, eles trocam a escala, a gente marca um Amil ou uma curetagem aí quando chega o colega tem objeção e não quer, se nega a fazer o procedimento ne.

Todos os profissionais relataram que não há, atualmente, profissionais da equipe com objeção de consciência. Porém, apesar de há alguns anos o serviço ter conquistado maior autonomia na realização do procedimento de aborto, sendo este realizado quase que totalmente pela equipe do serviço e dentro dele, ainda há uma etapa que precisa ser realizada no bloco cirúrgico geral do hospital e isso demanda a participação de um anestesista externo ao setor de atendimento à mulher e neste único momento de interface com outros profissionais do hospital tem ocorrido problemas relacionados à objeção de consciência, como Remi relatou.

Cook (2002), nos diz que as doutrinas religiosas criam fundamentos normativos para as decisões acerca do que é considerado moralmente apropriado, correto e desejado quanto à sexualidade e à reprodução e essa influência tem sido poderosa sobre a vida das mulheres. Além disso, frequentemente, essa influência acontece a forças autoritárias e conservadoras no interior das instituições religiosas. Como podemos perceber no diálogo com Esperança:

L 281 Juliana: e quais são as principais dificuldades ou obstáculos que tu vivencia no cotidiano do serviço?

L 307-311 Esperança: [...] a questão das religiões evangélicas, eu não sei nem quais são, tem umas linhas específicas que são mais conservadoras e eu acho que isso tem sido uma questão, muito difícil cuidar das adolescentes porque elas chegam, se for dessas igrejas, são excluídas, são afastadas de alguns grupos que fazem parte antes. Então assim, como é que a gente interfere nisso? Então, acho que é uma coisa da sociedade.

Porém, essas forças também se exercem fora das instituições, influenciando até mesmo as mulheres que não fazem parte do cotidiano das igrejas. Por isso, assim como Jhonson (2018), entendemos que há muitas maneiras pelas quais a religião influencia a subjetividade e as práticas das mulheres que decidem abortar. Como aconteceu com Catarina, que mesmo não tendo religião, foi influenciada pelas normas religiosas durante seu processo de abortamento.

Ela relatou diversas vezes que estava fazendo “algo errado” e cometendo um pecado ao realizar o aborto, dizendo inclusive que no futuro iria se redimir adotando uma criança e a tirando da rua, já que agora ela estaria, supostamente, tirando a vida de uma pessoa através do aborto. Apesar dela ter expressado ao decorrer de toda a entrevista que jamais desejou ter um filho e que a maternidade não faz parte do seu projeto de vida, a adoção surge para ela como um reparo ou punição ao “pecado” que cometeu ao fazer o aborto, expressando a influência do discurso religioso na sua decisão pelo aborto legal, mesmo que ela expresse não compactuar com esse discurso ou acreditar nele.

Também há fortemente a influência da religiosidade da família no discurso de Catarina, ela expressa que se ela contasse para a mãe da gravidez teria que manter a gestação e aguentar as consequências, pois a mãe não permitiria que ela fizesse o aborto em circunstância alguma, devido à religião. Ela reconhece que o sentimento de culpa que a fez demorar a procurar ajuda está relacionada a esse fator, além do machismo. Como percebemos no seguinte diálogo:

L 606-607 Juliana: Porque não é um processo fácil ne, eu não sei se nem é uma coisa só tua assim mas tem a ver com todo o peso social que é colocado sobre essa questão ne?

L 608-612 Catarina: Isso, questão religiosa da minha família, porque eu não sou, não tenho religião mas a minha família tem e também tem toda aquela...que a gente cresce o machismo do cotidiano, a gente cresce com isso e acaba infiltrando e a gente nem percebe ai é um condicionamento que me levou a ser o maior empecilho.

De acordo com Jhonson (2018), o aborto significa uma ruptura da norma de gênero que define a maternidade como destino natural das mulheres e, portanto, significa uma transgressão a essa natureza. Porém, as mulheres que possuem religião, como é o caso de Rebeca, sofrem uma dupla pressão, pois não estariam violando apenas o esperado para elas como mulheres, mas também sofrem a condenação de sua religião de pertencimento, sendo elas socialmente entendidas como duplamente transgressoras.

Apesar dos efeitos perversos que essas imposições sociais e religiosas causam, sobretudo por meio da culpabilização das mulheres, tanto a condenação religiosa do aborto

como a criminalização dessa prática por parte do Estado têm mostrado a ineficácia de suas estratégias, pois as mulheres continuam realizando abortos (JHONSON, 2018).

Nos casos do aborto previsto em lei, é perceptível que há a consciência das mulheres que se nomeiam como religiosas em relação ao pecado e a culpa que revestem essa questão, mas há um jogo de negociação interno onde outros elementos objetivos prevalecem em detrimento da condenação religiosa, como a precariedade das condições financeiras e materiais e a impossibilidade de manter uma gestação indesejada e fruto de uma violência, como podemos perceber no diálogo com Rebeca:

L 274 Juliana: na igreja também como é isso? Falava sobre essa questão de aborto?

L 275 – 276 Rebeca: Falava assim que é pecado, assim, essas coisas... sobre isso. Não falava muito não mas assim...de vez em quando falava.

L 277 Juliana: Numa perspectiva negativa é?

L 278 Rebeca: é

L 279 Juliana: E tu acha que isso te influenciou de alguma forma a pensar ou a viver isso?

L 280-281 Rebeca: Influenciou um pouco porque fiquei pensando que pode ser um pecado, que eu to fazendo uma coisa errada, pensei.

L 282 Juliana: E como foi que tu conseguiu lidar com isso, com esse pensamento?

L 283 Rebeca: eu, tipo assim, eu fiz: Ah, Jesus, me perdoe, mas eu vou fazer isso. Entendesse?

Nesse sentido, Lorea (2006) nos diz que um aspecto menos visível da laicidade, mas muito importante, é que a liberdade religiosa assegurada pela laicidade considera que as pessoas têm o direito de divergir da postura adotada pela hierarquia de sua própria igreja, sem necessariamente se afastar de sua crença religiosa. Assim, Rebeca pôde fazer as negociações internas que lhe foram convenientes e possíveis diante de uma situação complexa e optou por uma conduta que é contrária ao que determina a hierarquia de sua igreja, sem que necessitasse se afastar dela por completo.

De modo semelhante, Jhonson (2018), nos diz que as pessoas que se identificam com as religiões encontram diversas formas para negociar com suas crenças, especialmente nas áreas relativas a sexualidade e reprodução e que essas duas áreas são as que as pessoas conseguem assumir certa independência em relação as doutrinas, por meio de suas práticas. Como podemos perceber no diálogo com a psicóloga Dandara:

L 474 Juliana: tu percebe que nos casos de aborto também se faz presente essa questão religiosa de maneira assim expressiva?

L 475-484 Dandara: é... é muito comum a gente ouvir aqui elas dizer "eu sou contra o aborto, minha religião é contra, mas nesse caso eu não tenho nenhuma condição, né, então eu sei que eu tô cometendo um pecado mas eu não tenho nenhuma condição", acho que nessa coisa é... é isso que a gente diz muito né? As mulheres nesse momento, elas se conscientizam né. Então acontece sim, acontece sim, eu não lembro de ter tido um caso que eu tenha conseguido acompanhar que ela tenha vindo, demonstrado sua vontade, o desejo de não ter e tenha é... e não tenha feito isso em função da religião. Quando é claro que ela não quer essa criança, não quer, não tá preparada, não tá podendo, não, não, não consegue aceitar isso, ela...

não tem religião que segure, não tem, não tem. Se ela encontrar possibilidade, se ela tiver onde fazer, ela vai fazer.

Porém, é importante sinalizar que esse processo de negociação com a religião que culmina na realização do aborto acontece, em sua maioria, de forma escondida e solitária. Há uma preocupação muito grande, por parte das mulheres, para que as pessoas não saibam ou que um número muito reduzido de pessoas fique sabendo, não é, portanto, uma vivência livre, mas sim, carregada de preocupações e inseguranças. Como nos diz Esperança:

L 156-157 Juliana: e durante a tua vivência aqui no serviço teve algum caso que marcou, alguma história que tu sempre lembra disso?

L 172-174: Esperança: [...] os casos de mulheres que são evangélicas assim, acho que é outro grupo que me mobiliza porque é sempre muito escondido, é sempre muito solitário, é sempre com muita culpa e é muito difícil pra gente trabalhar isso, ela tendo esse universo da religião tão forte.

Outro aspecto relevante a ser considerado na fala de Dandara, mais acima, é a ênfase dada ao fato de as mulheres optarem por realizar o procedimento de aborto, apesar das posições religiosas contrárias, desde que elas encontrem possibilidades para isso e tenham onde fazer. Com isso, podemos entender a importância da manutenção dos serviços de aborto legal para a vida das mulheres, pois, eles garantem que elas tenham onde fazer o procedimento de maneira gratuita, segura e com o acolhimento adequado.

Por isso, é muito importante que esses serviços sejam visibilizados e protegidos, especialmente porque por representarem um instrumento tão potente de garantia de direitos das mulheres eles têm sido alvos constantes das forças conservadoras que atuam contra a garantia desses direitos no contexto atual.

Como percebemos, apesar da experiência das mulheres entrevistadas ter sido influenciada pelas questões religiosas e pelo sentimento de culpa, isso não impediu que, a partir das negociações necessárias, elas realizem o procedimento. Porém, entendemos que essa não é a realidade de todas as mulheres e é importante estarmos atentas a essas influências a nível mais amplo, pois são elementos que oferecem muitos riscos à saúde reprodutiva das mulheres.

