



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva  
Brasil

Fachel Leal, Ondina

"Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!": revisitando dados etnográficos sobre a disseminação  
de práticas abortivas em populações de baixa-renda no Brasil  
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 7, julho, 2012, pp. 1689-1697  
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023392007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

**“Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!”:  
revisitando dados etnográficos sobre a disseminação  
de práticas abortivas em populações de baixa-renda no Brasil**

“Those of you who have never had an abortion, raise your hand!”  
Rethinking ethnographic data on the dissemination  
of abortion practices among low-income populations in Brazil

Ondina Fachel Leal <sup>1</sup>

**Abstract** *Based on recently published research findings on abortion rates, this paper re-examines original ethnographic data on abortion in order to open a discussion on the dissemination of abortion, its possible cultural configurations and its social legitimacy among low-income populations in Brazil. It refers retrospectively to two works of empirical research studies and presents an estimate of the prevalence of abortion of around of 34%; it describes abortion practices and the social representation of what abortion means in a given context. The studies presented here seek to contribute to the understanding of women's decision-making regarding this reproductive choice in a context where abortion is illegal. The data allow us to construct an abortion typology, classifying it as tolerated, unacceptable and recommended and point to a fluidity of meanings regarding pregnancy interruption practices. It is possible to infer that the magnitude of the problem of abortion, both with regard to number of cases and the existing diversity of abortion practices and methods, has not changed over a period of 20 years in Brazil.*

**Key words** *Induced abortion, Ethnography, Misoprostol*

**Resumo** *A partir de dados quantitativos sobre a magnitude do aborto em pesquisas recentemente publicadas, este artigo retoma dados etnográficos a respeito da prática do aborto com o objetivo de estabelecer uma discussão sobre sua disseminação, suas possíveis configurações culturais e sua legitimidade social no contexto de populações urbanas de baixa-renda no Brasil. O presente trabalho refere retrospectivamente a duas diferentes pesquisas empíricas e aponta uma estimativa sobre prevalência de aborto em torno de 34%; apresenta dados descritivos e os significados sociais tecidos em torno desta prática. Os estudos aqui apresentados buscam contribuir para o entendimento da tomada de decisão da mulher no que tange esta opção reprodutiva em um contexto onde o aborto é ilegal. O principal resultado destas pesquisas é apontar para uma fluidez de significados a respeito da interrupção da gravidez, o que permite construir uma tipologia que classifica os abortos, na perspectiva da população estudada, em toleráveis, condenáveis e recomendáveis. Através dos dados apresentados é possível inferir o quanto a dimensão do problema – tanto no que diz respeito ao numero de casos quanto à realidade das práticas abortivas e métodos – pouco mudou em um período de 20 anos no Brasil.*

**Palavras-chave** *Aborto induzido, Etnografia, Cytotec*

<sup>1</sup> Departamento de Antropologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Av. Bento Gonçalves 9500/Prédio 43311/Bloco AI/Sala 104A. 91509-900 Porto Alegre RS. ofachelleal@gmail.com

### A magnitude do aborto

A estimativa, publicada em 2012, da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de que 22 milhões mulheres se submetem a abortos inseguros anualmente no mundo e praticamente a totalidade ocorre em países em desenvolvimento. Este estudo da OMS aponta com veemência para o fato que evidencia de que quanto menos restritiva for a legislação em um país a respeito do aborto, menor será sua prevalência e quanto maiores forem as restrições legais existentes, maior será o percentual de abortos provocados e inseguros, com sérias consequências para a saúde das mulheres, para seus direitos e para a saúde pública. Para a América Latina e Caribe a estimativa é de que o número de abortos feitos em condições inseguras e que colocam em risco a vida da mulher é de 4.2 milhões por ano. A OMS define **aborto inseguro** como procedimento para terminar uma gravidez não intencionada feita por uma pessoa sem treinamento para tal ou em um contexto de ausência de atendimento médico<sup>1-3</sup>.

No Brasil, o trabalho também recente da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), realizada em 2010, apresenta dados inéditos sobre abortos provocados. Inéditos, sobretudo, porque são evidências empíricas com base em pesquisa domiciliar, por amostragem aleatória representativa para todo o Brasil urbano. Sobre a magnitude do aborto provocado, Diniz e Medeiros concluem que “o aborto é tão comum no Brasil que, ao completar quarenta anos, mais de uma em cada cinco mulheres já o fizeram”<sup>4</sup>. Este dado está em consonância com o referido recente estudo da OMS que indica que cerca uma em cada cinco gravidezes termina em aborto, no mundo<sup>1</sup>.

