

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n. 28 - abr. / abr. / abr. 2018 - pp.136-158 / Guimarães, S. et al. / www.sexualidadsaludysociedad.org

O aborto e uma história de vida: Cuidar de si, filhos e parceiros em circulação

Sílvia Guimarães

Universidade de Brasília
Brasília, Brasil

> silviag@unb.br

Deusy Vieira Almeida

Universidade de Brasília
Brasília, Brasil

> de.elly@hotmail.com

Rosamaria Carneiro

Universidade de Brasília
Brasília, Brasil

> rosagiatti@yahoo.com.br

Copyright © 2018 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Resumo: Este artigo pretende discutir, a partir de um relato biográfico, a prática de aborto em contexto popular enquanto estratégia de cuidar de si. Para tanto, analisa a história de vida de Helena, uma mulher de camada popular, marcada pela violência de gênero e a desigualdade social. Trata das leituras e das práticas de eventos da vida sexual e reprodutiva como “regra”, “fazer descer”, “abortar”, “ter filhos” e “ter companheiro”, com o intuito de compreender o manejo empreendido entre códigos hegemônicos, usos cotidianos e modos de sobrevivência da solidão e da violência.

Palavras-chave: biografia; aborto; mulher; vida sexual e reprodutiva

Abortion and a life story: Taking care of yourself, children and partners in circulation

Abstract: This article discusses the practice of abortion in a popular context as a strategy of caring for oneself, by analyzing the life story of Helena, a working class woman whose trajectory is marked by gender violence and social inequality. It deals with the understanding and practices of sexual and reproductive life events, such as “menses”, “provoking menstruation”, “abortion”, “having children” and “having a partner”, in order to understand the management undertaken at the intersection of hegemonic codes, daily practices, and modes of surviving solitude and violence.

Key words: biography; abortion; woman; sexual and reproductive life

El aborto y una historia de vida: cuidarse de sí, hijos y parejas en circulación

Resumen: Este artículo pretende discutir, a partir de una biografía, la práctica del aborto en un contexto popular como uno de los modos de una cuidarse a sí misma. Por eso, analiza la historia de vida de Helena, una mujer de estrato popular, marcada por la violencia de género y por la desigualdad social. Por eso, son abordadas las interpretaciones de eventos de la vida sexual y reproductiva como la “regla”, “hacer bajar la menstruación”, “abortar”, “tener hijos” y “estar en pareja”, para comprender el manejo de códigos sociales hegemónicos, sus usos cotidianos y modos de sobrevivencia a la soledad y a la violencia.

Palabras clave: biografía; aborto; mujeres; vida sexual y reproductiva

O aborto e uma história de vida:

Cuidar de si, filhos e parceiros em circulação

Introdução: o aborto e a desigualdade de gênero, social e em saúde

Este artigo pretende discutir a história de vida de uma mulher que utilizou a prática abortiva como uma estratégia de cuidado de si em um contexto de violência que lhe retirava a autonomia sobre o próprio corpo, que estava sob o domínio masculino e em meio à ausência de políticas públicas. Está baseado na narrativa de Helena, uma mulher, à época, de 26 anos, que vivia sob violência doméstica. Nesse sentido, apresenta os eventos que, em sua leitura, foram marcantes e, assim, acionados por uma memória seletiva. Discute, então, a experiência singular de uma determinada mulher e sobre os processos e as circunstâncias que a levaram a fazer o aborto.

Estudos (Diniz & Medeiros, 2010; Anjos et al., 2013; Motta, 2008; Leal, 2012) apontam para o fato de o aborto ser um problema de saúde pública, ignorado pelo multifacetado Estado brasileiro, que ao que parece não se preocupa em lidar com um evento tão expressivo e com grandes repercussões para a saúde da mulher. O artigo de Diniz e Medeiros (2010) referente aos resultados alcançados na “Pesquisa Nacional sobre o Aborto” revelou que, ao longo da vida reprodutiva, uma em cada cinco mulheres já fez um aborto. Este mesmo estudo apresenta ainda que a internação pós-aborto ocorreu na metade dos casos, razões pelas quais, dentre tantas outras, trata-se efetivamente de uma questão significativa para a saúde pública.

Segundo Anjos et al. (2013), no Brasil foram implementadas e reeditadas políticas públicas que tratam da saúde reprodutiva e sexual da mulher, tais como a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher, de 2004, e o protocolo Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada, de 2001, que sinalizam mudanças significativas para esse segmento. Em que pese o avanço de tais propostas, sabe-se, entretanto, que a depender dos marcadores sociais da diferença, como cor da pele, etnia, ocupação, local de moradia e classe social em jogo, grupos de mulheres não acessam tais políticas e serviços de saúde (Leandro, 2010). Desse modo, uma mulher de camada popular, negra ou parda e empregada doméstica terá maior dificuldade em acessar os serviços e as tecnologias de saúde quando necessitar de cuidados (Brah, 2002; Creshaw, 2006), realidade esta experimentada vividamente por Helena.

De acordo com Anjos et al. (2013), abortar em condições socialmente desfavoráveis, especialmente para mulheres de camada popular, negras ou pardas e com baixo grau de escolaridade, é uma violação dos direitos humanos, dado o desamparo público experimentado por elas diante da ausência de informação, de o aborto ser realizado de maneira insegura e na ilegalidade, dos péssimos condicionantes sociais da saúde desse grupo e da consequente e elevada morbimortalidade da mulher (Anjos et al., 2013: 505).

No Brasil, a violência é uma realidade para as mulheres, sobretudo a violência de gênero, isto é, agressões dirigidas às mulheres pelo simples fato de serem mulheres (Schraiber & D'Oliveira, 1999). Segundo Gomes (2003), vários estudos apontam que, ao longo do ciclo de vida da mulher, da infância à velhice, há mecanismos sutis de controle e construção dos corpos e vidas femininas, além da violência explícita, como a agressão física, verbal, patrimonial e emocional. De acordo com este autor, tais mecanismos e os demais atos de violência social pretendem, em última instância, manter a hierarquia de gênero e o controle do masculino. Nesse sentido, o aborto é pensado por Heilborn et al. (2012) como um “fato social”, que como tal faria gravitar ao redor de si muitas dimensões da vida humana, bem além, portanto, de uma experiência fisiológica.

Assim, o cenário de uma interrupção voluntária da gravidez envolve as modalidades das relações entre gêneros e gerações, o modo como as relações familiares se organizam, o acesso às políticas públicas, o pertencimento de raça/cor, medicamentos e serviços de saúde compatíveis com as necessidades dos usuários, na conexão/desconexão entre sexualidade e reprodução, entre direitos sexuais e direitos reprodutivos, no confronto entre normas/legitimidade e práticas oficiosas, entre o público e o privado, entre religião e política, dentre outros (Boltanski, 2004 apud Heilborn, 2012: 226).

Helena, como qualquer outra mulher brasileira, está imersa nessa ordem simbólica de dominação masculina, da sua infância à vida adulta, ainda que, em muitos momentos, como se poderá notar, tenha subvertido algumas hierarquias e práticas consolidadas.