Assim, ao refletirmos sobre o acesso das mulheres ao aborto legal no Brasil é imprescindível considerarmos, como Bencke (2019) propõe, que uma das principais características do atual contexto brasileiro é a organização e articulação político-partidária de expressões do patriarcalismo religioso e é preciso compreendermos como isso influencia a experiência das mulheres no âmbito da garantia do acesso ao aborto legal.

De acordo com Bencke (2019), a análise da ascensão dos grupos religiosos no parlamento até as eleições de 2014 centrava-se nos números de candidatos eleitos por grupos

religiosos e por causa das bandeiras religiosas que defendiam. Já no processo eleitoral de 2018, houve a necessidade de se observar as mudanças de estratégia adotadas para a realização do projeto político-religioso-econômico que vinham sendo impostas ao país, tendo em vista a grande influência que esse projeto estava exercendo.

Esse projeto político-religioso e econômico culminou, por exemplo, na eleição de um presidente da República expressamente contrário a garantia dos direitos das mulheres em uma perspectiva de igualdade de gênero e de deputados estaduais e federais que defendem retrocessos diversos nesse âmbito. Como uma das consequências, em 2019, a Câmara dos Deputados apresentou o maior número de projetos de lei (PLs) contrários ao aborto desde 1949, de acordo com a análise feita pela Revista Gênero e Número (2019).

Alguns destes projetos atacam diretamente os casos de abortos previstos em lei, visando dificultar o acesso das mulheres ao aborto legal com proposições e exigências que refletem completo retrocesso, como a exigência de que as mulheres realizem boletim de ocorrência e façam denúncia da violência sexual como condição para que o aborto legal em decorrência de estupro seja realizado.

Podemos entender essas artimanhas, por meio da imposição da ida das mulheres às delegacias, como tentativas expressas de impedir que elas realizem o procedimento de aborto em decorrência de estupro. Como podemos analisar a partir do diálogo seguinte:

L 118 Juliana: ir pra delegacia seria mais difícil?

L 119 Rebeca: é, seria.

L 120 Juliana: Por que tu acha assim que na delegacia as pessoas podiam não acreditar?

L 127-134 Rebeca: Porque eu sempre assim, às vezes eu assisto televisão, as vezes acontece isso ne. E as pessoas sempre relata que o delegado soltou graça, falou alguma coisa, não foi atendida bem. Minha cunhada, ela foi estuprada, a irmã dele, eu não lembro muito como foi lá a história dela com o delegado não, mas ela... eu lembro que ela disse que o pessoal ficava com graça, não tava nem ai: “ e é? E foi mesmo? Aconteceu isso? E foi e porque tu só viesse agora?” sabe? Com graça. Ai eu também sabia disso, eu disse: não, é melhor, eu nem vou. Nem passou pela minha cabeça ir pra delegacia na hora.

Se considerarmos que a partir da fala das mulheres entrevistadas e das(os) profissionais, as delegacias têm sido o local onde acontecem recorrentes violências institucionais contra as mulheres que foram estupradas e que muitas mulheres referem que não iriam até elas para procurar assistência por medo de sofrer violências, o que representa uma política que quer forçar a mulher a passar por esses lugares, senão uma forma de impedir expressamente que elas realizem o aborto legal e tenham seus direitos garantidos?

Com isso entendemos, como nos diz Bencke (2019), que o projeto neoliberal-religioso-conservador tem como centralidade o controle dos corpos das mulheres e sua

“*redomesticação*”. Esse projeto político representa grande retrocesso e uma tentativa expressa de aniquilamento das conquistas alcançadas através da luta do movimento de mulheres, algumas dessas conquistas observamos no Marco referencial deste trabalho.

Nesse sentido, entendemos que a luta pela garantia do acesso ao serviço de aborto legal em casos de estupro faz parte de um panorama mais amplo de luta pela manutenção e fortalecimento dos direitos das mulheres. Por isso, finalizo essa categoria com as orientações de Dandara sobre como devemos proceder no momento atual e informo que nós, pessoas mais jovens, seguiremos respeitando e aprendendo com as falas e os passos das mulheres mais velhas, que lutaram e conquistaram direitos que hoje nos dão possibilidades para seguir atuando contra as forças que insistem em tentar cessá-los. Sobre algumas estratégias que precisamos assumir, Dandara nos diz:

L 293-305 Dandara: a gente tava todo mundo buscando construir de fato aquilo que a gente tava lutando, a gente tava buscando de fato, empenhado nesse sentido e muita coisa foi feita e foram criados muitos espaços e a gente conquistou muita coisa, então o movimento realmente teve né uma declinação geral e... então eu acho que precisa agora, a gente tá num momento de volta, né, de acesso necessário do movimento social pra fazer frente aos desmontes do Estado que esse governo tá pretendendo e a gente sente de volta tudo aquilo que a gente viveu lá atrás voltar e a necessidade da gente retomar essas lutas, essas brigas e fazer. Porque antes a gente tava muito tranquilo que o Estado tava fazendo e a gente achava que ele tava dando conta, que ele tava fazendo tudo que ele podia. Então a gente tem que pedir é mais né, agora a gente... e ainda fazer todas as críticas e rever todas essas coisas, o que é que faltou né, o que é que a gente não fez que devia ter feito, que precisava e que a gente deixou passar. A gente fez campanhas lindíssimas há muito tempo atrás, assim, e a gente precisa retomar, acho que é hora de retomar a luta em vários sentidos, em todos os lugares.

EIXO 5 - GÊNERO, RAÇA, CLASSE E TERRITÓRIO SE INTERSECCIONAM PRODUZINDO BARREIRAS ESPECÍFICAS DE ACESSO AO SERVIÇO DE ABORTO LEGAL NO CONTEXTO POLÍTICO ATUAL

Em 1958, Carolina Maria de Jesus escrevia:

A Vera começou pedir comida. E eu não tinha. Era a reprise do espetáculo. Eu estava com dois cruzeiros. Pretendia comprar um pouco de farinha para fazer um virado. Fui pedir um pouco de banha a Dona Alice. Ela deu-me a banha e arroz. Era 9 horas da noite quando comemos. E assim no dia 13 de maio de 1958 eu lutava contra a escravatura atual – a fome! (DE JESUS, 1960, p. 32)

Em 2019, Dandara nos diz:

L 563 Juliana: como vocês têm buscado lidar ou enfrentar essas dificuldades no dia a dia?

L 572-583 Dandara: Eu digo que foi bem sentido pra mim a mudança de governo, quando entrou Temer, já quando começou a crise já com Dilma e toda aquela perseguição e o boicote todo, quando começou a criar a crise maior do que ela já era, as situações do país começaram a complicar, enfim, aqui eu vivi claramente o que era isso, assim. De repente da pessoa chegar pra mim, mulheres, que da primeira consulta a gente falar do estupro, que é o desespero, e na segunda já não era de estupro, era de trabalho, a preocupação principal já não era a violência que ela tinha

sofrido, já era que ela precisava trabalhar, o que que ela precisava fazer pra sustentar os filhos, que tava desempregada... [...] Então assim é assim, segunda consulta o tema que ela trazia era trabalho, “preciso trabalhar, preciso sustentar meus filhos, como é que eu vou fazer?, tá difícil. Eu fiquei pasma, foi marcante, assim a mudança. E é isso, a situação das mulheres agora de empobrecimento mesmo, novamente pauperização, novamente em cima dela, ter que bancar a família, ne, e não tem como se cuidar, tem que engolir e passar as coisas do jeito que dá, tem que se virar.

Como observamos no relato de Dandara, mais uma vez estamos vivendo a “reprise do espetáculo”, que há muito Carolina Maria de Jesus nomeou. Nesse cenário, a pobreza, o desemprego e condições precárias as quais as mulheres, sobretudo mulheres negras e pobres, estão sendo expostas pelo projeto político atual têm repercussões graves na procura pelo cuidado em saúde.

Como essas mulheres poderiam cuidar de si após serem estupradas, acessar seus direitos no âmbito da saúde reprodutiva por meio da garantia ao aborto legal, se vivem a urgência da fome, da precariedade de recursos, dos cuidados exaustivos com os outros, da luta para sustentar os filhos em meio a pobreza? Como referido na fala de Dandara, o que tem restado a essas mulheres é “engolir e passar as coisas do jeito que dá, tem que se virar.”

Como referido por Crenshaw (2002), as crises políticas mesmo não sendo direcionadas às mulheres ou a outras pessoas marginalizadas de maneira específica, se entrecruzam com outras estruturas de dominação e exploração, gerando um efeito de subordinação ainda maior para as pessoas que se encontram em condição de marginalidade.

Em um cenário político de desmontes e retração de recursos, especialmente nas áreas sociais como o que estamos vivendo no Brasil, são as mulheres que sofrem as consequências adicionais criadas pelo estreitamento dos serviços que antes eram cobertos pelo Estado. Quando, por exemplo, o Estado corta recursos relacionados aos cuidados com os jovens, doentes e idosos, as necessidades não supridas pelo Estado recaem, em grande parte sobre as mulheres, a quem tradicionalmente se atribui o lugar de cuidadoras (CRENSHAW, 2002).

Esse movimento faz com que elas cada vez menos encontrem espaço e tempo para cuidar de si, mesmo após sofrer uma violência sexual e necessitar realizar um aborto previsto em lei. Essa dificuldade aumenta o risco de exposição a situações inseguras de abortamento e aos danos físicos, emocionais e psicológicos subjacentes.