O que motiva o presente artigo é a publicação, sobretudo das duas pesquisas acima mencionadas, pois são trabalhos recentes, de base empírica, que empregam metodologia quantitativa e que observam todos os cânones do rigor científico. Estes trabalhos têm o mérito de nos colocar cara a cara com um dado simples e quase banal para antropólogos que trabalham com temas ligados à saúde reprodutiva junto a populações de baixa-renda, estas pesquisas nos apresentam a evidência empírica da magnitude das práticas abortivas. Práticas estas disseminadas e culturalmente legitimadas, mas ainda assim, ou talvez exatamente por isto, invisíveis para as políticas públicas e ação dos sistemas de atenção à saúde.

A evidência empírica da magnitude das práticas de aborto no Brasil chama especial atenção por se darem em um contexto de ilegalidade e

onde as mulheres são potencialmente penalizadas por sua prática. O aborto é ilegal no Brasil, exceto nas situações específicas de risco de vida à gestante ou no caso da gravidez ser resultado de estupro, mas mesmo nos casos previsto em lei, há sérias barreiras para o direito ao acesso ao aborto, e permanecem escassos ou inexistentes os serviços oferecidos pelo sistema público de saúde.

Na reflexão a respeito do aborto – sobretudo no Brasil – em qualquer campo, seja este jurídico, médico, de políticas públicas ou das ciências sociais duas questões são cruciais: Primeiro, a magnitude do aborto; segundo, como estas práticas são pensadas, sancionadas ou não, no contexto de um sistema de representações sociais de uma determinada população a respeito de concepção, gravidez e reprodução biológica do indivíduo.

### Dados Empíricos

O presente artigo toma como fonte de dados duas pesquisas: (1) Uma pesquisa exploratória com entrevistas não-estruturadas e em profundidade feitas entre 2007 e 2009 com nove mulheres que tinham tido a experiência de aborto. Eram todas de baixa renda, moradoras de áreas metropolitanas, cinco em Porto Alegre e quatro no Rio de Janeiro. O objetivo era o de coletar dados para um futuro projeto sobre mulheres e experiências de aborto que não chegou a concretizar-se. A intenção era também atualizar a pesquisa anterior (1993-1996), esta, de grande porte, sistemática e que fez uso de metodologia qualitativa e quantitativa. (2) A pesquisa intitulada-se **Body, Sexuality and Reproduction: A Study of Social Representation** (WHO-Body), recebeu o suporte financeiro do **Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction** da Organização Mundial de Saúde (1993-96). Esta investigação teve a peculiaridade de metodologicamente fazer uma combinação entre técnicas estatísticas e pesquisa etnográfica e abrangeu um universo numericamente amplo para este tipo de estudo. Trabalhou-se com um total de 200 entrevistas, 100 homens e 100 mulheres em idade reprodutiva. Cada uma durou em média seis horas no total e, em geral, eram divididas em três encontros para cada entrevistado(a). De base populacional, abrangeu quatro “vilas” (bairros) de população de baixa-renda atendidas por Serviços Comunitários de Saúde na cidade de Porto Alegre. Os casos foram definidos, primeiro selecionando aleatoriamente os domicílios, e depois, através de amostra intencional por quotas, foi composto o universo a ser

estudado, levando em conta os objetivos da pesquisa, a distribuição etária da população e o sexo dos entrevistados. Foi entrevistada apenas uma pessoa por domicílio. Compuseram a amostra pessoas entre 18 e 60 anos.

Portanto, esta pesquisa combinou uma abordagem antropológica do objeto, um procedimento etnográfico de pesquisa e consequente material “qualitativo”, com procedimentos estatísticos na definição do universo a ser pesquisado, e análises, tanto estatística (Análise Fatorial de Correspondência) quanto sócio antropológicas, focando em padrões e contexto sobre a tomada de decisão a respeito do aborto. Está fora do escopo do presente artigo discutir todos os aspectos teóricos e metodológicos empregados nesta pesquisa, já apresentados em outras publicações<sup>5-7</sup>, mas é nosso objetivo retomar aqui alguns dados para pensarmos retrospectivamente uma tendência ou configuração do evento aborto. Em sintonia com outros trabalhos mais recentes publicados no Brasil<sup>8-10</sup> que apontam para a necessidade de contextualizar o aborto em um quadro sociológico mais amplo que dê conta do entendimento de situações de vulnerabilidade social que engendram a decisão abortiva.