Contornos metodológicos

Este trabalho foi feito por meio de entrevistas intensas com Helena¹ em janei-

¹ Helena é o nome fictício dado à pessoa que participou deste trabalho.

ro, fevereiro e março de 2015. Sua história foi relatada enquanto a pesquisadora digitava em um computador. O texto foi lido e relido juntamente com Helena, que fez as correções. Foi uma experiência de pesquisa que contou com a participação de Helena na produção de sua narrativa. As análises e as inclusões de argumentos teóricos aconteceram *a posteriori*. Nesse sentido, este artigo não conta com transcrições de falas de Helena, mas com um texto escrito a partir de sua narrativa e do qual ela participou na produção.

O relato de sua história de vida teve como fio condutor o aborto vivido quando jovem. Entre idas e vindas, enquanto evento central, o abortamento concatenou o passado, o presente e o futuro, funcionando como pontos dados às linhas tecidas por suas palavras e à sua saúde sexual e reprodutiva. Dessa maneira, como acontecimento central, o aborto explicava e significava situações de violência de gênero e sociais, mas também estratégias de sobrevivência, como pensado por Pereira inspirado na obra de Venna Das e sua etnografia do ordinário: “Os processos de tradução e rotação funcionam para atualizar certas regiões do passado e criam um sentido de continuidade entre os acontecimentos, conectando-os entre si” (Pereira, 2010: 362). Portanto, usou-se o método biográfico, que problematiza a relação entre o indivíduo e o contexto social e histórico em que está inserido, nos rastros das ponderações de Goldenberg (2011), que afirma ser cada vida singular e, ao mesmo tempo, a expressão da história social. Nesse sentido, a história de vida é representativa de seu tempo, seu lugar e seu grupo social e, desta forma, tem a potencialidade de apresentar os condicionantes dos contextos estruturais e, assim, dizer-nos do social e de seus contextos, ideologias e dilemas.

A utilização do método biográfico em ciências sociais vem, necessariamente, acompanhada de uma discussão mais ampla sobre a questão da singularidade de um indivíduo *versus* o contexto social e histórico em que está inserido. [...] Portanto, cada indivíduo é uma síntese individualizada e ativa de uma sociedade, uma reapropriação singular do universo social e histórico que o envolve (Goldenberg, 2011: 36).

Dessa maneira, este trabalho não pretende apresentar dados representativos ou quantitativos sobre mulheres que abortam no Brasil, mas, por meio de um relato biográfico, reconstruir as interpretações que Helena faz de sua própria experiência, de seu percurso e de suas estratégias de sobrevivência, privilegiando a miudeza e as conformações entre agência e estrutura presentes em sua história. Quanto à escolha da abordagem metodológica, vale aqui ressaltar que os estudos de Rostagnol (2012) no Uruguai, os de Petracci et al. (2012) em Buenos Aires e de Heilborn et al. (2012) no Brasil recorreram à mesma estratégia, trabalhando com trajetórias de vida, aqui tomadas como biografias. Talvez seja uma particularidade

do tema dessas pesquisas, ainda que se saiba das dificuldades de se fazer pesquisa sobre os processos de abortamento por conta da carga moral e jurídica que envolve o campo. Para os pesquisadores argentinos, interessante seria pensar com Bourdieu, para quem “una trajetória social debe ser comprendida como una manera singular de recorrer el espacio social, donde se expresan las disposiciones del *habitus*” (Bourdieu apud Petracci, 2012: 384).

De acordo com Goldenberg (2011), o método biográfico permite compreender aspectos subjetivos de processos institucionais, como as pessoas concretas experimentam esses processos e externalizam a época histórica em que vivem. Nos termos de Heilborn et al. (2012), a perspectiva biográfica revelou-se potente ao vincular o abortamento ao curso das experiências sexuais, contraceptivas e reprodutivas, somando-se aqui aos contextos de violência de gênero e de classe, de racismo, religião e política.

Helena é uma mulher de camada popular, nesse sentido, ela não está inserida em um contexto marcado por privilégios, mas de desigualdade social, onde vive a presença efetiva de ausência de direitos e não tem recursos financeiros para superar essa ausência. É uma mulher parda, vítima de sofrimento social que provém de uma agenda de Estado, nos termos de Kleinman, Veena Das e Lock (1996), criadora de intervenções que ampliam o sofrimento ou da ausência dessas. Ou, ainda, segundo estes autores, tal sofrimento social reside em processos rotineiros de opressão ordinária que arruina conexões coletivas e intersubjetivas de experiências. Assim, a autodefinição que faz de ser uma mulher parda e de camada popular significa entendê-la entre forças sociais que causam prejuízos à experiência humana. Tais categorias marcam o pertencimento social e definem o racismo e a violência. De acordo com Kleinman, Veena Das e Lock (1996), o sofrimento social resulta daquilo que o poder político, econômico e institucional faz com as pessoas e, reciprocamente, de como essas formas de poder influenciam respostas a problemas sociais.

Para Heilborn et al. (2012), a categoria de gênero é central em tal estudo sobre abortamento, tendo em vista a maneira como homens e mulheres se posicionam nos processos decisórios. As autoras trazem também a perspectiva geracional e de classe, assim como os estudos de Rostagnol (2012) e Petracci et al. (2012). A discussão de gênero se faz importante para este artigo tendo em vista a violência que marca a vida de Helena. No entanto, para o contexto de Helena, é necessário ampliar esses marcadores e incluir as condições de raça/cor da pele e ocupação que assinalam definitivamente as condições de violência às quais foi submetida ao longo de sua vida e de criação de processos de resistência.

Trilhando e compreendendo a vida de Helena

A infância, o trabalho e a família

Helena nasceu em dezembro de 1969, em Filadélfia, município localizado no estado de Tocantins, antigamente parte do estado de Goiás. Seu pai era do Maranhão e sua mãe, do Tocantins. Veio ao mundo sendo “segurada” por uma parteira, o que aconteceu na fazenda onde seu pai trabalhava como lavrador. Morou nessa fazenda até os 9 anos. Era a segunda irmã mais velha de quatro irmãos nascidos na ilha do Bananal, estado do Tocantins, para onde foi aos 3 anos e saiu aos 9. Um de seus irmãos morreu na primeira infância. Viviam em uma fazenda localizada nas margens do rio. Na outra margem era possível ver vários indígenas ocupando seu território tradicional. Enquanto seu pai trabalhava como lavrador, Helena ficava com sua mãe em casa, ajudando-a na lida doméstica e sendo inserida no universo feminino do trabalho. Quando adoeciam, sua mãe realizava os cuidados por meio de ervas e rezas. E quando, eventualmente, precisavam buscar por atendimento médico, iam de barco à cidade mais próxima, Formoso do Araguaia. Na época das chuvas, fretavam um avião para outra cidade da região, Gurupi, usando o dinheiro “feito” através da venda de bois.

Aos 9 anos mudou-se para Figueirópolis, em Tocantins, onde o pai passou a ser carpinteiro. Teve mais três irmãos. Era a segunda de nove filhos vivos e teve que ir “cuidar do filho dos outros” ainda aos 9 anos, pois o pai não conseguia sustentar toda a família e sua mãe sempre foi dona de casa. Começou a estudar, também nessa idade, na escola pública de Figueirópolis. O colégio era perto de sua casa e estudava por meio período. Havia somente uma professora, que dava aula em uma sala bem pequena com cadeirinhas, cada fileira de cadeiras sendo uma série. Sua mãe ia à escola somente para ver suas notas. Estudava de manhã e trabalhava à tarde na casa de uma família. Aos 12 anos começou a estudar à noite para trabalhar durante todo o dia. Um pouco do dinheiro que recebia dava para a mãe e com o restante comprava material escolar e “sandália para usar”.