Outro aspecto relevante diz respeito a garantia de recursos financeiros para que essas mulheres possam se deslocar até os serviços de saúde. Sanchez e Ciconelli (2012), sinalizam que há uma dimensão do acesso aos serviços de saúde definida como disponibilidade. Essa dimensão engloba a relação geográfica entre os serviços de saúde e as pessoas que necessitam ser atendidas, considerando elementos como distância e opções de transporte. Sobre esse

elemento do acesso, podemos perceber que as dificuldades de deslocamento e transporte estão presentes nas falas dos profissionais e na experiência das mulheres, especialmente em relação as mulheres que moram no interior do estado e precisam se deslocar para o serviço de aborto legal localizado na capital pernambucana:

L 81: Juliana: e como assistente social da equipe quais são as principais atividades que tu desenvolve?

L 99-102 Clara: [...] Quando são mulheres do interior do estado, então tem dificuldade de deslocamento pra transporte, não tem recurso material financeiro, então eu faço encaminhamento pra Secretaria de Saúde do município ou a Secretaria de assistência pra garantir o transporte pra aquela mulher vim dar continuidade ao seu tratamento.

Bedone e Faundes (2007), pontuam que é recomendável que quando há mais de um serviço na região se estabeleça a regionalização do atendimento, de modo que as mulheres sejam atendidas no local mais próximo de sua casa. Porém, quando isso não é possível, o deslocamento precisa ser garantido pelo poder público, como elemento necessário ao acesso e cuidado em saúde.

Como a assistente social Clara expressa, o cuidado com o deslocamento das usuárias faz parte das principais atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde. Clara também aponta para a necessidade de diálogo entre o serviço de aborto legal e a Secretaria de Saúde do município em que as mulheres residem, como estratégia para que o transporte seja garantido. De modo semelhante, Bedone e Faundes (2007) informam que para que o acesso aos serviços aconteça, através da garantia de transporte, é fundamental a integração de vários setores que participam do atendimento às mulheres. No diálogo seguinte Catarina expressa a importância dessa articulação em sua experiência:

L 479-480 Juliana: e assim teve toda essa articulação ne pra tu conseguir o transporte e vim pra cá, era uma preocupação tua saber como tu ia conseguir se transportar pra Recife?

L 488-492 Catarina: [...] eu realmente fiquei nessa preocupação porque eu recebo meio salário e não tenho como ficar pagando passagem pra cá porque é 70 reais pra vim no ônibus da *Progresso*, aí se você vim no ônibus da *Progresso* desce na rodoviária, eu não sei andar aqui de jeito nenhum, eu ia me perder aqui ou então eu não ia saber chegar, ia ter que pagar um uber, já ia ser mais gasto aí ainda bem que tem ne esses carros.

Outra questão importante a ser considerada, quando pensamos o deslocamento de usuárias dos serviços de saúde nesse contexto, se relaciona a fragilidade e vulnerabilidade emocional em que muitas vezes as mulheres que foram vítimas de estupro se encontram. É comum que elas expressem sentir medo de sair de casa, de utilizar transporte público, especialmente se estiverem sozinhas ou se for a noite, como podemos perceber no diálogo com Catarina:

L 530 Juliana: Ai como é o deslocamento? Tu sai da tua casa que horas pra poder...?

L 531-534 Catarina: É longe, ne, é um pouco longe, ontem eu sai era 9 horas, não, 9 e meia de casa porque eu não gosto de sair muito tarde porque eu já fico com medo, aí eu sai e fui pegar o ônibus, peguei o ônibus até o centro, do centro peguei outro, aí para perto, não para exatamente no lugar, para perto.

Como percebemos, Catarina cria estratégias próprias para lidar com o medo que sente ao necessitar se deslocar. O transporte fornecido pela Secretaria de Saúde da sua cidade sai a meia noite com destino a Recife para que as pessoas sejam atendidas no dia seguinte. Porém ela precisa se locomover sozinha até o local onde este ônibus fica estacionado, para isso ela necessita pegar um ônibus. A estratégia encontrada por ela é sair de casa por volta de 21 horas, horário que ela sente que pode estar mais segura e esperar até meia noite.

Entretanto, Catarina relata que isso a deixa cansada ao chegar em Recife, pois a estratégia encontrada para lidar com a insegurança aumenta ainda mais o tempo de deslocamento até a capital. Diante disso, ela refere que é muito importante o acolhimento feito pelas(os) profissionais quando chega ao serviço de saúde, normalmente antes das 5 horas da manhã. Segundo ela, as(os) profissionais garantem que ela possa descansar em local apropriado enquanto aguarda atendimento e isso lhe proporciona descanso e maior segurança.

Ela também refere como um ponto importante que minimiza os efeitos negativos do longo deslocamento o fato de ter equipes multiprofissionais atuando durante a madrugada, assim há sempre algum profissional para recebê-la. De acordo com ela, seria muito mais difícil precisar aguardar até as 7 horas (horário do início do plantão diurno) sozinha e do lado de fora do serviço, caso ele não funcionasse 24 horas.

Apesar das maiores dificuldades em relação ao dinheiro para o transporte estarem presentes na experiência das mulheres do interior, algumas mulheres da Região Metropolitana também a vivenciam e, diferentemente do que acontece no primeiro caso, ainda não há articulações possíveis com outros órgãos e setores que possibilitem que esse problema seja minimizado. Como percebemos no diálogo a seguir:

L 357-358 Stefanny: eu ia perguntar se na questão das mulheres se elas já comentaram alguma dificuldade com relação a deslocamento, transporte?

L 359-363 Clara: [...] mesmo quando não é do interior é daqui da região metropolitana, mas tem dificuldade de transporte. A gente não tem nenhum recurso do Hospital pra isso e também os transportes do hospital eles não fazem o transporte da paciente daqui.

Como Clara pontua, uma das estratégias pensadas para sanar a dificuldade das mulheres da região metropolitana que não possuem condições materiais para se deslocar ao serviço tem sido a tentativa de mobilizar a gestão do hospital para que sejam utilizados transportes do hospital para locomoção dessas mulheres. Porém, até o momento da realização da pesquisa, o serviço não havia conseguido um encaminhamento junto a gestão do hospital.

Para introduzirmos outras reflexões sobre as intersecções de gênero, raça, classe e território no contexto do acesso ao aborto legal, vamos recorrer a Carneiro (2018), que nos diz que a discriminação racial, no Brasil, faz com que o acesso de pessoas negras a educação seja expressamente inferior ao de pessoas brancas, fazendo com que haja um alto índice de analfabetismo, evasão escolar e menor participação nos espaços universitários.

As ações afirmativas, através das cotas nas universidades, têm possibilitado o ingresso de um número maior de negros e negras nas universidades, porém muitos desafios ainda são enfrentados para que de fato as pessoas negras consigam ter acesso à educação formal, como as constantes fraudes de pessoas brancas às cotas de ação afirmativas, a necessidade de trabalhar em empregos precários para manter-se nas universidades, prejudicando o desempenho acadêmico, além dos crescentes cortes de bolsas, diminuição de auxílios na área estudantil que passaram a ocorrer em 2019, com a entrada do então presidente da República, e dificultam a permanência de estudantes negras(os) e pobres nas universidades.

Diante disso, entendemos que quando nos referimos a mulheres com “um nível de escolaridade menor” no contexto brasileiro, estamos falando de mulheres negras e mulheres pobres, em sua maioria, por essas serem populações as quais o acesso à educação formal e à profissões consideradas de prestígio têm sido historicamente negadas. Dito isto, compartilho o diálogo seguinte com a enfermeira Paula para que sejam feitas algumas pontuações em seguida:

L 742-745 Juliana: tu considera que a questão de cor ou raça assim como de classe social influencia nesse contato entre profissionais e usuárias e vice versa, também na percepção das usuárias em relação aos profissionais?

L 762-772 Paula: [...] a gente parte do princípio que uma pessoa que tem, entenda o que eu quero dizer, uma pessoa que tem um nível intelectual muito melhor ela vai brigar mais pelos seus direitos porque ela também entende mais os direitos dela, não é que ela vai brigar, é que ela também tem o entendimento que ela também tem o direito do Sistema único de saúde, como eu também tenho. **Enquanto aquela pessoa que tem um nível de escolaridade menor ela não tem esse entendimento e a postura dela vai ser de “muito obrigado”, não me agradeça não, minha filha, a gente fez aqui pela senhora o que é de obrigação.** A gente tá fazendo o mais de direito que a senhora tem. Às vezes essa pessoa é tão delicada, é tão humilde, é um agradecimento como se fosse um favor, como se o tratar bem, o receber bem, ter uma assistência boa fosse um favor que a gente tivesse fazendo a ela.

Como podemos perceber na fala da enfermeira Paula, a maioria das mulheres atendidas com um menor nível de escolaridade, não reconhecem o atendimento que recebem como direito e sim como favor e possuem uma inclinação menor a reivindicarem esses direitos. Em primeiro lugar, fazemos uma leitura de que essas pessoas a que Paula se refere são atravessadas pela dimensão de raça e de classe, a partir da discussão que fizemos acima.

Um segundo elemento a ser considerado é que julgamos necessário o reconhecimento de que essas mulheres, que não tiveram acesso a informações técnico-científicas sobre o tema e sobre seus direitos, possuem outros tipos de conhecimentos produzidos a partir das suas experiências e dos lugares sociais que ocupam e esses conhecimentos precisam ser reconhecidos como válidos, de modo que sejam possíveis diálogos entre profissionais e usuárias, que visem o fortalecimento da compreensão da mulher como detentora de direitos.