Apesar de terem se passado 20 anos desta primeira investigação<sup>5</sup>, pelo fato desta pesquisa ter sido de base domiciliar e ter empregado procedimentos aleatórios na identificação dos domicílios, foi possível estimar a magnitude do aborto para aquela população, naquele momento. Evidentemente que falávamos cautelosamente em estimativa, já que o objetivo principal da pesquisa era de cunho antropológico, buscando o entendimento de práticas sociais a respeito do aborto. Esta pesquisa permitiu a coleta de material etnográfico extremamente rico e denso que gerou um banco de dados de grande porte sobre práticas reprodutivas e anticoncepcionais. Parte deste material etnográfico original permanece ainda inexplorado, no entanto, em função do procedimento de armazenamento e organização destes dados, é possível ainda acessá-los. A outra pesquisa mencionada, mais recente, de caráter exploratório, bem como inúmeros outros trabalhos mais atuais, no campo de estudos sobre aborto, de diversos autores, nos autorizam a perceber a atualidade e a importância dos dados de então. Possivelmente mais do que isto, é possível através das evidências empíricas aqui apresentadas, inferir o quanto a dimensão do problema do aborto – tanto no que diz respeito ao número de casos quanto à realidade das práticas abortivas – pouco mudou neste período. Este

olhar retrospectivo nos leva a recolocar questões sobre a invisibilidade crônica do aborto ilegal no país, suas implicações para a saúde da mulher e a urgência de políticas públicas. Ou, dito de outra forma, temos um antigo problema de saúde pública que permanece sem soluções, ainda que nossa sociedade tenha passado por profundas transformações e consolidando um processo democrático nestas duas décadas no Brasil.

Como foi dito, a motivação do presente artigo é corroborar com pesquisas recentes, sobretudo, no caso do Brasil, com a PNA<sup>4</sup>, que indica que ao chegar ao final do período reprodutivo, 20% das mulheres terão realizado pelo menos um aborto. Chamávamos a atenção em trabalhos anteriores<sup>5-7</sup>, que nossa estimativa era um índice de 34% de aborto induzido para a população estudada. Ou seja, 34% da população em idade reprodutiva teria feito um ou mais abortos. Chegou-se a este índice considerando tanto as declarações femininas quanto as masculinas (o que não é um procedimento demográfico usual em se tratando de questões sobre saúde reprodutiva). A questão colocada aos entrevistados referia-se a “ter tido um (ou mais) aborto(s) induzido(s)” em sua história reprodutiva. Ou, no caso de entrevista com homens, buscou-se igualmente esta retrospectiva cumulativa, mas, neste caso, o evento aborto pode ter ocorrido a mais de uma mulher de suas relações. Se considerarmos apenas os depoimentos das mulheres, este índice para a prevalência de aborto seria ainda maior (43% das mulheres em idade reprodutiva já teriam recorrido, pelo menos uma vez, a este procedimento). Optou-se em manter o índice mais conservador e a amostra mais ampla, trabalhando com este número de 34% como uma estimativa. No entanto, considerando declarações masculinas e femininas, é necessário explicitar que apenas 15% declararam explicitamente que já tinham feito um aborto em uma questão fechada, nos outros 19% dos casos ficou claro, a partir de suas narrativas, que pelo menos um aborto havia sido feito (entendido aqui como a interrupção voluntária de uma gravidez) ao longo de suas vidas reprodutivas, embora a pessoa entrevistada não identificasse uma determinada prática abortiva enquanto tal (ou o seu estado como sendo o da gravidez). Nesta pesquisa, “homens” e “mulheres” são universos independentes, não se trabalhou com casais. Para uma discussão mais detalhada sobre as questões metodológicas ver especificamente Leal e Fachel<sup>6</sup>.

A frase que dá título ao presente artigo “Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!” é

uma anotação de meu diário de campo no contexto do trabalho de cunho etnográfico da pesquisa WHO-Body<sup>5</sup>, material a que recorro na presente análise:

***Maria das Dores, minha informante chave na Vila Riacho, era também agente comunitária de saúde – já tínhamos nos encontrado e conversado várias vezes, mas esta vez tinha ficado combinado que iríamos encontrar um grupo de mulheres no salão comunitário (que era também o salão paroquial da vila). As mulheres estariam terminando outras atividades e eu poderia conversar com todo o grupo. Em nossa caminhada de algumas quadras entre o posto de saúde e salão, eu adiantei a Maria que um dos interesses da pesquisa era o aborto, gostaria de conhecer mulheres que me contassem suas experiências e que eu estava também interessada em receitas de chás abortivos. Manifestei minha preocupação que talvez fosse difícil encontrar mulheres que tivessem feito aborto ou que quisessem conversar sobre isto. Ela apenas me olhou com ar intrigado. Ao chegarmos lá, havia cerca de 10 mulheres sentadas em círculo mateando, quatro faziam crochê e duas estavam uma fazendo a manicure da outra. Sentamos junto ao grupo de mulheres. As crianças tinham terminado uma atividade no programa “depois da escola” e brincavam perto. Maria me apresentou como professora da Universidade que fazia “mais uma” pesquisa, e disse que eu queria ouvir sobre aborto e queria receitas de chapueradas, traduzindo o meu pedido de receitas para chás abortivos. E, imediatamente, com um jeito de quem está acostumada a dar ordens, disse: “Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!” Apenas uma mulher muito jovem levantou a mão timidamente. Imediatamente começou uma conversa animada com relatos de abortos, tentativas de abortos, abortos mal sucedidos, peregrinação hospitalares, receitas abortivas, informação sobre como conseguir cytotec sem receita, com receita, conselhos e troca de informação sobre aborteiras. Estas histórias eram intercaladas com histórias de namoros e casamentos que deram certo ou que não deram certo. (Porto Alegre, Vila do Riacho, 12 dezembro 1994).***

O relato acima, que podemos tomar hoje não apenas como um dado etnográfico, mas também como um dado histórico, deu-nos, naquele momento, pela primeira vez, a noção da dimensão da disseminação de práticas abortivas e evidenciou a magnitude do aborto naquela população. Uma população de baixa renda, entretanto, é preciso ser dito, atendida por serviços de saúde exemplares e com acesso a informação e a métodos contraceptivos.