Viu os partos de sua mãe acontecerem em casa com a ajuda de outras mulheres, amigas e vizinhas. Quando adoeciam, os cuidados continuavam a ser feitos com ervas e rezas. Se houvesse a necessidade de buscar atendimento médico, consultavam em um hospital particular da região, que era uma casinha pequena onde trabalhava somente um médico.

A fuga para Brasília

Morou em Figueirópolis até os 15 anos e depois fugiu de casa e foi para Brasília. A fuga se deu porque seu pai era “muito ignorante” e batia nos filhos amarrados. A irmã de uma amiga que morava em Brasília, no Distrito Federal,

chamou-a para ir morar com ela. As duas tinham planos de “trabalhar em casa de família”. Quando decidiu fugir de casa, trabalhava na casa do delegado da cidade, que lhe deu a metade da passagem, o restante sendo completado por uma amiga. Helena fugiu à noite, sem documento, carregando somente uma muda de roupa dentro de uma sacola.

Vê-se, portanto, que a primeira etapa da vida de Helena emerge de suas lembranças marcada pela violência paterna e por uma lógica de trabalho infantil forçado que a fizeram reproduzir a submissão de gênero e os cuidados com a casa. Quando fugiu para Brasília, pretendia buscar autonomia para sua vida. Volta a “vender” a sua mão de obra e a buscar a liberdade do controle familiar sobre sua vida, o que poderia ser pensado como uma estratégia para cuidar de si.

Ao chegar em Brasília, foi morar na casa da irmã da amiga, em Taguatinga, cidade localizada na periferia, em seguida indo “trabalhar em casa de família”, em um bairro nobre de Brasília, no Lago Sul. Helena morava então com a família durante a semana e nos finais de semana ia para a casa da amiga. Ficou aproximadamente dois anos sem contato com sua família de origem. Depois desse período, passou a telefonar para a mãe.

Enquanto trabalhou na casa da família brasiliense como doméstica, ficou sem estudar, pois estava sem documentos, o que nos sugere também a ilegalidade e a fragilidade de suas condições de trabalho. Voltou a estudar somente depois de quatro anos instalada na capital, por conta de sua mãe ter lhe enviado os seus documentos pessoais.

Vida sexual e reprodutiva e os significados de: “regra”, “fazer descer” e “abortar”

Helena iniciou o ciclo menstrual aos 14 anos. Quando viu o sangue, achou que havia se machucado e foi contar à sua vizinha o ocorrido, e a amiga, então, lhe explicou do que se tratava. Percebe-se nas passagens de vida de Helena a configuração de uma rede de cuidados e solidariedade feminina, em momentos críticos, as mulheres ajudam umas às outras a compreender o vivido e a superar eventuais dificuldades. Vale um comentário sobre essa rede feminina que cria uma solidariedade baseada na troca de informações e cuidado. Essa rede replica elementos da teoria sobre a dádiva de Marcel Mauss (1997), portanto, trata da obrigatoriedade de dar, receber e retribuir. Nos termos deste autor, a energia do *mana* que circula na rede de reciprocidade que se cria relaciona e liga as pessoas, está marcada pelo prestígio de doar e de estar ciente sobre a obrigatoriedade de receber. No caso de Helena, ela recebe informações, acolhida e cuidado. Sabe que pode contar com essas mulheres e suas ofertas e, ao mesmo tempo, Helena lhes reconhece o prestígio, também podendo contribuir com informações e cuidado quando necessitarem. A rede não está restrita a essas mulheres, mas se estende às

filhas, irmãs, mães, amigas, ou melhor, a essa comunidade feminina que circunda cada mulher. Nos termos de Mauss (1997), a noção de comunidade é um elemento central na dádiva; não são os indivíduos, mas sim as coletividades que mantêm relações de obrigações recíprocas.

Ainda, segundo Mauss:

Mas, por ora, é nítido que, em direito Maori, o vínculo de direito, vínculo pelas coisas, é um vínculo de almas, pois a própria coisa tem uma alma, é alma. Donde resulta que apresentar alguma coisa a alguém é apresentar algo de si (1997: 200).

Na relação espiritual que vincula essas mulheres em uma rede de solidariedade, Helena se faz mulher. Seu primeiro absorvente foi um pedaço de pano que usava e depois lavava para usar novamente. Soube sobre o que era aborto pela primeira vez depois que chegou a Brasília, quando estava com 17/18 anos de idade, em ambiente escolar. Na escola não existia qualquer tipo de discussão sobre educação sexual, prevenção à gravidez ou a doenças sexualmente transmissíveis. Na realidade, soube do que se tratava, novamente, por meio de amigas que haviam praticado um aborto.

Helena entendia que o atraso da “regra”, ou menstruação, era sempre causa para “abortamento”, ou seja, que todo atraso requeria tomar remédio para “fazer a menstruação descer”. No entanto, havia um tempo para isso ser definido como “abortar” ou “fazer a regra descer”. Quando a barriga já está aparecendo e começavam os sintomas da gravidez, a partir de dois meses de atraso da menstruação, já se configurava em aborto. Mas se a mulher tomasse um chá para “fazer descer” após cinco ou dez dias de atraso, tratar-se-ia de um procedimento relativo à menstruação e não em relação a uma gestação.

Segundo Motta (2014: 116), a questão é ainda mais nuançada porque algumas práticas abortivas, quando funcionam, paradoxalmente levam as mulheres a pensar que não estavam realmente grávidas. Nesse sentido, “se forem capazes de provocar a menstruação, é porque a mulher não estava realmente grávida”. Substâncias como arruda, noz moscada e canela são utilizadas, o chamado de “chá das três ervas”. Por esta razão, a autora prefere pensar esse processo como “itinerários abortivos”, que vão desde os métodos orais até o uso do misoprostol (Cytotec), sustentando o argumento da seguinte maneira:

Minha hipótese é que os chazinhos, misturas e “descuidos”, como esforços físicos e ingestão inadvertida de alimentos tidos como “perigosos” (feijão insosso, por exemplo), são estratégias de um processo decisório e de aber-

tura para uma licença moral que permite à mulher a prática de ações capazes de dar fim a uma gravidez indesejada. Portanto, parece haver dois processos. Há um que é o vivenciado – o das tentativas e esforços gradativos no sentido de “fazer vir”, “descer”, “tirar”, abortar, que culminam com o alívio de não estar (mais ou de fato) grávida. E há outro que é o da elaboração da experiência, o processo que se dá via estratégias discursivas (Motta, 2014: 123).

Helena transita por essa diferenciação de “fazer a regra descer” e “fazer um aborto”, compreende e partilha da regra moral que orienta a prática de muitas mulheres que a cercam. Porém, em seu caso, reconhece ter feito um aborto aos 26 anos. O interessante é que ao longo dos encontros para a reconstituição de sua trajetória, Helena revela nunca ter contado nada a respeito de tal fato para outras pessoas e de ter carregado durante sua vida sentimentos de culpa, silenciamento e vergonha por conta do vivido, sobretudo devido aos contextos religiosos e moralizantes de conduta que faziam parte de sua vida, nos quais a mulher é, via de regra, responsabilizada e julgada. Dessa forma, ainda que tenha optado por um aborto, rompendo com padrões sociais da ideia de mulher e de mãe, não se viu imune ao discurso culpabilizador socialmente veiculado sobre as mulheres que praticam aborto.

A sua primeira relação sexual aconteceu aos 16 anos. Logo em seguida, passou a usar anticoncepcional para prevenir a gravidez, segundo sugestão e “prescrição” do próprio namorado, que o comprava na farmácia e lhe oferecia para que tomasse. Havia a preocupação com a gravidez, mas nenhuma outra com as doenças sexualmente transmissíveis.

O primeiro companheiro e a primeira gestação: a possibilidade de ter uma família e a violência

Casou-se aos 19 anos, o que significou “ir morar junto”, pois queria ter sua própria casa, estava cansada de viver na casa das famílias onde trabalhava e morava. Foram para a cidade de Ceilândia, também no Distrito Federal, quando Helena ficou sem trabalhar, não por uma decisão sua, mas por imposição do companheiro. No início, “era um relacionamento bom”, “tirando o ciúme doentio” do parceiro que não a deixava sair na rua, trabalhar ou estudar. Situação que parecia normal ou aceitável para Helena, mas que se tornou insustentável quando ficou grávida pela primeira vez.

No início, Helena tomava anticoncepcional para evitar a gravidez, mas quando decidiram ter o primeiro filho, suspendeu o uso do medicamento. Depois de oito meses, conseguiu engravidar. Teve o primeiro filho aos 22 anos. Continuava sem trabalhar e ficava em casa, cuidando de sua filha. O marido trabalhava como “cobrador de ônibus”. Antes de engravidar, mudaram-se para a cidade de Samambaia, próxima

de Ceilândia, para “um barraco de um parente”. Depois de casada, descobriu que o marido era usuário de drogas, pois encontrava maconha embaixo do colchão, do tapete e enterrado no quintal. Segundo ela, ele passou a ser “muito agressivo por causa da bebida e da droga”. Em sua leitura, o marido “foi se viciando aos poucos depois de casado”. Depois do nascimento da criança e com o vício das drogas, o marido ficou mais violento e o relacionamento tornou-se cada dia mais complexo.

Quando sua filha tinha dois meses, Helena levou um tapa na cara do seu companheiro que a fez desmaiar, e a criança teve que ser acolhida pela vizinha. Mais uma vez, essa rede feminina de apoio é acionada como fonte de cuidado. O comportamento agressivo do marido estava cada vez mais evidente e, por isso, Helena passou a tomar anticoncepcional injetável escondido, já que ele não queria que ela evitasse a gravidez e ameaçava bater-lhe se ela o fizesse. Essa estratégia de tomar o anticoncepcional parece reforçar a ideia de que as mulheres de contextos populares são percebidas como as responsáveis pela contracepção, algo observado também no Uruguai por Rostagnol (2012). Mas, no caso de Helena, esse controle estava com o marido e seu cuidado com a contracepção era uma forma de resistência e subversão a este poder hegemônico. A participação periférica do companheiro é estrategicamente criada por Helena, não se dá pelo fato de ele propositalmente não querer se envolver. Helena constrói essa situação sabendo dos riscos para a sua vida.

Diante do exposto, percebe-se que o casamento, no início, foi uma estratégia para modificar a situação em que se encontrava, vivendo e trabalhando ilegalmente em casa de família. Fase em que Helena queria ter sua casa e sua família. No entanto, a violência do marido passou a ser insustentável e Helena criou estratégias para lidar com as circunstâncias. Dentre as principais, evitar a gravidez com anticoncepcional injetável sem que o marido soubesse e, em seguida, o aborto vivido. Muitas vezes as mulheres experimentam a experiência do abortamento de modo solitário, como se vê nos escritos de Heilborn et al. (2012: 238) e de Petracci et al. (2012: 171), investigações em que foram entrevistadas mulheres e homens de camadas médias e populares sobre as práticas de aborto no Rio de Janeiro e em Buenos Aires. Há ainda situações em que os homens de camadas populares, depois de saberem do aborto realizado, condenam as mulheres por sua prática (Heilborn et al., 2012). Por isso, percebe-se em sua história, de idas e vindas, estratégias próprias de superação de determinadas conjunturas, estratégias estas por vezes bastante hegemônicas, como, por exemplo, casar-se, mas que em seu caso atendiam ao desejado naquele momento.

O aborto realizado: a buchinha paulista

Inserida num contexto de violência insustentável e cedendo a esse controle, Helena ficou um tempo sem tomar o medicamento e engravidou do segundo filho.

Descobriu a gravidez depois de dois meses, com o atraso da menstruação e o começo de enjoo. Não contou para o companheiro. Ela conversou com uma amiga que já havia realizado um procedimento abortivo que lhe “ensinou como fazer”. Helena utilizou buchinha paulista, conhecida cientificamente como *Luffa operculata* que, por “parecer com uma bucha vegetal bem pequena”, deve ser partida em quatro partes e ingerida todo dia à noite. Deve-se fazer o chá de uma parte e tomá-lo. Helena conta que “fazia um chá dela com água”. Havia outras opções para o aborto, como usar ervas como “arruda queimada com pinga”, ou “cominho queimado com pinga”, mas Helena preferiu a buchinha.

A decisão de fazer o aborto veio da vida conturbada e violenta que tinha com o companheiro e também do medo de ter uma nova criança que ficaria aos cuidados somente dela, sem a participação do companheiro. E outra criança pequena significa maior dependência do companheiro para o sustento da família. Assim, decidiu abortar. Contou somente para a amiga que indicou o método abortivo. O sentimento de culpa marcou esta decisão. Helena se vê como uma mulher religiosa e esta resolução lhe causou vergonha e culpa, mas foi uma estratégia de cuidado de si que subverteu a ambiência moralizante e religiosa em que estava inserida. A rede feminina de cuidado em contexto popular é mais uma vez acionada. Heilborn et al. (2012: 227) apresenta esta perspectiva sobre o aborto como uma: “[...] prática social negociada entre pares e sua rede social mais próxima, enquadrada por circunstâncias (de natureza estrutural) e agenciamentos individuais e coletivos de parentes próximos, parceiros, amigos”. No caso de Helena, cuja história de criança parda, de camada popular, que migra para um grande centro urbano buscando se inserir em um trabalho, a rede construída e de apoio é marcadamente feminina.

Helena passou a tomar o chá antes de o companheiro chegar em casa e o escondia. Aos poucos, ela foi sentindo um mal-estar, “um enjoo” e ânsia de vômito, se não vomitasse, não melhorava. Helena explicou que o medicamento causa aborto em animal e pode levar à morte. Algumas pessoas tomam uma única dose, mas optou por tomar em quatro partes “por medo” de que algo pudesse acontecer. “Não foi uma decisão fácil”, mas naquele momento e naquela circunstância lhe parecia ser a única alternativa.

No terceiro dia, começou a sangrar e foi para o hospital, onde o médico explicou que estava com início de aborto. Ele questionou se havia sido induzido ou espontâneo, e ela relatou que teria sido espontâneo. Atenderam-na rápido, fizeram uma curetagem, “uma raspagem uterina”. Aplicaram-lhe uma anestesia, fazendo-a adormecer e, quando acordou, já havia passado pelo procedimento. Não se recorda de nada.

Vale ressaltar que as questões envolvidas que a fizeram realizar o aborto – a violência doméstica e a ausência de políticas públicas efetivas que a protegessem do

desamparo físico, psíquico e emocional, desde questões trabalhistas até a proteção da saúde sexual e reprodutiva – não costumam ser levantadas nos serviços públicos, quando as mulheres o acessam depois de terem abortado, como, por exemplo, na rede hospitalar e pelos profissionais de saúde que as atendem.

Helena foi levada ao hospital pelo marido, dizendo que achava que estava tendo um aborto. O marido ficou no hospital aguardando. Narrou ter acordado “aérea e delirando por causa da anestesia”, chamando pela filha que tinha ficado com a vizinha. Os médicos vieram conversar com Helena sobre o processo pelo qual passara, mas não lhe explicaram detalhes do procedimento, ou disseram algo sobre planejamento familiar. Mas curiosamente perguntaram novamente se o aborto tinha sido espontâneo ou provocado. Helena reiterou que foi espontâneo, sabia que é crime praticar o aborto e temia a reação do companheiro. Ficou um dia e uma noite no hospital, recebendo soro, e teve alta.

Depois desse evento, Helena voltou a tomar escondido do marido o anticoncepcional. Quando seus familiares souberam do ocorrido, perguntaram se estava casada e se estava com o pai do filho que tivera, mas nada a respeito de sua saúde e de como se encontrava, o que demonstra tanto por parte da família quanto dos médicos que a atenderam a reprodução de discursos moralizantes que apagam a figura feminina e enaltecem a figura da mãe e da “boa mulher”.

A família de Helena sempre foi ausente. Ela podia contar com a ajuda das vizinhas e das amigas quando precisava de algo. O companheiro ficou triste ao saber do aborto, pois “queria ter muitos filhos”.

Diante do aborto e da vida violenta que tinha com o marido, Helena decidiu procurar uma laqueadura. Para isso, convenceu o marido a viajar para a Bahia, onde o sogro era vereador de uma pequena cidade e poderia conseguir a cirurgia com facilidade. Ou pagar somente o anestesiologista. No entanto, quando chegou para fazer o procedimento, o médico não quis operá-la, pois “a achava muito nova”. Helena conta ter sentido profunda tristeza porque havia conseguido convencer o marido, mas o médico lhe pediu mais quatro anos.

Helena disse ter aguentado muita coisa no seu casamento, pois não encontrou o companheiro que imaginava ter para criar os filhos, ter uma família e ver os netos crescerem. Ao longo do casamento, as surras se tornaram frequentes. Ao apanhar do marido, ia à delegacia denunciá-lo, já chegou a ir ao IML fazer exame. Em uma ocasião, o marido quebrou os seus dentes, mas dizia aguentar tudo por conta do “sonho de ter uma família”.

Helena havia voltado a trabalhar, o que tinha acirrado o conflito. Um dia, quando chegou do trabalho, o marido tentou matá-la com a ajuda de um amigo, “escondeu-se num beco” e a agarrou. Os vizinhos viram-no arrastando-a pelos cabelos enquanto chamava o amigo para matá-la. Os vizinhos intervieram e ligaram

para a polícia. Pouco depois, chegaram três viaturas e o levaram para a delegacia. O companheiro ficou detido e uma policial decidiu “fazer justiça com as mãos”, batendo nele como ele havia batido em uma mulher. A partir desse evento, Helena decidiu se separar, mas continuou sendo ameaçada pelo agora ex-marido, que a perseguia. O delegado, então, deu-lhe o número do telefone que cairia direto na delegacia e avisou a Helena que poderia ligar a qualquer momento de conflito com o ex-companheiro. Após a separação, o ex-marido ainda procurou Helena no portão de sua casa tentando humilhá-la com palavras, mas ela o ignorou por duas vezes e ele, finalmente, resolveu deixá-la em paz. Desde então, Helena vem dando continuidade à sua vida, criando sua filha sozinha e sem contato com o ex-marido.

Ter crianças e ter companheiros: a lógica do cuidado e da circulação

Para Helena, “ter família” significa “promessa de Deus na vida”, enquanto “ter filhos” e “ter marido” significa “ter companhia” ao longo da vida. Os filhos, cabe enfatizar, também representam “cuidado na velhice”, salientando que, para tanto, devem vir no plural e não como acontece entre as camadas médias e altas urbanas de planejar um ou dois filhos, no máximo. Sendo assim, para além de “ter filhos” é preciso que venham em número expressivo.

Sua noção sobre ter filhos se assemelha aos achados em contextos populares e de bairros pobres de cidades brasileiras, conforme sugerem as pesquisas de Woortmann (1999). O antropólogo realizou estudo em 1970 com pessoas que vivem no meio rural na região Amazônica e com pessoas que moram em bairros populares, pobres e urbanos na região Nordeste e observou que, entre esses coletivos, ter filhos significava ter não um filho, mas vários, pois havia a possibilidade de alguns morrerem, e é necessário ter uma rede ampla de solidariedade ou de compadrio. Há um “cálculo social” desencadeado por mulheres pobres em periferias urbanas para se ter filhos (Woortmann, 1999). Para este cálculo, não é válido ter um único filho, mas ter muitos, o que significa a ampliação da rede de solidariedade e apoio na vida do grupo doméstico ao se ter uma rede de compadrio. Além disso, representa dividir o peso na velhice entre vários filhos. Este “cálculo social” envolve uma ação marcada por racionalidades, sentimentos, pressões sociais, efeitos de relações de poder e questões subjetivas e estruturais. Obviamente as realidades encontradas pelo autor se modificaram, mas conversando com Helena, alguns elementos encontrados na pesquisa supracitada entre aquelas mulheres emergem.

Também Corossacz (2009) detectou concepções distintas sobre ter filhos e sobre a reprodução entre a classe de médicos/as e as mulheres de camadas populares nos anos 2000. A intenção da autora com essa pesquisa era compreender a lógica que reveste ideias como reprodução e sexualidade nas mulheres negras assistidas no interior de uma maternidade pública do Rio de Janeiro. No decorrer de etno-

grafia, entre tantos outros achados, Corossacz nos coloca diante das seguintes ideias sobre “ter filhos”:

V: Por que você teve filhos?

AM: Eu queria ter, eu gosto, tenho paciência com crianças, acho que filho é bom para a gente, a gente não fica sozinha, tem companhia, tem tudo (2009: 241)

A antropóloga percebe ainda que, na lógica das mulheres de camadas populares, sexo e reprodução podem vir associados. Nos relatos encontrados pela autora, “nas palavras de Vanessa, o ato sexual – definido como “fazer amor” – e ter filhos não apenas coincidem, mas também estão associados por uma dimensão de prazer: “é fazer amor e fazer filhos”. E os filhos se fazem sem planejamento, ou seja, sem que sejam pensados...” (2009: 248). Para Helena, algo semelhante acontece ao ter filhos: eles serão companhia e apoio. Mas algo muda a partir da situação de violência doméstica que viveu, pois a família que sonhou passará a ter outro arranjo e ter filhos não significará tê-los com o mesmo companheiro. Rostagnol (2012: 206), em seu estudo sobre a escolha da maternidade no Uruguai, observou estratégias distintas quanto à classe social na decisão sobre a prática do aborto. Assim, para camadas populares, o aborto aparece finalizando a etapa reprodutiva ou ampliando o tempo entre ter filhos. Por sua vez, para camadas médias, o aborto aparece atrasando o ciclo reprodutivo, sendo realizado antes de terem filhos.

Após esse companheiro, Helena teve outros e com eles teve outros filhos, mas passou a assumir o controle financeiro de sua vida, o que fez com que fizesse os companheiros circularem assim que começavam a mostrar violência ou a não ajudar em casa. De acordo com Wortmann (1999), em suas etnografias, “ter marido” está relacionado à companhia e ao amor, sentimentos que são relativizados quando o companheiro começa a ser fonte de angústia e desentendimento, ocasião em que o fim do casamento é a alternativa escolhida. Foi isso que Helena fez com seu primeiro marido, quando realizou o aborto. A situação de violência em que se encontrava levou-a a fazer um aborto e a se separar e, assim, o marido, que a princípio representara a oportunidade de ter a própria casa e uma família, tornou-se, depois, a razão do rompimento.

Por conseguinte, nesses contextos de bairros pobres, urbanos, tornam-se evidentes a centralidade da mãe na família e a instabilidade conjugal. A independência da mãe faz dela a chefe da família enquanto o homem circula. Nos termos de Wortmann (1999), as mulheres mantêm o marido em casa quando ele ajuda no sustento da casa e das crianças. Independentemente de ter ou não um companheiro, caso necessitem, acionam suas redes de relações quando passam necessidades.

A garantia e o investimento dessas mulheres acontecem com os filhos, pois, quando eles crescem, elas ficam independentes dos maridos e dependentes dos filhos.

Diante disso, os significados de “ter filhos”, “ter um companheiro” e, principalmente, viver uma rede de solidariedade devem ser analisados como uma forma de cuidado, que está vinculada à lógica de dar-receber-retribuir. Elas cuidam de seus filhos, inserem-nos em uma rede de compadrio e sabem que podem contar com eles na velhice como fonte de cuidado. Da mesma forma, podem contar com a rede de compadrio e acioná-la quando necessário. Essa rede foi acessada por Helena em momentos em que não pôde cuidar dos filhos e os “deu” para serem criados por outros: uma família rica, a avó paterna. A adoção acaba por ser um mecanismo usado por aqueles que precisam dar os filhos e por aqueles que querem ter filhos em um contexto informal, não legalizado. Pode acontecer momentaneamente ou não, conforme veremos mais adiante.

De toda a história de Helena, o que se pode constatar é uma linha condutora em que a reprodução e o casamento se veem alterados e transformados, mas sempre presentes na vida dessas mulheres. Nesse sentido, “ter filhos”, em última instância, vincula a história vivida de socialização feminina (passado), que é a reprodução da lógica de que a mulher nasceu para parir e gerar com a história de viver o amor e o ciclo de vida da mulher (presente) e a história ou a perspectiva de cuidado na velhice (futuro). No entanto, o que se observará com Helena é que essa situação imaginada e idealizada sofrerá conjunturas, como as violências doméstica, trabalhista e estatal. A maternidade é um valor na construção de uma identidade feminina para mulheres de camadas populares, uma identidade construída em um movimento de travessia, não conclusivo, não fixo, não cristalizado (Bidima, 2002), mas inserido em processo que não se isola de contextos de violência estrutural. Helena buscou manejar essa identidade em fluxo ao longo do tempo.

O hoje: as marcas do abortamento

Helena tem atualmente 45 anos, se define parda, é empregada doméstica e vive em Taguatinga, uma cidade da periferia do Distrito Federal. Ela teve três filhos e fez um aborto. É chefe de família e, atualmente, tem um namorado. Sobre o aborto, após 20 anos, afirma que ainda sente um “peso na consciência enorme” por ter “tirado uma vida”, mas não houve escolha naquele momento. Ela prefere silenciar e não falar sobre o assunto. Quando as pessoas perguntam, prefere não contar, pois não se sente à vontade. Se alguém conversa ou pergunta sobre procedimentos para abortar, ela prefere não se manifestar sobre como fazê-lo, pois, paradoxalmente, não concorda com a opção de aborto e acredita que seja um pecado.

No entanto, ao mesmo tempo em que há uma questão moral, imputada pela sociedade e pela comunidade religiosa que culpa Helena e faz com que ela se sinta

dessa maneira, está ciente que foi o mais adequado para ela naquele momento, que “não havia alternativa” diante do contexto de violência, privação e controle do marido sobre sua vida. Vemos, portanto, algo similar aos achados de Motta (2014), que pondera sobre o assunto da seguinte forma:

Ter provocado o aborto ou aceitar que ele seja praticado em situações particulares não implica que a mulher seja “a favor” do aborto. Tampouco significa ausência de ética. Pelo contrário, todos os posicionamentos a respeito do aborto vêm acompanhados de éticas que seguem lógicas pouco óbvias, requerem ponderações sutis e complexas (Motta, 2014: 131).

Em vários momentos da vida de Helena a principal estratégia de cuidado utilizada foi acionar a rede de apoio feminina para subverter uma situação extrema em que se encontrava: a violência paterna; a violência do marido; a explicação da “regra”; a receita para o “abortamento”, e assim sucessivamente. É possível perceber essa rede como uma configuração criada em contexto popular de atenção ao cuidado pessoal, na qual essas mulheres, amigas, vizinhas e familiares, se colocam acima de estigmas e imposições religiosas e criam estratégias de cuidado, terapêuticas e tecnologias que permitem a elas cuidarem de si e umas das outras, ainda que certamente existam julgamentos e a reprodução de imaginários que difundem a violência de gênero. Plantas, rezas, alimentos, convivialidade e muita prosa fazem parte desde arsenal de cuidado.

Sobre o aborto, Helena conta que não pensou em fazer o procedimento no hospital ou em qualquer outro serviço de saúde, pois sabia que era crime. Assim, utilizou o método que achava mais fácil, barato e ao qual tinha acesso. Evitou contar para as pessoas, pois sabia que ele era visto como um pecado muito grande e não queria ser julgada. Pensava em não ter mais filhos. Depois da separação, decidiu criar a filha sozinha, pois o ex-marido não tinha condições de criá-la e ela não o aceitava mais. Não havia o plano anterior de ter uma família, um companheiro e outros filhos. Disse que seu sonho havia acabado.

Por fim, em relação aos seus 40 anos, parece importante ressaltar que para Heilborn et al. (2012) há uma diferença geracional da experiência do aborto entre as camadas populares. Em suas entrevistas, detectaram que as mulheres de 40 anos como Helena relataram ter vivido o aborto sozinhas, mas que hoje, entre as mulheres mais jovens e pobres, também os homens têm participado. Algo parece ter se transformado nas últimas décadas. Deve-se enfatizar que esta discussão está marcada pela perspectiva de classe no estudo citado, pois nas classes médias os parceiros são *comunicados* sobre a decisão feminina quanto ao aborto após ele ter ocorrido. No caso de Helena, outras questões mais profundas estão em jogo.

Heilborn et al. (2012) trazem essa discussão para as camadas populares ao enfatizarem que para os homens há mais confrontos na decisão sobre o aborto pois ela se remete à construção da masculinidade heterossexual. A paternidade é estruturante na identidade masculina. Isto esteve presente na vida de Helena quando o companheiro controlava a decisão de ter ou não filhos e também pelo fato de lhe ter desagradado saber que o aborto acontecera. Esse emblema da virilidade, no caso de Helena, está atrelado ao domínio sobre seu corpo.

E a vida continua: tentativas, novos companheiros e filhos

No entanto, dois anos depois, Helena se uniu a um novo parceiro que havia conhecido por intermédio de uma amiga em uma saída à noite. Continuava a tomar anticoncepcional, pois tinha muito medo de passar por tudo novamente e não tinha mais o sonho de ter uma família como havia imaginado. Mas após algum tempo de convivência decidiu realizar o desejo do companheiro de ter uma criança, pois ele não tinha nenhum filho. Depois do nascimento da segunda filha, Helena começou a ter um casamento conturbado, o marido saía em um dia e voltava no outro, bebia demais e as brigas foram aumentando, havendo situações de agressões verbais e físicas novamente. Eles terminaram o relacionamento, porém, mesmo separados, continuaram a se encontrar casualmente.

Nesses encontros, Helena engravidou do terceiro filho. A criança foi rejeitada pelo pai, que desejava que Helena fizesse uso do “medicamento cytotec” para abortar, mas ela não quis repetir o que havia vivido, teve medo de morrer e decidiu assumir sozinha a maternidade. Teve uma gravidez turbulenta, contava com a ajuda das pessoas da casa onde trabalhava e morava. Sabia que aborto era crime e que, para realizá-lo, a única possibilidade era usar medicamentos “naturais” ou o medicamento indicado. Na pesquisa feita em Buenos Aires (Petracci et al., 2012), constatou-se como três formas de práticas abortivas operam: a curetagem feita em ambiente hospitalar; o misoprostol (componente do cytotec) e o uso de “yerbas”. O mesmo vale para o Brasil, como podemos depreender da biografia de Helena, que teve acesso a dois destes métodos. Conforme a pesquisa carioca, as mulheres de camadas populares dificilmente recorrem às curetagens por conta dos custos, iniciando as suas tentativas por meio de ervas ou mais comumente pelo Misoprostol (Heilborn et al., 2012).

Desde o primeiro casamento, Helena parou de estudar e não retornou. Estudou até a oitava série e sempre trabalhou como doméstica ou diarista. Acredita que, por não ter dado continuidade aos estudos e ocupada com a criação dos filhos, foi ficando cada vez mais difícil de retomá-los.

Sem condições para criar o filho mais novo, Helena teve a proposta de adoção por um casal de médicos pediatras indicados por uma assistente social do

hospital do Paranoá que trabalhava com adoção de crianças. Helena havia conversado com uma amiga sobre essa possibilidade e a existência do procedimento de adoção. Após alguns encontros com a assistente e diante da necessidade de ter certeza quanto à sua criação, Helena “deu seu filho” com oito meses. Tratava-se de uma situação ilegal de adoção. Assim, após dois meses, Helena recebeu a ligação dos pais adotivos, que queriam devolver a criança pois haviam encontrado uma outra, filha de uma idosa, viúva, que queria dá-la para adoção. Helena, então, resolveu enfrentar as dificuldades e criar a criança, pois acreditou “ser um sinal a devolução do filho”.

Quando vivia com o segundo marido, Helena viajara ao estado da Bahia para a cidade natal de seu companheiro, onde conheceu a mulher do prefeito e se tornaram amigas. Com a ajuda dessa mulher, ela disse ter realizado o seu “maior sonho”: fazer uma laqueadura. Helena estava decidida a não ter mais filhos e a não correr o risco de ter que passar por outro abortamento. Por isso, optou por esse procedimento. Interessante é pensar como a vida sexual e reprodutiva de Helena retrata a sua vida em geral. O sonho inicialmente era ter filhos e uma família, mas depois de tanta violência o sonho passou a ser o de não tê-los mais e impedir o seu corpo de gerar uma nova vida.

Com a dificuldade de criar os três filhos, Helena decidiu “mudar de vida radicalmente” e ir “tentar a vida no exterior”, acreditando que poderia ter e oferecer uma vida melhor para a sua família. Para tanto, deixou o filho mais novo e a mais velha com uma família para a qual ela já havia trabalhado como empregada doméstica – novamente, acionando uma rede de adoção ilegal, que pode colocar essas crianças em situações vulneráveis de exploração. Sua segunda filha ficou com a mãe do segundo marido. E, assim, influenciada pela irmã e por amigas, decide tentar a vida como balconista fora do Brasil. No entanto, de acordo com a narrativa de Helena, “sem a documentação completa e pela generosidade de Deus”, ao chegar ao aeroporto foi deportada e retornou ao Brasil. Voltou a criar o filho mais novo e a mais velha e à vida de doméstica e diarista. Sobre o trabalho no exterior, ficou sabendo que as pessoas que foram na verdade trabalhavam na prostituição, o que, para essas mulheres, era “uma maneira mais fácil e rápida de ganhar dinheiro”.

Depois disso, Helena teve uma terceira relação. Eles moraram juntos, mas “não deu certo” pelo consumo excessivo de bebida do companheiro. Na época da pesquisa, Helena estava com um novo namorado e recentemente haviam passado a morar juntos. Com ele, Helena disse ter mais diálogo e tenta ter um relacionamento “duradouro e sadio”. De acordo com ela, o atual companheiro assume as despesas e prefere que ela cuide da casa e do filho mais novo. A segunda filha continua sendo criada pela família paterna e a mais velha atingiu a maioridade e tem

responsabilidade própria, sendo orientada pela mãe a não fazer as mesmas escolhas e os sacrifícios que fizera ao longo de sua trajetória, mas dar prioridade à vida profissional, aos estudos e à sua independência. No entanto, ao mesmo tempo, ter filhos e família também são elementos enfatizados pela mãe. Essa filha está casada e recentemente teve um filho, iniciando o que imagina ser uma família.

Percebe-se na vida de Helena que o uso de práticas anticonceptivas estruturaram-se em processos complexos, de negociação, preocupação e tomada de decisões em momentos centrais. De acordo com Rostagnol (2012), tais processos se desenvolvem em redes de significados que precisam ser desenhadas. Assim, estar grávida e ter filhos tornam-se ações diferenciadas, marcadas por relações de poder com o universo feminino, estatal e outros. Rostagnol (2012) traz para esta discussão a medicalização da reprodução, disciplinando os corpos, culpabilizando, viabilizando ou não a gestação. As mulheres reagem a essa medicalização quando utilizam outros métodos, não biomédicos, para abortar ou como prática anticonceptiva.

Concluindo

Aos 45 anos, a vida de Helena segue com seus filhos e companheiro. Os primeiros são os vínculos mais estreitos, duradouros, que perduram e lhe garantem o cuidado na velhice. O companheiro, por sua vez, é a alegria momentânea, que pode durar ou não, a depender do relacionamento. Por isso, os homens circulam em decorrência da violência de gênero, enquanto os filhos permanecem. Em outras classes sociais e comunidades morais, tal maneira de construir os relacionamentos pode vir a ser julgada negativamente. No entanto, conforme observou Wortmann (1999), essa forma de agir compõe um “cálculo social” que permite às mulheres terem a centralidade de suas vidas. No caso de Helena, tais relacionamentos foram levados a um limite extremo, pois estavam presentes a violência de gênero e o controle sobre o corpo pelo homem. Vivendo imersa nessa situação de violência, houve momentos em que Helena assumiu o controle sobre sua vida, fazendo com que ela agisse sobre tais contextos, como no aborto praticado como estratégia de cuidado de si.

Narrando hoje sobre sua vida e seu passado, Helena vê o aborto como um pecado imperdoável. Dessa forma, para ela, se alguém recorrer ao abortamento, “carregará um peso na consciência pelo resto da vida”. Mas, ao mesmo tempo, Helena também reconhece as circunstâncias que a levaram a abortar e tem consciência dos seus motivos. Interessante é que a ilegalidade do aborto no Brasil ou a sua clandestinidade não parece ser um impeditivo para a sua prática, como bem apontou a pesquisa feita na capital da Argentina (Petracci et al., 2012). Para Helena,

pesaram muito mais o aspecto religioso e a culpa advinda dele do que a ilegalidade e o medo de uma suposta prisão. Não lhe ter sido permitido tomar anticoncepcional, participar da decisão de ter filhos, poder sair de casa, trabalhar, estudar, além de sofrer violência física e psicológica, foram ações vividas por Helena em suas experiências conjugais. Para evitar ou sanar essa violência, Helena procurou fazer circular seus relacionamentos e companheiros, bem como acionou uma rede de cuidado feminina criada em contexto popular, já que as vizinhas cuidavam de seus filhos, de sua saúde e de sua segurança quando precisava.

O aborto, nessa mesma linha, foi outro mecanismo usado para lidar com tal situação de violência sobre seu corpo, sobre a escolha de ter ou não filhos que lhe foi retirada pelo companheiro. Para a autonomia de uma mulher parda, de camada popular, e para a possibilidade de decidir sobre a maternidade, os arranjos familiares constituem o enredo central que se desenrola na vida de Helena. A prática do aborto encapsulada em um macrocontexto político de ilegalidade, de moralidade religiosa, de identidade colonizadora sobre o feminino não impede sua realização por parte de Helena como uma estratégia de cuidar de si. Petracci et al. (2012) afirmam que na cidade de Buenos Aires o macrocontexto político de ilegalidade também não determina a não decisão sobre o aborto, mas sim sua implementação. A não subserviência feminina e o envolvimento com seu cuidado marcam essas mulheres.

Nesse sentido, entende-se que a prática de aborto não deve ser analisada como um serviço a ser consumido, nem como um evento religioso ou um pecado imperdoável, mas entendida como uma prática de cuidado passível e possível de ser utilizada por mulheres como Helena, de camadas populares e sem acesso efetivo às políticas públicas e aos serviços públicos. Ao final, as consequências do aborto de Helena estão em sua história, no seu corpo, em seus afetos, sentimentos e nas perspectivas da vida que pretende trilhar e se replicam na vida de várias outras mulheres que vivem situações semelhantes.

Enviado: 05/02/2017

Aceito para publicação: 18/12/2017

Referências bibliográficas

- ANJOS, K.; SANTOS, V; SOUZAS, R. & EUGÊNIO, B. 2013. “Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos”. *Saúde em Debate*, RJ. Vol. 37, n. 98, p. 504-515, jul./set.
- BIDIMA, Jean-Godefroy. 2002. “De la traversée: raconter des expériences, partager le sens”. *Rue Descartes*. N° 36 (2), p. 7-17.
- BRAH, Avtar. 2006. “Diferença, diversidade, diferenciação”. *Cadernos Pagu*. N° 26, p. 329-376, jan.-jun.
- BRASIL. 2004. *Ministério da Saúde. Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. 2001. *Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher.
- CRENSHAW, Kimberlé. 1995. “Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color”. In: CRENSHAW, K. et al. (eds.). 1ª ed. *Critical Race Theory*. New York: The New Press (Trad. *Cadernos Pagu*, 2002).
- DINIZ, D. & MEDEIROS, M. 2012. “Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna”. *Ciência e Saúde Coletiva*. N° 15 (1), p. 959-966.
- GOLDENBERG, M. 2011. *A Arte de Pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Ed. Record.
- GOMES, R. 2003. “A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde”. In: MINAYO, M.C. & SOUZA, E.R. (orgs.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- HEILBORN, M.L.; CABRAL, C.; BRANDÃO, E; CORDEIRO, F. & AZIZE, R. 2012. “Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro: gênero e geração nos processos decisórios”. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. N° 12, p. 224-257.
- LEANDRO, Maria Engracia. 2010. “Teias da Saúde: desigualdades de saúde, saúde das desigualdades”. In: BESSERMAN, H. (org.). *Saúde e direitos humanos*. Ano 7, n° 7. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Grupo Direitos Humanos e Saúde.
- MOTTA, Flavia de Mattos; ASSIS, Glauca de Oliveira & AREND, Silvia Maria. 2014. *Aborto e contracepção. Histórias que ninguém conta*. 1ª ed. Florianópolis: Editora Insular.
- MAUSS, M. 1997. “Essai sur le don: forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques”. In: MAUSS, M. *Sociologie et anthropologie*. Paris: PUF.
- MILANEZ, Nubia. 2012. “Gravidez indesejada e tentativa de aborto: práticas e contextos”. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. N° 12, p. 129-147.
- PETRACCI, Mônica; PECHENY, M.; MATTIOLI, M. & CAPRIATI, A. 2012. “El aborto en la trayectoria de mujeres y varones de Buenos Aires”. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. N° 12, p. 164-197.

- PEREIRA, P.P. 2010. “Violência, Gênero e Cotidiano: o trabalho de Veena Das”. *CADERNOS Pagu*. Nº 35, p. 357-369, jul.-dez.
- RIBEIRO COROSSACZ, Valeria. 2009. “Dois mundos confrontados: as histórias reprodutivas dos médicos e das pacientes”. In: RIBEIRO COROSSACZ, V. *O corpo da nação: classificação racial e gestão social da reprodução em hospitais da rede pública do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ.
- SCHRAIBER, L.B. & D’OLIVEIRA, A.F. 1999. “Violência contra mulheres: interfaces com a saúde”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Nº 3 (5), p. 11-26.
- WOORTMANN, K. 1999. “Um único filho não é filho”. In: WOORTMANN, E.; GUIDI, M. & MOREIRA, M. *Respeito à Diferença: uma introdução à antropologia*. Brasília: Cespe.