Sendo assim, compreendemos que também faz parte da atuação profissional em saúde orientar as mulheres sobre seu direito à saúde e, neste caso, também sobre seus direitos reprodutivos, esclarecendo que o cuidado que recebem ou deveriam receber não se trata de um favor, mas sim, de um direito. Ainda como parte deste fenômeno, cito o diálogo seguinte sobre as relações entre profissionais e usuárias do serviço a partir da questão de cor ou raça e classe:

L 742-745 Juliana: e tu considera que a questão de cor ou raça assim como de classe social influencia nesse contato entre profissionais e usuárias e vice versa, também na percepção das usuárias em relação aos profissionais?

L 753- 762 Paula: Mas a gente percebe, é uma coisa tão sem querer, tão instintiva, tão natural, **quando você tá diante de uma pessoa que tem o seu nível, não to falando de dinheiro não, nem to falando de cor, to falando assim que estudou, que pode não ter sido enfermeira, pode não ter feito medicina, fez Direito, fez Psicologia, fez Arquitetura, como a gente...eu acho que a postura da gente é diferente**, isso pode até a maioria das pessoas que você entrevistou achar que isso não é diferente mas se você tá me perguntando eu tenho que dizer a minha visão, mas não é porque você fica com medo, não é porque você tem medo do outro, é que você já fala até mais tecnicamente que você sabe que você tá diante de uma pessoa que **sabe que vai entender o que você vai falar**. Não é que necessariamente ela tem que entender dos termos, mas é uma coisa mais de igual pra igual.

Paula inicia sua fala dizendo que não há diferença de tratamento baseadas nas questões de raça e cor entre profissionais e usuárias, porém todo o restante da sua fala esboça justamente tais diferenças, a partir do argumento de que elas estão relacionadas às distinções no nível de escolaridade. Como dito anteriormente, acreditamos que não é possível pensar em nível de escolaridade como uma categoria separada da de gênero, raça e classe social, já que vivemos em um país onde as pessoas negras têm historicamente menor acesso à educação formal em relação as pessoas brancas e não são as que possuem profissões caracterizadas como de prestígio social.

Então, quem seriam, em sua maioria, os advogados, médicos, psicólogos, arquitetos a que Paula se refere como pessoas com as quais se tem uma postura de atendimento diferente? Com as quais se “fala mais tecnicamente porque você sabe que tá diante de uma pessoa que sabe que vai entender o que você vai falar”? De acordo com o que é dito por Carneiro (2018), não são as pessoas negras, nem as pobres.

A fala de Paula nos alerta para uma tendência social equivocada em considerar que pessoas com menor acesso à educação formal, que a partir da leitura que fazemos representam as pessoas negras e as pessoas pobres em nosso país, possuem limitações intelectuais que as impedem de compreender o que é dito por quem detém o conhecimento científico, que é um tipo de conhecimento, majoritariamente, acessado pelas pessoas brancas e de classes sociais favorecidas.

Diante disso, entendemos que para que não haja falhas na comunicação entre usuárias e profissionais com base nessa compreensão, é necessário o entendimento por parte dos profissionais de que o menor acesso a conhecimentos formais não afeta a capacidade intelectual e compreensiva das pessoas e de que as diferenças nesse âmbito se relacionam às desigualdades sociais históricas, ao racismo e ao sexismo que perpassam a vida das mulheres.

E, a partir disso, busquem estratégias para adequar a linguagem técnico-científica e dos direitos aos modos de expressão e compreensão linguística de cada população atendida, construindo pontes entre as diferentes formas de produzir e expressar conhecimento e não as hierarquizando, visto que, as mulheres com menor acesso à educação formal também produzem, desde tempos imemoráveis, conhecimentos sobre saúde reprodutiva e o diálogo entre esses saberes podem trazer benefícios à saúde das mulheres, desde que não sejam concebidos como saberes excludentes.

Durante a entrevista com Dandara, quando a questioneei sobre possíveis diferenças na relação entre profissionais e usuárias baseadas nas questões de cor/raça e classe, ela me respondeu: “quantos profissionais negros e negras você entrevistou?”. Ao conversar com Catarina sobre o mesmo assunto estabelecemos o seguinte diálogo:

L 1012 Juliana: e qual a cor dos profissionais que te atenderam pelo que tu observou?

L 1013-1014 Catarina: todo mundo branco. Eita, acho que tu...é a única negra mesmo! É...agora que eu parei pra pensar.

L 1017-1018 Juliana: e tu acha que isso influencia na relação também das pessoas que tão no ambiente da saúde, com a questão da identificação dos pacientes com profissionais?

1019-1022 Catarina: Sim, acredito que sim porque quando você vê alguém da sua cor, da sua raça ne, você se sente mais próximo. Quando eu to num ambiente que tem pessoas mais moreninhas do que mais claras eu me sinto mais confortável.

O fato de Catarina me identificar como única profissional negra durante todo seu percurso em busca da realização do aborto legal e expressar que o contato com profissionais negras(os) produz sentimentos de aproximação e conforto, mesmo que ao conversar com ela eu não estivesse ocupando o lugar de profissional de saúde, é uma informação bastante significativa sobre como as relações sociais que se estabelecem de forma ampla na sociedade, baseadas na questão de cor e raça, repercutem nos atendimentos em saúde e em como as

usuárias se sentem em relação aos profissionais, demandando que as(os) profissionais estejam atentas(os) a isso.

O diálogo com Catarina, assim como os diálogos com Dandara, Paula e com Carminha, no eixo 3, nos levam a compreender que reflexões acerca das questões de raça e classe e sobre como essas dimensões sociais produzem demandas específicas de saúde para as mulheres não se fazem presentes no cotidiano do serviço. Porém, essas dimensões produzem experiências particulares para as mulheres atendidas e para as poucas profissionais que se identificam como negras, como podemos perceber na experiência de Esperança:

L 359 Juliana: e agora umas perguntas mais pessoais, como tu se percebe em relação a tua cor ou raça?

L 369-372 Esperança: Por exemplo, sempre que eu circulo aqui perguntam se eu sou familiar ou se eu sou usuária, é muito comum. Sempre as meninas assim dos serviços gerais fazem “eita, desculpa” “ah, tu não é paciente não né?”. Eu digo “não”. Então eu sempre acho que tem uma relação de raça e de classe tanto na proximidade com algumas pessoas como no distanciamento com outras, sabe?

Por isso, compreendemos que esse é um aspecto que necessita ser incorporado nas reflexões e nas práticas das(os) profissionais, seja através de reflexões sobre seus atendimentos individuais ou através de possíveis formações da equipe sobre raça, classe e gênero. De modo que o acesso das mulheres ao serviço aconteça de maneira realmente cuidadosa, a partir da compreensão de que há diferenças de raça, classe, idade entre as mulheres atendidas, entre as mulheres e as profissionais que as atendem e entre as próprias profissionais e de que tais diferenças produzem demandas específicas que precisam ser pensadas, para que não se perpetuem como desigualdades.

Podemos refletir sobre outro elemento importante desta categoria a partir do seguinte diálogo com Esperança:

L 335-336 Juliana: Certo, agora indo um pouco pra outra linha assim, tu considera que as vivências de cor e raça influenciam na relação entre profissionais e usuárias?

L 351-356 Esperança: [...] porque essas mulheres são vítimas de violências por tantas outras coisas antes dessa violência que trouxe ela aqui, que às vezes a gente não entende aquela que tá em situação de violência mais ampla. Então reconhecer e saber que ali há possibilidades de enfrentar e de acesso diferentes às vezes distancia até na sugestão ou na orientação que você dá. “olha, se você fizer isso, se você fizer aquilo, se você fizer um curso para...”. “Não existe essa possibilidade, meu amor, para mim né”. Tipo, é meio assim, acho que isso é fato.

Como podemos inferir a partir da fala de Esperança, é necessário que as(os) profissionais tenham conhecimentos sobre as questões de raça e classe social, além da questão de gênero, que lhes possibilitem identificar as demandas específicas geradas pela intersecção dessas dimensões. É preciso o entendimento de que as experiências entre as mulheres são distintas, assim como as condições e mecanismos que elas possuem para cuidar de si após sofrerem violências.

A teoria Interseccional aponta para a necessidade das(os) profissionais reconhecerem que muitos elementos da vida das mulheres se interseccionam produzindo desigualdades e violências múltiplas e que essas irão impactar nas possibilidades dessas mulheres cuidarem de si. Por isso, não é possível tomar como parâmetro uma experiência universal para pensar as estratégias de cuidado, pois, como nos diz Crenshaw (2002), isso implicaria numa assistência precária.

De forma pertinente, Esperança nos leva a reflexão de que pensar estratégias de cuidado generalistas, sem conhecer como cada mulher atendida vive e as dimensões sociais que atravessam essa existência, não tem efeitos benéficos. Como ela exemplificou, dar orientações ou sugestões de cuidado sem antes considerar se as condições da mulher permitem que elas sigam tais orientações expõe essa mulher a um vazio assistencial. Por isso, é necessário que o cuidado às mulheres que buscam o serviço de aborto legal seja pautado no reconhecimento de que existem diferenças substanciais entre as mulheres e entre seus modos de viver e no entendimento de que para que elas sejam acolhidas de forma resolutiva é preciso que as demandas provenientes dessas especificidades sejam consideradas, possibilitando a construção de estratégias de cuidado eficazes.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendemos que esta dissertação não esgota as possibilidades de análise sobre esse tema, mas sim, apresenta caminhos para que sejam (re)pensadas algumas questões que julgamos necessárias em relação ao aborto legal em decorrência de estupro, com isso, esperamos que novos trabalhos sejam desenvolvidos a partir das ideias, inquietações e afetos que possam emergir a partir da leitura do que compartilhamos aqui.