Naquela pesquisa<sup>5</sup>, evidenciada a banalização de práticas abortivas, buscou-se analisar porque as mulheres faziam abortos, sem recorrer à resposta mais ou menos óbvia de que isso se devia a uma falha do método anticoncepcional (ou seu mal-uso ou ainda o não uso de algum método); para tanto, procurou-se entender porque (algumas) mulheres escolhem não usar qualquer método anticoncepcional, e porque há tamanha incidência de uma suposta falha do método. Longe de razões tais como “desconhecimento” ou “ignorância”, o estudo buscou resgatar outros aspectos justificativos para tais “falhas”. O primeiro é o entendimento que esta população tem sobre a reprodução (biológica e social); o segundo, a constatação, através de nossos dados de que a **reprodução** e/ou o **aborto** (o projeto de ter ou não ter um filho ou uma gravidez) é uma parte fundamental da negociação entre o feminino e o masculino, mediando e viabilizando também relações entre famílias e grupos de afinidade. “Estar grávida” (não a possibilidade de engravidar) dá à mulher poder de barganha sobre o homem, no sentido de engajá-lo em uma união matrimonial. Uma gravidez e/ou uma criança nova no lar é um elemento chave em uma rede extensa e densa de relações sociais. Neste sentido, a compreensão do contexto social é fundamental para o entendimento de como a negociação entre homens e mulheres se dá com respeito à reprodução e, principalmente, ao evento do **aborto**, pois há certo padrão estrutural de arranjos familiares e de relações sociais que preexistem a qualquer evento particular.

Aprendemos que varias práticas abortivas não são consideradas como tal. É o caso do uso de chás abortivos tradicionais (“chapoeiradas”), os chás mais citados são os de arnica, losna, canela, quebra-pedra, cravo ou infusões “fortes” feitas pela concentração das ervas em cachaça. Na grande maioria dos casos, “para funcionar mesmo”, como dizem as informantes, estes chás ou infusões são combinados com o medicamento misoprostol (prostaglandina), comercializado como “cytotec”, mas como disse um entrevistado, referindo-se à sua namorada: “Não, ela nunca fez aborto, só tomou aqueles chás com os comprimidos”.

Outros procedimentos abortivos, como lavagens com “gotas” (de diferentes químicos), ou o uso do **cytotec** vaginalmente, ou ainda a auto introdução vaginal de objetos, não foram também necessariamente identificados como sendo um **aborto** (ou “tirar a criança”, para usar o termo local), mas sim como procedimentos para



“fazer baixar as regras”. O uso de “gotas” aplicadas vaginalmente através de uma seringa foi também relatado, mas apenas por mulheres mais velhas ou como “casos” que sucederam a outras mulheres, remetendo a um tempo antes do advento dos “comprimidos”. As “gotas”, até onde foi possível averiguar, eram de Q-Boa (hipoclorito de sódio). Recolheu-se um volume enorme de receitas de chás abortivos e informações sobre o uso de *cytotec* que corroboravam com os trabalhos pioneiros de Barbosa e Arilha<sup>11-14</sup>.

De um lado, a dificuldade do dado sobre aborto reside na questão da própria entrevistada (ou entrevistado) identificar o procedimento como abortivo ou não. De outro, é na ambivalência exposta pelo material etnográfico que temos a riqueza da própria definição de aborto e as nuances de seus significados. Evidentemente, não queremos negar a realidade e a regularidade biológica dos processos de concepção e gravidez, mas apenas destacar que tanto estes como o próprio aborto são vivenciados e interpretados de forma múltipla e variada, o que nos autoriza a identificar analiticamente modalidades de aborto e a introduzir distinções entre a gravidez como um estado natural e a gravidez como um estado social.