Percebemos, a partir do que foi produzido nesta pesquisa, que o acesso das mulheres ao serviço de aborto legal tem sido permeado por uma série de dificuldades que retardam a chegada das mulheres ao serviço, fazendo com que tenham um percurso árduo e doloroso até que de fato possam ter seu direito ao aborto legal garantido. Alguns elementos foram apontados na pesquisa como barreiras de acesso ao serviço de aborto legal, como por exemplo, a invisibilidade dos serviços de aborto legal, medo dos julgamentos morais e de serem desacreditadas pelos profissionais, experiências negativas nas delegacias, culpabilização das mulheres pela violência sofrida e o contexto político atual desfavorável.

Enquanto essa dissertação estava sendo escrita, diversas disputas relacionadas ao aborto legal e ao atendimento às mulheres vítimas de estupro aconteciam no Brasil. Em especial, gostaríamos de mencionar o movimento denominado “40 dias de vigília pela vida”, iniciado em 25 de setembro de 2019, por um grupo religioso antiaborto. Este grupo fez acampamentos diários em frente ao Hospital Pérola Byington, referência em atendimento a mulheres na cidade de São Paulo, em protesto contra o aborto legal no país. O grupo montou uma tenda em frente ao hospital, com uma cruz, terços, santos, miniaturas de fetos e placas que pediam “a proteção da vida”. Além disso, uma de suas ações era a abordagem de mulheres que iam até o hospital interromper a gravidez, na tentativa de convencê-las a não realizar o procedimento.

No dia 21 de outubro, uma mulher que havia sido vítima de estupro coletivo e estava sendo atendida pelo hospital foi até a tenda e discutiu com manifestantes da vigília, expressando o quanto isso era prejudicial para ela, que havia sido estuprada e precisava de atendimento. Em resposta, ela foi atacada com um mata-leão (um golpe de estrangulamento) e levou tapas no rosto e no corpo de um homem manifestante antiaborto.

Após esse fato, um grupo de mulheres se mobilizou pelas redes sociais e montou uma tenda, ao lado da tenda do movimento “40 dias pela vida”, com cartazes escritos: “Bíblia não é constituição”; “Não é o que você acredita mas o que a lei dita”; “Apoiamos o Pérola B”; “O aborto é permitido por lei se for resultado de estupro”. O objetivo dessa nova manifestação foi

proteger as pacientes e os profissionais do hospital. Enquanto na tenda do movimento religioso as orações foram as principais atividades realizadas, na tenda das mulheres foram feitas rodas de conversa e confecção de materiais em defesa da legalização do aborto.

Entre outras coisas, esse movimento que se encerrou no dia 3 de novembro de 2019 nos alerta para as ameaças constantes a que as mulheres que abortam, mesmo nos casos previstos em lei, são submetidas e como o direito ao aborto legal tem sido atacado no Brasil. Por isso, reconhecemos a importância de continuarmos refletindo sobre essa temática e buscando construir estratégias de proteção aos Direitos Reprodutivos das mulheres, pois, como vimos ao decorrer deste trabalho, garantir o direito ao aborto legal também é garantir a vida das mulheres brasileiras, visto que, muitas precisam se submeter a situações inseguras quando não conseguem acessar o aborto legal após sofrerem uma violência sexual.

Ao decorrer da pesquisa, compreendemos como a realização do aborto legal representa um alívio para as mulheres, a possibilidade de dar continuidade a suas vidas e um elemento que potencializa a recuperação emocional e psicológica do trauma gerado pela violência sexual. Em contrapartida, manter a gestação representa para muitas delas reatualizar a cada dia a violência que sofreram. Diante disso, apontamos para a importância da realização do procedimento de aborto legal de forma segura e gratuita pelo Sistema Único de Saúde, para que mulheres de diferentes classes sociais, raças e idades possam ter esse direito garantido e continuar suas vidas da melhor maneira possível após passar por uma situação de violência sexual.

Nesse contexto, a garantia do atendimento multidisciplinar, em um serviço de saúde onde as mulheres se sentem seguras e bem acolhidas é um elemento essencial para que elas consigam alcançar o bem-estar emocional e social, além de receber os cuidados médicos necessários. Porém, como dito anteriormente, alguns elementos têm impedido que um número maior de mulheres acesse o serviço de aborto legal, um dos principais deles é a invisibilidade destes serviços.

Por isso, apontamos para a necessidade de divulgação dos serviços de aborto legal em Pernambuco, como elemento essencial para que as mulheres que demandam por esse tipo de atendimento consigam acessá-lo. Percebemos, a partir dos diálogos com profissionais e com as mulheres, que uma das principais vias de acesso à informação sobre os serviços de saúde tem sido a internet. Porém, o acesso às informações das quais essas mulheres precisam normalmente só acontece quando já se encontram grávidas em decorrência do estupro.

Diante disso, apontamos para a necessidade de investimentos em campanhas através das redes sociais, para que antes mesmo de precisar desse tipo de atendimento as mulheres já

saibam da existência dos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência e como acessá-los de maneira emergencial, de modo a garantir que um número cada vez maior de mulheres não engravide em decorrência do estupro, por saber onde e como realizar a profilaxia e contracepção de emergência, no prazo de 72 horas após a violência sexual.

A dificuldade de acesso das mulheres ao serviço de aborto legal relacionada a falta de divulgação dos serviços nos mobilizou de tal maneira que pensamos em construir uma campanha virtual com foco no compartilhamento da informação, em paralelo a escrita da dissertação, porém entendemos que não conseguiríamos realizá-la sozinhas, mas continuamos insistindo na importância de que esta e outras campanhas sejam executadas.

Pensamos a campanha virtual como estratégia de prevenção a gravidezes decorrentes de estupro para mulheres que sofreram violência sexual e não sabem como proceder numa situação como esta, bem como, de garantia do acesso ao aborto legal e seguro, caso a gestação já tenha ocorrido. A premissa fundamental desta campanha é a ideia de que as pessoas passem adiante a informação que receberam e que esta seja (re)compartilhada pelas pessoas, com a hashtag “#passeadianteessainformação” e/ou com a frase “Que bom que essa informação chegou até você, compartilhe, por favor, em suas redes sociais, pois ela pode salvar a vida de muitas mulheres nesse momento”, alcançando assim um número cada vez maior de mulheres.

Alguns profissionais sinalizaram que em determinados momentos do ano acontece uma maior divulgação do serviço de atendimento às mulheres em situação de violência, como no período do Carnaval. Reconhecemos a importância disso, porém, julgamos necessário que essa divulgação seja contínua.

Entendemos também que apesar da internet ser amplamente utilizada por diversas pessoas e ser um canal importante para divulgação dos serviços, ainda há pessoas que não têm acesso amplo a essa ferramenta. Por isso, é necessário que o Poder Público pense estratégias de comunicação que abarquem essas especificidades. Como foi dito na pesquisa, é essencial que a informação chegue a todos os lugares e algumas estratégias possíveis para isso são a utilização de cartazes em unidades básicas de saúde, a divulgação em programas de rádio, entre outras.

O diálogo em escolas, instituições públicas, espaços comunitários, através de palestras, rodas de conversa sobre gênero, violência contra as mulheres, aborto legal e desconstrução do machismo também mostra-se essencial para que cada vez mais mulheres saibam como agir em casos de violência e ao necessitar realizar um aborto legal em decorrência de estupro e para que também os homens possam se implicar, reconhecendo o lugar que ocupam no enfrentamento a violência.

Nosso objetivo futuro, a partir das informações construídas nessa pesquisa, é formar uma grande rede de informação, utilizando estratégias diversas de comunicação, de modo que um número cada vez menor de mulheres engravide por desconhecer seu direito de acessar o serviço público de saúde para realizar a contracepção de emergência e para que nenhuma mulher morra por realizar abortos inseguros, por não saber que o aborto legal é um direito e que pode realizá-lo de forma segura e gratuita.

Como também vimos ao decorrer da pesquisa, o acesso a informações seguras sobre Direitos Reprodutivos se relaciona, em muitos momentos, ao acesso à educação formal. Devido às desigualdades de gênero, raça e classe, as mulheres negras são as que têm o menor acesso a esse tipo de informação, além de serem as que mais estão expostas a violência sexual que acontece no contexto urbano. A associação entre esses dois fatores nos impõe reflexões urgentes acerca da garantia de cuidado a essas mulheres nos serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência.

Além disso, entendemos que para que essas mulheres tenham seus Direitos Reprodutivos garantidos é preciso que as desigualdades sejam reparadas em todos os outros âmbitos, havendo, por exemplo, a garantia do direito a educação e o acesso à informação de maneira urgente, em uma perspectiva de Justiça Reprodutiva, ampliando nossa visão para além dos Direitos Reprodutivos isoladamente.

Outro apontamento que nos propomos a fazer diz respeito as relações raciais que são construídas no cotidiano do serviço de aborto legal, entendemos que esse é um elemento importante de acesso e de continuidade dos atendimentos, sobretudo, para mulheres negras e, por isso, necessita ser reconhecido e trabalhado pelas(os) profissionais. Senti, por exemplo, o desconforto de muitos profissionais durante nossos diálogos quando fiz questionamentos relacionados a raça, acredito que o meu lugar como uma pesquisadora negra diante de profissionais, majoritariamente brancos, pode ter influenciado nesse processo. Ao perguntar sobre raça e relações raciais, as pessoas, em sua maioria, associaram minhas perguntas a questões sobre racismo, mesmo que expressamente não fosse esse o propósito. Nenhum outro elemento do contexto das relações raciais foi mencionado, como, por exemplo, o lugar de branquitude dos profissionais.

Também foi sinalizado, expressamente, por uma profissional o desconforto de muitos profissionais em falar sobre raça nos atendimentos ou mesmo perguntar a cor das mulheres atendidas, o que repercute na subnotificação deste quesito nos prontuários. Entendemos que esse é um elemento a ser melhor trabalhado pela equipe, visto que o quesito cor ou raça nos prontuários representa um dado muito importante para que sejam identificadas demandas

específicas dessa população, possibilitando a construção de estratégias que garantam o acesso e continuidade dos atendimentos.

Ainda, percebemos certa dificuldade de alguns profissionais ao responder um dado objetivo sobre identidade de gênero e orientação sexual, como se não houvesse muita certeza em relação a diferença entre esses termos. Especialmente por esse ser um serviço que atua com questões estritamente relacionadas a gênero e sexualidade, apontamos a importância de fortalecer teoricamente essas compreensões. Pois, acreditamos que isso irá potencializar a prática no serviço, por exemplo, no que diz respeito ao atendimento a outras pessoas com útero, como os homens transexuais e pessoas não binárias.

Diante disso, apontamos para a necessidade de formações de profissionais que além de discutir as questões referentes a gênero, também pensem essa dimensão de maneira associada a raça e classe social. Além da aproximação do serviço com movimentos sociais e pesquisadores que discutam essas questões, compreendendo que esse serviço precisa ser fortalecido por todas essas instâncias conjuntamente.

Consideramos, ainda, que as atuações no serviço de aborto legal precisam ser constantemente repensadas para que cada vez mais mulheres possam encontrar o acolhimento e atendimento devido nesses espaços. Para tanto, os profissionais e a instituição como um todo precisam estar atentos em relação as suas práticas e atuações, de modo a não reproduzir violências. Também consideramos como essencial que o Estado garanta o cuidado a esses profissionais, para que consigam se preservar emocionalmente das repercussões que a atuação cotidiana com temas difíceis e delicados podem gerar em suas vidas.

Por acreditarmos na pesquisa como ação política e prática social, consideramos que as questões discutidas com os profissionais e as mulheres entrevistadas representaram elementos mobilizadores que podem já estar influenciando na forma como essas pessoas lidam com os fenômenos sobre os quais dialogamos. Ao refletir sobre determinados assuntos, estamos a todo tempo fazendo elaborações e nesse processo podemos identificar pontos de conflito, repensar ideias, identificar inconsistências e assim atuar sobre elas.

Por fim, reafirmo que esta pesquisa não esgota as possibilidades de reflexão sobre essa temática, como percebemos, este é um campo em constante movimento, que se encontra sob muitos riscos e ameaças no contexto político atual. Desejamos que as informações discutidas ao decorrer desta pesquisa possam mobilizar novas reflexões nesse campo, contribuir para a garantia do direito das mulheres e para a visibilidade e manutenção dos serviços de aborto legal, que têm sido espaços muito potentes no cuidado ofertado às mulheres em situação de violência, como percebemos ao decorrer de toda a pesquisa.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, Estela et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(7):1765-1776, 2012. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232012000700015&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 30 de julho de 2018.
- AQUINO, Estela et al. Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva. 2003. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000800001&script=sci_arttext. Acesso em: 20 de outubro de 2019.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002. Acesso em: 24 novembro de 2019.
- ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19, supl. 2, p. 465-469, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000800027&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 de outubro de 2019.
- ÁVILA, Maria Betânia. Modernidade e cidadania reprodutiva. **Revista Estudos Feministas**, v. 1, n. 2, p. 382, 1993. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/16070/14604>. Acesso em: 18 de outubro de 2019.
- ÁVILA, Maria Betânia. Reflexões sobre os direitos reprodutivos. In: CLADEM. Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos, Direitos Humanos. Lima: CLADEM, 2002. p. 171-182
- ÁVILA, Maria Betânia; CORRÊA, Sonia. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, Loren; DIAZ, Juan (Orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec; The Population Council, 1999. p. 70-103.
- BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo et al. Structure in Brazilian maternity hospitals: key characteristics for quality of obstetric and neonatal care. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, p. S208-S219, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300025&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 18 de setembro de 2018.
- BANDEIRA, Lourdes. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, Loren; DIAZ, Juan (Orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec; The Population Council, 1999. p. 180-197
- BASTERD, Leila. Família, Sexualidade e Reprodução no Direito Brasileiro. In: GIFFIN, Karen M.; COSTA, Sarah (Orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 51-66.
- BASTERD, Leila. O campo Político- Legislativo dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. In: BERQUÓ, Elza (Org.). **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: UNICAMP, 2003. p.79-94.
- BEDONE, Aloisio José; FAUNDES, Anibal. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.2, pp.465-469. ISSN 0102-311X.

Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200024&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 30 de julho de 2018.

BENCKE, Romi Márcia. LAICIDADE E DIREITO AO ABORTO. 2019. Disponível em: https://www.cfemea.org.br/images/stories/publicacoes/laicidade_direito_aborto.pdf. Acesso em 24 de novembro de 2019.

BUGLIONE, Samantha. Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça. In: **Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça**. COOK, Rebecca et al.(Orgs.). Porto Alegre: FABRIS, 2002.

CARDOSO, Claudia. Por uma Epistemologia Feminista Negra do Sul: Experiências de mulheres negras e o Feminismo Negro no Brasil. 13º Fazendo Gênero e Mundo de Mulheres, 2017. Disponível em: http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499452943_ARQUIVO_simp_oiotextofazendogenero13.pdf. Acesso em: 18 de julho de 2018.

CARNEIRO, Sueli. **Escritos de uma vida**. Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.

CARNEIRO, Sueli. “Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero”. In: ASHOKA EMPREENDIMENTOS SOCIAIS; TAKANO CIDADANIA (Orgs.). Racismos contemporâneos. Rio de Janeiro: Takano Editora, 2003. p. 49-58.

CAVALCANTI, Ludmila; MOREIRA, Gracielly; VIEIRA, Luiza; MAGALHÃES, Raimunda. Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras. **Saúde em debate** vol.39 no.107 Rio de Janeiro out./dez. 2015. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042015000401079&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 30 de julho de 2018.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista estudos feministas**, v. 10, n. 1, p. 171, 2002. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/9558>. Acesso em 03 de dezembro de 2019.

COOK, Rebecca. Estimulando a efetivação dos direitos reprodutivos. In: **Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça**. COOK, Rebecca et al.(Orgs.). Porto Alegre: FABRIS, 2002.

CORRÊA, Sonia. Saúde Reprodutiva, Gênero e Sexualidade: Legitimação e novas Interrogações. In: GIFFIN, Karen M.; COSTA, Sarah (Orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 39-50.

CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, Elza (Org.). **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: UNICAMP, 2003. p. 17-78.

CORRÊA, Sonia; ALVES, José Eustáquio Diniz; DE MARTINO JANNUZZI, Paulo. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. **Livros**, p. 27-62, 2015.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis* [online]. 1996, vol.6, n.1-2, pp. 147-177. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73311996000100008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 de setembro de 2019.

DAVIS, Angela. Racismo, Controle de Natalidade e Direitos Reprodutivos. In: DAVIS, Angela. **Mulheres, Raça e Classe**. 1.ed.- São Paulo: Boitempo, 2016. p. 205-224.

DE CASTRO, Ricardo Dias et al. RAÇA, GÊNERO E CLASSE: NOTAS A PARTIR DE EXPERIÊNCIAS DE MULHERES NEGRAS DE CLASSE MÉDIA NA UFMG. **Interfaces Científicas-Humanas e Sociais**, v. 6, n. 2, p. 99-110, 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/humanas/article/view/4479>. Acesso em: 15 de outubro de 2019.

DIAS, Samanta. Mapeamos as principais ameaças aos Direitos Reprodutivos no Congresso. 2017. Disponível em: <http://azmina.com.br/reportagens/mapeamos-os-projetos-de-lei-contraos-direitos-reprodutivos-no-congresso/>. Acesso em 3 agosto 2018.

DE JESUS, Carolina Maria; DANTAS, Audálio; TEIXEIRA, Alberto. **Quarto de despejo: diário de uma favelada**. Livraria F. Alves, 1960.

DEL PRIORE, Mary. A árvore e o fruto: um breve ensaio histórico sobre o aborto. **Revista Bioética**, v. 2, n. 1, 2009. Disponível em: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/442. Acesso em: 15 de outubro de 2019.

DIEZ, Andrea. Novos dilemas, velhos discursos: Direitos Sexuais e Reprodutivos na Argentina. In. OLIVEIRA, Maria Coleta; ROCHA, Maria Isabel (Orgs.). **Saúde reprodutiva na esfera pública e política na América Latina**. Campinas, SP: Editora da Unicamp/Nepo, 2001.

DINIZ, Débora. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na Saúde Pública. **Rev. Saúde Pública**, 2011. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000500021. Acesso em: 15 de julho de 2018.

DINIZ, Débora; DIOS, Vanessa Canabarro; MASTRELLA, Miryam; MADEIRO, Alberto. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Rev. Bioética**. [online]. 2014, vol.22, n.2, pp.291-298. ISSN 1983-8042. Disponível em: <http://www.clacaidigital.info/handle/123456789/812>. Acesso em: 15 de julho de 2018.

DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(2):653-660, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0653.pdf>. Acesso em: 26 de julho de 2018.

DIOS, Vanessa Canabarro. **A palavra da mulher: práticas de produção de verdade nos serviços de aborto legal no Brasil**/Vanessa Canabarro Dios. -Brasília: LetrasLivres, 2018. 106 p.

EVARISTO, Conceição. Escre(vi)(vendo)me: ligeiras linhas de uma auto-apresentação. Texto publicado em *Mulheres no Mundo – Etnia, Marginalidade e Diáspora*, Nadilza Martins de Barros Moreira & Liane Schneider (orgs), João Pessoa, UFPB, Idéia/Editora Universitária, 2005

FARIA, Rivaldo Mauro; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Raega-O Espaço Geográfico em Análise**, v. 17, 2009. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/raega/article/view/11995>. Acesso em 30 de julho de 2018.