### Negociando os significados de aborto

A negociação entre o feminino e o masculino, a definição de papéis sociais, é mediada fundamentalmente pelo projeto de ter um filho ou de estar grávida. O reconhecimento mesmo do fato de que se “está grávida” depende de uma intensa negociação entre o casal e a família extensa. É somente *após* a concepção que a gravidez pode vir a ser reconhecida (ou não) enquanto tal. A gravidez, se reconhecida, pode funcionar como uma estratégia de aliança, especialmente feminina. Fica claro o poder que a mulher (ou a família da mulher) passa a ter sobre o homem com o evento gravidez, no sentido de pressionar o homem a juntar-se a ela, quer em uma nova união (consensual ou oficial) ou na reestruturação de uma união já existente. A gravidez, quando reconhecida, estabelece, por sua vez, outra intensa negociação sobre quem irá *assumir* o projeto de ter uma gravidez ou ter um filho. Uma gravidez não reconhecida como tal abre a possibilidade de um aborto, mas este agora empreendido como um método anticoncepcional, algo que pode ser empregado após a negociação. O aborto auto induzido (através de procedimentos orais combinados com o uso da medicação *cytotec*), como foi mencionado, na grande maioria dos casos

não é identificado como um “aborto”, mas sim como um procedimento “para baixar as regras”, isto é, como parte da rotina contraceptiva.

A gravidez é também pensada como um *risco*, como algo que pode ou não ocorrer, algo incluído no universo dos eventos aleatórios. Com relação à ideia de risco, não é uma mera coincidência que o termo usado para *engravidar*, a saber, *pegar filho*, seja o mesmo que *pegar uma doença* ou ser vítima de uma *aflição*. Como foi já extensivamente discutido em outros trabalhos, a fertilização é percebida como uma forma de contágio onde os fluidos corporais entram em contato uns com os outros. A inclusão do aborto induzido entre as alternativas anticoncepcionais deve ser compreendida a partir desta lógica do *evento aleatório*, uma espécie de escolha racional “nativa” ou êmica, para usar o jargão antropológico. Parece clara aqui uma avaliação de custo-benefício: se todos os métodos têm algum problema (e *muitos* problemas quando são mal usados), por que não correr o risco, ao invés de tomar uma medicação para evitar uma gravidez hipotética? Afinal, por que não tomar o “remédio” *se* ocorrer a gravidez, e somente depois que forem consideradas, é claro, todas as implicações de sua possibilidade: o estabelecimento de uma união, a estabilização de um casamento, uma ajuda extra das famílias, a perspectiva de ajuda futura, a perspectiva de mobilização de alianças e de recursos econômicos e simbólicos em um projeto individual de ascensão social.

Os dados sobre concepção e a contracepção em sua forma limite – aborto – são, sem dúvida, um material privilegiado para se pensar a própria noção de pessoa que está sendo acionada por este grupo: concebe-se uma *pessoa* ou concebe-se uma entidade *biológica*? Este ponto é desenvolvido em outros trabalhos, em colaboração com Lewgoy<sup>7</sup>.

Em nossos dados, as opiniões acerca do aborto são muito menos conservadoras do que parecem ser à primeira vista, isto é, quando somente consideramos a resposta à pergunta objetiva “você é a favor ou contra a legalização do aborto?”. Os comentários dos informantes sobre o assunto sempre apresentam argumentos relativizadores sobre as condições, ou situações, nas quais o aborto é aceitável ou, até mesmo, nas quais deve ser feito. Analisando-se tais sutilezas discursivas, temos que 61% do total dos casos acreditam que o aborto é aceitável *em determinadas circunstâncias*. Entre estes argumentos relativizadores estão a “falta de condições para criar a criança” ou a falta de “alguém que vá assumir a

criança” em meio à rede ampliada de família, vizinhos e amigos.

Assim, um mesmo informante pode, num plano normativo e discursivo, declarar-se fortemente contrário ao aborto, enquanto que, no que tange à sua lógica prática, o aborto permanecerá como uma possibilidade, a ser realizado em circunstâncias percebidas como fortemente adversas, como no caso de frustração de expectativas de consolidação de um projeto de formação de um novo núcleo familiar, legitimado pela presença de um filho. Parece-nos que a declaração “sou contra o aborto” é um espécie de postulado público, parte de um repertório de crenças, ideias e princípios implicitamente tomados como naturais, que ultrapassa as vivências do grupo.

Ressaltam-se dois níveis de fenômenos: o nível da regra institucionalizada que mobiliza uma preferência valorativa e o nível das práticas cotidianas. O primeiro é um corpo mais ou menos organizado de preceitos e valores consolidados como uma tradição e tomados como inquestionáveis; o segundo, o nível das práticas, das estratégias, arranjos sociais e outras significações da ordem do vivido, é a “vida como ela é”. O que nossos dados indicam é um imperativo moral, que funciona como um valor, enunciando que se deve assumir o filho (“fez, tem que assumir”) e uma recusa, no plano do discurso e da opinião, da possibilidade do aborto. Neste contexto, a legitimidade social de um sujeito é dada pela capacidade de desempenhar os papéis de pai e mãe, expandidos para além da consanguinidade, envolvendo, além disto, situações instauradoras de identidades sociais.

Como foi apontado em outro trabalho<sup>7</sup>, nesta dinâmica de níveis, um representado na ordem da regra, constando de princípios e valores, e outro consistindo na ordem das estratégias, práticas ou arranjos sociais, enquanto a gravidez não foi *assumida*, isto é, reconhecida, esta se apresenta como algo aberto, dependente de um equilíbrio plural de condições, tais como o pai da criança *assumir*; a família ascendente materna da mulher assumir, ter uma unidade doméstica estabelecida, “ter família”, ter condições materiais, etc. *Assumir* tem um caráter valorativo, é um valor que implica em um *dever*; mas a situação em que o aborto é tolerado está relacionada à avaliação estratégica da carência de determinadas condições fundamentais que especificam o termo *assumir*, como “casa”, “família”, “pobreza”, “pai que não assume”.

Como recurso metodológico, nesta pesquisa<sup>5</sup> as entrevistas em profundidade com um(a)

mesmo(a) informante foram desenvolvidas em mais de um encontro. Assim, buscava-se construir uma intimidade com o(a) entrevistado(a) e isto permitia uma reflexividade sobre o relato de aborto ou de sua opinião a respeito do aborto. Em geral, em um segundo momento na dinâmica de entrevista, eram relatadas inúmeras contingências que interferem nas práticas cotidianas, é quando prevalecem as estratégias de contracepção, caso a concretização do projeto de ter um filho não encontre respaldo nas condições que o tornariam legítimo. Neste sentido, as estratégias são *ad hoc*, refletindo-se no desenrolar da situação de entrevista: inicialmente, como mencionado, ao responderem a questão genérica sobre o aborto, a maioria dos(as) informantes manifestou posição moral contrária, no entanto, em vários outros momentos da entrevista ou de observação etnográfica, a recorrência desta prática acabou sendo relatada, quer como experiência própria, quer enquanto informação acerca de pessoas próximas à rede de relações sociais do entrevistado(a), ou na demonstração de conhecimento detalhado de recursos abortivos disponíveis em seu meio.

A partir de nossos dados, foi possível elaborar uma tipologia de estratégias que acionariam as práticas abortivas para melhor entendermos esta disparidade entre o pensado e o vivido nas práticas contraceptivas dos informantes. Conforme anteriormente pontuamos, existe a regra, a premissa moral indicando a proibição do aborto, mas esta é na prática relativizada por situações concretas que tornariam o aborto *tolerável*. Analiticamente, três categorias de abortos foram identificadas: abortos *toleráveis*, abortos *condenáveis* e abortos *recomendáveis*. Do ponto de vista do grupo, avaliadas as situações, o que está em jogo e o que está socialmente sendo julgado não é a “morte do embrião”, ou noções equivalentes a esta, mas sim se a mãe deve ou não assumir sua gravidez. Isto é, a ênfase em termos de objeto da condenação, quando ela existe, é se a mãe “não assumiu”, e não o ato abortivo em si.

O *assumir* se desdobra em várias possibilidades, implicando numa rede densa de direitos, obrigações, interesses e sociabilidades, por parte dos sujeitos sociais envolvidos no nascimento de um novo membro da família. O “*não assumir*”, quando referido à mãe, pode ser tomado como sinônimo de aborto (ou de entregar a criança já nascida para outros criarem), sendo uma resultante de vários outros desdobramentos e ponderações: “o namorado não assumiu”, a família materna não assumiu, “ninguém assumiu que

queria pra criar”, “não tinha condições”, foi resultado de estupro, implicou em risco de vida para a mãe.

Avaliando os diversos níveis de legitimidade das práticas abortivas, algumas distinções devem ser estabelecidas. Em primeiro lugar, os abortos praticados em momentos liminares, em que a condição pública de “grávida” não foi estabelecida — às vezes nem sequer para a informante em questão —, efetuada via ingestão de *chapoeiradas* para “descer a menstruação” (ou seja, uma interrupção “natural”, “não-cirúrgica” do processo), podem ser pensados como diferencialmente legítimos face àqueles praticados com sonda e, sobretudo, se este for auto-infligido e não envolver a figura de um “especialista” (de uma parteira/aborteira). Estes últimos são condenáveis, talvez porque implicitamente reconheçam a situação de gravidez da mulher. Enquanto que os primeiros lidam, como já indicamos, com uma *desordem*, uma alteração ambígua e indefinida no corpo da mulher (que pode ser lida como uma menstruação que não desce), já no segundo caso, pelo caráter mutilador da intervenção com sonda, pela intervenção de outra pessoa (sobretudo fora do núcleo familiar), e por seu *procedimento vaginal* em oposição ao *procedimento oral* dos chás, a conotação de gravidez do estado corporal em questão torna-se clara. Ou seja, este estado do corpo é inequivocamente lido, não como uma ambígua *desordem*, mas como uma saliente *trans-formação da ordem*. “Estar grávida” ou “assumir um filho” é sempre um processo de negociação social da realidade da mulher, onde as situações de aliança e de manutenção financeira e moral do projeto reprodutivo (biológico e social) tornam-se condições prévias e estratégias de reconhecimento social de um estado definido e definidor de gravidez. Nesse sentido, o chá não é visto preferencialmente como algo que “aborta um feto”, mas antes como um expediente para regularizar o fluxo menstrual, corrigindo uma desordem que não foi lida, ou estrategicamente reconhecida, como uma gravidez.

Em termos de uma escala valorativa, o aborto torna-se mais grave quando praticado por mulheres que já têm filhos: “quem cria um, cria outro” é uma alegação recorrente. Ou seja, se houve condições de “criar” um filho, não haveria impedimento social e pessoal de gerar e criar outro. Em tal caso, já foram dadas provas da legitimidade e consecução do projeto, assim como de um efetivo exercício da maternidade, o que agravaria o aborto neste momento do ciclo de desenvolvimento do grupo doméstico e de reali-

zação de um projeto familiar. Há um reconhecimento de uma maior responsabilização do ato da concepção ou do controle sobre a reprodução para as mulheres que já passaram pelo aprendizado da maternidade. O fato de já ter um filho indica um estado irreversível de identidade da mulher, com fortes conotações morais, o que agravaria um aborto.

A interrupção do ciclo menstrual em uma mulher será possivelmente lida como “*gravidez*” se uma série de condições morais e materiais respaldarem a decisão do *assumir*, tornando esta gravidez biológica uma gravidez social, pública. Logo, este é um *período liminar*, ambíguo, em que a decisão de tomar chás “para descer a menstruação” acompanha uma avaliação estratégica da provável ilegitimidade social da gravidez, impossibilitando a viabilização deste projeto. Não basta estarem biologicamente grávidas para as mulheres entrevistadas reconhecerem-se como *grávidas*, ainda que isto seja inevitável num momento posterior. Analiticamente, pode-se dividir a identificação da gravidez em *indicadores naturais* sinais de alteração corporais, que fornecem uma suspeita de gravidez, como a interrupção do fluxo menstrual, e em *indicadores sociais*, como a situação da informante em termos de identidade social; se está ou não casada; se o filho poderia vir a fazer parte de uma estratégia matrimonial; se o parceiro vai assumir; se a família da mulher iria efetivamente apoiá-la, mesmo no caso do parceiro não assumir; se a informante já tem filhos; se vão ter condições – financeiras, familiares, morais – de criar a criança.

Em outras palavras, o reconhecimento de que há uma “pessoa” no processo gestacional depende da avaliação de possibilidades de viabilização de um projeto individual que se desenrola nos âmbitos da família e da casa. Só há pessoa desde que os outros a reconheçam enquanto tal; a criminalização do aborto não dependeria de um fundamento biológico, mas das expectativas coletivas e dos acordos traçados em torno da gravidez. O feto, nesta linha de pensamento, poderia ser protegido em nome dos projetos e expectativas do grupo, mas nunca respeitado porque possui o estatuto de ser de razão, isto é, enquanto uma *pessoa*, na acepção jurídica do termo. Para o desenvolvimento desta discussão ver Leal e Lewgoy<sup>7</sup>.

Como mencionado, os chás para *descer* a menstruação, ainda que combinados com elementos químicos abortivos, como o *cytotec*, não são imediatamente identificados como abortivos, enquanto não houver o necessário reconhecimento social da gravidez: neste caso, não terá havido uma



*concepção*, mas apenas uma *desordem*. Não é um filho, mas antes um projeto, que é abortado ou interrompido. Sem reconhecimento social da gestação, não há embrião, nem feto, e nem ao menos gravidez. Havendo um reconhecimento da gravidez, então ali está uma *pessoa* desde que é gerada, “uma criança que não tem culpa”. O reconhecimento de uma pessoa depende, portanto, do reconhecimento de uma gravidez, que por sua vez depende de negociações e avaliações estratégicas.

Não se pode deixar de mencionar que uma valorização cultural (positiva ou negativa) do evento gravidez é percebida, sendo de tal ordem que nos permite levantar a hipótese de que para nossas classes populares urbanas, encompassadas com a modernidade, há muito que a “virginidade” deixou de ser um valor (inclusive no mercado matrimonial), e a gravidez passa a ocupar este espaço como indicador concreto de compromisso afetivo. Trata-se, possivelmente, de um fenômeno mais global: em geral, todos os dados, no Brasil ou em países desenvolvidos, apontam para o aumento da gravidez na adolescência.

### Conclusão

Tanto na perspectiva masculina quanto feminina no grupo estudado, a gravidez, ou a sua possibilidade, é elemento fundamental no contexto cultural mais amplo deste grupo e de seu modo de organização familiar. Isto torna também, como foi indicado, o seu inverso (a interrupção da gravidez) uma possibilidade igualmente legítima, ou melhor, diferencialmente legítima, segundo a circunstância e a avaliação estratégica das contingências empíricas e vivência de uma situação social.

O argumento central de nossa análise é que práticas abortivas estão plenamente dissemina-

das, mais uma vez recorrendo ao jargão antropológico, junto a *grupos populares*, praticas estas enraizadas e legitimadas, parte de uma *cultura* ou de um sistema de significados mais amplo onde as noções de gênero, corpos, reprodução são fundamentais. Neste contexto, o aborto – a interrupção do processo de concepção – é sempre o resultado de uma discussão social, estabelecida em termos de uma negociação de gênero entre o masculino e o feminino. A negociação envolve a noção de “assumir”, uma noção necessariamente correlata à noção de concepção. Dito de outro modo, o contexto social ampliado – que envolve ou pode envolver a reprodução biológica – é um fator determinante no modo com que se reconhece inicialmente a existência de uma gravidez ou não. Este fator é o mais importante porque ele se sobrepõe até mesmo à leitura dos diferentes sinais espalhados pelo corpo da mulher no momento em que se define se a mulher está ou não grávida. Em um universo em que a maternidade é tão valorizada, a gravidez se apresenta como um momento crucial do ponto de vista sociológico. A qual – quando reconhecida enquanto tal – envolve a produção social de pelo menos duas pessoas, “a criança” e “a mãe”, o que tem consequências intensas com relação à reprodução social.

O presente trabalho aponta para uma fluidez de significados a respeito da interrupção da gravidez, o que é sempre resultado de uma ampla negociação social. Este dado etnográfico, juntamente com questões relativas à ilegalidade do aborto, permite levantar hipóteses sobre eventual subestimativa de taxa de aborto no caso brasileiro. O artigo busca também, através de um olhar em retrospectiva, recolocar questões sobre a invisibilidade crônica do aborto ilegal e as implicações disto para a saúde da mulher e a urgência de políticas públicas neste sentido.

## Agradecimentos

O estudo original teve financiamento da Organização Mundial de Saúde (OMS); a pesquisa subsequente teve financiamento da Fundação Ford. Bernardo Lewgoy (UFRGS) é coautor de outro artigo onde alguns dos argumentos aqui discutidos estão presentes. Ceres Victora (UFRGS), Daniela R. Knauth (UFRGS), Jandyra Guimarães Fachel (UFRGS) entre muitos outros, participaram da pesquisa original e este trabalho se beneficiou de várias discussões e análises conjuntas.

## Referências

1. World Health Organization (WHO). *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*. Geneva: WHO; 2011.
2. Sedgh G, Singh S, Shah I, Åhman E, Henshaw S, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet* 2012; 379(9816): 625-632.
3. Shah I, Åhman E. Age patterns of unsafe abortion in developing country regions. *Reproductive Health Matters* 2004; 12(Suppl. 24):9-17.
4. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Cien Saude Colet* 2010; 15(1):959-966.
5. Leal OF, Fachel JG. *Body, Sexuality and Reproduction: A Study of Social Representations (WHO-Body) Final Report*. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, World Health Organization, 1995. (Relatório final da pesquisa, não publicado).
6. Fachel JG, Leal OF, Guimarães M O Corpo como Dado. Material Etnográfico e Aplicação de Análise Fatorial de Correspondência. In: Leal OF, organizadora. *Corpo e Significado: Ensaios de Antropologia Social*. Porto Alegre: Editora da Universidade UFRGS; 1995. p.37-49.
7. Leal OF, Lewgoy B Aborto: Uma Reflexão Antropológica. *Revista de Filosofia Política, Nova Série* 1998; 2:173-195.
8. Faúndes A, Barzelatto J. *O drama do aborto*: em busca de um consenso. Campinas: Editora Kome-di; 2004.
9. Peres SO, Heilborn ML. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. *Cad Saude Publica* 2006; 22(7):1411-1420.
10. Pilecco FB, Knauth DR, Vigo AA. Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. *Cad Saude Publica* 2011; 27(3):427-439.
11. Barbosa RM, Arilha M. Brazil - Is Cytotec an answer? *Planned Parenthood Challenges* 1993; 1(1):20-22.
12. Barbosa RM, Arilha M. Cytotec in Brazil: At least it doesn't kill. *Reproductive Health Matters* 1993; 1(2): 41-52.
13. Barbosa RM, Arilha M. A Experiência Brasileira com o Cytotec. *Revista Estudos Feministas* 1993; 1(2): 408-417.
14. Barbosa RM, Arilha M. The Brazilian Experience with Cytotec. *Studies in Family* 1993; 24(4):236-240.

Artigo apresentado em 01/03/2012

Aprovado em 04/03/2012

Versão final apresentada em 10/03/2012