FLORENCIO, Nathália. “Parem de me culpar”, diz jovem vítima de violência sexual no Rio de Janeiro. Disponível em: <https://mdemulher.abril.com.br/estilo-de-vida/parem-de-me-culpar-diz-jovem-vitima-de-violencia-sexual-no-rio-de-janeiro/>. Acesso em 3 agosto 2018.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 13º Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019. ISSN 1983-7364, ano 13, 2019. Disponível em <http://www.forumseguranca.org.br/atividades/anuario/>. Acesso em 03 de dezembro de 2019.

GOES, Emanuelle Freitas. Racismo, Aborto e Atenção à saúde: Uma Perspectiva Interseccional. 2018. (Doutorado em Saúde em Saúde Pública) -Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

GOES, Emanuelle; NASCIMENTO, Enilda. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate* • Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, out/dez 2013. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042013000400004&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 27 de julho de 2018.

GONZAGA, Paula R.; ARAS, Lina. **Mulheres latino-americanas e a luta por direitos reprodutivos**: o panorama da conjuntura política e legal do aborto nos países da América Latina. Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas, v.9, nº 2, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/298427121_Mulheres_Latino-Americanas_e_a_Luta_por_Direitos_Reprodutivos_o_panorama_da_conjuntura_politica_e_legal_do_aborto_nos_paises_da_America_Latina. Acesso em: 15 de outubro de 2019.

GONZALEZ, Lélia. O papel da mulher negra na sociedade brasileira. In: **Symposium the Political Economy of the Black World. Los Angeles. 1979.**

GROSGOUEL, Ramón. Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. In: SOUSA SANTOS, Boaventura de; MENESES, Maria Paula (Org.). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010. p. 455-491.

HANADA, Heloisa. D’OLIVEIRA, Ana Flávia, SCRHAIBER, Lilia Blima. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 18(1): 288, janeiro-abril/2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v18n1/v18n1a03>. Acesso em 27 de julho de 2018.

hooks, bell. Intelectuais Negras. Revista *Estudos Feministas*, V.3, nº 2, 1995, p.454-478. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/10/16465-50747-1-PB.pdf>. Acesso em: 18 de julho de 2018.

JIMENEZ, L. Psicologia na atenção básica à saúde: demanda, território e integralidade. **Psicologia & Sociedade**; 23(n. spe.), 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3093/309326564016.pdf> . Acesso em 27 de julho de 2018.

JOHNSON, María Cecilia. “Ni la pareja, ni la familia, ni la Iglesia deciden por mí”: la experiencia del aborto en mujeres Católicas. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 28, p. 51-70, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-64872018000100051&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em 24 de novembro de 2019.

LIMA, Nathália Diórgenes. “Era o meu corpo, era meu momento, era minha vida” : uma análise dos itinerários abortivos de mulheres jovens da Região Metropolitana do Recife-PE. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

LOREA, Roberto Arriada. Acesso ao aborto e liberdades laicas. **Horizontes Antropológicos**, v. 12, n. 26, p. 185-201, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-71832006000200008&script=sci_arttext. Acesso em 24 de novembro de 2019.

LYRA, Jorge. Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006). 2008. 262 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/eixo/politicas-publicas/publicacoes/homens-feminismo-e-direitos-reprodutivos-no-brasil-uma-analise-de-genero-no-campo-das-politicas-publicas-2003-2006/view?searchterm=homens+e+direitos>. Acesso em: 19 de outubro de 2019.

MACHADO, Carolina Leme; FERNANDES, Arlete Maria dos Santos; OSIS, Maria José Duarte; MAKUCH, Maria Yolanda. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2015, vol.31, n.2, pp.345-353. ISSN 0102-311X. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000200345. Acesso em 27 de julho de 2018.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2016, vol.21, n.2, pp.563-572. ISSN 1413-8123. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016000200563&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 27 de julho de 2018.

MEDRADO, Benedito; SPINK, Mary Jane; MÉLLO, Ricardo. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. . In: SPINK, Mary Jane; BRIGAGÃO, Jacqueline; NASCIMENTO, Vanda Lúcia; CORDEIRO, Mariana (Orgs.). A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. – 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014 (publicação virtual).

MELO, Delaine. Aborto legal e Políticas Públicas para as mulheres: Interseções, construções e limites. 2011. Tese (Doutorado em Serviço Social) -Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

MINAYO, Maria Cecília. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 28ª Ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2009. SOARES, G.S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2):S399-S406.

MOLINA, Aurelio. Laqueadura Tubária: situação nacional, internacional e efeitos colaterais. In: GIFFIN, Karen M.; COSTA, Sarah (Orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 137-146.

NASCIMENTO, Vanda Lúcia; MINIGUINE, Roberth; PEREIRA, Camila. O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas Científicas. In: SPINK, Mary Jane; BRIGAGÃO, Jacqueline; NASCIMENTO, Vanda Lúcia; CORDEIRO, Mariana (Orgs.). A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. – 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014 (publicação virtual).

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. Fórum: violência sexual e saúde. Introdução. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.2, pp.455-458. ISSN 0102-311X. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200022&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 27 de julho de 2018.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2005, vol.39, n.3, pp.376-382.

ISSN 0034-8910. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/31878>. Acesso em 27 de julho de 2018.

OLIVEIRA, Rayane Noronha. O ABORTO NO BRASIL: Análise das Audiências Públicas do Senado Federal (2015-2016). 2017. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017

OLIVEIRA, Evangelina; CARVALHO, Marília Sá; TRAVASSOS, Cláudia. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 386-402, 2004. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200006&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 30 de julho de 2018.

PACHECO, Ana Cláudia. A trajetória de uma intelectual negra: uma voz subalternizada? XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais: Diversidades e (Des)igualdades, UFBA, Salvador, 2011. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/321076709/A-TRAJETORIA-DE-UMA-INTELECTUAL-NEGRA-UMA-VOZ-SUBALTERNIZADA-Ana-Claudia-Pacheco>. Acesso em: 18 de julho de 2018

PITANGUY, Jacqueline. O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In: GIFFIN, Karen M.; COSTA, Sarah (Orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 19-38.

PELUCIO, Larissa. Subalterno quem, cara pálida? Apontamentos às margens sobre pós-colonialismos, feminismos e estudos queer. *Contemporânea*, ISSN: 2236-532X v. 2, n. 2 p. 395-418 Jul.–Dez. 2012. Disponível em: <http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/89>. Acesso em: 18 de julho de 2018.

PEIXOTO, Aimê Fonseca; NOBRE, Barbara Paula Resende. A responsabilização da mulher vítima de estupro. **Revista Transgressões**, v. 3, n. 1, p. 227-239, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/transgressoes/article/view/7203>. Acesso em: 24 de novembro de 2019.

PEREIRA, Iza Maria; CARVALHO, Alaíde Angélica de Menezes Cabral. “A CULPA É SEMPRE DELAS... SEMPRE”: DISCIPLINA E PODER NA CULPABILIZAÇÃO DA VÍTIMA DE ESTUPRO. **Revista Colineares**, v. 4, n. 2, p. 25-35, 2017. Disponível em: <http://periodicos.uern.br/index.php/colineares/article/view/3116/1695>. Acesso em 24 de novembro de 2019.

PINHEIRO, Odette de Godoy. Entrevista: Uma prática discursiva. In: *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas* (M. J. P. Spink, org.), São Paulo: Cortez Editora.

RIBEIRO, Flávia Regina. Construções argumentativas sobre riscos na gestação: justificativas médicas para indicação terapêutica do aborto. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - PUC-SP. São Paulo, 2011.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, p. 260-268, 2012. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892012000300012&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 24 de novembro de 2019.

SANTOS, Milton. *Metamorfoses do Espaço Habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da geografia*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SCHRAIBER, Lilia. Engajamento ético-político e construção teórica na produção científica do conhecimento em Saúde Coletiva. In: BAPTISTA, T.W.F; AZEVEDO, C.S; MACHADO, C.V (orgs). Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8dtt4>. Acesso em 18 de julho de 2018.

SPINK, Mary Jane. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano [online]. Rio de Janeiro: **Centro Edelstein de Pesquisas Sociais**, 2010. 72 p. ISBN: 978-85-7982-046-5. Available from SciELO Books. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 18 de set. de 2018.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. Produção de sentido no cotidiano: Uma abordagem teórico metodológica para análise das práticas discursivas. In: Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas, 1999. (Mary Jane Spink, org.), pp. 41-61, São Paulo: Cortez Editora.

SPINK, Mary Jane; FREZZA, Rose Mary. Práticas Discursivas e Produção de Sentido. In: Práticas discursos e produção de sentidos no cotidiano. [online]. Rio de Janeiro: **Centro Edelstein de Pesquisas Sociais**, 2013. Disponível em: http://www.bvce.org.br/DownloadArquivo.asp?Arquivo=SPINK_Praticas_discursivas_e_producao_FINAL_CAPA_NOVAc.pdf. Acesso em: 18 de julho de 2018.

SPINK, Mary Jane; MENEGON, Vera. A Pesquisa como Prática Discursiva. Práticas Discursivas e Produção de Sentido. In: Práticas discursos e produção de sentidos no cotidiano. [online]. Rio de Janeiro: **Centro Edelstein de Pesquisas Sociais**, 2013. Disponível em: http://www.bvce.org.br/DownloadArquivo.asp?Arquivo=SPINK_Praticas_discursivas_e_producao_FINAL_CAPA_NOVAc.pdf. Acesso em: 18 de julho de 2018.

SPINK, Peter. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*; 15 (2): 18-42; jul./dez.2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-71822003000200003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 de agosto de 2018.

TALIB, Stella R. et al. Mulher adolescente/jovem em situação de violência. **Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**, 2007. Disponível em: https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/mul_jovens.pdf. Acesso em 30 de julho de 2018.

TALIB, Rosângela; CITELI, Maria Teresa. **Dossiê: serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004)**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2005.

TIBURI, M. Da misoginia ao diálogo. In: *Feminismo em comum: para todas, todes e todos*, pp 39-46. -4ª ed – Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

TIBURI, M. Lugar de fala e lugar de escuta: feminismo dialógico como encontro das lutas. In: *Feminismo em comum: para todas, todes e todos*, pp 53-59. -4ª ed – Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190–S198, 2004. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2004000800014&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em 30 de julho de 2018.

UNGLERT, Carmem; Rosenburg, Cornélio; Junqueira, Claudette. Acesso aos serviços de saúde uma abordagem de geografia em saúde pública. **Rev Saúde Públ.** São Paulo 21 (5), 1987. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/1987.v21n5/439-446/>. Acesso em 30 de julho de 2018.

VILELA, Wilza. Direitos Sexuais e reprodutivos: afinal, de que falamos? In: COOK, Rebecca et al.(Orgs.). **Reprodução e sexualidade**: uma questão de justiça. Porto Alegre: FABRIS, 2002.

VILLELA, Wilza; ARILHA, Margareth. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, Elza (Org.). **Sexo & vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: UNICAMP, 2003. p.95-150.

VILLELA, Wilza; LAGO, Tânia. **Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.2, pp.471-475. ISSN 0102-311X. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2007.v23n2/471-475/>. Acesso em 30 de julho de 2018.

ANEXO A**PORTARIA Nº 1.508, DE 1º 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.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando que o Código Penal Brasileiro estabelece como requisitos para o aborto humanitário ou sentimental, previsto no inciso II do art. 128, que ele seja praticado por médico e com o consentimento da mulher;

Considerando que o Ministério da Saúde deve disciplinar as medidas assecuratórias da licitude do procedimento de interrupção da gravidez nos casos previstos em lei quando realizado no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de se garantir aos profissionais de saúde envolvidos no referido procedimento segurança jurídica adequada para a realização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei; e

Considerando que a Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes não obriga as vítimas de estupro da apresentação do Boletim de Ocorrência para sua submissão ao procedimento de interrupção da gravidez no âmbito do SUS, resolve:

Art. 1º O Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei é condição necessária para adoção de qualquer medida de interrupção da gravidez no âmbito do Sistema Único de Saúde, excetuados os casos que envolvem riscos de morte à mulher.

Art. 2º O Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei compõe-se de quatro fases que deverão ser registradas no formato de Termos, arquivados anexos ao prontuário médico, garantida a confidencialidade desses termos.

Art. 3º A primeira fase é constituída pelo relato circunstanciado do evento, realizado pela própria gestante, perante dois profissionais de saúde do serviço.

Parágrafo único. O Termo de Relato Circunstanciado deverá ser assinado pela gestante ou, quando incapaz, também por seu representante legal, bem como por dois profissionais de saúde do serviço, e conterà:

I - local, dia e hora aproximada do fato;

II - tipo e forma de violência;

III - descrição dos agentes da conduta, se possível; e

IV - identificação de testemunhas, se houver.

Art. 4º A segunda fase dá-se com a intervenção do médico que emitirá parecer técnico após detalhada anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e dos demais exames complementares que porventura houver.

§ 1º Paralelamente, a mulher receberá atenção e avaliação especializada por parte da equipe de saúde multiprofissional, que anotará suas avaliações em documentos específicos.

§ 2º Três integrantes, no mínimo, da equipe de saúde multiprofissional subscreverão o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez, não podendo haver desconformidade com a conclusão do parecer técnico.

§ 3º A equipe de saúde multiprofissional deve ser composta, no mínimo, por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo.

Art. 5º A terceira fase verifica-se com a assinatura da gestante no Termo de Responsabilidade ou, se for incapaz, também de seu representante legal, e esse Termo conterá advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e de aborto (art. 124 do Código Penal), caso não tenha sido vítima de violência sexual.

Art. 6º A quarta fase se encerra com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que obedecerá aos seguintes requisitos:

I - o esclarecimento à mulher deve ser realizado em linguagem acessível, especialmente sobre:

- a) os desconfortos e riscos possíveis à sua saúde;
- b) os procedimentos que serão adotados quando da realização da intervenção médica;
- c) a forma de acompanhamento e assistência, assim como os profissionais responsáveis; e
- d) a garantia do sigilo que assegure sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos, exceto quanto aos documentos subscritos por ela em caso de requisição judicial;

II - deverá ser assinado ou identificado por impressão datiloscópica, pela gestante ou, se for incapaz, também por seu representante legal; e

III - deverá conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez.

Art. 7º Todos os documentos que integram o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, conforme Modelos dos Anexos I, II, III, IV e V desta Portaria, deverão ser assinados pela gestante, ou, se for incapaz, também por seu representante legal, elaborados em duas vias, sendo uma fornecida para a gestante.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º Fica revogada a Portaria nº 1145/GM, de 7 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 130, de 8 de julho de 2005, Seção 1, página 31.

SARAIVA FELIPE

ANEXO I

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO

Eu, _____, brasileira, _____ anos, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, declaro que no dia _____, do mês _____ do ano de _____ às _____, no endereço

_____ (ou proximidades – indicar ponto de referência)
 _____, bairro _____, cidade _____,
 fui vítima de crime de violência sexual, nas seguintes
 circunstâncias: _____

Em caso de agressor(s) desconhecido(os)

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por _____ homem(s) de
 aproximadamente _____ anos, raça/cor _____ cabelos
 _____, trajando (calça, camisa, camisetas, tênis e outros), outras
 informações (alcoolidado, drogado, condutor do veículo/tipo _____ etc.). -

O crime foi presenciado por (se houver testemunha)

EM CASO DE AGRESSOR (A)(S) CONHECIDO (A)(S)

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por (informação opcional)
 _____, sendo meu/minha _____
 (indicar grau de parentesco ou de relacionamento social e afetivo), com _____ anos de idade e
 que no momento do crime encontrava-se/ ou não (alcoolidado, drogado)

O crime foi presenciado por (se houver testemunha)

É o que tenho/ temos a relatar

Local e data: _____

Nome, identificação e assinatura

TESTEMUNHAS

Profissional de saúde

Nome, identificação e assinatura

Profissional de saúde

Nome, identificação e assinatura

ANEXO II

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

PARECER TÉCNICO

Em face da análise dos resultados dos exames físico geral, ginecológico, de ultra-sonografia obstétrica e demais documentos anexados ao prontuário hospitalar nº _____ da paciente _____, documento tipo _____ nº _____; manifesta-se pela compatibilidade entre a idade gestacional e a da data da violência sexual alegada.

Local e data: _____

Médico

(assinatura e carimbo)

ANEXO III

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO

Nesta data, a Equipe de Saúde multidisciplinar do Serviço de _____ do Hospital _____, avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado na declaração de violência sexual apresentada, pela usuária _____, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, registro hospitalar nº _____ com _____ semanas de gestação. Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade com o artigo 128 do inciso II do Código Penal, sem a presença de indicadores de falsa alegação de crime sexual. Portanto, APROVA-SE, de acordo com a conclusão do Parecer Técnico, a solicitação de interrupção de gestação formulada pela paciente e/ou por seu representante legal.

Local e data _____

RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO

Equipe multiprofissional:

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

ANEXO IV

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Por meio deste instrumento, eu _____, portadora do documento de identificação tipo _____ nº _____, ou legalmente representada por _____, portador (a) do documento de identificação

tipo _____ nº _____, assumo a responsabilidade penal decorrente da prática dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto, previstos nos artigos 299 e 124 do Código Penal Brasileiro, caso as informações por mim prestadas ao serviço de atendimento às vítimas de violência sexual do Hospital _____ NÃO correspondam à legítima expressão da verdade.

Local e Data: _____

 Nome, identificação e assinatura.

ANEXO V

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Por meio deste instrumento eu, _____, documento de identificação tipo _____, nº _____ registro hospitalar nº _____ e/ou meu representante legal/responsável _____ documento de identificação tipo _____ nº _____, em conformidade com o Artigo 128, inciso II do Código Penal Brasileiro, exerço o direito de escolha pela interrupção da gestação de forma livre, consciente e informada.

Declaro que estou informada da possibilidade de manter a gestação até o seu término, sendo-me garantido os cuidados de pré-natal e parto, apropriados para a situação; e das alternativas após o nascimento, que incluem a escolha de permanecer com a criança e inseri-la na família, ou de proceder com os mecanismos legais de doação.

Declaro, estar esclarecida (os) dos procedimentos médicos que serão adotados durante a realização da intervenção (abortamento previsto em Lei), bem como dos desconfortos e riscos possíveis à saúde, as formas de assistência e acompanhamentos posteriores e os profissionais responsáveis

Declaro, que me é garantido o direito ao sigilo das informações prestadas, exceto em caso de requisição judicial .

Declaro, outrossim, que após convenientemente esclarecida pelos profissionais de saúde e ter entendido o que me foi explicado, solicito de forma livre e esclarecida a interrupção da gestação atual decorrente de violência sexual, e autorizo a equipe do Hospital _____ aos procedimentos necessários.

Local e data: _____

 Nome, identificação e assinatura.

 Testemunha

 Nome, identificação e assinatura

Testemunha

Nome, identificação e assinatura

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde