

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

Juliana Vieira Wahl Pereira

***Si ella vuelve es error nuestro: uma etnografia do atendimento de
interrupção voluntária da gravidez no Uruguai***

Versão corrigida

São Paulo

2022

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

Juliana Vieira Wahl Pereira

***Si ella vuelve es error nuestro: uma etnografia do atendimento de
interrupção voluntária da gravidez no Uruguai***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Antropologia Social (Ciências Sociais).
Versão corrigida.

Orientadora: Prof^a Dra. Heloísa Buarque de Almeida

São Paulo

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

P436s Pereira, Juliana Vieira Wahl
 Si ella vuelve es error nuestro: uma etnografia do
atendimento de interrupção voluntária da gravidez no
Uruguai / Juliana Vieira Wahl Pereira; orientadora
Heloisa Buarque de Almeida - São Paulo, 2022.
 200 f.

 Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Filosofia,
Letras e Ciências Humanas da Universidade de São
Paulo. Departamento de Antropologia. Área de
concentração: Antropologia Social.

 1. Aborto. 2. Etnografia. 3. Anticoncepção. 4.
Desigualdades em saúde. 5. Uruguai. I. Almeida,
Heloisa Buarque de, orient. II. Título.

ENTREGA DO EXEMPLAR CORRIGIDO DA DISSERTAÇÃO/TESE

Termo de Anuência do (a) orientador (a)

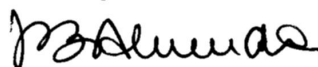
Nome do (a) aluno (a): Juliana Vieira Wahl Pereira

Data da defesa: 27/10/2022

Nome do Prof. (a) orientador (a): Heloísa Buarque de Almeida

Nos termos da legislação vigente, declaro **ESTAR CIENTE** do conteúdo deste **EXEMPLAR CORRIGIDO** elaborado em atenção às sugestões dos membros da comissão Julgadora na sessão de defesa do trabalho, manifestando-me **plenamente favorável** ao seu encaminhamento ao Sistema Janus e publicação no **Portal Digital de Teses da USP.**

São Paulo, _19/_12_/_2022_



(Assinatura do (a) orientador (a))

À minha mãe e ao meu pai, pelo apoio incondicional
Às minhas irmãs, por me ensinarem a não desistir

Agradecimentos

Entendo que a finalização desse projeto só ocorreu porque foi um trabalho apoiado por muitas pessoas, sou muito grata a elas ao longo desse processo de vários anos de pesquisa.

Agradeço primeiramente à minha família, meus pais e irmãs, que sempre me apoiaram em minha trajetória escolar e acadêmica, o que culminou nesta dissertação. Ao meu pai, Mauro, por me instigar o pensamento crítico, a minha mãe, Luciana, por me incentivar a desbravar o mundo. A Leticia por desconstruir constantemente as regras do que deveríamos ser, a Valentina por ter me ensinado a olhar para as diferenças de outra maneira. Obrigada pelas infinitas horas de cuidado, conversas, incentivos e por serem verdadeiros entusiastas de minha carreira enquanto cientista social, mesmo sendo tão distante de nossa realidade.

Agradeço à Universidade de São Paulo, que me formou enquanto profissional e pessoa, que me proporcionou participar de programas de estágio, extensão universitária, iniciação científica e intercâmbios acadêmicos em que fui beneficiada. Sem esse apoio eu não teria conseguido chegar a este trabalho.

Também agradeço a minha querida orientadora Heloísa Buarque de Almeida, por acreditar nesse projeto, pelos diálogos e acolhimento inigualável. Sou grata pela confiança em mim, e por ter me ensinado, durante este processo, a ser antropóloga.

A prof^a Susana Rostagnol agradeço enormemente por abrir as portas da *Universidad de la República*, por me integrar ao seu grupo de pesquisa, me ajudar no contato com interlocutores e me ensinar as nuances tão específicas da sociedade uruguaia. Agradeço às colegas uruguaias do projeto *Salud Sexual y Reproductiva y Migrantes* pela recepção e intercâmbio de ideias tão profícuo, em especial Pilar Uriarte, Magdalena Caccia, Mariana Viera, Katia Marina, Federica Turbán e Manuela Diez.

Aos profissionais de saúde que se tornaram interlocutores e proporcionaram os dados desta pesquisa de mestrado, *muchísimas gracias*. Agradeço principalmente à Verónica Fiol pelos diálogos e trocas proporcionadas. Ao professor Leonel Briozzo, obrigada por me abrir as portas para o trabalho de campo. Agradeço a Susana Nuñez, Fernanda Nozar, Victor Recchi, María Eugenia Fontes, Natalia Sica, Ivana Leus e Carolina Caballero. Obrigada aos diversos

profissionais das equipes de saúde sexual e reprodutiva, ginecologistas, enfermeiras, técnicas em enfermagem, obstetrias, psicólogas e assistentes sociais, vocês me ensinaram muitíssimo. Agradeço a todas as residentes em ginecologia que pude escutar e compartilhar o cotidiano na atenção à saúde. A todas mulheres que me permitiram a presença durante as consultas que acompanhei, principalmente as que enfrentavam um momento tão delicado de suas vidas: obrigada pela confiança.

Aos movimentos sociais que ampliaram minha visão sobre o tema: obrigada aos integrantes do coletivo *Iniciativas Sanitarias*, principalmente a Cecilia Stapff; as mulheres do coletivo *Mizangas Mujeres Afro*, em especial Agustina Pereyra e Mikaela Sánchez. Também agradeço a Elena Fonseca e Soledad González do coletivo *Cotidiano Mujer* pelo apoio a esta pesquisa.

Aos meus amigos no Uruguai que sem seu suporte, não tenho dúvidas que tudo seria mais difícil. *Muchas gracias* Mariana García, Andrew Lim, Victor García, Janine Boivin, Mariela Gómez por serem meu ponto de apoio nos momentos mais difíceis deste trabalho de campo, principalmente durante o isolamento da pandemia. Obrigada por me acolherem como família no frio uruguaio. *Gracias* a Maria Júlia Carvalho, Yaninna da Cunha, Florencia Cardozo, Lucía Cabrera e Trinidad Quinteros pela amizade e pelas trocas que ultrapassam fronteiras. Vocês foram essenciais para a construção deste trabalho.

Agradeço aos meus professores do departamento de Antropologia da Universidade de São Paulo, em especial a prof^a Ana Lúcia Pastore Schritzmeyer, ao prof. Heitor Frúgoli Junior, prof^a Laura Moutinho, prof^a Silvana Nascimento, prof^a Jacqueline Teixeira e minha orientadora prof^a Heloísa Buarque de Almeida que me inspiraram a realizar pesquisa em Antropologia Social. Aos meus professores durante os intercâmbios que realizei na graduação, no México e no Uruguai, que me ampliaram horizontes na pesquisa latino-americana, em especial aos prof. Jesús Serna Moreno, prof. Iván López Ovalle, prof. Guillermo Fernández, prof. Marcelo Rossal e a prof^a Graciela Sapriza. Agradeço também à prof^a Maria do Carmo Albuquerque, pelos ensinamentos no âmbito da primeira pesquisa que participei em ciências sociais.

Agradeço às professoras Cristiane Cabral e Susana Rostagnol pelos comentários importantes na banca de qualificação, assim como a Susana Rostagnol, Rozeli Porto e Ana Lúcia Pastore Schritzmeyer na banca de mestrado.

Agradeço aos funcionários do Departamento de Antropologia e do Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, especialmente a Juciele Borges pelo apoio.

Aos colegas da turma 2019 da pós-graduação em Antropologia Social, principalmente a Elisa Hipólito, Sâmia Pereira, Matheus Almeida, Mônica Ribeiro, Phillip Williams, Marina Bohnenberger por toda a troca, muitíssimo obrigada. Aos colegas discentes do PPGAS, principalmente Mariana Boujikian, Felipe Gabriel de Oliveira e Aline Murillo. Aos colegas do Núcleo de Marcadores Sociais da Diferença, NUMAS, pelo acolhimento. A todas as colegas de orientação, em especial Shisleni de Oliveira, Gabriela Moncau, Beatriz Lins, Clara Coêlho, Nicole Baumgarten, Ana Azevedo, Débora Cajé, Maurício Rodrigues, Lorena Caminhas e Carolina Bezerra, vocês são inspiradoras, obrigada.

A todos meus amigos, pelo fôlego e incentivo a seguir, em especial a Bruna Almeida, Danielle Camara, Gabriela Lima, Júlia Daher, Lara Rocha, Márcio Santos, Maria Clara Guiral, Renan Lacerda, Thaís Neves, Victor Bessa, Yan Rego.

Ao meu companheiro de vida, amigo e cúmplice de sonhos, Cadu, obrigada por ser o melhor parceiro que eu poderia ter. Obrigada pela paciência e companheirismo nesse projeto que implicou, durante meses, milhares de quilômetros de distância entre nós. Obrigada por ser meu grande apoiador, essencial em todas as crises e alegrias provenientes dessa escrita.

A presente dissertação foi realizada com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2019/07556-0, instituições às quais agradeço o financiamento.

As opiniões, hipóteses e conclusões ou recomendações expressas neste material são de responsabilidade da autora e não necessariamente refletem a visão da FAPESP.

Minha relação com o feminismo sempre esteve imbuída de esperança, esperança de que as coisas podem ser diferentes, e de que o mundo pode tomar diferentes formas. A política sem esperança é impossível, e a esperança sem política é uma reificação da possibilidade (e se torna simplesmente religiosa)

Sara Ahmed

PEREIRA, Juliana Vieira Wahl. **Si ella vuelve es error nuestro**: uma etnografia do atendimento de interrupção voluntária da gravidez no Uruguai [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2022.

Resumo: Após décadas de luta entre diversos atores sociais, a prática do aborto foi legalizada no Uruguai através da lei nº 18.987/2012 com alguns requisitos: dentro do sistema de saúde, de forma medicamentosa, com cinco dias de reflexão, desde que ocorra em até 12 semanas de gestação (ou 14 semanas em caso de violência sexual), para uruguaias ou migrantes residentes há pelo menos um ano. A legalização da interrupção da gravidez se deu após um conjunto de ações de movimentos sociais, principalmente movimentos feministas e aqueles protagonizados por profissionais de saúde, para criar políticas com enfoque nos direitos sexuais e reprodutivos, tão restritos na América Latina. Na dissertação me proponho a analisar através de dois trabalhos de campo realizados antes e durante a pandemia da COVID-19, como apesar da mudança na legislação o tabu do aborto permanece nos serviços de saúde de saúde sexual e reprodutiva no país, e como as mulheres que se encontram *fora da lei*, agenciam um tipo de *manuseio* desta para terem acesso ao direito ao aborto. Para tanto, elas articulam noções de sofrimento que se encaixam no ideal do que chamo de *vítima pública*, uma mulher que muitas vezes já é mãe em situação de pobreza para a qual a lei foi desenhada. O tabu do aborto e o consequente estigma que os profissionais sentem em relação ao seu trabalho, faz uma pressão para que novos abortos não aconteçam, por isso há um grande foco em como a contracepção de longa duração deve ser uma aliada na política pública para que o número de interrupções da gravidez não aumente. Entretanto, discuto como existem noções diferentes em relação a contracepção entre profissionais e mulheres nos serviços de saúde, principalmente nas negociações em relação ao uso de LARC, sigla em inglês para contraceptivos reversíveis de longa duração. A hipótese é que o tempo das escolhas contraceptivas das mulheres e o tempo dos LARC sejam, por muitas vezes, incompatíveis.

Palavras-chave: Aborto, contracepção, direitos sexuais e reprodutivos, marcadores sociais da diferença, Uruguai

PEREIRA, Juliana Vieira Wahl. **Si ella vuelve es error nuestro**: an ethnography of voluntary termination of pregnancy's care in Uruguay [Dissertation]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2022.

Abstract: After decades of struggle between various social actors, the practice of abortion was legalized in Uruguay through law nº 18.987/2012 with some requirements: medication abortion, within the health system, with five days of reflection, as long as it occurs in up to 12 weeks of gestation (or 14 weeks in the case of sexual violence), for Uruguayans or migrants residing for at least one year. The legalization of abortion took place after a set of actions by social movements, mainly feminist movements and those carried out by health professionals, to create policies focused on sexual and reproductive rights, so restricted in Latin America. In the dissertation I propose to analyze through two fieldworks carried out before and during the COVID-19 pandemic, how despite the change in legislation, the abortion taboo remains in the sexual and reproductive health services in the country, and how women who are outside the law, manage a type of handling of the law to have access to the right to abortion. To do so, they articulate notions of suffering that fit the ideal of what I call the public victim, a victim the law was designed to protect. The abortion taboo and the consequent stigma that professionals feel in relation to their work, puts pressure on new abortions not to happen, so there is a great focus on how long-term contraception should be an ally in public policy so that the number of abortions does not increase. However, I discuss how there are different notions regarding contraception among professionals and women in health services, especially in negotiations regarding the use of LARC, long-acting reversible contraceptives. The hypothesis is that the timing of women's contraceptive choices and the timing of LARC are often incompatible.

Keywords: Abortion, contraception, sexual and reproductive rights, social markers of difference, Uruguay

PEREIRA, Juliana Vieira Wahl. **Si ella vuelve es error nuestro**: una etnografía de la atención a la interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay [Tesis de maestría]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2022.

Resumen: Luego de décadas de lucha entre diversos actores sociales, la práctica del aborto fue legalizada en Uruguay a través de la ley n° 18.987/2012 con algunos requisitos: dentro del sistema de salud, en forma de medicamentos, con cinco días de reflexión, siempre que ocurra en hasta 12 semanas de gestación (o 14 semanas en caso de violencia sexual), para uruguayas o migrantes con al menos un año de residencia. La legalización de la interrupción voluntaria del embarazo se dio luego de un conjunto de acciones de los movimientos sociales, principalmente feministas y liderados por profesionales de la salud, para generar políticas enfocadas en los derechos sexuales y reproductivos, tan restringidos en América Latina. En la tesis me propongo analizar a través de dos trabajos de campo realizados antes y durante la pandemia del COVID-19, cómo a pesar del cambio de legislación, el tabú del aborto se mantiene en los servicios de salud sexual y reproductiva del país, y cómo las mujeres que se encuentran fuera del ley, manejan un tipo de manejo de la ley para tener acceso al derecho al aborto. Para ello, articulan nociones de sufrimiento que se ajustan al ideal de lo que llamo víctima pública, una mujer que muchas veces ya es madre en situación de pobreza para la cual fue diseñada la ley. El tabú del aborto y el consecuente estigma que sienten los profesionales en relación a su trabajo, presiona para que no se produzcan nuevos abortos, por lo que hay un gran foco en cómo la anticoncepción a largo plazo debe ser un aliado en las políticas públicas para que el número de embarazos las interrupciones no aumentan. Sin embargo, discuto cómo existen diferentes nociones sobre la anticoncepción entre los profesionales y las mujeres en los servicios de salud, especialmente en las negociaciones sobre el uso de los LARC, sigla en inglés para anticonceptivos reversibles de acción prolongada. La hipótesis es que el tiempo de las elecciones anticonceptivas de las mujeres y el tiempo de los LARC, a menudo, son incompatibles.

Palabras clave: Aborto, anticoncepción, derechos sexuales y reproductivos, marcadores sociales de la diferencia, Uruguay

Sumário

Introdução	13
Sobre meu caminho até aqui.....	13
Sobre o trabalho de campo.....	25
Sobre o sistema de saúde no Uruguai.....	32
Capítulo 1 - IVE 1 - A lei	35
1.1 O caminho até a aprovação: a construção dos serviços e a noção de vítima pública.....	35
1.2 <i>Dentro e fora da lei</i> : manuseios e moralidades.....	51
1.3 Objeção de consciência e o estigma de <i>aborteiros</i> : entre “verdadeiros” e “falsos” objetores.....	67
1.4 O tabu do aborto: IVE a partir dos serviços das fronteiras.....	79
Capítulo 2 - IVE 2 - Acompanhamento nas consultas: “no es un tribunal aunque parezca”	94
2.1 A necessidade de renomear.....	94
2.2 Atenção conjunta ou <i>tribunal</i> ? Formando uma equipe com psicóloga, ginecologista e assistente social.....	100
2.3 Os cinco dias de reflexão e o segredo do aborto.....	118
2.4 Sobre a maternidade.....	123
2.5 Migrantes na consulta IVE 2.....	127
Capítulo 3 - IVE 3 - O ginecologista e o aborto medicamentoso	135
3.1 A ginecologia enquanto ciência e o dispositivo da sexualidade.....	141
3.2 Imagens fetais e o ultrassom como tecnologia de controle.....	147
3.3 O medicamento: mifepristona e misoprostol.....	152
Capítulo 4 - IVE 4 - A contracepção	160
4.1 As consultas de implante.....	161
4.2 As reincidentes.....	174
Considerações finais	183
Bibliografia	189

Introdução

Sobre meu caminho até aqui

É difícil pensar em uma data em que de fato este trabalho começou: poderia dizer que foi quando eu embarquei em um avião no dia 30 de outubro de 2019 para fazer um primeiro trabalho de campo, poderia voltar mais atrás e lembrar do dia em que as aulas começaram no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, o PPGAS da USP, ou até mesmo do dia de minha aprovação no processo seletivo de mestrado. Poderia lembrar das primeiras conversas com minha orientadora, prof^a Heloísa Buarque de Almeida, quando tinha algumas ideias sobre pesquisar aborto no Uruguai e estava com muito medo de alguém dizer que esse tema não fazia nenhum sentido. Ela, pelo contrário, me incentivou a escrever e a participar do seu grupo de estudos que, apesar de estudar temas muito diferentes dos que eu me propus a pesquisar, me abriu as portas, me acolheu e me ensinou a fazer pesquisa. Poderia ir um pouco mais atrás e lembrar do intercâmbio acadêmico que realizei no primeiro semestre de 2015 na *Universidad de la República*¹, em Montevideu no Uruguai, quando na disciplina “*Etnografía de las Juventudes Latinoamericanas*”² pude realizar meu primeiro passo para chegar até esta pesquisa de mestrado. Lá, além de aprender tantas coisas valiosas que um intercâmbio pode proporcionar, formei parte de um grupo com três colegas estudantes de graduação como eu, Virginia, Laura e Matías, que me convidaram a fazer um trabalho sobre a lei de aborto desde a perspectiva dos jovens de Montevideu dentro de suas salas de aula.

Justamente por ser um trabalho que começou pequeno, e foi crescendo com o apoio e incentivo de muitas pessoas, são várias as vozes que ecoam nesta dissertação. É complexo descrever um processo de aprovação de uma lei que mudou a vida de tanta gente no Uruguai, além de ser um modelo para pensar a interrupção voluntária da gestação em países latino-americanos, desenhado e impulsionado por coletivos feministas, sindicatos, partidos políticos, figuras públicas e desde a perspectiva de saúde pública, principalmente de um coletivo formado por profissionais da saúde que foi importante para o desenho dessa política pública, o coletivo *Iniciativas Sanitarias*. Este coletivo, assim como uma parte dos profissionais vinculados a uma clínica progressista vinculada a Faculdade de Medicina, me

¹ A Universidad de la República, ou UdelaR, é a universidade pública do Uruguai, gratuita e a maior instituição em termos de pesquisa e ensino do país. A UdelaR possui ingresso livre a todos que possuem os títulos equivalentes ao ensino médio no país e conta com mais de 80 mil alunos na graduação segundo censo universitário de 2007

² Destaco em itálico termos que preferi manter em espanhol; assim como termos ênicos, expressões utilizadas pelos interlocutores na etnografia que muitas vezes se repetem e se mostram relevantes na análise.

abriram as portas e por isso tive a oportunidade de ouvir suas perspectivas dentro da área da saúde, o que me fez delinear melhor o tema do abortamento e seus entendimentos sobre a política pública.

Foi valioso ouvir estes profissionais que estão em seu cotidiano ocupando uma posição-chave para o acesso pleno aos direitos. Ao realizar o trabalho de campo nas consultas de IVE (interrupção voluntária da gravidez, em espanhol)³, me dei conta que uma antropóloga e um profissional de saúde podem, apesar de suas diferenças, construir um trabalho conjunto, já que, entre tantas outras coisas, estamos ouvindo histórias, e estas histórias ressoam neste trabalho.

Quando iniciei essa pesquisa de mestrado em 2019, já havia entrevistado, em 2015, alguns movimentos sociais, tanto a favor quanto contra o direito ao aborto. Apesar de acreditar ser difícil chegar ao *mundo* da medicina – dos profissionais de saúde que realmente trabalham com abortos –, percebi que, para além das disputas relacionadas à aprovação da lei nº 18.987/2012, o campo de disputa mais amplo sobre a lei após sua implementação estaria dentro dos hospitais e policlínicas – o que de fato se mostrou útil para pensar o trabalho de campo e o desenho da dissertação.

Mas ao encarar a possibilidade e posteriormente a realização do trabalho de campo em um hospital, tive que repensar meu papel como antropóloga em uma instituição tão valorizada, pois em boa parte do tempo meu trabalho de campo foi realizado no maior hospital de saúde da mulher do país. Nele está instalada a Faculdade de Medicina, com propósito de atendimento e formação de ginecologistas. Entendo que o que pude observar foi único em comparação aos serviços menores de outras regiões da cidade e do país.

O primeiro desafio foi adequar a prática antropológica, e suas dimensões éticas específicas, ao campo da saúde, onde os debates sobre pesquisas possuem outros parâmetros. Devo destacar que todos os interlocutores autorizaram verbalmente a participação em minha pesquisa, com exceção de alguns que se negaram a participar. Minha presença foi autorizada no hospital pelo professor chefe da clínica vinculada a Universidade, assim como pelos profissionais que permitiam minha presença nas consultas, e as pacientes que assentiram positivamente em relação à minha presença como antropóloga brasileira, fazendo uma pesquisa sobre a lei de aborto no Uruguai, sabendo que suas identidades serão preservadas.

Tanto nos trabalhos de Rozeli Maria Porto (2009), quanto de Flávia Motta (2015), se observa que o consentimento informado não dá conta do trabalho etnográfico em situações

³ IVE é sigla em espanhol de *interrupción voluntaria del embarazo*.

tão peculiares quanto na situação de abortamento. Não obstante, pensar ética em pesquisa é um desafio que há que se enfrentar enquanto antropólogos: “enfrentá-la com seus riscos e problemas, não significa jogar a ética no lixo, nem tampouco superdimensioná-la, significa, ao contrário, negar-se a transformar ética em pesquisa em um mero procedimento burocrático ou num mero exercício retórico” (MOTTA, 2015, p.7).

Parto da noção que a etnografia, assim como postula Donna Haraway (1997, p.39, tradução minha), “é um método que envolve estar em risco diante das práticas e discursos sobre os quais se indaga”. Reconhecer quais são minhas bases teóricas e onde minhas produções textuais estão localizadas é uma atitude necessária para que o conhecimento produzido não seja desconectado da realidade em que estou inserida, assim como a de meus interlocutores de pesquisa, suas motivações e concepções. Isto não significa necessariamente concordar categoricamente com eles, mas possuir uma atenção baseada na teoria e calcada na prática etnográfica de considerar seus discursos morais com a devida importância.

Uma 'atitude etnográfica' pode ser adotada em qualquer tipo de investigação, incluindo a análise textual. Não se limitando a uma disciplina específica, **uma atitude etnográfica é um modo de atenção prática e teórica, uma maneira de permanecer atento e responsável**. Tal método não se trata de 'tomar partido' de maneira predeterminada, mas também não são os compromissos morais e políticos higienicamente eliminados. A etnografia como entendo a prática trata-se de riscos, propósitos, significados e esperanças - próprias e alheias - inseridas em projetos de conhecimento, inclusive tecnocientíficos (HARAWAY, 1997, p.39, tradução minha, grifos meus).

A tese de Rozeli Maria Porto (2009) me foi especialmente útil para pensar o hospital como uma ‘ilha’, já que os limites sobre o que devo anotar ou não, o que devo perguntar ou não, e como fazer observação participante neste local, foram temas muito difíceis de serem delineados dado que existência de uma antropóloga é uma presença estrangeira nesse local.

Se o hospital é uma ilha, eu como antropóloga era uma estrangeira em uma fronteira próxima. Utilizo as reflexões de Gloria Anzaldúa (1987), através de seu conceito de *mestiza*, para pensar uma antropologia que se move, e ao se deslocar cria um produto para além de dois mundos em que pisa.

Apenas mantendo-se flexível é que ela consegue estender a psique horizontal e verticalmente. *La mestiza* tem que se mover para fora das formações cristalizadas – do hábito; para fora do pensamento convergente, do raciocínio analítico que tende a usar a racionalidade em direção a um objetivo único (um modo ocidental), para um pensamento divergente, caracterizado por um movimento que se afasta de padrões e objetivos estabelecidos, rumo a uma perspectiva mais ampla, que inclui em vez de excluir (ANZALDÚA, 2005, p.706).

Identifico no texto de Anzaldúa a possibilidade de criar um trabalho que parte de uma antropologia *mestiza*, um lugar frutífero que está na fronteira de dois mundos, que enfrenta as

contradições de seu campo e suas visões, que é observada em vários lugares como estrangeira, é nesse lugar onde há possibilidades múltiplas de questionamentos sobre ser antropóloga de fora ou de dentro. Silvana Nascimento (2019) também se utiliza do diálogo com Anzaldúa para pensar uma corporeidade de um espaço-entre, “uma experiência fronteira que se estabelece por meio de uma experiência próxima ao longo das práticas das pesquisas de campo, e que produz efeitos distintos nos modos de fazer, pensar e escrever antropologia” (p.461).

Considero que a noção de experiência, através da imersão do trabalho de campo, não é simplesmente tornar os fatos narrados em evidências, mas compreendê-la como o que nos constitui enquanto sujeitos. Teresa de Lauretis, afirma que a experiência é:

o processo pelo qual, para todos os seres sociais, a subjetividade é construída. Através deste processo você se coloca ou é colocado na realidade social, e assim percebe e compreende como subjetiva (referidas à, originadas em você mesmo) aquelas relações — materiais, econômicas e interpessoais — que são de fato sociais e, em uma perspectiva mais ampla, histórica. (DE LAURETIS, 1984, p. 159, tradução minha)

Joan Scott (1991) se utiliza do argumento da teórica italiana para argumentar que a experiência é uma espécie de tradução política da realidade enquanto sujeito que interage no mundo: “a experiência é ao mesmo tempo, sempre uma interpretação e algo que precisa ser interpretado” (p. 797, tradução minha). A partir destas reflexões teóricas entendo, portanto, que a experiência não é sinônimo de uma simples vivência, pura e direta, mas de uma construção de interpretação da realidade de acordo com os códigos sociais e morais da sociedade que estamos inseridos. Esta etnografia está baseada nas experiências que tive no Uruguai, com movimentos sociais, eventos do Ministério de Saúde Pública, manifestações de rua, no cotidiano do atendimento com profissionais de saúde, circulando no hospital com residentes em ginecologia, além de uma rede de pessoas que conheci e trouxeram importantes reflexões para esta pesquisa.

Realizei pesquisas de campo em ambientes onde sempre me apresentei como pesquisadora, embora eu tenha consciência da possível dificuldade de distinguir-me dos outros profissionais de saúde – principalmente no contexto de pandemia, pois tive que utilizar todo um aparato que envolvia jalecos, máscaras específicas, toucas e luvas assim como eles. Diferenciar-me desses profissionais durante os atendimentos de IVE foi um desafio, especialmente no segundo trabalho de campo, mas não deixei que a ética estivesse de lado e me apresentei enquanto pesquisadora às pessoas com quem convivi.

Ainda que na Antropologia, por tradição, as antropólogas sejam geralmente estrangeiras, vindas de um contexto *de fora*, buscando uma alteridade em relação ao campo, venho de um contexto onde a maioria de meus colegas se dedicam a trabalhos de campo dentro do Brasil. Embora nosso país seja infinitamente diverso, faz parte de como a Antropologia brasileira tem se debruçado majoritariamente a olhar para o próprio país e raramente se dispõe a pesquisar em outros países, inclusive da América Latina.

Em seu artigo sobre o papel da antropóloga entre o local e o global, Esmeralda Mariano (2017) afirma que o paradigma ‘local’ e ‘não-local’ “funciona em vários sentidos e serve para excluir pesquisas ou temas que incomodam” (p. 78). A autora afirma que esses termos acabam por ser escorregadios, por tentarem fixar modos de pertencimento que na verdade são fluidos e muitas vezes efêmeros, já que é no corpo da antropóloga assim como “nas experiências de quem porta um nome que conferem reconhecimento e interpretam sua existência no mundo, como ser com múltiplos significados e percursos de trocas” (p. 82).

A partir das reflexões que me trouxe essa bibliografia, reflito sobre minha posição enquanto mulher cisgênero, branca, brasileira, jovem e pesquisadora neste local e articulo a como isso apareceu em relação ao meu nome. Ao passo que tenho um nome comum no Brasil e pouco utilizado em outros países de língua espanhola, Juliana, circulei com dois sobrenomes que evocavam ser brasileira, Vieira⁴, e ao mesmo tempo ser uma mulher branca, Wahl, já que o segundo sobrenome repetidas vezes me foi perguntado se era de origem alemã, o que é verdade. Diálogos entre sobrenomes parecem ser frutíferos para o estabelecimento de laços comuns entre as pessoas brancas, suas origens e famílias, principalmente em espaços majoritariamente brancos como no Uruguai, o que se refletiu também nas policlínicas de saúde pública. Agrego a isto o fato de que trata-se, diferentemente do Brasil, de um país de maioria branca, o que efetivamente se refletiu no campo. Em uma destas conversas sobre sobrenomes, por exemplo, descobri que a *Regra de Wahl*, na ginecologia, é uma maneira de descobrir qual a provável data do parto, o que eu desconhecia completamente.

Concordo com Castro sobre a importância em explicitar a “branquidade compartilhada entre a medicina e a antropologia” (2022, p.4), já que são inúmeros os problemas em prescindir de uma “desracialização das reflexões sobre o trabalho etnográfico e suas implicações sobre dilemas éticos que podem emergir em campo” (*idem*).

⁴ Nos países hispanofalantes, como no Uruguai, o primeiro sobrenome corresponde à família paterna, e o segundo à família materna, tendo o primeiro maior importância que o segundo, o que ocorre de maneira inversa, porém com a mesma lógica de valorizar os nomes paternos, no Brasil. No meu caso, o sobrenome Vieira apesar de ser de minha família materna, é considerado o mais relevante no Uruguai, e traz consigo a origem brasileira, já que não é comum no país. Entretanto, destaco que meu último sobrenome, paterno no Brasil, mas lido como materno no Uruguai, Pereira, é bastante comum também no Uruguai.

Se o campo se tornou mais tranquilo por eu também ser uma mulher cis e branca, como a maioria de minhas interlocutoras⁵, o fato de ser brasileira, embora dominando a língua espanhola falada no Uruguai, gerou ruídos com minha presença. Se por um lado fui acolhida por uma rede de confiança, por outro minha presença de estrangeira e antropóloga gerava desconfiança por parte de alguns profissionais do serviço, principalmente no campo que foi realizado durante a pandemia, pois meu corpo evocava falas sobre “o vírus”, a “variante brasileira”, e a “crise sanitária” de meu país. Se o Uruguai estava com as fronteiras fechadas para os brasileiros, minha presença excepcional e autorizada no território em 2021 era percebida como perigosa, mesmo passando meses em Montevideú, e depois de longos momentos de isolamento⁶.

Meu corpo repetidamente foi lido como *jovem*, e algumas vezes ouvi comentários de que era surpreendente o fato de eu já ser antropóloga nesta idade, na época 26 anos, o que seria realmente algo muito excepcional para a realidade uruguaia, onde muitas pessoas terminam a graduação mais velhas⁷. Algumas vezes as pessoas demonstravam acreditar que eu estava realizando um trabalho de conclusão de curso e não um mestrado, mesmo eu afirmando que se tratava de uma pesquisa de pós-graduação, e isto provavelmente ocorria pela minha idade⁸.

Espero que este trabalho, além de contribuir para as discussões antropológicas sobre o fazer antropológico no campo da medicina e das áreas da saúde, no geral; possa ser substrato para o desafiador trabalho de despenalização e legalização do aborto em nosso país. Destaco e defendo a importância da lei de IVE no Uruguai, considero que ela não deve ser colocada em xeque, mas sim ampliada de acordo com as novas demandas sociais que aparecem no

⁵ Entendo que todas/os as/os profissionais de saúde que convivi são pessoas brancas, assim como a maioria das mulheres que acessavam o serviço enquanto usuárias embora eu não saiba como estas pessoas se autopercebem racialmente. A entrevista com o coletivo de mulheres afro *Mizangas* foi essencial para entender melhor as questões étnico-raciais no país. Apesar de existir nos formulários das pacientes uma parte a ser preenchida sobre a questão “raça”, geralmente não era perguntada à paciente sua autopercepção racial, e ou se colocava “branca” ou se deixava em branco.

⁶ O trabalho de campo realizado em 2021 só foi possível com a autorização da Universidad de la República e com as autoridades migratórias que aceitaram minha entrada no país por razão de trabalho.

⁷ Tanto no Brasil quanto no Uruguai a graduação em Medicina é longa e é comum que as pessoas se graduem com uma idade mais avançada. Entretanto, o que me chama a atenção nestes episódios é que parece ter existido, durante o trabalho de campo, um estranhamento em relação à minha autonomia como pesquisadora, e consequentemente alguém que questiona determinadas posições do campo, com tão pouca idade.

⁸ Entendo que meu corpo de mulher cis, branca, estudante de pós-graduação é lido de maneira diferente no Brasil e no Uruguai, até porque a noção de juventude no Uruguai é maior e dura mais tempo do que no Brasil para diferentes classes sociais. Estes estranhamentos que relato se deram em campo, onde as pessoas que possuem mais ou menos a minha idade, e que convivi, estão no máximo iniciando a residência em ginecologia, e possuem pouca autonomia em relação às hierarquias estabelecidas entre (R1, R2 e R3 residentes dos três anos) assim como dos docentes, e que eu, como antropóloga jovem, acabava por ter autorização e legitimidade por transitar entre elas.

contexto pós-legalização, ainda que entenda a dificuldade de pautar um tema envolto de moralidades em um tempo em que as forças conservadoras têm se articulado.

Nesta dissertação de mestrado apresento quatro capítulos. Minha escolha foi utilizar a ordem e a estrutura dos atendimentos de IVE (quatro consultas, em que cada um ou mais profissionais a atendem) para abordar os temas do meu trabalho de campo de acordo com as temáticas que surgiram nessas fases do atendimento.

Foram realizados dois trabalhos de campo: o primeiro em novembro de 2019, e o segundo no primeiro semestre de 2021, durante a pandemia da COVID-19. Quando pude voltar ao Uruguai em 2021, me pareceu evidente, e de alguma maneira surpreendente, o tabu em relação ao aborto. Embora soubesse que mudanças culturais demoram para ocorrer, e que mesmo no contexto de legalidade diferentes moralidades continuam em jogo, compreendi que o que conecta os temas que serão apresentados nesta dissertação é a ideia de que ainda há certo tabu em relação ao aborto voluntário, e ao segredo em torno dele. Isso será demonstrado ao longo dos capítulos. Uma das principais evidências desse tabu em relação ao aborto, que se mantém no cotidiano do atendimento até os dias de hoje, manifestou-se em como o termo IVE aparece em campo.

Utilizo aqui o termo IVE como sinônimo de aborto, não aquele espontâneo, involuntário, tampouco a experiência do aborto da época da ilegalidade: IVE se demonstrou, durante o trabalho de campo, um termo êmico que engloba todo o atendimento institucionalizado em saúde para a interrupção voluntária da gestação, explicitando como, a partir de uma experiência diferente, uma nova maneira de nomear é necessária. IVE é o termo utilizado, não somente pelos profissionais que atuam no serviço de saúde sexual e reprodutiva, mas também pelas próprias pessoas que vão às consultas: “vim fazer um IVE”, “este é meu segundo IVE”, por exemplo, são frases comuns incorporadas pelo vocabulário de quem passou por este evento. IVE, além de sinônimo de aborto, também é utilizado, de acordo com a etnografia realizada, como sinônimo das consultas que são chamadas IVE 1, IVE 2, IVE 3 e IVE 4. Elas são as etapas necessárias para que a pessoa tenha acesso ao atendimento, aos medicamentos para interromper a gestação, assim como para uma possível contracepção.

A primeira consulta (IVE 1), é uma consulta que não pude presenciar já que ela ocorre com o médico da família ou outro ginecologista ao descobrir a gravidez, geralmente após um exame de sangue. Por este motivo, neste primeiro capítulo, que chamo de IVE 1, retomo as discussões prévias à lei, seus desafios e a disputa dentro do papel dos médicos e profissionais

da saúde, dentro da academia e também na política institucional na aprovação e implementação da lei.

A partir da descoberta da gravidez indesejada, muitas mulheres procuram o hospital em que realizei a etnografia em 2019, seja porque já estão acostumadas a ir lá por outras questões de saúde, por ser um hospital de referência, ou porque preferem ir a um hospital maior onde ninguém as conhece, pois sentem que não haveria um sigilo em comparação ao serviço de saúde de seu bairro ou cidade. A maioria das mulheres que acompanhei nas consultas vinham de bairros periféricos da cidade de Montevideu, mas é expressivo o número de mulheres do interior do país, que viajam horas para acudir às consultas de IVE, seja buscando um anonimato ou porque não havia ginecologista não-objeto disponível para atendê-la em seu departamento de origem.

Entre a consulta IVE 1 e a IVE 2, que ocorre de fato no serviço em que participei das consultas, há uma entrevista com a obstetrix de manhã, na qual a situação socioeconômica e de saúde psicológica e física são avaliadas e descritas em um sistema de computador. Mais tarde há um assessoramento com a enfermeira, também do mesmo serviço, para então acontecer a IVE 2, a consulta com a equipe interdisciplinar composta por ginecologista, psicóloga e assistente social. Pude participar de mais de 50 consultas de IVE 2 com o consentimento das usuárias do serviço e dos profissionais, e os temas pertinentes a esta etapa serão tratados no capítulo 2, principalmente em relação ao papel da equipe interdisciplinar.

Na consulta IVE 3, que obrigatoriamente por lei deve ser no mínimo cinco dias após a IVE 2, trata-se da consulta depois dos dias de reflexão e que, portanto, a pessoa deve manifestar expressamente seu desejo de interromper a gravidez. Se ela mantiver essa posição, há o assessoramento sobre o medicamento, seu uso, quem vai acompanhá-la no dia, se há necessidade de internação - trabalho estes temas no terceiro capítulo. Também trago uma discussão sobre a medicação e o aborto através deste método.

Seguindo a ordem, a consulta IVE 4, também chamada de consulta de *controle*, é realizada em geral com a obstetrix⁹. Depois de aproximadamente dez dias do dia do abortamento, a paciente, com uma ultrassonografia já em mãos, é atendida para a discussão e colocação de um método contraceptivo que seria, segundo meus interlocutores profissionais da saúde, *mais eficaz*. Neste estágio da consulta de IVE, também não pude realizar trabalho de campo. Enquanto, durante o trabalho de campo de 2019, em um hospital público de referência, não consegui estabelecer um bom diálogo com a obstetrix responsável pelo

⁹Traduzo o termo utilizado no Uruguai *partera* (profissional esta que possui título universitário de *obstetra partera*) pela palavra obstetrix, que utilizamos no Brasil.

atendimento IVE 4, não podendo assim participar da consulta ou entrevistar a profissional; em 2021, durante a semana que estive no serviço da fronteira com o Brasil, não vi nenhuma pessoa com intenção de realizar a consulta IVE 4.

Essa consulta, segundo meus interlocutores, muitas vezes não ocorre, pois as mulheres que realizam o IVE não querem voltar ao serviço após o abortamento. Grande parte das discussões em relação à existência da lei e a responsabilidade dos profissionais de saúde considerarem que o serviço falhou são apresentadas no capítulo 4. Ela é uma consulta vista como chave pelos interlocutores, pois as mulheres podem voltar para realizar outro IVE, o que não é desejado pelos profissionais do serviço.

Neste mesmo capítulo, também discuto a questão dos implantes e outros métodos contraceptivos hormonais que se relacionam com atendimentos que etnografei, como a experiência das consultas de contracepção com mulheres que não interromperam a gravidez, mas que pude acompanhar com uma ginecologista durante o trabalho de campo em 2019. Também retomo entrevistas com profissionais de saúde que indicam a *reincidência* das mulheres, que acabam por realizar um segundo IVE, como uma falha do próprio sistema, onde a contracepção é tema central.

O argumento central presente nesta dissertação é que a legalização do aborto não acabou completamente com o tabu relacionado a ideia de “provocar um aborto”. Ao rever minhas anotações do campo e buscar sistematizar o material, tentei compreender como se dá a atenção em saúde, e fui notando de que forma esse tabu tem operado, e como o abortamento continua sendo lugar de disputa moral entre profissionais e mulheres que frequentam o serviço. A partir do diálogo com profissionais de saúde que atuam nos serviços de IVE no Uruguai, tentei interpretar como esse tabu continua operando no atendimento para a interrupção voluntária da gravidez e quais seus efeitos na atenção pública em saúde, onde as mulheres que frequentam o serviço são majoritariamente das classes populares.

Se por um lado os profissionais, da medicina principalmente, são vistos por seus colegas objetores de consciência¹⁰ como “aborteiros”, ou “médicos que fazem abortos” e recusam esse rótulo, pois reforçam que são ginecologistas e acompanham as mulheres em toda sua vida reprodutiva; por outro lado enfrentam dilemas no atendimento em relação à contracepção e à reincidência das que voltam mais de uma vez para realizar um IVE. Segundo os profissionais, se as gestações indesejadas continuam ocorrendo nas mesmas

¹⁰ A objeção de consciência é uma recusa em acatar ordens, leis ou realizar atos ou serviços, como por exemplo o aborto, que os médicos uruguaios possuem direito de acionar desde que informem ao Ministério de Saúde Pública, geralmente por razões éticas ou religiosas. Discutirei mais sobre este tema especificamente no item 1.3.

mulheres, trata-se de “uma falha de seu atendimento”. Os profissionais que atuam na ponta do serviço de saúde sexual e reprodutiva acabam por sentir mais fortemente o estigma de trabalhar com aborto também através da avaliação em relação ao que seria um bom serviço, ou seja, aquele em que o número de abortos diminui ano a ano, ou pelo menos não aumenta.

Embora seja inegável o avanço em termos de acesso a direitos reprodutivos no país principalmente em relação à atenção a saúde, esse tabu em relação ao aborto continua ocorrendo, até mesmo pela denominação IVE. Um dos sinais deste tabu, e da mudança de paradigma que ocorreu ao transformar a experiência do abortamento em um atendimento institucionalizado e interdisciplinar, é que hoje pessoas fazem IVE's, e não abortos. Estes últimos seriam experiências ocorridas antes da legalização, ou seja, em um contexto ilegal, ou quando acontecem perdas gestacionais involuntárias, enquanto IVE é a denominação das consultas, do processo completo do atendimento assim como a interrupção da gestação em si. Diversos trabalhos antropológicos se debruçaram sobre as maneiras de nomear, e nesta etnografia a sigla IVE não passou incólume.

Compreendo que o tabu tenha mudado com o passar dos anos desde a aprovação da lei, e também opera de maneira distinta entre diferentes serviços, dependendo dos profissionais que integram as equipes interdisciplinares, quais são suas perspectivas de direitos, se são serviços da capital ou do interior, se são hospitais, policlínicas, instituições privadas ou públicas, universitárias, localizadas em zonas centrais ou periféricas das cidades.

O tabu do aborto e o consequente estigma que sentem os profissionais de saúde que atuam nestes serviços é motivador de um sentimento de monitoramento que os interlocutores desta pesquisa relatam. No contexto *de fronteira*, em relação a seus pares médicos que alegam objeção de consciência; e no contexto do hospital de referência em Montevideu, em relação à diretoria do hospital, e também em algum nível no monitoramento do Ministério de Saúde Pública. As disputas e a sensação de monitoramento têm ocorrido principalmente quando estes postos são ocupados por agentes anti-direitos, como desde o início de 2020 com a nova gestão presidencial, de orientação de direita, e sua consequente indicação para o cargo de diretor do hospital, onde fiz campo, de um profissional com postura reacionária à política de saúde sexual e reprodutiva.

A consequência da sensação de monitoramento e avaliação, cabe destacar, enfatizada pelos interlocutores da pesquisa é tão diversa quanto os serviços de IVE no país. Esse

monitoramento acaba por refletir também no atendimento às mulheres e pessoas com útero¹¹, pois reforça, através da contracepção, o incentivo pelo uso de LARC, sigla em inglês para "Long-acting reversible contraceptives", o que em uma tradução livre significa "Métodos Contraceptivos Reversíveis de Longa Duração". Há uma expectativa de que essa pessoa não retorne ao serviço de saúde para interromper a gestação mais de uma vez, já que, se assim o faz, é vista como alguém que não consegue gerir bem sua sexualidade e no limite, uma ameaça à existência da política pública.

A equipe muitas vezes percebe esta pessoa como: a) alguém que não consegue gerir corretamente sua vida sexual, seja por falta de aconselhamento correto dos profissionais do serviço, que sentem que falham ao ver que uma mulher voltou para um segundo IVE, principalmente se o primeiro foi há pouco tempo; b) alguém que recebe a informação e aconselhamento dos profissionais, mas se nega e conseqüentemente será uma provável reincidente de IVE, já que muitas vezes é negligente em relação a sua própria saúde; c) uma pessoa em situação de precariedade, seja vítima de violência de gênero, alguém que por motivos maiores não consegue evitar uma ou mais gestações indesejadas.

O sentimento geral dos meus interlocutores é de falha caso uma gestação indesejada ocorra mais de uma vez, e a figura da reincidente, a que volta ao serviço de IVE, é vista como um problema que poderia ser evitado pelos próprios profissionais na maioria das vezes. Se, por um lado, é esperado que acidentes aconteçam no percurso da saúde reprodutiva das mulheres e que gestações inesperadas ocorram – e estes profissionais partem dessa *perspectiva de direitos*. Por outro lado, porém, quando isso ocorre mais de uma vez, a equipe demonstra sentir esse segundo IVE como uma falha coletiva dos profissionais, o que se desloca de outros fatores sobre a vida sexual dessas pessoas, que os profissionais não podem acessar.

O tabu do aborto, por fim, aparece em campo também na fala de alguns interlocutores ginecologistas que trabalham no serviço de IVE, pois não sentem que *fazem abortos*, mas que *prescrevem um medicamento*, o que demonstra a centralidade do misoprostol enquanto fármaco que abriu diálogo com profissionais de saúde. É possível afirmar que sem a presença do misoprostol, provavelmente grande parte dos ginecologistas que trabalham nos serviços de IVE alegariam objeção de consciência. Portanto, o misoprostol, usado conjuntamente com a mifepristona, assegurou a existência da política pública, pois foi através do aborto

¹¹ Emprego o termo "pessoas com útero" na dissertação para ressaltar que a experiência do abortamento não é restrita aos corpos de mulheres cisgênero, mas que ocorre também em corpos de pessoas não-binárias e transgênero, embora minhas interlocutoras em campo tenham sido todas mulheres cis.

medicamentoso, auto-administrado pela própria pessoa que vai interromper a gestação, na maioria das vezes longe do ambiente hospitalar, que a lei se tornou na prática mais palatável para muitos médicos que se negariam a realizar aspirações intra-uterinas ou curetagens.

Outro argumento importante, que chego através das análises das entrevistas e etnografia, são as moralidades ligadas ao desenho da política. É como se existisse um perfil de mulher atendida que possui maior legitimidade para acessar o serviço do que outras. Isso não significa que outras mulheres são impedidas de realizar o IVE, ou que necessariamente passam por situações de constrangimento, até porque isso difere totalmente em relação ao serviço que a pessoa acessou e quais profissionais lhe atenderam. Mas o que quero enfatizar é que a lei é desenhada com o apelo público de uma mulher ideal a ser atendida, considerando que muitas vezes os próprios médicos objetores não alegariam objeção em seus casos, porque são mulheres que estão em situação de maior vulnerabilidade social, principalmente se pertencem às classes populares, se estão desempregadas, e se já são mães, muito jovens ou muito velhas para a maternidade, em suma, em situação de precariedade, nos termos de Butler (2006). Assim, demonstro ao longo dos capítulos como a interrupção dessa nova gravidez, quase que por consenso, é moralmente permitida de ser interrompida, e vai obter apoio integral dos profissionais do serviço.

Essa noção, uma mulher comum com características que ressaltam as precariedades as quais vive, foi necessária para construir um apelo à opinião pública para que uma ideia de vítima fosse mobilizada e o direito ao aborto fosse conquistado no Uruguai. Para isso, utilizo o conceito de *vítima pública*, uma ideia que, além de permear a conquista do direito ao aborto como lei, também acaba por permear os serviços de saúde sexual e reprodutiva, pois quanto mais próxima a pessoa demonstrar ser, em seu discurso, do ideal de vítima pública, melhor será a garantia do seu direito ao IVE.

Se por um lado, a noção de vítima aparece na bibliografia como importante para as conquistas de movimentos sociais em relação à demandas de reparação histórica e direitos humanos, utilizo o adjetivo *pública* vinculado à noção de vítima, pois o Estado é apontado como cúmplice das mortes maternas decorrentes de aborto inseguro no contexto de ilegalidade no Uruguai, assim como das precariedades em que estas mulheres vivem. Dessa forma, o direito ao abortamento e à contracepção são demandas consideradas justas para estas mulheres. Quanto mais próxima for a postura de alguém que vai ao serviço buscando um IVE em relação ao ideal de vítima pública, mais fácil o diálogo entre paciente e profissionais de saúde se dará.

O conceito de vítima pública está diretamente vinculado a noções de maternidade, sexualidade, família, direitos das mulheres e pobreza. Ainda que tenham existido casos específicos de vítimas mobilizadas pelos meios de comunicação, como o de María¹², que não teve acesso ao seu direito mesmo após a legalização, pois o responsável pela gravidez moveu uma ação judicial contra ela para que não abortasse porque ele se encarregaria do filho. A noção de vítima pública que mobilizo neste trabalho tem mais a ver com as noções ideais de uma vítima que deve ter acesso ao direito de interromper a gestação do que necessariamente uma pessoa específica, como no caso da Lei Maria da Penha que mobilizou noções de sofrimento e reparação a partir de um caso particular.

Isso demonstra um senso de moralidade que permeia os atendimentos e acaba por valorizar especialmente a maternidade das que já são mães e, justamente por isso, vão realizar um IVE. Moralidade esta que também está presente no que descrevi há alguns parágrafos, sobre a gestão da sexualidade da mulher que reincide no serviço de IVE, e volta para interromper a gestação mais de uma vez.

Em relação à contracepção, que se eficaz garantiria o não-retorno de mulheres com gestações indesejadas ao serviço, ela compõe um conflito entre a visão dos profissionais, principalmente médicos ginecologistas, e usuárias do serviço de saúde. Mulheres e pessoas com útero *manuseiam* suas práticas contraceptivas de acordo com o momento de suas vidas, pois são vários os fatores que fazem com que continuem utilizando métodos como a pílula anticoncepcional, o preservativo e o coito interrompido. Essas negociações se dão, para além do ato sexual, também no espaço da clínica médica, e dependem de questões emocionais, sociais, assim como de poder entre as relações estabelecidas.

Sobre o trabalho de campo

Planejar um trabalho de campo sempre é desafiador, mas planejar meu segundo trabalho de campo no Uruguai durante a pandemia e com um aumento do número de casos de COVID-19, lá e no Brasil, foi especialmente difícil. Sinto que quando embarquei para o Uruguai, no dia de 18 de março de 2021, um ano após o início da pandemia na América do

¹² Utilizo na dissertação pseudônimos ao referir-me aos meus interlocutores por uma questão de segurança e ética. Aqui, me refiro ao episódio ocorrido no início do ano de 2017. María cumpria todos os requisitos para realizar um aborto legal no Uruguai, mas não conseguiu realizá-lo pois o homem com quem saía apresentou um *amparo judicial*, alegando que tinha dinheiro suficiente para manter seu filho e que ela não poderia realizar o aborto. “Isso aconteceu enquanto o prazo máximo estabelecido pela lei para que Maria fizesse o aborto legal corria e o limite de 12 semanas de gravidez se aproximava, até que uma juíza a proibiu de abortar. Um dia antes do prazo acabar, Maria sofreu um aborto espontâneo devido ao alto stress da repercussão do seu caso em todo o país” (Wahl, 2019).

Sul, saía de uma terra arrasada onde ia deixando pra trás algo que dava sinais de se desmornar e não sabíamos quem seriam os que morreriam, mas tínhamos estimativas de que milhares perderiam suas vidas em pouco tempo, o que de fato ocorreu.

Ao chegar em Montevideú me lembro de ver os professores sendo vacinados como grupo prioritário no Uruguai, e os profissionais de saúde estavam esperando as doses da vacina da Pfizer para poderem iniciar a vacinação. Percebi que comemorar a vacina, tirar foto e celebrar a vida como nós brasileiros fizemos em 2021, parece ter sido algo único: quando existe o direito a se vacinar, como no caso dos uruguaios onde havia vacinas para todos, talvez o questionamento em relação à vacinação apareça de maneira mais presente que no Brasil, onde se vacinar, nos primeiros meses, era um item raro e celebrado um a um. Essa desconfiança em relação à vacina era evidente por várias pessoas com quem convivi no Uruguai e que decidiram esperar para se vacinar, não se vacinaram ou não levaram seus filhos a se vacinar, por desconfiança da vacina. Enquanto isso, pensava que, no Brasil, a vacina ainda era um item para poucos, restrito praticamente a pessoas brancas, longevas e profissionais de saúde, e nos primeiros meses de vacinação no Brasil cada dose foi comemorada coletivamente como uma vitória.

Apesar das impossibilidades que já sabia que encontraria na pandemia – dificuldade de acesso às consultas, ao espaço hospitalar, entre outros –, a curiosidade sobre o que eu fazia ali como brasileira fez com que eu compartilhasse brevemente minha pesquisa e conseguisse conversar com as pessoas. Pratiquei o que uma antropóloga sabe e gosta de fazer: ser uma boa ouvinte e estar atenta aos movimentos que acontecem em um momento tão peculiar como o de uma pandemia, principalmente em um momento de recrudescimento do isolamento e grande quantidade de mortes.

A partir destes comentários, entendi que o caminho das fofocas era um desenho possível de pesquisa. Para Cláudia Fonseca (2000), em seu livro “Família, fofoca e honra: etnografia das relações de gênero e violência em grupos populares”, a autora destaca que a fofoca envolve “o relato de fatos reais ou imaginados sobre o comportamento alheio (...) ninguém se considera fofoqueiro, mas todo mundo concorda em dizer que há fofoca constantemente na vizinhança” (p.27). Concordo com a autora em suas reflexões antropológicas de utilizar-se deste caminho para compreender relações e tensões que aparecem em campo, mas em relação ao tema do aborto especificamente, percebo que as fofocas aparecem de uma forma diferente, já que as histórias de aborto são envoltas de segredos sobre quem fez e como fez, ainda que esta experiência tenha ocorrido dentro da legalidade.

Quando realizei o campo no início de 2021 o sistema de saúde se encontrava voltado para a pandemia de COVID-19 e muitas pessoas deixaram de se consultar por receio de não haver consultas em outras áreas, já que o acesso aos hospitais e clínicas era controlado. Foi bem mais difícil adentrar novamente o espaço das consultas de IVE, onde realizei o primeiro trabalho de campo com os profissionais da equipe de saúde sexual e reprodutiva em 2019, apesar do serviço em si nunca ter deixado de atender a quem buscava por interrupções da gravidez durante a pandemia. Se em 2019 pude frequentar o serviço de saúde sexual e reprodutiva em um hospital de referência em Montevideu, isso não ocorreu em 2021.

Entre as conversas com amigos e conhecidos, uma rede de pistas se formou. A primeira delas aconteceu logo quando cheguei na casa onde fiquei por um mês em Montevideu no primeiro trabalho de campo, antes da pandemia, quando fui recebida com um churrasco pelos colegas da casa. Ao contar sobre meu tema de pesquisa, Amelia, uma moça jovem com quem morei durante o trabalho de campo entre novembro e dezembro de 2019, psicóloga e feminista, me disse que muitas das suas amigas não fazem abortos pelo sistema de saúde, porque acreditam ser uma violência contra a mulher ter que esperar cinco dias e se submeter a tantas consultas para conseguir a medicação. Era meu primeiro dia em campo e eu lembro de ter deixado guardada essa informação para depois conseguir entendê-la melhor.

Um ano e meio depois, já durante a pandemia, relato uma segunda conversa, agora no meu segundo trabalho de campo, em outra casa em Montevideu, com Laura e Mercedes, irmãs de cinquenta e sete e setenta anos respectivamente. Durante uma conversa informal sobre meu trabalho, Laura diz a Mercedes que eu estudo a lei de aborto, e comenta que havia me contado sobre o aborto que sua sobrinha, filha de Mercedes, tinha feito recentemente. Mercedes, apesar de sentir vergonha de falar sobre o tema comigo, entendeu que era um espaço seguro, mas quem realmente queria comentar e expressar sua opinião foi a irmã, Laura. Ao descrever como se faz um aborto hoje em dia no Uruguai me diz que elas chegaram a conclusão que se trata de um método *medieval*, pois é horrível sofrer por horas tanta dor, e ainda ter que ver *aquilo* sendo expulso.

Elas comparam essa experiência que a sobrinha/filha viveu, e a experiência delas antigamente. Para ilustrar melhor, me contam da experiência de aborto de Laura, durante a ditadura militar, quando elas eram jovens em um outro Uruguai.

Laura quando me conta sobre o episódio me diz “*tengo tres abortos*”. É curioso que ela não *teve*, não *fez*, não *sofreu* três abortos, mas de alguma maneira ela ainda tem em seu corpo e em sua língua, na maneira que conjuga o verbo *ter*, os abortos consigo. O primeiro deles ela fez no Uruguai, os outros dois em Nova Iorque, nos Estados Unidos, quando viveu

lá. Das três experiências sem dúvida a do Uruguai foi pior, pois estava fazendo em uma clínica ginecológica em um contexto de ilegalidade, enquanto nos Estados Unidos foi atendida pela *Planned Parenthood* e teve acesso a um acolhimento que em sua primeira interrupção não teve. Mesmo contando sobre aquele médico “que dava medo”, daquela clínica bonita em frente ao hospital militar e da ironia de abortar em um lugar onde tanta gente circulava em um bairro nobre da capital uruguaia, Laura ainda afirma que hoje em dia o aborto no Uruguai é feito de uma maneira *medieval*.

Provavelmente ela e outras mulheres de sua geração de classe média ou classe média alta, realizaram diversos abortos em contexto de ilegalidade através de médicos bem-conceituados, em clínicas bem localizadas, panorama semelhante ao de muitas mulheres brasileiras hoje em dia.

Mas no Uruguai de hoje existe uma outra política pública, que esse trabalho tenta analisar de maneira múltipla. Aqui, tanto o relato de Amélia, quanto o de Laura têm em comum, apesar de serem mulheres de gerações distintas, a origem de classe social semelhante. Seja por motivações de discurso feminista ou não, as classes altas, que sempre abortaram de maneira segura – ainda que não necessariamente implique em um episódio de suas vidas que tenha sido tranquilo –, parecem se incomodar com como agora há mais entraves dentro da legalidade: cinco dias de reflexão; consulta com psicólogo; assistente social e ginecologista; consulta de controle pós-abortamento. O adjetivo *medieval* na conversa se refere também ao fato de que a maioria dos abortos no Uruguai acontecem através da combinação de mifepristona e misoprostol, geralmente feitos em casa, longe do ambiente hospitalar e dos profissionais de saúde, e implicam na visualização da expulsão do embrião, o que analisarei melhor nos capítulos finais da dissertação.

De acordo com Rostagnol (2015, p.171), o corpo do aborto é um território de disputa da noção de pessoa. O corpo não é somente o lugar onde objetivamente se produz o aborto, mas onde também ele é experienciado e percebido. Pode-se pensar também como esse corpo é atravessado pela experiência de diversas consultas no hospital ou policlínica, pelo menos duas ultrassonografias, entrevistas com obstetrix, enfermeira, ginecologista, assistente social e psicóloga. É um corpo submetido a exames diversos e que, por fim, experimenta o momento do abortamento de maneira distinta que em outros países: ao utilizar o misoprostol, são “obrigadas a ver o que expulsaram diferentemente daquelas que abortaram por métodos cirúrgicos [...] existe uma entidade material observada diretamente. Aparece uma relação entre a nomeação” (ROSTAGNOL, 2015, p.165). Essa nomeação perpassa a representação do “produto” que é abortado, segundo as entrevistas realizadas pela autora: “a coisa”, “isso”,

“o coágulo”. São nomes que também aparecem nas consultas IVE 2 e IVE 3, durante meu trabalho de campo, quando as pacientes querem sanar suas dúvidas sobre o procedimento ou, para aquelas que vão realizá-lo mais uma vez, comentar o que viram e como vivenciaram seu último IVE.

Além do caminho das conversas informais, utilizei o método bola de neve (BECKER, 1993) para conseguir mais profissionais interessados a falar sobre a lei de IVE, através dos contatos dos profissionais de saúde com os quais eu havia tido contato no primeiro trabalho de campo, em 2019. Foram eles que me indicaram outros profissionais para serem entrevistados, o que eu fiz durante o isolamento social no Uruguai, através de plataformas como Zoom e Google Meet.

A questão sobre quem vai ver a expulsão, por exemplo, aparece nas entrevistas que realizei com diversos ginecologistas, durante o trabalho de campo em Montevideu, e em uma cidade de fronteira com o Brasil, assim como em entrevista realizada por vídeo-chamada com um ginecologista de uma cidade que faz fronteira com a Argentina – onde não pude realizar o trabalho de campo pelo contexto sanitário da pandemia. Durante as entrevistas, alguns médicos me disseram que não sentem que *fazem* abortos, mas que *receitam medicamentos*, o que implica dizer que quem faz os abortos aqui são as mulheres, o que eu discuto principalmente partir do capítulo 3.

Esta dissertação aborda a lei nº 18.987/2012, que regula e descriminaliza a interrupção voluntária da gravidez, com alguns requisitos, no Uruguai, através de uma etnografia do atendimento em um hospital de saúde da mulher em Montevideu, assim como de em serviço de saúde sexual e reprodutiva na fronteira com o Brasil. Meu intuito inicial foi compreender como a mudança na legislação se articula com percepções sobre direitos sexuais e reprodutivos, gênero, raça, sexualidade e família dos profissionais de saúde no serviço de saúde sexual e reprodutiva, estes que são responsáveis pelo atendimento às mulheres que desejam abortar. Ainda que estes marcadores sociais da diferença sejam base norteadora das análises que aqui descreverei, a percepção de que o tabu do aborto se mantém, apesar da legalização do ato, faz com que as dinâmicas nos serviços de saúde sexual e reprodutiva sejam voltadas para o não-retorno dessas mulheres que buscam a interrupção da gestação.

Durante meu primeiro trabalho de campo, entre novembro e dezembro de 2019, acompanhei a prática de uma médica ginecologista em um hospital público que é referência em saúde da mulher em Montevideu, e etnografei o cotidiano da equipe do serviço de saúde sexual e reprodutiva com autorização do chefe da clínica, dos profissionais, assim como das pacientes. Acompanhei a médica Daniela durante as consultas de IVE, também nas consultas

de contracepção, a IVE 4 – onde se retiram e colocam dispositivos anticoncepcionais em mulheres diversas, que não estão realizando a interrupção da gravidez, mas que desejam evitá-la –, além de estar nos intervalos entre as consultas com as enfermeiras, obstetrias, e outros ginecologistas. Também participei de consultas de IVE 3, em que é obrigatória a presença de assistentes sociais e psicólogos, os quais demonstravam grande interesse em minha pesquisa e tive, no geral, bom relacionamento com estes interlocutores. Naquele momento, tive autorização do diretor da clínica para conhecer o serviço, e me apresentei como antropóloga para que me autorizassem presenciar as consultas e o cotidiano do serviço de saúde. A cada nova paciente me apresentava novamente, assim como minha pesquisa, e perguntava se minha presença era autorizada e, caso fosse, acompanhava o atendimento. As entrevistas e as conversas informais, além das histórias que contarei, todas com nomes modificados tanto dos profissionais quanto das mulheres que acudiam ao atendimento, são o que há de mais constitutivo nesta etnografia.

Embora meu foco tenha sido os profissionais que trabalham no serviço de saúde, também estive algumas vezes na sala de espera e na ala de internação, acompanhando mulheres que desejavam interromper a gravidez. Também entrevistei algumas residentes dessa mesma clínica, e os movimentos sociais que tiveram um papel-chave tanto no desenho, quanto na implementação da política pública. Pude etnografar um evento no Ministério de Saúde Pública sobre o que havia sido feito no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, um balanço de ganhos e desafios para um próximo mandato. Isto ocorreu durante o primeiro trabalho de campo, enquanto acontecia também o segundo turno das eleições presidenciais e a posterior vitória da coalizão de direita depois de três mandatos da *Frente Amplio*, frente de orientação de esquerda que promoveu diversas reformas que têm relevância no contexto de produção desta pesquisa.

Esta dissertação foi escrita em sua maior parte durante a pandemia da COVID-19. O contato com os colegas, as disciplinas de maneira presencial, as trocas dos congressos e os trabalhos de campo são parte importante desta dissertação de mestrado. Nesse trabalho de campo realizado meses antes da pandemia, em que o material foi discutido no exame de qualificação, eu imaginava que a grande mudança entre um primeiro campo e segundo seria a mudança de governo no Uruguai, fruto do crescimento das forças políticas de direita na América Latina, e não uma pandemia que impactou o mundo.

No segundo trabalho de campo, realizado entre abril e agosto de 2021, um ano depois do previsto, ocorria o início da vacinação no Uruguai, nos meses onde o país alcançou marcas

de um número de mortes pela doença muito alto, sendo um dos países com maior número de mortes a cada 100 mil habitantes no mundo.

Com a baixa no número de mortes e aumento da vacinação no Uruguai e no Brasil, o trabalho de campo se fez por chamadas de vídeo, mas também por entrevistas presenciais. Nestes encontros havia uma desconfiança por parte dos profissionais com o contato comigo, mas por se tratar de pessoas que nunca pararam de trabalhar presencialmente nos serviços de saúde durante a pandemia, entendi que a desconfiança que o vírus nos trouxe em relação ao contato presencial se dava por eu ser uma pesquisadora brasileira, estrangeira, ou pelo menos alguém *de fora* do cotidiano do serviço, que não pude acessar presencialmente em Montevideu por conta da pandemia. Quando comecei o segundo trabalho de campo, em março de 2021, o Uruguai mantinha as fronteiras fechadas há um ano e havia um controle rigoroso de quarentena pois, como a situação epidemiológica foi bem controlada dentro do país, o vírus geralmente vinha com as pessoas que estavam no exterior.

Mesmo tendo visitado e vivido no Uruguai por alguns períodos da minha vida, foi durante o início de 2021 que senti que ser brasileira simbolizava, para algumas pessoas, de alguma maneira, *carregar o vírus* da COVID-19. A *variante brasileira*, ou seja, a noticiada variante P1 no Coronavírus, que havia deixado Manaus em um estado de calamidade, era noticiada amplamente nos meios de comunicação na época e associada à minha presença quando as pessoas descobriam, por algum motivo, minha nacionalidade durante a vida cotidiana no país. Entre trâmites burocráticos para conseguir me vacinar, alugar um espaço ou ir ao supermercado, experienciei ser um corpo que potencialmente *porta o vírus* por minha nacionalidade, o que foi uma situação nova para mim.

Durante esse momento de extremo medo e do aumento do número de casos e mortes, ainda havia no Uruguai a ideia que o vírus vinha do exterior, e as pessoas de outros países eram as que transmitiam a doença, o que depois de alguns meses acabou por dissolver-se com a alta vacinação e a diminuição dos casos. Enquanto isso, realizei entrevistas à distância e o fato de estar no Uruguai me ajudou a conseguir desenvolver estes contatos que eram difíceis enquanto eu estava no Brasil. Nos contatos presenciais, novas técnicas do corpo foram sendo desenhadas: as maneiras de cumprimentar-se mudaram, usamos máscaras, tivemos encontros em lugares abertos e tentamos mitigar os perigos desses encontros quando o número de vacinados era alto e conseqüentemente o número de casos de covid-19 era baixo.

O trabalho de campo se deu em contexto hospitalar, nas policlínicas, com os médicos e residentes da *Universidad de la República*, em duas cidades, na capital, Montevideu, e em uma cidade de fronteira com o Brasil. Porém, diferentemente do que ocorreu no fim de 2019,

não pude acompanhar os atendimentos de IVE junto com a equipe de saúde em Montevideu por questões sanitárias, exceto por uma semana no serviço de saúde sexual e reprodutiva na cidade de fronteira. O trabalho de campo de 2021 se deu majoritariamente através de entrevistas, assim como em conversas informais pela rede de contatos que criei em Montevideu.

Durante o trabalho de campo notícias de mortos, seja por COVID ou não, apareciam no cotidiano no Uruguai e no Brasil. No mês de abril de 2021, quando eu recém terminava minha quarentena no Uruguai e minha família terminava a infecção de COVID que os atingiu, mais gente morreu que nasceu no Brasil, e tantos conhecidos e desconhecidos se foram. Nesse segundo trabalho de campo, os ginecologistas e residentes estavam concentrados nos casos de grávidas e puérperas internadas com COVID-19 em caso grave, ainda em choque de ver tanta gente jovem sofrendo de uma nova doença que em 2020 pouco atingiu o Uruguai, mas que no Brasil já conhecíamos bem.

É difícil descrever a diferença entre mundos sendo uma antropóloga que viveu a pandemia no Brasil e viveu a pandemia no Uruguai. Vi meu entorno uruguaio se vacinando enquanto eu não podia me agendar por ser estrangeira, vi vários uruguaiois próximos de mim podendo e se negando a vacinar enquanto a vacina estava longe de chegar para tanta gente em meu país. Entre trâmites de entrada em um país de exceção no mundo, de vacinação rápida – ainda que visando políticas neoliberais – e um país onde a necropolítica se deu explicitamente em massa. Entre gestões da vida e da morte, escrevi este trabalho. É difícil separar o mundo onde vivo e o que eu escrevo.

Coincidência ou não, o segundo trabalho de campo acaba no dia em que tomo minha segunda dose da vacina em Montevideu, no Uruguai, depois de um longo processo burocrático de ansiedade e espera pela minha vez.

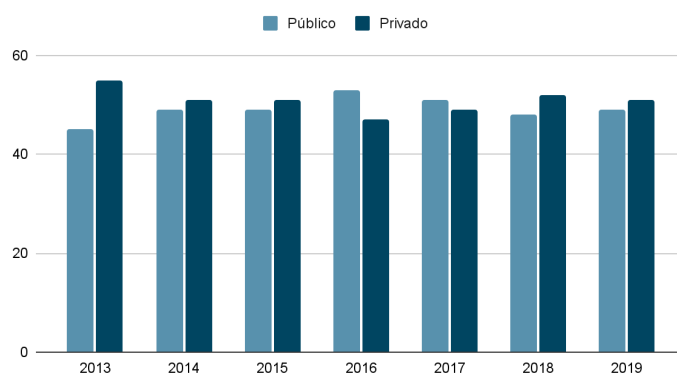
Sobre o sistema de saúde no Uruguai

O Uruguai opera o sistema de saúde de maneira diferente do Brasil, apesar de também existirem entes públicos e privados. Até o ano 2005, o Estado uruguaio através do Ministério de Saúde Pública (MSP) e a *Administración de Servicios de Salud del Estado* (ASSE), administravam a atenção em saúde para a população de menores recursos econômicos, e deixava nas mãos do setor privado o atendimento dos grupos que tinham capacidade de pagar pela atenção em saúde (SOLLAZZO et al., 2011, p.2830).

ASSE é o prestador de saúde que ainda nos dias de hoje atende a população com menores recursos econômicos no país, e conta com aproximadamente 37% do total de filiados no sistema de saúde¹³, ou seja, a saúde pública atende apenas uma minoria em relação a população uruguaia. O que ocorre em relação à saúde pública no Uruguai é muito diferente do Brasil, onde segundo dados do IBGE de 2018¹⁴, aproximadamente três quartos da população no país é atendida exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Em relação ao IVE especificamente, apesar de somente 37% da população utilizar os serviços de saúde pública, aproximadamente metade dos IVEs são realizados no setor público, segundo dados do Ministério de Saúde (URUGUAI, 2021, p.10), que exemplifico no gráfico abaixo:

Gráfico 1: % de consultas IVE 3 por prestador de saúde



Adaptação gráfica dos dados do Ministério de Saúde Pública, Uruguai, 2021

No setor público, além dos prestadores de ASSE, existem outros prestadores como o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da *Universidad de la República*, o Hospital das Forças Armadas, *Sanidad Policial*, entre outros, além dos serviços médicos de cada uma das 19 *intendencias* do país¹⁵. Já no setor privado, as *Instituciones de Asistencia Médica Colectiva* (IAMC), são as principais entidades do sistema e funcionam como seguradoras e prestadoras de serviços, sendo organizações sem fins lucrativos, e em sua maioria propriedade cooperativa de grupos médicos (SOLLAZZO et al., 2011, p.2830). São

¹³ Dados consultados na plataforma *A tu Servicio* do Ministério de Saúde Pública do Uruguai, <https://atuservicio.msp.gub.uy/>. Acesso em 12/04/2022.

¹⁴ Relatório da POF (Pesquisa de Orçamentos Familiares) 2017-2018, IBGE 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101886> . Acesso em 12/04/2022.

¹⁵ O Uruguai é dividido por departamentos, onde existem as *intendencias* departamentais, organismos do executivo encarregados de cada departamento do país. As *intendências* também oferecem serviços de saúde pública.

conhecidas como *mutualistas*, já que contam com financiamento misto. Além disso, existe um setor de seguros privados que cobre aproximadamente 5% da população de maiores recursos econômicos, garantindo muitas vezes, inclusive, tratamentos fora do país.

A partir de 2005, quando ganha a presidência a coalizão de esquerda da *Frente Amplio*, se inicia uma reforma sanitária que visa modificar o modelo de gestão, atenção em saúde, mas principalmente de financiamento, o que culmina na lei nº 18.211 de 2007 que institui o *Sistema Nacional Integrado de Salud* (SNIS), e que busca justiça distributiva em relação ao financiamento em saúde que assegure aos usuários equidade, solidariedade e a sustentabilidade do sistema (SOLLAZZO et al., 2011, p.2831).

As mudanças no modelo de saúde coletiva no Uruguai se deram pelo modo de financiamento, já que o SNIS é financiado através de um fundo público, o *Fondo Nacional de Salud* (FONASA). Com a criação do FONASA, tanto o Estado (através da arrecadação de impostos), e as empresas, quanto os trabalhadores contribuem para o fundo, que financia ASSE (principalmente para população de menores recursos), assim como as instituições de assistência médica coletiva, as *mutualistas*. Os usuários que possuem empregos formais contribuem para o fundo de acordo com seu salário e existe livre escolha sobre qual prestador de saúde quer se filiar. Ao escolher uma *mutualista*, ou até mesmo a saúde pública (ASSE), é necessário que você se inscreva e se torne um membro associado, e não há como ser usuário de saúde pública e da mutualista ao mesmo tempo, como no Brasil onde podemos possuir um plano de saúde e utilizar o SUS simultaneamente.

Trago um panorama geral sobre o sistema de saúde no Uruguai para pontuar que os trabalhos de campo realizados foram majoritariamente em serviços de saúde pública (ASSE), onde uma minoria da população uruguaia frequenta, onde estão as pessoas de menores recursos econômicos e sem emprego formal na maioria das vezes.

Quando realizei o trabalho de campo no ano de 2021, estive em uma cidade da fronteira com o Brasil, e lá havia uma peculiaridade pois o serviço era misto, o serviço de interrupção voluntária da gravidez, IVE, se dava em uma policlínica de ASSE, ou seja, pública, mas isso ocorria pois existia uma terceirização das mutualistas em relação a este serviço, que concediam trabalhadores como assistentes sociais, psicólogas, obstetrites e enfermeiras como contrapartida para que o serviço atenda também suas usuárias.

Destaco que o país é o segundo da América latina em maior número de profissionais médicos por habitante, perdendo somente para Cuba. No Uruguai a cada mil habitantes existem cinco médicos (OPAS, 2019), no Brasil são apenas 2,4 médicos (SCHEFFER et al., 2020), apesar das expressivas diferenças regionais.

Capítulo 1 - IVE 1 – A lei

1.1 O caminho até a aprovação, a construção dos serviços e a noção de vítima pública

É sexta-feira de manhã, dia das consultas de IVE 2, e estamos os quatro, ginecologista, assistente social, psicóloga e eu, em uma sala pequena, sem janelas, com uma mesa, um computador, diversos papéis, carimbos e as fichas das pacientes que vão entrar no consultório em alguns minutos. Estamos em Montevideu, em um hospital de referência em saúde sexual e reprodutiva, em 2019. Trata-se de um hospital público e grande que mescla uma arquitetura antiga com partes que parecem ter sido reformadas recentemente. Este hospital atende mulheres de todo o país, além de abrigar duas clínicas de ginecologia vinculadas à Faculdade de Medicina da UdelaR. Os corredores são extensos e cheios de consultórios, no segundo andar, no fundo do corredor está o serviço de saúde sexual e reprodutiva que é pequeno: são alguns consultórios, um banheiro, uma balança, uma impressora e a copa onde os profissionais tomam mate, café, assistem a televisão enquanto esperam seu turno com os colegas.



Copa onde convivem os profissionais de saúde do serviço de saúde sexual e reprodutiva de Montevideu. Destaque para a garrafa térmica, brinde que leva a marca de anticoncepcional oral da Bayer, Yaz. (Foto da autora)

Antes da consulta IVE 2, nos preparamos para o seguinte atendimento olhando as fichas das pacientes antes que elas entrem na sala: seu histórico médico está em papel, mas também no sistema de computador exclusivo para casos de interrupção da gestação – só os profissionais que atuam nos serviços podem acessar. É hora de olhar o histórico da próxima paciente, Catarina: ela tem quatro IVEs, quatro vezes já havia passado por ali para interromper a gravidez em poucos anos de lei e para os profissionais isso significa que algo de muito errado estava acontecendo.

Entre as diferentes mulheres, e suas distintas histórias que entram no consultório, Catarina entra visivelmente abalada para sua quinta interrupção voluntária da gravidez. Me apresento como antropóloga do Brasil realizando uma pesquisa, e ela consente sobre minha presença. Sofria violência psicológica de seu marido, já tinha uma filha de 20 anos que sabia da gravidez e inclusive a apoiava na decisão de interrompê-la. Conta tudo que já passou, vendo aquela consulta como um espaço de acolhimento onde podia contar que estava sofrendo. Ele a obrigava a ter mais um filho. Havia decidido que era uma situação de violência mas precisava de um emprego, alguma maneira de reconstruir sua vida sem aquela pessoa que a privava de liberdade: ela já tinha, inclusive, uma medida protetiva contra ele. Quando Catarina levanta da cadeira no fim da consulta agradece os profissionais e olha diretamente para mim: *“ojalá no tengas mala impresión de este país”*, referindo-se a situação de violência que vivia com seu marido. Eu nego, digo que nunca pensaria isso. Ela, antes de eu poder falar algo mais, me diz: *“viste que las leyes acá están buenas... ¿las tienen allá?”*. Digo que não.

Foi no início dos anos 2000 que se apresentaram outros atores interessados em promover a despenalização do aborto além dos movimentos feministas no Uruguai. A partir deste período se somaram à luta alguns integrantes de partidos políticos que eram a favor da despenalização do aborto. Discursos de especialistas, principalmente do âmbito médico e judiciário, eram os que tinham maior peso, apareceram muitos casos de médicos, que também eram legisladores, e que estimularam o tema na agenda política, atuando como formadores de opinião para a sociedade uruguaia (JOHNSON et al., 2011).

Em 2001, cresce o número de mortes maternas¹⁶ vinculadas ao aborto inseguro, relacionadas com uma crise econômica que aumentou a exclusão social. Frente a isso, em um hospital público de referência em saúde da mulher, e vinculado à Faculdade de Medicina da

¹⁶ Mortalidade materna, ou morte materna é o termo que faz referência a um indicador de saúde em relação às complicações ligadas ao ciclo gravídico puerperal. Ela ocorre quando há morte de uma pessoa durante a gestação ou até 42 dias após o término desta e ocorre na maioria das vezes nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2007).

UdelaR, uma equipe de profissionais de saúde, residentes em ginecologia e professores, tentam levar a cabo ações a fim de evitar ou minimizar os riscos do abortamento inseguro. Na área de Ginecologia e Obstetrícia da universidade existem três clínicas, cada uma possui professores titulares e residentes, que também são pesquisadores e atuam na saúde pública, seja no hospital universitário ou em um hospital materno-infantil de referência em Montevideu – este onde fiz meu primeiro trabalho de campo. É relevante destacar que grande parte dos entrevistados e o próprio serviço de IVE dentro do hospital de referência que cito, são de alguma maneira vinculados a uma das clínicas de ginecologia da universidade, inclusive os profissionais que atuam no interior do país. Uma delas, que desenvolveu grande parte da política de IVE atual, é um polo de formação progressista dos novos médicos ginecologistas do país, desde uma perspectiva de ampliação de direitos sexuais e reprodutivos em contraposição às outras clínicas, onde grande parte dos profissionais se declaram objetores de consciência.

Faúndes (2016) considera a atitude tomada por estes profissionais da saúde que impulsionaram a criação da lei como um exemplo e incentivo para que os profissionais *deixem de ser parte do problema e comecem a ser parte da solução*. É importante destacar esta frase, já que trata-se de um lema muito difundido pelos profissionais engajados na legalização do aborto no Uruguai, inclusive os entrevistados para esta pesquisa.

Naquele momento parte da equipe médica da faculdade, observando diversas complicações de abortos realizados, começa a tentar reduzir o risco de abortos inseguros e transformá-los em abortos de baixo risco. Para isso fala-se sobre os riscos de determinados tipos de aborto (ingestão de chás, ou outras substâncias, assim como os perigos de métodos que perfurem o útero) e são fornecidas informações sobre o uso do misoprostol¹⁷ às mulheres que descubrem uma gravidez indesejada. Segundo Faúndes, “os protagonistas deste processo de promoção de saúde pública promoveram uma descrição detalhada, além de uma criação e implementação dessa iniciativa para a prevenção de abortos inseguros e sua disseminação pelo país” (2016, p.1). Leonel Briozzo, professor titular da Faculdade de Medicina da Universidad de la República, chefe de uma das clínicas de ginecologia, fundador da organização *Iniciativas Sanitarias*¹⁸, e ex-subsecretário de Saúde Pública que implementou a lei de IVE, relata sobre este momento em uma entrevista:

¹⁷ Desde 1988 a *mifepristona* usada juntamente com o *misoprostol* tem sido um método amplamente utilizado no mundo para a realização de interrupções de gravidez. Estes medicamentos são recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a realização de abortos seguros (NGO, 2011) e serão discutidos mais detalhadamente no capítulo 4.

¹⁸ A organização de chamava *Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo*, mais tarde se chamando somente *Iniciativas Sanitarias*, nome que utilizei.

“Quando me deparei com essa situação, no ano 2000, de uma verdadeira epidemia de abortos em nosso país, **eu não tinha a menor ideia de formação na área de direitos sexuais e reprodutivos**, não tinha ideia de qual era a perspectiva de gênero ou qualquer coisa do tipo. Sou politicamente ativo desde a minha juventude dentro da esquerda, mas não tive formação na área. E quando tentei gerar uma solução, ou uma proposta para mitigar os efeitos do aborto clandestino, **fiz isso a partir de uma perspectiva biomédica tradicional**. Acho que foi isso que, de certa forma, significou que eu tive que abrir um circuito criativo e não copiar modelos de outros lugares, e isso levou à implementação, na área do aborto, do modelo de redução de riscos e danos¹⁹ que foi aplicado com algum sucesso em alguns cenários relativos à questão das drogas. **Reconhecendo que a prática do aborto era uma prática ilegal e arriscada, sem uma consideração moral, se era certo ou errado, e isso me distancia muito do movimento feminista**, nessa abordagem, o que procuro dar é uma solução desde o ponto de vista sanitário para reduzir o risco. Aí invento o modelo de redução de riscos e danos, com uma consulta de aconselhamento pré-aborto e outra consulta pós-aborto, mas sem envolver a equipe profissional na gestão do aborto propriamente dito, que era clandestino”. (trecho de entrevista realizada em novembro de 2019, tradução própria, grifos meus).

É interessante destacar na fala de Briozzo como os empreendimentos realizados por estes profissionais de saúde, em um primeiro momento, não contaram com uma formação em relação às temáticas de gênero e partiram de uma *perspectiva biomédica tradicional*. Provavelmente com isso ele quis dizer que a principal motivação para a mobilização se deu a partir da perspectiva da redução da mortalidade materna e pouco por questões vinculadas ao direito das mulheres em decidir sobre seus corpos e suas vidas. Não que este último pensamento esteja necessariamente desconectado da percepção de *direitos* dos profissionais envolvidos no desenvolvimento do modelo de redução de riscos e danos, mas que, mesmo sem esta visão, era possível implementar e convencer profissionais de saúde que se tratava de um tema urgente, justamente pelos índices alarmantes de mortalidade materna decorrentes de abortos inseguros.

O modelo de redução de riscos e danos relatado na fala anterior, ocorria antes do aborto ser legalizado e contava com um assessoramento pré e pós-aborto: em um primeiro momento eram realizados exames de sangue, ultrassonografia; a paciente conhecia como deveria ingerir a medicação; em que casos deveria voltar ao sistema de saúde por alguma emergência; e como funciona o método mais seguro e acessível em um contexto de ilegalidade: a aquisição do misoprostol, que eles como médicos não podiam receitar, mas a pessoa deveria buscar de algum modo. Após o aborto também eram realizadas consultas para saber se de fato teria havido a expulsão completa ou se deveriam terminá-la. Essa segunda fase coincide com a bibliografia brasileira sobre aborto em contextos ilegais (PORTO et al, 2017; DINIZ et al, 2012). Baseado nesse modelo, ainda hoje, as mulheres e pessoas com útero que estão por algum motivo *fora da lei* acessam o serviço de saúde sexual e reprodutiva ainda que sem conseguir o misoprostol pelo sistema de saúde. Este é o caso, hoje em dia,

¹⁹ O modelo de implementação de uma política de redução de riscos e danos é retirada das discussões sobre drogas e proibicionismo e é transferida para o âmbito do abortamento.

principalmente das pessoas com gestação maior do que 12 semanas e migrantes que estão há menos de um ano no país.

No ano seguinte, os movimentos feministas do Uruguai retomam o debate sobre a legalização do aborto, sendo a primeira vez desde o processo de redemocratização que o movimento põe na agenda política o tema dos direitos sexuais e reprodutivos com tanta força. Ainda em 2002, os setores de esquerda tentam aprovar um projeto de lei que despenaliza o aborto, mas este não conseguiu apoio suficiente na câmara de deputados (AROCENA & AGUIAR, 2016).

Os movimentos que lideraram a discussão sobre riscos e danos, com destaque à organização *Iniciativas Sanitarias*, através do respaldo da *Sociedad de Ginecología del Uruguay*, do *Sindicato Médico del Uruguay* e da Faculdade de Medicina, conseguem transformar o protocolo de atendimento em relação aos abortos inseguros na Ordenança Ministerial nº 369²⁰ no ano de 2004 (URUGUAI, 2004). Esse protocolo de atendimento às usuárias do serviço de saúde que demonstram o interesse em não levar adiante sua gravidez é fruto do amplo debate e ativismo, principalmente pelos profissionais de saúde vinculados às instituições públicas mais relevantes do país. Eles são majoritariamente os interlocutores desta pesquisa, que lutaram desde uma perspectiva de atenção à saúde e diminuição de mortalidade materna para que o assessoramento pré e pós aborto existisse mesmo em um contexto de ilegalidade.

O argumento utilizado foi a redução da mortalidade materna por aborto inseguro, desde uma perspectiva de saúde pública (BRIOZZO et al., 2002). O modelo implementado pelo coletivo *Iniciativas Sanitarias* contou com um apoio institucional, pois obteve grande suporte de instituições importantes no país, como o Ministério de Saúde Pública (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2019), constituindo assim uma forma original de abordar o aborto inseguro em países de legislação restritiva ao aborto.

²⁰ Normativa 369/04 do Ministério de Saúde Pública. Modelo Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo: encurtador.com.br/rGOPW. Acesso em 09/11/2021.

**Tabela 1 - Mortalidade materna por complicações relacionadas
ao aborto em diferentes regiões, 1990-2000**

Lugar		Mortalidade materna por aborto inseguro (%)
Mundo		13
	América Latina	
		América do Sul
Uruguai		29
	Hospital de Referência*, Montevideu (Assistência pública)	48

Fonte: Adaptação ao português de *Ministerio de Salud Pública* (2019) a partir de dados de 1990-2000 tomados de Briozzo, et al (2002). *Omito o nome do local de referência onde realizei parte do trabalho de campo.

É alarmante observar a tabela referente a este levantamento de dados do início dos anos 2000 sobre a década anterior: no universo de causas da mortalidade materna, o aborto inseguro figurava como uma porcentagem maior no Uruguai do que na região, e em especial no centro hospitalar de referência, onde realizei trabalho de campo e onde o coletivo *Iniciativas Sanitarias* surgiu, no qual quase metade da mortalidade materna se deu por abortamentos inseguros.

Entendo, ao analisar estes dados, que a mortalidade materna vinculada ao abortamento inseguro tinha números expressivos no país, pois a mortalidade materna estava muito vinculada ao aborto, e não necessariamente que a mortalidade materna seja muito mais alta em comparação a outros países da região. Enquanto países como o Brasil não figuram com uma porcentagem de mortalidade materna decorrente de abortos tão alta, penso que isso ocorre porque os expressivos índices se dão por outros motivos que não os de aborto inseguro. Entretanto, a estratégia política de explicitar as razões pelas quais estas mulheres de classe popular estavam morrendo, que frequentavam o maior centro de saúde pública vinculado à saúde da mulher, foi importante para mobilizar a opinião pública em relação a esta pauta. A noção de sofrimento foi necessária para estimular a necessidade da construção de um consenso em relação ao aborto inseguro no país, para proteger as mulheres pobres e mães que teriam maior chance de morrer.

Com a ascensão da *Frente Amplio*, frente de orientação de esquerda, à presidência do país em 2005, se abriu uma janela de oportunidades que permitiu que os movimentos de

mulheres se apoiassem mutuamente nesta pauta até a aprovação da lei. Em 2006 há uma tentativa de aprovação, mas que falha, assim como as anteriores. Houve um avanço parlamentar a favor da despenalização do aborto em que o *Partido Independiente* propôs a lei nº18.426 em 2008 em defesa dos direitos de saúde sexual e reprodutiva (JOHNSON et al., 2014), porém, o então presidente, Tabaré Vázquez vetou os artigos referentes a legalização do aborto no país, mantendo a prática do aborto induzido como um delito.

Essa lei é importante pois é base para a lei de aborto de 2012, já que se sabia dentro do partido que, Tabaré, apesar de ser o primeiro presidente de esquerda no país, vetaria o artigo da lei de Saúde Sexual e Reprodutiva referente ao aborto nessa tentativa de legalização aprovada pelo congresso e pelo senado. A lei de Saúde Sexual e Reprodutiva, nº18.426/2008, é então aprovada sem o artigo em que se legaliza a prática do aborto, e se torna a base para a implementação dos serviços de saúde sexual e reprodutiva existentes nos centros de saúde do país.

Na inviabilidade de legalização do aborto, ocorre a legalização do *modelo de redução de riscos e danos*, não mais como ordenança ministerial (como era até então), mas como lei, na qual se institui o acesso à informação sobre abortamento seguro. Nesta perspectiva, a pessoa era assessorada em relação ao misoprostol e seu uso, embora o medicamento lhe não seja fornecido – deve encontrá-lo ilegalmente. Esta lei de 2008 também é importante, pois institui a obrigatoriedade da existência dos serviços de saúde sexual e reprodutiva no país, antes mesmo da legalização do aborto. Leonel Briozzo, em entrevista, conta especificamente sobre essa negociação e a importância desta lei:

“E então, dadas as mudanças culturais que se produzem, essa aliança que nunca se concretizou explicitamente, **pois sempre houve dificuldades em conectar o mundo do feminismo com o mundo dos profissionais**, dificuldades de compreensão, protagonismo, enfim, dramas humanos. Mas na verdade **foi junto**, e quando a lei saiu, foi vetada pela primeira vez pelo presidente Tabaré Vázquez em 2008, **mas essa lei continha um capítulo que era para o serviço de saúde sexual e reprodutiva implementar o modelo de redução de riscos e danos**. Continha porque eu tinha separado, quando me consultaram, separei o capítulo de legalização, coloquei no capítulo 4, e coloquei o modelo de redução de riscos e danos no capítulo 2. Tabaré Vázquez veta o capítulo 4, mas o capítulo 2 permanece. Com isso, em 2010, quando o presidente Mujica me convocou para trabalhar no Ministério da Saúde, eu **implementei todo o serviço de saúde sexual e reprodutiva com o modelo de redução de riscos e danos e isso permitiu que em dois ou três anos todos os centros de saúde do sistema nacional integrado de saúde tivessem um centro de saúde sexual e reprodutiva**”(Trecho da entrevista realizada em novembro de 2019).

Nesta parte da entrevista, podemos destacar alguns pontos. Primeiro, temos a dificuldade de conectar as demandas dos movimentos feministas com a visão sanitarista e biomédica, que seria então mais aceitável aos profissionais de saúde. Por outro lado, foi *em conjunto* que a estratégia da aprovação da lei de direitos sexuais e reprodutivos de 2008 se deu. Portanto,

apesar das diferenças entre *os mundos*, e ainda que a prática do aborto não tenha sido legalizada naquele momento, os serviços de saúde já estariam implementados assessorando as mulheres em relação ao aborto, com o modelo de redução de riscos e danos, embora sendo proibido que a medicação fosse fornecida. Assim, facilitando a implementação da política de aborto em 2012, quando os serviços de saúde sexual e reprodutiva já estavam presentes em todos as regiões do país.

Não se trata, como em outros modelos aplicados em países da Europa ou nos Estados Unidos, em garantir o acesso ao aborto através de clínicas especializadas, nem que as pessoas possam comprar o misoprostol e a mifepristona nas farmácias, como acontece em outros países latino-americanos, mas de um atendimento institucionalizado. Nele, deve existir obrigatoriamente: uma equipe interdisciplinar – ginecologista, profissional da área de saúde mental e profissional da área social –; cinco dias de reflexão para então haver a entrega do medicamento; além da consulta após a expulsão – que conta com assessoramento de uma profissional, geralmente obstetrix, em relação aos métodos contraceptivos que esta pessoa tem direito a acessar, para que ela não retorne novamente com uma gestação indesejada.

Com a continuidade da *Frente Amplio* no poder executivo, o presidente seguinte, José Mujica, que governou o país entre 2010 e 2015, já havia afirmado que não iria vetar nenhum ponto referente ao aborto, caso um novo projeto fosse apresentado pela Câmara de Deputados, o que impulsionou a proposição da lei, que finalmente foi aprovada em outubro de 2012.

“Isso fez com que se mudasse a percepção de que seria difícil despenalizar o aborto **porque já existiam os serviços**. Se despenalizou o aborto, regulamentamos a lei, **a regulamentei eu também em vinte dias e ela começou a funcionar no ano de 2012, em novembro de 2012**, com um sucesso muito importante”. (Trecho de entrevista com Briozzo, tradução e grifos meus).

Um ponto interessante a se destacar nas estratégias e iniciativas dos movimentos sociais, da sociedade civil e do Estado, é que o êxito da aprovação da lei de aborto em 2012 no Uruguai é fruto de iniciativas conjuntas entre movimentos feministas, profissionais de saúde (com destaque aos ginecologistas e psicólogos e outros profissionais que atuavam nas principais instituições públicas do país, como na *Universidad de la República*) e partidos de esquerda, no qual o *Frente Amplio*, como um aglomerado de partidos diversos dentro do espectro das esquerdas, disputou e atuou de maneira dúbia²¹, porém essencial para a aprovação e

²¹ Refiro-me a uma atuação dúbia, pois foi ator relevante na aprovação, desenho e implementação da política pública, porém, por outro lado, é inevitável citar o veto do então presidente do país e primeiro presidente de esquerda, Tabaré Vázquez, à lei de aborto aprovada em todas as instâncias anteriores ao seu veto em 2008.

implementação das leis de saúde sexual e reprodutiva, em 2008, e de aborto, em 2012, no país.

Essa conjunção de atores não ocorreria da mesma maneira sem o apoio de financiamentos internacionais como da IPPF (*International Planned Parenthood Federation*) e da atuação do UNFPA (Fundo de Populações das Nações Unidas) que viram no Uruguai um lugar propício, pela conjuntura e também por seus indicadores sociais, para impulsionar a legalização do aborto. Margareth Arilha, ao ser entrevistada por Cristiane Cabral e Regina Barbosa (2020) sobre os caminhos traçados no Brasil pelo direito ao aborto, comenta o caso uruguaio como uma composição singular em relação aos atores já citados, mas também sobre a questão do financiamento: “Carmen Barroso foi muito importante nesse cenário²². Ela queria transformar a natureza dos escritórios da IPPF (...) na América Latina, construindo serviços mais próximos às perspectivas feministas, inclusive provedores de aborto, a começar pelo Uruguai” (CABRAL et al., p.7, 2020).

O discurso articulado pelos movimentos sociais, que acabou conquistando a opinião pública uruguaia da época, não passava pelo direito ao próprio corpo, mas sim à violência que as mulheres em situação de precariedade, segundo os termos de Butler (2006), vivem.

A partir destes termos, proponho pensar que a conquista do direito ao aborto legal no Uruguai é produzida através da construção de uma vítima no discurso público, o que acaba sendo explícito ao não permitir que mulheres realizem o procedimento sem o assessoramento profissional, apesar do abortamento em si ocorrer fora do ambiente ambulatorial, na maioria dos casos. Como a política foi desenhada por profissionais de saúde, a partir de índices expressivos de mortalidade materna decorrentes de aborto inseguro, o modelo de redução de riscos e danos é um modelo que, para além das questões bioéticas envolvidas, apela para o reconhecimento da mortalidade de mulheres. A política foi desenhada a partir de uma noção de mulher de classe popular, que muitas vezes já é mãe, que não possui *acesso à informação* sobre um método seguro para o abortamento, como o misoprostol, tampouco teria acesso a um profissional, que cobraria caro para interromper sua gestação de forma ilegal, e que, em uma situação desesperada, recorreria a um aborto inseguro.

A bibliografia brasileira (DINIZ et al., 2012) demonstra que o aborto ocorre em todas as classes sociais, mas a mortalidade em relação à prática se dá especialmente nas populações mais pobres: de zonas rurais; de baixa renda; e de baixa escolaridade. No Brasil, temos

²² Carmen Barroso, cientista social brasileira, teve atuação muito relevante na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos na região e, inclusive recebeu no ano de 2016, prêmio do Fundo de População das Nações Unidas por seu longo compromisso com a saúde das mulheres, crianças e adolescentes. Ver mais em: <https://news.un.org/pt/audio/2016/06/1177201>. Acesso em 14/04/2022.

tentativas de legalizar o aborto a partir destes dados, que se mostram alarmantes pelo tamanho do problema de saúde pública e de negligência por parte do Estado, moralizando a questão, mantendo-a como crime contra à vida, apesar da ocorrência cotidiana nos serviços de saúde.

Existem tentativas de modificar este cenário, através da construção de vítimas, no discurso público, que possuem histórias dramáticas e exemplificam como questões não resolvidas, como a do aborto ilegal no país, são decisivas na vida de meninas, mulheres e pessoas com útero. Segundo Sarti (2011), a noção de vítima configura “uma maneira de dar inteligibilidade ao sofrimento de segmentos sociais específicos, em contextos históricos precisos, que se produzem ou são produzidos como tal, conferindo legitimidade moral às suas reivindicações” (p. 54).

É a partir destes dados, que refletem a desigualdade de classe no acesso ao aborto, que se constrói um discurso sobre, principalmente através dos atores que se engajaram na legalização do aborto no Uruguai, o que chamo de uma *vítima pública*. Trata-se primeiramente de uma noção de *vítima*, personificada nas mulheres que acessam o serviço de saúde, que devem ser acolhidas, escutadas e, por razões humanitárias, auxiliadas já que não possuem informações, e precisam da perspectiva de redução de riscos e danos sobre o tema. Esta noção de vítima também é *pública*, pois é a partir do entendimento de que o aborto é uma questão de saúde pública, e que o Estado é cúmplice ao não fornecer os meios necessários para a interrupção da gestação à essas mulheres e deixava morrer um número expressivo de mulheres por abortos inseguros antes da legalização. É a partir destas noções, que este ideal se cria e se mantém até mesmo após a legalização.

Através do conceito de vítima pública, não pretendo explicitar casos de vítimas que vão a público em busca de uma mobilização pela causa, mas considero que se trata de um ideal que é acionado em dois momentos em relação ao aborto no Uruguai: primeiramente para a conquista da lei e, hoje em dia, o ideal de vítima pública acaba por estar presente no cotidiano do atendimento da lei de IVE²³, pois quanto mais uma mulher se parecer a este ideal que conquistou a opinião pública para a legalização do aborto, melhor se dará seu atendimento.

Enfatizo o adjetivo *pública*, pois isto se dá através de uma noção de responsabilização do Estado em uma questão de saúde pública, decorrente da alta mortalidade materna no início dos anos 2000 que mobilizou estes profissionais rumo à lei que existe nos dias atuais.

²³ Como desenvolverei mais adiante.

Considero, a partir da fala dos interlocutores dessa pesquisa, que existe uma estreita relação entre uma ideia de *vítima* que vive em situação de precariedade, e que potencialmente poderia morrer após um aborto inseguro se não houvesse a lei, e o dever *público* que eles tomam para si, como profissionais de saúde, ao lidar com a questão do aborto.

O modelo de assistência aparece como saída para que essa vítima pública seja assessorada no pré e pós-aborto, já que foi desenhado ainda em um cenário no qual o aborto era ilegal. Nota-se que, apesar de hoje em dia o medicamento estar disponível para as mulheres após as consultas, entre aquelas que cumprem os requisitos legais, o modelo de redução de riscos e danos segue acontecendo com a mesma lógica de antes da legalização, mas agora com o medicamento sendo fornecido à paciente. A implementação deste modelo foi o responsável por zerar a mortalidade materna decorrente de aborto inseguro antes mesmo da legalização, e hoje continua ocorrendo, porém com o misoprostol disponível. Para as que cumprem os requisitos, a lei de 2012 é aplicada, entretanto, para as migrantes sem um ano de residência, as que estão *fora da lei*, nos termos dos interlocutores da pesquisa, são atendidas com o mesmo modelo da época da ilegalidade: assistem ao serviço, porém não têm acesso ao misoprostol através dele.

É através do discurso, que enfatiza o risco de mortes e sequelas das mulheres que realizam abortos inseguros, que ocorre a construção de uma vítima pública – um modelo ideal de mulher em situação de precariedade – e que se consegue o apoio parlamentar necessário para a legalização do aborto, se distanciando portanto de lemas feministas como o de direito ao próprio corpo.

Em uma conversa informal com uma interlocutora ginecologista em Montevideú, ela me compartilha sua opinião sobre o tema: “*é muito bonito o discurso feminista sobre o próprio corpo, mas não convence as pessoas necessárias para que o serviço exista*”. Ela não se coloca contra o movimento feminista, mas parece consenso, tanto no discurso dela, como de outros interlocutores profissionais de saúde e engajados na luta pelo direito ao aborto, que sem esta mobilização da noção de vítima pública, esta seria uma luta muito mais difícil, se não impossível²⁴.

Utilizo o conceito de biolegitimidade de Fassin (2010) para articular como a construção de uma vítima pública, ou seja, como no caso aqui retratado, um ideal de mulher, mãe e de classe popular, potencialmente em perigo de perder sua vida ao realizar um aborto inseguro sem uma devida atenção a saúde, foi essencial para a legalização da interrupção da

²⁴ Entendo que também outros movimentos feministas, como no Brasil, apontam a dificuldade de fortalecer a ideia de “direito ao próprio corpo”.

gestação no Uruguai.

Fassin (2010) utiliza o conceito de biolegitimidade para referir-se a como “a vida humana se converteu no valor mais legítimo sobre o qual o mundo contemporâneo fundamenta o pensamento dos direitos humanos” (p.201, tradução minha), ainda que entenda que não há como falar de uma universalidade, mesmo no mundo ocidental. O autor enfatiza que a biolegitimidade, este valor atribuído à vida como bem supremo, constitui uma propriedade dominante, ainda que não uniformemente aceita, na construção do que se poderia considerar uma comunidade ética internacional construída ao redor dos direitos humanos, assim como de uma razão humanitária. Seu argumento é que a vida ocupa um papel central nas discussões sobre direitos humanos atualmente, e a ideia de justiça social tem desaparecido, enquanto as demandas com discursos humanitários têm adquirido protagonismo.

Sônia Maluf (2015) reconhece o conceito de biolegitimidade de Fassin e o descreve como um “instrumento para a produção de direitos, reconhecimento e acesso a serviços e cuidado por parte do Estado, em relação à demanda e conquista direitos” (p.323, tradução própria). Rostagnol (2008) articula o termo de biolegitimidade em relação ao aborto no Uruguai e enfatiza como o modelo de redução de riscos e danos sobrepõe o direito à saúde a outros direitos sexuais e reprodutivos de um “corpo sofredor”. A partir disto, adiciono a ideia de que, para evitar este sofrimento, é necessário criar um ideal de *vítima pública*, construí-la no debate político para que seja reconhecida como porta-voz de uma demanda legítima:

A maioria aceitaria a legalização do aborto para evitar um “corpo sofredor”. Ademais, **se leva a cabo o programa de ‘redução de riscos e danos provocados por aborto inseguro’ para evitar que existam mais ‘corpos sofredores’**. Os discursos médicos não fazem referência a uma mulher titular de direitos quando se referem a uma mulher em situação de aborto. Ou seja, existe uma proeminência do direito à saúde sobre outros nos casos do ‘corpo sofredor’, e este **corpo da mulher é um corpo de mãe, um corpo no qual, para poder continuar com suas funções reprodutivas, deve fazer um exercício responsável da sexualidade** (ROSTAGNOL, 2008, p.230, tradução minha)

No trabalho de campo, entrevistando algumas residentes de ginecologia e obstetrícia que se dispuseram a conversar sobre suas experiências e percepções sobre a lei de IVE, eram vários os discursos sobre os motivos legítimos e ilegítimos, em suas opiniões, que deveriam ser levados em conta na hora de interromper a gestação.

Em uma manhã durante o trabalho de campo em 2019 no hospital de saúde pública de referência em Montevideu, acompanhei duas residentes realizando as internações e um pouco de suas rotinas na residência, entre o intervalo de uma aula e outra. Elas eram R1, estudantes

do primeiro ano de residência e as residentes de R2 e R3, as veteranas dos anos seguintes, eram como tutoras que determinavam seu trabalho. Como não podiam ficar muito tempo em uma entrevista, houve uma conversa rápida sobre a lei de IVE e perguntei a elas quais eram suas percepções em relação à lei. Mariana, que se declara objetora de consciência, me diz que eu deveria conversar com outra residente, já que ela não seria a melhor pessoa com quem eu poderia conversar, por isso chamou sua colega Paula. A conversa com as duas me trouxe diversas reflexões sobre sua formação, seu cotidiano nos atendimentos e no *ethos* (BOURDIEU, 1989) de ser ginecologista, construído a partir do cotidiano clínico e hospitalar.

Segundo Mariana, a maioria dos objetores seriam *falsos*, pois são pessoas que “*são parte do problema e não da solução*”. É interessante como Mariana repete aqui a máxima que *Iniciativas Sanitárias* e ampla bibliografia sobre a crise de mortalidade materna nos anos 2000 no Uruguai diz sobre o tema, está totalmente em consonância com as falas de Briozzo, professor chefe da clínica em que ela é residente, que constam neste trabalho, assim como em outros autores citados. Os falsos objetores seriam, então, aqueles contra os governos de esquerda, contra o *Frente Amplio*, partido que promoveu e impulsionou a lei, contra como a lei está desenhada, mas não necessariamente possuem questões de âmbito privado que os impediriam de assessorar um IVE. Ambas apontaram como fato importante a queda da mortalidade materna no país depois da aprovação da lei, e se referem aos tempos de 2001 como *tempos onde muitas mortes poderiam ter sido evitadas*. Mariana entende que *estas mulheres iriam fazer isso de qualquer jeito*, então o melhor é que seja um procedimento seguro, com assistência dos profissionais de saúde, e a lei neste sentido é boa, pois assegura que as mulheres pobres façam o IVE com segurança, já que as ricas sempre o fizeram. Sua objeção parece ser por motivos religiosos e, embora ela não tenha citado explicitamente sobre o tema, alguns colegas seus disseram isso para mim.

Por outro lado Paula, que não é objetora de consciência, me disse que não sentia que a lei estava totalmente boa, que *o ideal seria mudá-la em alguns casos*. Ela me contou sobre dois eventos que viveu recentemente durante sua prática clínica e que ela estava totalmente em desacordo. Segundo ela, são exemplos que não deveriam ser permitidos, embora ela mesma tenha se dado conta, dizendo em voz alta, que provavelmente seria impossível regular esse tipo de decisão.

O primeiro caso que Paula conta foi de uma consulta com uma jovem, com boas condições financeiras, que contava com apoio familiar, e que resolveu interromper a gestação, *pois queria dançar*. Paula se sentiu abismada com tamanha tranquilidade com a

qual a moça lhe dizia que era *porque queria dançar e trilhar esse caminho*, apesar de toda a possibilidade de ser mãe, diferentemente da maioria das que vão às consultas IVE. O segundo caso que Paula compartilha comigo foi de uma moça que estava tentando engravidar e tinha dificuldades, até que, quando finalmente conseguiu engravidar, apareceu em uma consulta de IVE, dizendo que havia brigado com seu companheiro, e não se sentia apoiada para seguir com a gravidez. Em ambas situações, segundo Paula, os motivos eram superficiais: a primeira por não querer abdicar de um plano pessoal, tão banal, para dedicar-se à maternidade; e a segunda, que após acompanhamento dos profissionais do hospital para conseguir engravidar, quando finalmente conseguiu, resolveu desistir, como se todo o esforço conjunto para que houvesse a fecundação tenha sido em vão por uma *pequena briga de casal*, em suas palavras.

Há então nesses discursos um leque de alternativas mais aceitáveis para interromper a gestação que outras: as impossibilidades econômicas, sobretudo em um hospital público, aparece como uma razão importante para que a decisão das mulheres seja melhor aceita pelos profissionais; a maternidade como um motivo plausível, também é mobilizada, pois muitas das mulheres que vão às consultas são mães de crianças de colo; as dificuldades com os companheiros que não as apoiam; as situações de violência (sejam de ordem psicológica, física ou até mesmo patrimonial) que as mulheres contam nas consultas, entre outras questões, acabam por mobilizar uma empatia dos profissionais e muitas vezes até uma validação moral, que elas mesmas esperam, para respaldar sua decisão de interromper a gestação.

Tanto Mariana, quanto Paula, me disseram que as mulheres que elas atendem na saúde pública são em sua maioria mães, *que ou têm filhos pequenos, ou algumas já tiveram filhos há muito tempo e não faz sentido ter mais um agora*. Sobre a situação econômica, enfatizam que *muitas não têm trabalho, nem um companheiro*. Essas seriam, então, justificativas que ambas entendem, e veem nestes casos, o IVE como uma escolha plausível a se fazer. Entretanto, as mulheres que são diferentes da maioria das que frequentam o hospital, ou seja, pertencem a outra classe social, vivem em um bom bairro, possuem uma carreira, companheiro, ou família que as apoie, são vistas como as que possuem um luxo: *por que então não serem mães se possuem tudo isso?*. Nota-se assim, que as justificativas mais aceitáveis e moralmente corretas seriam aquelas de ordem sócio-econômica, bem como as de violência de gênero, ambas remetendo à noção de vítima pública, pois evidenciam as múltiplas situações de precariedade que vivem estas mulheres aos olhos das/os médicas/os, e que o Estado, através da atenção em saúde, deve assisti-las neste momento.

Articulando as *noções aceitáveis*, a partir das falas das residentes em ginecologia e obstetrícia, nota-se que quanto mais próxima for a mobilização do discurso da mulher no sentido de se parecer com o ideal de vítima pública – esta para a qual a lei de aborto foi formulada e implementada –, mais seus motivos serão melhores aceitos. Isso se demonstra, inclusive, se a pessoa em questão for migrante com menos de um ano de residência no país. Neste caso, portanto, a mulher estaria *fora da lei* de IVE, mas pode estar *dentro da lei* de violência de gênero, assim terá seu direito ao IVE garantido se for *vítima*, independentemente se a gravidez em questão é resultado de violência. O importante aqui é que se ela está vivendo *algum tipo de violência de gênero* em sua vida, no geral, possui o direito de interromper a gestação apesar de não contar com um ano no país.

Ou seja, aquelas mulheres que potencialmente seriam *vítimas* de uma negligência do Estado, que praticariam abortos inseguros e conseqüentemente aumentariam a mortalidade materna no país, são aquelas em situação de precariedade e violência, portanto próximas ao ideal socialmente construído de vítima pública.

A noção de vítima pública é representada por determinadas mulheres no cotidiano do serviço de saúde sexual e reprodutiva, e que seriam então as mais legítimas para o IVE em sua condição. Enquanto as que possuem meios econômicos para serem mães, companheiros que as apoiam, e estariam em uma idade supostamente *ideal* para a maternidade, não seriam tão legítimas, segundo alguns profissionais.

Por outro lado, o conceito de biolegitimidade de Fassin (2010) é interessante também para pensar as disputas em torno a ideia de *vida*, tão importante na discussão sobre aborto e, ainda que este trabalho não se proponha a analisar estes movimentos desde uma perspectiva mais ampla, é importante destacar como a categoria *vida* é articulada tanto dentro dos movimentos anti-direitos que se denominam “pró-vida”, quanto nos movimentos feministas (PORTO, 2009). O próprio coletivo *Iniciativas Sanitarias*, em evento de divulgação de seu livro comemorativo de seus 20 anos de existência no ano de 2022, chamado “*La revolución de los derechos sexuales y reproductivos. Crónica y testimonios de dos décadas provida y proderechos*”, destaca que sua atuação tem sido “pró-vida e pró-direitos”, disputando assim o vocabulário dos movimentos anti-direitos que colocam a categoria *vida* como central no apelo público moral.

É interessante salientar que, no Uruguai, a disputa pela lei de aborto também foi uma disputa entre discursos hegemônicos, onde as bases medicocêntricas e do Direito prevaleceram em relação às discussões feministas. Em entrevista com Soledad González, militante do coletivo feminista *Cotidiano Mujer*, realizada em novembro de 2019, ela reflete

sobre como a lei de 2012 acabou por impor *barreiras*, como por exemplo a obrigatoriedade de realizar consulta com médico ginecologista, profissional da área de saúde mental e profissional da área social, além dos cinco dias de reflexão:

“Quando se aprovou a despenalização do aborto éramos muito críticas neste momento, **porque a lei está cheia de pequenas barreiras para que não se possa abortar, para desestimular o aborto**. Na realidade, o legislador colocou estas cláusulas na lei em troca de seu voto, pois o *Frente Amplio* não completava os votos necessários para aprovar, **este era o objetivo dele [legislador] claramente, nem sequer foi uma coisa oculta**. Então nós fomos muito críticas pela questão da autonomia, sobre **a tutela que a lei nos dá, que nos obriga a ter, e além disso nos subestima como pessoas racionais na hora de decidir o que queremos de nossas vidas**”

A noção de que o direito ao aborto diminuiria o número de abortos desde a sua aprovação, enquanto lei no congresso uruguaio é central para as reflexões em torno da avaliação dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, assim como o atendimento se dá nos dias de hoje. Na época da aprovação da lei, que vigora até os dias de hoje, a *Frente Amplio* teve que fazer uma negociação com um legislador do partido *Independiente*, e o objetivo de colocar essas cláusulas era justamente desestimular o aborto – “nem sequer foi uma coisa oculta”, como comenta González. Esta questão também se mostra importante por conta das questões sobre as percepções dos profissionais, que atuam na ponta do serviço, sobre a diminuição do número de IVE’s, e a pressão que sentem para que este número não aumente, já que existe um monitoramento dos serviços por parte do ministério, assim como da opinião pública e da grande mídia em relação à lei.

1.2 *Dentro e fora da lei, manuseios e moralidades*

A discussão sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos, incluindo a saúde reprodutiva, é bastante recente, e faz parte de uma mudança de modelo em que a noção de “saúde integral da mulher” vigorava. Se, por um lado, se considerava o manejo da população através dos aspectos conectados a reprodução biológica e social como temas relativos à demografia, por outro, havia referência à “questão da mulher” que até os 1980 no Brasil e no mundo, era o termo utilizado para traduzir uma série de demandas políticas dos movimentos feministas da década anterior, como direito ao próprio corpo (CORRÊA et al., 2003).

Segundo Corrêa et al (2003), a legitimação dos direitos sexuais e reprodutivos ocorreu em paralelo ao amadurecimento das noções de saúde sexual e reprodutiva, o que não se deu a partir de uma formulação feita pelos movimentos sociais, já que essas discussões transcorreram, sobretudo, em um âmbito institucional:

A noção de saúde reprodutiva foi elaborada, na segunda metade da década de 1980, no âmbito da Organização Mundial de Saúde (OMS). Sua formulação visava ampliar a perspectiva convencional do controle demográfico e do planejamento familiar. Na década de 1990, sob o impacto da pandemia HIV/AIDS, seria formulada a noção de saúde sexual. Ambas definições também foram debatidas e consagradas nos programas de ação adotados no Cairo e em Beijing (CORRÊA et al., 2003, p. 22).

A autora cita a fundamental Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo durante o mês de setembro de 1994, mais conhecida como Conferência do Cairo. É nessa conferência em que ocorre a mudança do paradigma populacional que visava o controle da população através do controle da natalidade, para um modelo que pretende o pleno desenvolvimento desde uma perspectiva de direitos, entre eles os sexuais e reprodutivos. Uma das grandes conquistas foi que a saúde reprodutiva foi reconhecida como um direito humano. No Cairo, participaram mais de 11 mil integrantes, entre eles representantes de governos, das Nações Unidas, de organizações não-governamentais, além de meios de comunicação (PATRIOTA, 2004).

Para López-Gómez (2016), “os direitos sexuais e reprodutivos são um campo de disputa moral, ideológica, política, religiosa, simbólica, e econômica, e de crescente legitimação e reconhecimento no âmbito social” (p.24). Segundo a autora, o tema do aborto é um componente importante para analisar o direito à saúde sexual e reprodutiva, pois permite analisar diversos assuntos vinculados à sexualidade, como a (não) reprodução e a livre disposição e controle dos corpos das mulheres e pessoas com útero. Todas estas questões nos remetem aos conflitos entre individual e coletivo, público e privado, assim como a questão da

laicidade do Estado, que atravessam e se expressam nas instituições de saúde através do contato entre profissionais e pessoas usuárias dos serviços.

Com a lei de interrupção voluntária da gravidez no Uruguai não é diferente. Desde sua aprovação, disputas seguem ocorrendo em torno do seu *manuseio*, nos termos de Lins (2014), pelos profissionais indicados em sua relação com as mulheres que acessam os serviços assim como sua relação com outros âmbitos do Estado, que regula o que seria um bom funcionamento da lei de IVE.

Utilizo o conceito de *manuseio da lei*, proposto por Lins (2014), para entender as nuances na aplicação da norma jurídica superando a visão de uma aplicação correta ou incorreta da lei. Segundo a autora, ela deve ser vista como algo dinâmico e polissêmico, que ganha sentidos conforme diversos profissionais agem sobre ela no cotidiano, moldando assim seus significados interpretativos.

A lei estabelece que a mulher uruguaia (ou residente há pelo menos um ano no país), possa realizar o aborto legal se sua gravidez for de no máximo 12 semanas (e 14 semanas em caso de estupro, ou gravidez de incapaz). Para isso ela deve ir a uma consulta clínica e demonstrar seu interesse em interromper a gravidez. a partir deste momento, ela será guiada a uma equipe interdisciplinar que a assessorará. Após essa primeira consulta, ela terá que esperar cinco dias para relatar sua decisão final, o sim ou o não, e assim receber o medicamento do médico ginecologista, ou seja, uma cartela de misoprostol e mifepristona para uso domiciliar, ou em casos raros, quando a interrupção não foi efetiva através do medicamento, ou por se tratar de vítima de violência sexual, por exemplo, será realizado o procedimento cirúrgico. A exceção, ou seja, o procedimento cirúrgico, segundo meus interlocutores ginecologistas, acontece em casos como de crianças que sofreram violência sexual e não possuem condições de realizar o abortamento medicamentoso: para isso uma equipe de ginecologistas realiza a interrupção.

Quando falo sobre o procedimento cirúrgico me refiro ao método de aspiração à vácuo ou aspiração manual intrauterina (AMIU). No geral, a AMIU é uma forma mais cara em comparação ao aborto com *mifepristona* e *misoprostol*, porque ela requer um profissional capacitado para realizar o procedimento, o que na implementação da lei no Uruguai, foi avaliado como um risco. Segundo interlocutores, poderia haver um número expressivo de ginecologistas que declarariam objeção de consciência se houvesse a possibilidade de ter que realizar AMIU, e a lei poderia se tornar inviável em alguns departamentos do país.

Algumas críticas giram em torno a forma de abortar, pois no Uruguai 99% dos IVE's (FIOL et al., 2016) são realizados de maneira medicamentosa e não é oferecida uma opção de

escolha sobre qual método a pessoa que vai interromper a gestação prefere utilizar. Há opção de internação ou da interrupção em casa, mas ambas acontecem com o uso combinado de *misoprostol* e *mifepristona*. No capítulo 4, me debruçarei sobre a questão dos medicamentos, mas é interessante pensar que, para a implementação da política pública, o aborto medicamentoso foi essencial para garantir que o menor número possível de ginecologistas declarassem objeção de consciência, pois diversos médicos em campo relataram que não sentem que *fazem abortos*, mas *prescrevem medicamentos*, o que os distancia do ato da interrupção e facilita aceitar trabalhar com a temática. Em relação à saúde pública, esta estratégia garantiu que, quando aprovada a lei em 2012, a implementação da política ocorresse rapidamente, por ser um método de baixo custo para o Estado inclusive, e que as mulheres do interior do país puderam ter acesso a interrupção da gestação, mesmo em locais de maioria conservadora e objetora de consciência.

O aborto com medicamentos é um procedimento barato para o Estado, principalmente se pensamos desde a perspectiva de recursos públicos, pois, apesar de requerer um número expressivo de profissionais para as consultas de IVE, não implica em uma agenda de internação destas mulheres, pois o fazem, na maioria das vezes, em suas casas. O aborto medicamentoso tampouco implica que os profissionais *realizem* diretamente abortos no país, o que parece ser central para os interlocutores da pesquisa. Se antes da legalização, a maioria dos abortos eram realizados através de AMIU no Uruguai, principalmente por mulheres de classes médias e altas que poderiam pagar o procedimento, hoje a experiência em relação à interrupção da gestação, independentemente de sua classe social, é através dos medicamentos, que no geral provocam dores prolongadas, febre, expressivo sangramento, algumas vezes por mais de um dia.

Entendo que não basta a intervenção do Estado, a partir da aprovação da lei, para que haja uma transformação nas relações de gênero, assim como das percepções sobre direitos sexuais, direitos reprodutivos, gênero, raça, sexualidade e família. É mote deste trabalho a importância em compreender os discursos e valores que estão por trás da formulação da lei, assim como seu manuseio pelos profissionais dos serviços de saúde sexual e reprodutiva que estão no cotidiano atendendo mulheres que estão *dentro e fora da lei*. Para Villegas (2015), “este exercício implica desconstruir o processo político e esclarecer as relações de dominação que a própria política impõe” (p.87).

Quando me aproximei da temática que desenvolvo neste trabalho, ainda na graduação no ano de 2015, realizei entrevistas com movimentos sociais em Montevideu, entre eles o coletivo *Cotidiano Mujer*. Como a aprovação da lei era recente na época, elas coordenavam

um projeto chamado *Talleres sin Barreras* em diversas instituições para que a lei fosse divulgada no país e que as pessoas conhecessem as leis que respaldavam seus direitos sexuais e reprodutivos. Em entrevista, uma integrante do coletivo relatou como, em sua visão, a lei *era ruim apesar de ser a que temos*, pois partindo do ponto de vista feminista era pior do que a que quase foi aprovada no ano de 2008. O artigo da lei de saúde sexual e reprodutiva vetado por Tabaré Vázquez em 2008, que previa o aborto legal, segundo ela, dava maior autonomia à mulher e não colocava tantas *barreiras* como a lei atual, como por exemplo, os cinco dias de reflexão e a obrigatoriedade de uma equipe interdisciplinar.

Em 2015, ainda existia grande desconfiança por parte dos movimentos sociais em relação aos profissionais que atuavam nos serviços de saúde sexual e reprodutiva, pois enxergavam que, por ser uma lei que previa uma atenção em saúde com várias etapas, elas poderiam facilmente se converter em *barreiras*. A equipe interdisciplinar que atendia as mulheres obrigatoriamente na consulta IVE 2, e que não constava na lei de 2008, era descrita por movimentos feministas como um *tribunal*, e foi a partir deste entendimento do campo que formulei o projeto de mestrado.

Entretanto no final do ano de 2019, já no mestrado, realizei outra entrevista com outra integrante do coletivo *Cotidiano Mujer*, Soledad González, que me relatou como o entendimento sobre a lei mudou com o passar dos anos, após trabalhos em conjunto com os profissionais de saúde, assim como a percepção de que elas, enquanto movimento social, enxergaram a situação de recrudescimento das pautas feministas na América Latina e valorizaram a lei de IVE, por ser a que *nós temos*:

“Hoje, na verdade, creio que já há muito tempo, acredito que foi um erro [criticar a lei de IVE de 2012]. É muito importante a existência da lei que mudou condições subjetivas muito grandes, além de haver permitido a milhares de mulheres abortar legalmente, sem dúvida. Isso nós nos demos conta, observando os processos latino-americanos de diferentes países [...] e creio que me dei conta com o tempo, porque estou ficando velha, que é um tema que nunca vai se ganhar no preto e branco, mas vai se ganhando, vai ganhando terreno. **Nunca é uma coisa que se ganha assim e ponto.** Poucas coisas, talvez culturais, mudem radicalmente assim como preto e branco, e esta questão do aborto menos ainda” (Soledad González, tradução minha).

Os problemas em relação à lei de IVE atualmente, segundo González, residem não em relação aos profissionais do serviço diretamente, mas muitas vezes na interação das mulheres com os ultrassonografistas. Se os profissionais de saúde que atuam no serviço de saúde sexual e reprodutiva, médicas/os ginecologistas, enfermeiras, obstetrias, técnicas em enfermagem, psicólogas e assistentes sociais, em geral, se demonstram adeptas à causa e estão ali porque acreditam no direito ao aborto, por outro lado, existem muitas queixas em relação às/aos médicas/os ultrassonografistas, responsáveis pelo ultrassom, pois existem

relatos de que estas/es constroem as sobre sua decisão:

“Na percepção das queixas que tenho, as mulheres são muito maltratadas pelos ultrassonografistas, e pelas equipes [do serviço de saúde sexual e reprodutiva] não são. **Eles fazem com que elas escutem o coração do feto, falam com elas dos filhos, põem um limite superior à data** [limite de aborto por lei] [...] os ultrassonografistas me parecem que são uma barreira hoje em dia mais clara” (Soledad González, tradução minha)

A partir do conceito de *manuseio da lei*, proveniente do trabalho de Lins (2014) sobre a Lei Maria da Penha, entendo que não existem aplicações corretas ou incorretas da lei, mas que as/os profissionais a interpretam através de seu cotidiano que é mediado pela lei e pelas interações com as pacientes. Essas interações também são mediadas pela formação dos profissionais e as diferenças sociais, principalmente de classe, no caso desta pesquisa. Lins (2014), em sua pesquisa etnográfica realizada em duas Delegacias de Defesa da Mulher em São Paulo, compreendeu que as/os profissionais das delegacias articulavam elementos no dia a dia do trabalho já que entendiam que não existiria uma adequação perfeita à lei, pois segundo elas *uma coisa seria a lei e outra seria a prática*.

Entretanto, na etnografia que realizei sobre lei de aborto no Uruguai, as/os profissionais demonstravam o tempo todo a necessidade de enquadrar-se na norma jurídica e realizar os atendimentos de maneira mais fideígna à lei. Existiam manuseios, desde que ancorados tanto na lei de IVE, quanto nas normas técnicas do Ministério de Saúde Pública, que os profissionais conheciam e se respaldavam.

Isso se dava, acredito, pois de alguma forma entendem que tanto seu trabalho quanto a própria lei podem estar em risco justamente por ser um tema tão condenado moralmente. Esse peso moral em relação ao aborto faz com que exista um senso de avaliação institucional sobre a lei e o serviço de saúde. Assim, qualquer denúncia, desconfiança – até mesmo dentro do hospital em Montevideu, que sugira que alguém *fora da lei* tenha realizado um IVE, provavelmente acarretaria em problemas, tanto para as profissionais de saúde, quanto para a manutenção do serviço. Consequentemente, poderia vir a ser notícia na mídia, o que também colocaria a lei em risco.

No trabalho de campo apareceram situações onde as mulheres atendidas pelo serviço de saúde sexual e reprodutiva estavam *dentro da lei* ou *fora da lei*, segundo vocabulário empregado pelas/os interlocutoras/es. Se cumpriam os requisitos necessários para ter o acesso ao direito, estavam *dentro da lei*, se não, estavam *fora da lei* e teriam que adaptar-se ao modelo de assistência que acontecia antes da legalização, ou seja, o assessoramento sem a entrega do misoprostol.

Neste sentido, é interessante salientar como os próprios profissionais de saúde

utilizam os termos *dentro da lei* e *fora da lei*, principalmente ao contar o prazo da última menstruação com a paciente, verificando se condiz com o designado pelo ultrassonografista que indica quantas semanas e quantos dias tem a gestação. Se a gestação está dentro do prazo, a mulher está *dentro da lei*, por outro lado, se ela estiver com uma gestação maior a 12 semanas e 6 dias, ou se for migrante com menos de um ano de residência, ela está *fora da lei* e algumas adequações deverão ser feitas, para que, no limite, ela seja assessorada a interromper a gestação de forma segura, mesmo sem a entrega do medicamento.

Para Soledad González, com o passar do tempo aparecem cada vez menos relatos de mulheres que buscam o coletivo em relação às dificuldades que enfrentam para realizar um aborto no Uruguai. Contudo, os problemas parecem estar principalmente nas que estão com gestações entre 11 e 12 semanas, ou seja, *no limite da lei*, já que elas devem atravessar rapidamente as burocracias, consultas e exames para que possam acessar o aborto dentro da legalidade:

“É muito fácil nessa situação que uma mulher fique fora da lei pelo prazo, e **depende do serviço médico onde você esteja, que te joguem a favor ou te joguem contra**, isto é um fato” (Soledad González, em entrevista, tradução minha).

A ultrassonografia é um exame de imagem onde o profissional constata a idade gestacional do *zef*, zigoto-embrião-feto, nos termos de Rostagnol (2008)²⁵, e que funciona de maneira central para estas mulheres que estão *no limite da lei*, pois a definição da idade gestacional define estar *a tempo* ou *fora da lei*.

Rostagnol (2008) destaca que a tecnologia do exame de ultrassom ocupou lugar central na construção do *zef* como pessoa, tanto no debate político, quanto na prática médica. O *zef* muitas vezes é visto como um ser que possui subjetividade própria dos seres humanos titulares de direitos, prescindindo da mãe para se relacionar com ele enquanto paciente, pois “reforça o status de autoridade científica, o médico ‘observa’ o zigoto-embrião-feto ‘diretamente’, ‘sem intermediação’ da mulher-mãe (a intermediação tecnológica não conta, atuando como ‘extensão’ dos sentidos do médico ultrassonografista)” (p.672, tradução minha). O *manuseio* em relação à ultrassonografia parece ocorrer dependendo do profissional em questão, e da situação em relação à gestante, segundo González, em entrevista:

“A ultrassonografia é **uma medida que não é perfeita, esta semana é uma semana mais ou uma a menos, cinco dias mais ou cinco dias menos**. Na realidade, se é um ultrassonografista a fim [da interrupção] vai colocar a idade gestacional para atrás, se é um ultrassonografista

²⁵ Utilizo o termo *zef*, zigoto-embrião-feto, cunhado por Rostagnol (2008) para referir-me ao produto da expulsão nas gestações não-desejadas. Alguns trabalhos utilizam a denominação *feto*, porém entendo que somente seria possível denominá-lo assim após a 8ª semana de gravidez.

contrário vai dizer que você está fora. Ou seja, no hospital X²⁶, que tem um serviço muito bom, **eles dizem que você tem 12 semanas e 6 dias para fazer**, e as que estão a ponto de passar do prazo, as colocam para dentro²⁷. **Até que não cumpram os sete dias da semana, não contam como semana 13.** Tampouco muda algo, nem fisicamente nem psicologicamente, é só para entrar na formalidade. Isso já aconteceu com a gente, meninas nos ligaram dizendo que já não estavam no prazo e nós dizemos: **você tem que ir neste serviço. Pelo menos em relação ao prazo vão aumentar em cinco ou seis dias, e esses cinco, seis dias são muito importantes nessa situação**” (Soledad González, tradução minha).

As que estão *dentro da lei*, mas possuem poucos dias, não podem correr o risco do aborto medicamentoso não funcionar, por isso são incentivadas a realizar o procedimento internadas, utilizando misoprostol e mifepristona, mas com a supervisão e acompanhamento dos profissionais de saúde. As que estão *fora da lei* possuem outras opções: continuar com a gestação e ter a criança, seguir com a gestação e entregar à adoção, ou interromper conseguindo misoprostol de maneira ilegal.

É interessante destacar que nestes casos, no qual o prazo que a pessoa tem para interromper a gestação é curto, segundo o que lhe foi atribuído pelo ultrassonografista, durante a consulta IVE 2, a ginecologista geralmente pergunta a data da última menstruação, já que cada dia conta, justamente por estar neste interstício do *limite da lei*. Desta forma, utiliza-se de outra regra para verificar a idade gestacional, o que tende a favorecer a paciente.

É proeminente o fato, a partir do discurso de González, em entrevista, que tanto os profissionais que têm o poder de manusear a idade gestacional na ultrassonografia para mais ou para menos; quanto os serviços de saúde, que possuem profissionais com diferentes perspectivas em relação aos termos e entendimentos da lei, são extremamente importantes para que a experiência de IVE seja concretizada *dentro da lei*.

Apesar deste trabalho se debruçar sobre uma lei, é a partir dos entendimentos que os profissionais que atuam no serviço de saúde possuem desta, que se dá a relevância desse trabalho. É a partir do fazer etnográfico em uma parte do Estado, na atenção à saúde, que me foco e entendo as dificuldades desse campo de maneira específica. Entretanto, entendo que não se trata de utilizar julgamentos morais em relação às suas práticas, apesar de pessoalmente acreditar que os profissionais interlocutores foram e são agentes importantes no desenvolvimento da política pública após a legalização. As moralidades praticadas por seus discursos e práticas dizem respeito mais a uma dinâmica estrutural, inclusive do papel do Estado em suas diferentes faces, do que a questões individuais – as quais este trabalho não se

²⁶ Ela cita o local onde realizei boa parte do trabalho de campo em Montevidéu.

²⁷ Entendo que a entrevistada não se refere que os profissionais deste serviço colocam pessoas *fora do prazo* para *dentro da lei*, até porque sabem que podem ser cobrados por isto e se trata de uma prática arriscada para a própria manutenção da lei e do serviço de referência que ela cita. Segundo interlocutores, a fala “colocá-las para dentro” se refere a interná-las para garantir que a interrupção de fato ocorra nestes casos de gestação mais avançada.

inclina a compreender necessariamente. Me fundamento em Fassin (2008), que afirma que uma “antropologia da moral [...] baseada em trabalho etnográfico, deve sempre permanecer problemática, no sentido de que deve sempre colocar problemas para os pesquisadores tanto epistemológica quanto eticamente” (p.341, tradução minha)

Para o autor, sua defesa por uma antropologia da moral atravessa a tendência consolidada nas ciências sociais de questionarmos nossas próprias moralidades enquanto pesquisadoras/es, e enfatiza a necessidade de realizar um segundo passo: é imprescindível compreender os sentidos morais que nossos interlocutores em campo articulam no seu cotidiano. Isto não quer dizer que, como pesquisadoras somos isentas de noções morais particulares, tampouco seria o caso de moralizar questões que nos aparecem durante o trabalho de campo, mas, sem dúvida, é relevante dedicar-nos enquanto antropólogas a pesquisar quais são as noções morais que estão em jogo nos terrenos etnográficos onde nos movimentamos:

Apenas defendendo uma antropologia que tenha a moral como objeto – em outras palavras, que explore como as sociedades ideológica e emocionalmente encontraram sua distinção cultural entre o bem e o mal, e como os agentes sociais concretamente organizam esta separação em sua vida cotidiana. (FASSIN, 2008, p.334, tradução minha)

Ao longo da escrita dessa dissertação de mestrado, me deparei com os questionamentos dentro das ciências sociais, mas também nas discussões políticas mais amplas sobre o acesso das populações trans e não-binárias em relação aos serviços de saúde. Atualmente há grande debate em relação à linguagem inclusiva, principalmente ao falar sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos, incluindo o tema deste trabalho, que é a experiência do abortamento. Durante o trabalho de campo acompanhei nos serviços de saúde somente mulheres cisgêneras, ou seja, mulheres que se identificam com o gênero designado a partir do sexo que lhe foi atribuído ao nascer. Não identifiquei a presença de pessoas não-binárias ou homens trans, o que em si já seria um dado, pois, embora o número de homens trans e pessoas não-binárias parece ser pequeno no Uruguai²⁸ (MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL, 2017), há de se pensar como essas pessoas vivem a prática do abortamento e se sentem-se seguras em um espaço desenhado para *mulheres*.

Embora eu tenha estado atenta a esses vários usos de gênero, durante o trabalho de campo este tema não apareceu, o que demonstra uma ausência desse público no serviço de saúde e um silêncio por parte dos profissionais assim como, muitas vezes, da bibliografia

²⁸ De acordo com o *Censo Nacional de Personas Trans*, realizado pelo *Ministerio de Desarrollo Social* e a *Universidad de la República*, existiam no Uruguai em 2016 ao redor de 853 pessoas trans no Uruguai, sendo 90% mulheres trans e somente 10% homens trans.

consultada. Este questionamento me fez levar a pesquisa para pensar a ginecologia como uma ciência da *mulher*, que segundo meus interlocutores médicos, "*é a parte da medicina que acompanha as mulheres em diferentes etapas da vida*". Utilizo diversas vezes na dissertação o termo *mulheres*, me referindo a essas interlocutoras de pesquisa que se reconhecem assim, embora enfatizo a importância de citar que a experiência do aborto também acontece em diferentes corpos de pessoas com útero, e que, sem dúvida, trata-se de um tema importante e urgente de se desenhar pesquisas, bem como políticas públicas, específicas com estes recortes.

Uma questão importante que aparece no trabalho de campo é que há uma disputa na construção da imagem dessa *mulher* como uma vítima, em contraposição a alguém irresponsável que deseja interromper a gestação, o que se deu não somente na construção da lei, mas na possibilidade de implementação desta. Isso aparece no trabalho de campo dentro das consultas, assim como nas entrevistas com os profissionais de saúde, pois inclusive as próprias mulheres sentem necessidade de justificar o porquê de estar tomando a decisão de interromper a gestação. A experiência do aborto, para muitas pessoas que vão ao atendimento, é um evento inédito, pontual, ou pelo menos demonstram parecer assim, talvez para justificar que trata-se de um evento a qual não gostariam de ter como comum em suas vidas. Elas, no geral, recusam-se a serem vistas como *mulheres que abortam*, já que esta experiência seria fruto de um infortúnio, e só acontece de maneira corriqueira às *outras*, que não são responsáveis em suas vidas, e não a elas próprias.

“Então, como se estivesse nos justificando ou justificando a ela mesma, que ela está querendo nesse momento da vida dela pensar nela, pensar no seu desenvolvimento pessoal... **E que isso vai ajudar à família** [...] “eu nunca pensei que estaria nessa situação”, bem, isso aparece muito. **A gravidez indesejada e o aborto são para os outros, não para mim.** São as outras pessoas que vivem uma sexualidade irresponsável, que não se importam, que fazem aborto e nada as incomoda, não as conflita... “Porque eu... agora eu estou precisando por isso aborto”, e elas falam isso como se justificando? [...] **Apesar de decidirem livremente a sua interrupção, continuam julgando as pessoas que interrompem por outros motivos que não os dela.** E o “meu motivo é justificável, mas o dos outros não”, “interrompo por causa de tal circunstância da vida, mas há outras que interrompem porque não querem ter mais filhos”. Mas é como... “eu me dou permissão, mas preciso continuar mantendo o estigma do aborto”. Isso aparece. Há algo muito muito difícil como um conceito cultural, super difícil de remover” (Entrevista com psicóloga Ana)

Neste trecho da entrevista com Ana, aparece o tema do estigma, o julgamento moral das próprias mulheres que abortam sobre as *outras mulheres que abortam*. Também surgem as justificativas de que estão fazendo isso *por sua família*, o que seria um motivo justificável, para os profissionais e para elas mesmas.

A própria mulher que aborta acaba por manter o estigma relacionado ao aborto,

mesmo enfrentando esta situação, e reforçando uma moralidade em relação aos motivos justificados ou injustificados para esta ação, dizendo coisas como: “as *outras* são as que não exercem uma sexualidade de maneira responsável, enquanto *eu* não, nunca imaginaria estar nesta situação”. Segundo alguns interlocutores que atuam nos serviços públicos e privados, este tipo de justificativa acaba por aparecer de maneira mais frequente nas mutualistas e seguros privados de saúde, principalmente nas classes sociais com mais renda, do que no serviço público de saúde onde acompanhei consultas e onde todos os profissionais entrevistados atuam. Nos capítulos seguintes, irei explorar melhor como o estigma e estas moralidades aparecem, não somente na fala das pacientes que frequentam o serviço de saúde, mas também como esta lógica muitas vezes é reforçada pelos profissionais.

Segundo Motta (2015), o tema do aborto é especialmente vantajoso para “pensar as múltiplas faces da cultura e como as representações nela produzidas são contraditórias, sintomáticas de conflitos e relações de poder, constantemente reelaboradas e reatualizadas” (p.116). Nesse sentido, o aborto provocado é ao mesmo tempo condenado e defendido, praticado e evitado por mulheres de diferentes classes sociais, em diferentes momentos de suas vidas.

No trecho acima, no qual a psicóloga Ana conta sua ampla experiência atendendo pacientes que decidem interromper a gravidez, chama a atenção o fato de que, apesar de o aborto continuar sendo de alguma forma condenado, é algo imaginado sobre outras mulheres – mas não sobre si mesmas. Esse discurso é acionado pelas próprias mulheres que buscam um IVE e passar por este evento em algum momento da vida não as isenta de criticar o ato em si, já que a sexualidade irresponsável, muitas vezes associada a prática do aborto como uma espécie de “método contraceptivo”, é algo imaginado sobre outras mulheres – mas jamais sobre si mesmas.

Assim, de modo semelhante ao que diz a bibliografia sobre aborto no Brasil, as pessoas no Uruguai tendem a condenar moralmente quem faz o aborto e associá-lo como resultado de uma prática sexual irresponsável. Ou seja, mantém-se uma moralidade sexual fortemente calcada em construções de gênero, sobre o que é considerado correto ou apropriado às mulheres. No Brasil, este discurso também aparece atrelado às narrativas de mulheres que fizeram aborto de modo clandestino, mas que publicamente continuam se declarando contrárias à legalização.

No Uruguai, mesmo com a prática legalizada, mantém-se um discurso de forte avaliação moral quanto às mulheres que abortam, inclusive pelas próprias mulheres que abortam. Um exemplo sobre como o tema é mobilizado no espaço privado diferente ao

público, apareceu certa vez em uma conversa com a ginecologista Daniela: ela me contou que algumas mulheres que ela já atendeu no serviço de IVE, buscando interromper uma gestação, principalmente na rede privada de saúde, já apareceram na *linha de frente* de manifestações públicas *contra o aborto e a favor da vida*.

A construção dessas noções morais sobre as *mulheres que abortam*, não atingem as mulheres como sujeito político único, indivisível, mas afetam diferentes mulheres de formas distintas. Entendo que não podemos afirmar a existência de um sujeito Mulher, com letra maiúscula, como se as experiências pelas quais diferentes mulheres passam, fossem as mesmas, já que são atravessadas por variados marcadores sociais da diferença – como identidade de gênero, raça, classe social, idade, sexualidade, entre outros.

As mulheres que acessam o serviço de saúde sexual e reprodutiva na saúde pública são de classe popular, muitas delas já são mães, estão desempregadas ou possuem empregos informais e mal-pagos, e se aproximam assim do ideal de vítima pública na interação e leitura dos profissionais. A lei é desenhada para garantir que esse perfil de mulheres acessem os medicamentos durante o processo de IVE e façam um procedimento seguro.

Por outro lado, para as mulheres que frequentam os serviços de saúde privados, os discursos em torno a culpabilização *das outras mulheres* que não gerem bem sua sexualidade, parece existir com maior força, já que entendem que, por serem das classes médias e altas, acessar o aborto é um evento pontual em suas vidas²⁹. Para elas, a lei não necessariamente garante o direito a um aborto seguro, pois ele já existia antes, considerando que poderiam pagar por um aborto em uma clínica clandestina³⁰. O aborto medicamentoso, para as mulheres com alto poder aquisitivo inclusive aparece como um *método medieval*, na visão de algumas interlocutoras que fizeram, ou que conhecem quem acessou o aborto antes e depois da legalização, como relato na introdução da dissertação.

Para pensar como as construções de gênero se articulam com concepções de moralidades sexuais em diferentes *mulheres*, me baseio no entendimento da problemática a partir da noção de marcadores sociais da diferença. As diferenças, que não são universais, biológicas ou inatas, podem se tornar hierarquias, assimetrias, discriminações e desigualdades e “a problemática dos marcadores remete à tradicional preocupação da antropologia com a

²⁹ O estigma sobre as mulheres que abortam sendo as *outras*, e não a própria pessoa, também aparece nos discursos de mulheres de classe popular, mas parecem estar articuladas ao convencimento de si e dos profissionais que se encontram em uma situação de precariedade.

³⁰ Não pretendo afirmar aqui que as experiências subjetivas da ilegalidade não sejam, muitas vezes, traumáticas. Entendo que a construção do serviço de saúde sexual e reprodutiva e a legalidade de acessar um IVE, passa também pela capacitação dos profissionais de diversas áreas e são, na maioria das vezes, vistas como questões importantes para as mulheres que acessam os serviços, mas explicito estes exemplos para afirmar a importância de compreender como a própria lei atinge diferentes mulheres.

‘diferença’ e com a relatividade: não como atributo inerente a humanos e não-humanos, mas como efeito da operação de complexos sistemas de conhecimento e de relações sociais” (ALMEIDA et al., 2018, p.19).

É relevante, então, pontuar como estas diferenças não são inerentes aos sujeitos, mas estão presentes dependendo do contexto, pois se dão através das relações com outros sujeitos, que classificam e elencam noções e moralidades que, articuladas em campo, devem ser compreendidas pelas antropólogas. Para iniciar esta discussão, me baseio na bibliografia que se propõe a dessubstancializar as diferenças, como Judith Butler (2004) fez. A autora questiona a noção de que gênero seria uma noção cultural em contraposição a noção de sexo como uma categoria que remeteria aos dados biológicos, naturais, como afirmava a ampla bibliografia dos anos 1980. Para Butler, gênero é um ato performativo que institui a diferença a partir do que seria um corpo “natural”, baseado na diferença sexual, esta que não está descolada de noções culturais, já que é percebida a partir dos saberes e das normas sociais específicas de uma cultura.

A performatividade do gênero se dá de maneira distinta ao longo de diferentes momentos da vida, e o gênero está sempre relacionado a outros marcadores da diferença. A autora afirma que as duas categorias vistas como dicotômicas e substancialmente naturais, homem e mulher, são construções que nos limitam enquanto sujeitos, pois é difícil pensar em uma emancipação destas categorias, principalmente em relação a representação política, já que o poder cria os sujeitos que busca representar.

A ideia de *mulher* reivindicada pelos movimentos feministas, como categoria que explicita uma opressão que as mulheres sofrem, segundo Butler (2004), acaba constrangendo os sujeitos que representa. Ao delimitar quem entraria no conceito dessa “mulher”, nem todas se encaixariam nessa categoria coletivamente imaginada, pois existem intersecções que nenhuma categoria abarcaria completamente. Isso é aparente nas discussões feministas nos dias atuais, no qual esses diversos usos de gênero aparecem para disputar e mobilizar categorias para além do lugar desse sujeito *mulher* que os feminismos têm mobilizado há décadas.

Me baseio em Corrêa (2001) que diz que, ao questionar a singularidade do sujeito Mulher, com letra maiúscula, o feminismo começa a se tornar teoricamente relevante a partir de autoras norte-americanas tais como Angela Davis (1982), Kimberlé Crenshaw (1994) e Patricia H. Collins (2002). Utilizo estas autoras como referência analítica para pensar o conceito de interseccionalidade proposto por Crenshaw (1994), este que permite uma visão ampliada das consequências estruturais e dinâmicas de intersecções entre dois ou mais eixos

de subordinação, que se cruzam e se potencializam de maneira situacional e relacional. Davis (1982) argumenta a necessidade de atentar-se que, muitas vezes, as mesmas forças que incentivam determinadas mulheres em contextos sociais específicos a terem seus direitos sexuais e direitos reprodutivos garantidos, podem impedir que outras as exerçam. Brah (2006) afirma que tanto pessoas negras quanto brancas “experimentam seu gênero, classe e sexualidade através da raça” (p.345).

Segundo Viveros (2009), a categoria raça na América Latina é análoga ao processo de propagação de uma bio-racionalização dos governos, e da difusão de tecnologias de poder para a administração da população:

As políticas de população e família, assim como as intervenções sobre o corpo, a sexualidade e as condutas da vida cotidiana encontraram sua justificativa na preocupação da pureza do sangue e do futuro da espécie, supostamente ameaçada entre casamentos de pessoas de distintas origens “raciais”, que no século XIX também fazia alusão a diferenças de classe, nação e religião (VIVEROS, 2009, p.65).

A autora colombiana também afirma que “os estudos sobre raça, etnicidade, gênero e sexualidades eram nichos teóricos que trabalhavam estes temas de forma relativamente autônoma” (p.68), mas que, por outro lado, outros trabalhos, tal como o de Verena Stolcke, (1992 [1974]) em uma perspectiva histórica, demonstram como por trás da “mestiçagem se oculta um domínio racial fundado no controle da sexualidade, em um marco de relações de gênero assimétricas, e que a experiência do privilégio racial e do racismo varia segundo o gênero” (p.69). Enquanto algumas mulheres são vistas como guardiãs da cultura e civilizadoras, outras podem ser lidas como ameaças a um possível corpo da nação pelo seu comportamento sexual não adequado – ainda que a representação de nação na América Latina tenha sido construída baseada numa ideia de nação mestiça.

Stolcke (2006) articula as interseções sobre estes marcadores sociais da diferença para compreender “como as múltiplas normas morais, sociais, jurídicas e religiosas relativas à sexualidade e às relações entre mulheres e homens interagiram dialeticamente com desigualdades sócio-políticas, na época em que a sociedade colonial estava se estruturando política e simbolicamente” (p.16). Sua análise sobre a sociedade colonial nas Américas portuguesa e espanhola retrata como as concepções genealógicas de pureza social e de status estão diretamente relacionadas às relações de gênero, assim como noções de sexualidade:

Sempre que o posicionamento social numa sociedade hierárquica é atribuído ao nascimento e à descendência, e enquanto o sexo não puder ser dissociado da gravidez, será essencial para os homens da elite controlar a sexualidade de suas mulheres a fim de garantir a reprodução adequada de seu status social através de um casamento apropriado (STOLCKE, 2006, p.38).

Segundo a autora, a sexualidade feminina se tornou valiosa pois ideologicamente a sociedade colonial atribuiu às mulheres a transmissão sanguínea das propriedades da família, através da noção de pureza de sangue, e conseqüentemente de raça:

Os homens, como guardiães das mulheres da família, assumiam a função de cuidar da transferência socialmente satisfatória desses atributos, através do controle estrito da sexualidade das mulheres. O confinamento doméstico das mulheres e sua subordinação geral em outras esferas sociais eram conseqüências de sua centralidade reprodutiva. E isso era assim porque, como bem observou um jurista espanhol do século XIX, só as mulheres poderiam introduzir bastardos no casamento. Entendia-se o bastardo como uma criança ilegítima nascida de uma relação sexual ilícita entre parceiros que, de acordo com as normas sociais, não poderiam se misturar (STOLCKE, 2006, p.39)

No Uruguai, país majoritariamente branco, a luta em relação às questões étnico-raciais se dá pelo reconhecimento da existência da diferença dentro de uma nação que se auto-compreende como branca. São valorizadas as heranças europeias e as lutas construídas por europeus, embora alguns símbolos nacionais sejam negros – o carnaval e o candombe³¹ – e indígenas – como por exemplo tomar mate (ANDREWS, 2010). Desde o processo de colonização, houve um apagamento da existência e de relevância das populações negras e indígenas para formação da nação uruguaia, como constituintes da história do país. Também aparece o conflito em torno da categoria raça/etnia e como ela têm tido dificuldade de se inserir nos debates políticos, assim como na implementação de políticas públicas específicas para estas populações, pois ainda se entende, no senso comum, que criar políticas focalizadas muitas vezes seria uma espécie de discriminação³².

Lopez (2013), ao analisar a mobilização política das mulheres negras no Uruguai, argumenta que ainda há uma luta para a formação e consolidação de um sujeito político *mulher afro-uruguaia* já que, embora nos últimos governos de esquerda tenha existido uma maior abertura ao diálogo com os movimentos negros do país, principalmente através da inserção de líderes destes coletivos dentro do Estado, as mulheres negras ainda são sistematicamente invisibilizadas:

³¹Candombe é uma expressão cultural afro-uruguaia, considerada patrimônio imaterial da humanidade pela Unesco desde 2009, conhecida por ser o ritmo tocado nos desfiles de carnaval. Trata-se de uma prática cultural presente não somente no Uruguai, mas costumeiramente associada como símbolo nacional do país. Os toques dos tambores são parte de um imenso emaranhado de manifestações que se dão principalmente durante os domingos em alguns bairros de Montevideú.

³² Na minha segunda estadia de pesquisa, durante o ano de 2021 pude realizar uma aproximação à temática migratória através de um projeto coordenado pela minha supervisora no Uruguai, Prof.^a Dr.^a Susana Rostagnol, que integra projeto de pesquisa sobre direitos sexuais e reprodutivos e mulheres migrantes no país. Através de entrevistas com ginecologistas no âmbito deste projeto, a maioria se mostrava contrária a uma política de afirmação de mulheres migrantes, pois entendiam que elas não precisariam ser "discriminadas" e sim tratadas como as mulheres uruguaias.

Naomi, uma das fundadoras da organização *Mizangas*³³ [...] conformou depois a equipe de Etnia e Saúde que realizou pesquisa financiada pela OPAS sobre a incorporação da variável etnia/ raça nas estatísticas vitais no Uruguai, trabalhou um tempo [...] na Secretaria. Porém, **como seu cargo não era pago**, teve que sair. No tempo em que trabalhou na Secretaria, atuou na implementação do quesito raça/etnia nos cadastros do MIDES³⁴. [...] Vislumbra-se um desafio tanto da militância de mulheres negras no sentido de produzir uma identificação ampla como coletivo, quanto do Estado de contemplar ações interseccionais. Surge a necessidade, segundo a fala de Naomi, da construção de uma agenda diferenciada de atuação política das mulheres afro-uruguaias, **em processo de conformação como sujeito político** (LOPEZ, 2013, p.54, grifos meus).

Como posição política, a atuação das mulheres negras no Uruguai tem sido colocar questões que desafiam os debates e as agendas políticas em torno da raça, ao incorporar a perspectiva de gênero; e a discussão de gênero, ao aliar a questão racial (CARNEIRO, 2005, *apud* LOPEZ, 2013).

O Uruguai só incorporou a categoria raça no censo populacional em 2011 a partir da pergunta “qual sua ascendência étnico-racial?”. Nele 8,1% da população se autodeclarou afro ou negra e 5% indígena (URUGUAI, 2011). Embora o Uruguai seja o país mais branco das Américas (ANDREWS, 2010), ultrapassando inclusive o Canadá, que conta com 84% de população autopercebida como branca, as reivindicações dos movimentos negros demonstram a importância da visibilidade da categoria raça também quando falamos de mulheres e políticas focalizadas em mulheres.

Durante o trabalho de campo realizado no final do ano de 2019, entrevistei coletivamente várias integrantes do coletivo *Mizangas Mujeres Afro*, que se definem como:

“um grupo de incidência política, feminista, antirracista, antipatriarcal. Participamos também da marcha pela diversidade desde o ano 2008... temos trabalhado com direitos sexuais e direitos reprodutivos, temos uma agenda política de mulheres *afro* [...] foi um desafio porque unimos *mujeres afro* de todo o país organizadas e pensamos coletivamente uma agenda desde nós, mulheres negras e afrodescendentes. Desde aí trabalhamos com direitos sexuais e reprodutivos, participação política, mercado de trabalho e educação” (Entrevista coletiva, tradução minha).

No trabalho de campo, como comentado no início da dissertação, a questão racial não era discutida entre os profissionais do serviço, e tampouco aparecia nas perguntas que eram feitas para as mulheres apesar de existir um espaço a ser completado no quesito raça. Ele aparecia como um espaço dentro de um dos vários formulários a serem preenchidos pelos profissionais: apesar de existir a categoria “raça”, as mulheres não eram perguntadas sobre sua autopercepção racial, no geral se colocava “branca” ou se deixava vazio.

³³ *Mizangas* é um importante coletivo feminista de mulheres afro-uruguaias que atua em todo o país em relação à pauta racial assim como nas temáticas referentes ao gênero e à sexualidade.

³⁴ MIDES é sigla para *Ministerio de Desarrollo Social*, parte do Estado encarregada de propor e gerar políticas nacionais em relação ao desenvolvimento social e “dos contextos de vulnerabilidade social e econômica do país” (Ministerio de Desarrollo Social, tradução minha).

Em entrevista com o coletivo *Mizangas*, uma estudante da graduação em obstetrícia, que atua com a pauta dos direitos sexuais e reprodutivos no coletivo, enfatiza como as jovens negras são as que mais sofrem com gravidez na adolescência e abandono escolar, e como são necessários dados para que se possa pressionar por políticas que levem em conta a categoria étnico-racial das mulheres também em relação ao tema do aborto. Porém, não é isso que ocorre no cotidiano dos serviços de saúde:

“Outro problema que temos que é super importante, é que os arquivos médicos, por assim dizer, os que têm uma perspectiva étnico-racial, não te perguntam qual sua autopercepção racial. O médico decide se você é negro ou se você é branco, então isso afeta os resultados depois. Se assim o faz, o faz desde seu critério, e isso sobre a autopercepção talvez você, seu fenótipo é um, mas você se considera uma mulher negra, e não é tarefa do médico decidir. E ele decide, e isso afeta todo o resto dos resultados, e estes dados tampouco estão disponíveis para todo mundo: se tem que pedir ao Ministério de Saúde Pública, e até agora não nos forneceram esses dados” (Entrevista coletiva com *Mizangas*, tradução minha).

Aqui, elas também refletem como o próprio ministério não tem disponibilizado os dados para elas enquanto movimento social sobre esta questão, pois parece haver uma dificuldade geral em lidar com esta nova categoria, seja no âmbito institucional, como no de articulação política.

1.3 Objeção de consciência e o estigma de *aborteiros*: entre “verdadeiros” e “falsos” objetores

Neste trecho da dissertação, discuto como se pensa a problemática da objeção de consciência no Uruguai, trazendo uma oposição entre categorias de objetores *verdadeiros* ou *falsos*, como aparecem nas falas de minhas interlocutoras profissionais de saúde. Ademais, veremos que a objeção de consciência (OC) em si não é encarada como o maior problema em relação à implementação e manutenção da lei de IVE, mas sim o estigma de trabalhar com o aborto³⁵ é visto como uma questão social que afeta profundamente o atendimento e a capacidade de cada departamento em implementar efetivamente os serviços.

Outro tema que aparece em relação a OC no trabalho de campo, se relaciona em como os objetores de consciência mobilizam um ideal de *mulher que aborta* que se afasta da noção de vítima pública, que discuti anteriormente. Aquelas que não se encaixam em um perfil de *vítima*, portanto, não exercem sua sexualidade de maneira *responsável* e não são vistas por eles como merecedoras de assistência médica. São articulados diferentes pares de oposição que não se sustentam na prática, pois reforçam estereótipos e estigmas que reduzem tanto as mulheres que buscam um IVE, quanto os ginecologistas não-objetores que trabalham no serviço.

Utilizo o termo estigma exposto por Erving Goffman (1963) para evidenciar como os profissionais que atuam no serviço de saúde sexual e reprodutiva, principalmente aqueles que trabalham diretamente com IVE, são estigmatizados em relação ao seu trabalho. Goffman (1963), em seu livro, articulou a noção de estigma em relação a pessoas com deficiência, distúrbios mentais e portadores de doenças infecto-contagiosas. O tema do estigma, para o autor, era então associado ao corpo e as marcas deste, que são lidas socialmente como diferentes e assim estigmatizadas.

Desta forma, concordo com a bibliografia contemporânea (PORTO, 2009; ADESSE et al., 2016; SOUZA, 2021) que se vale do autor para atualizar o tema, já não somente associando o estigma ao corpo, pois não se tratam somente de marcas físicas e visíveis que estão em jogo. No trabalho de campo, as relações entre ginecologistas objetores de consciência e não-objetores estão, muitas vezes, permeadas por estigmas, pois existem categorias de acusação nestes contatos. Entendo que aqueles que trabalham com IVE são

³⁵ Neste sub-capítulo, utilizo os termos “aborto” e “abortamento” para referir-se à prática do aborto voluntário, carregada de moralidades e julgamentos, em oposição à prática do IVE, evento institucionalizado e termo proferido pelos profissionais que articulam percepções de direitos, diferente dos objetores de consciência neste trabalho.

estigmatizados por serem vistos por alguns profissionais como *aborteiros*. Quem os estigmatiza geralmente são *os outros ginecologistas*, entre eles os que se declaram objetores de consciência e entendem que são outros os profissionais que devem encarregar-se desse tipo de evento na vida reprodutiva de suas pacientes. Por outro lado, escutei o mesmo termo *aborteiro* ser acionado pelos profissionais que trabalham em IVE para referir-se a profissionais que atuavam clandestinamente, antes da lei, sendo proprietários de clínicas de aborto e que hoje se declaram objetores – aqui o termo êmico *aborteiro* aparece novamente como categoria acusatória daqueles que fazem uma espécie de *trabalho sujo*.

Estas reações preconceituosas e acusatórias apareceram durante a etnografia e me fizeram refletir sobre a objeção de consciência. Embora eu tenha me dedicado a pesquisar profissionais que atuam nos serviços de IVE, que fazem parte de uma rede organizada de profissionais de saúde pró-direitos sexuais e reprodutivos, além de serem atores importantes para o desenho da política pública, me interessei por delinear como os próprios profissionais não-objetores são estigmatizados por seu trabalho, mesmo após a existência da lei de IVE.

A bibliografia chama de *dirty work*, ou *trabalho sujo* (ASHFORTH et al., 1999; KREINER et al., 2006; BATISTA & CODO, 2018; PEREIRA et al., 2021), um tipo de trabalho categorizado socialmente como inferior. A partir de uma divisão *moral* do trabalho, alguns profissionais se dedicam a realizar tarefas vistas socialmente como mais *qualificadas* que outras, por serem mais valorizadas dentro do grupo ao qual pertencem. Observa-se isso, inclusive, dentro de uma mesma categoria de profissionais, como por exemplo os ginecologistas, que se dividem entre os que trabalham nas clínicas na atenção primária, e os que realizam cirurgias e ocupam espaços de maior prestígio dentro do hospital.

No trabalho de campo, destaco que, de alguma forma, os profissionais que se declaram objetores, classificam os não-objetores como os que realizam uma espécie de *trabalho sujo*, embora estes recusem o rótulo de *aborteiros*. Entendo que esse estigma perpassa a noção de que determinados trabalhos seriam mais legítimos que outros, e considero que esse estigma em relação ao trabalho em IVE ocorre porque a prática do aborto, apesar de legalizada, continua sendo um tabu, tema que trabalharei melhor no seguinte sub-capítulo.

Este trabalho não pretende discutir minuciosamente a questão da objeção de consciência, pois decidi focar durante a pesquisa no diálogo dos interlocutores progressistas e não-objetores, em seu cotidiano no serviço de IVE. Porém, através de suas falas sobre *falsos* e *verdadeiros objetores* desenhei este sub-capítulo. Também entendo que a OC é um

instrumento relevante para pensar a lei de IVE, e um local privilegiado para observar disputas e tensões entre grupos pró e anti-direitos.

No artigo 11º da lei de IVE, se reconhece o direito à objeção de consciência das/os médicas/os, assim como das/os profissionais de saúde que atuam diretamente com o IVE. Ela pode ser retirada ou manifestada a qualquer momento desde que a decisão da/o profissional seja declarada à instituição que trabalha para que conheça seu posicionamento, e caso a/o profissional se dedique a trabalhar com IVE em uma instituição, sua objeção de consciência é anulada nos outros serviços em que trabalha.

No ano de 2015, uma ação foi peticionada por 20 profissionais da área de ginecologia e obstetrícia, entre eles alguns porta-vozes contra a lei de IVE, inclusive dois professores titulares de ginecologia da Universidade de Medicina da UdelaR. Eles apresentaram um recurso³⁶ ao *Tribunal de lo Contencioso Administrativo*³⁷, onde conseguiram que alguns artigos referentes à regulamentação da lei de IVE no que concerne à objeção de consciência fossem retirados, pois supostamente estes “não asseguravam condições para o recurso de objeção de consciência habilitado pelas/os profissionais” (ABRACINSKAS et al., 2019, p.40, tradução minha). Isto fez com que o Ministério de Saúde tivesse que habilitar a *objeção parcial de consciência* em qualquer etapa do processo de IVE, possibilitando a objeção em qualquer momento durante o processo de atendimento. Também se garantiu a confidencialidade dos nomes das/os profissionais que se recusam a oferecer o atendimento em IVE, “privilegiando seu direito à proteção de dados sobre o das usuárias a conhecer quem são objetores, mesmo quando no serviço de saúde a totalidade dos/as profissionais não cumpram com a atenção” (ABRACINSKAS et al., 2019, p.40, tradução minha).

Segundo Debora Diniz (2013), a objeção de consciência em caso de aborto é um direito individual do profissional da área da saúde a não aceitar solicitações para a interrupção da gravidez, por razões de ordem religiosa, filosófica ou moral. Geralmente a OC é acionada em casos de abortamento por profissionais da saúde, principalmente médicos, de acordo com seu regime de saber e poder (FOUCAULT, 1999). Isso expressa como a hegemonia médica funciona ao resguardar e reconhecer os sentimentos e valores pessoais dos

³⁶ Sentença nº586/2015 de 11 de agosto de 2015. Disponível em: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2012/10/FALLO-TCA.pdf>. Acesso em 25 de abril de 2022.

³⁷ O *Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA)* do Uruguai é um órgão jurisdicional, localizado no âmbito dos três Poderes do Estado e independente deles, que, de acordo com a o artigo nº 309 da Constituição nacional atende "reivindicações de nulidade dos atos administrativos definitivos, praticados pela Administração, no exercício de suas funções, contrariando uma norma de direito ou com desvio de poder" (tradução minha).

médicos, enquanto outras crenças, como as das mulheres que procuram uma consulta de abortamento legal, são desqualificadas ou, pelo menos, colocadas em segundo plano:

É na hegemonia médica que se resguarda quando se reconhece a intocabilidade dos sentimentos dos médicos. Mas é também o tabu do aborto como uma questão religiosa o que se reafirma quando a objeção de consciência se transforma em um direito médico. Ao final, a laicidade torna-se um adjetivo das políticas públicas e não um substantivo que legitimaria as práticas políticas sobre o justo em saúde. (DINIZ, 2013, p.1706).

A objeção de consciência tem sido reportada para uma ampla gama de tratamentos e serviços em saúde sexual e reprodutiva, como contracepção, contracepção de emergência, esterilização, fertilização, aborto e cuidados pós-aborto; e têm acudido a ela, ou desejariam acudir, profissionais de várias áreas como farmacêuticos, laboratoristas, radiologistas, enfermeiros, profissionais administrativos, e claro, médicos (FOVARGUE et al., 2015 *apud* SERNA et al., 2019).

Sonia Serna et al. (2019), em um artigo sobre a objeção de consciência no Uruguai, Argentina e Colômbia, entende que a OC é uma ferramenta que é utilizada para assegurar seu foro como médicos, e está conectada com um exercício unilateral e desproporcional de poder, já que está baseada em muitos preconceitos que são “simultaneamente médicos, jurídicos e sociais” (p.153, tradução minha).

Um grande obstáculo que o Uruguai enfrentou, principalmente nos primeiros anos após a implementação da lei, mas ainda enfrenta de alguma forma, especialmente nos últimos tempos com a ascensão da direita na esfera institucional, é a objeção de consciência e as mobilizações em torno do discurso sobre a *vida*. Para driblar os movimentos dos objetores que atuaram de maneira conjunta, principalmente no interior do país, para além das denúncias feministas, há uma disputa dentro da categoria dos médicos ginecologistas, estes interlocutores que atuam nos serviços de saúde mas também como professores na formação dos futuros ginecologistas. Em entrevista com Carlos, ginecologista e importante ator em relação a lei de IVE, a OC não é o problema em si, desde que ela seja verdadeiramente uma questão de consciência:

“A situação da objeção de consciência no Uruguai hoje está em torno a 30%, 35% dos profissionais, e eu acredito ser um bom número [...] creio que não se pode ser mais realista que o rei, e reconhecer que para muita gente é muito difícil de fazer isto, e bom, por motivos genuínos ou não, não pode fazê-lo. **Creio que a objeção de consciência não é o inimigo.** O problema é quando há um ginecologista que quer impor sua posição à mulher, que a maltrata, ou que violenta sua autonomia: este sim é um inimigo. **Mas o objetor de consciência genuíno diz à mulher ‘eu não posso ajudá-la, mas venha comigo que um colega vai te ajudar’;** a trata de uma maneira humana, respeitosa, e lhe dá continuidade assistencial, para mim não é um problema. É uma variante do compromisso de consciência, e aí eu tenho uma diferença muito notória com alguns autores anglosaxões que praticamente demonizam a objeção de

consciência, eu creio que isso é um erro. As concepções devem ser respeitadas, sempre e quando sejam de consciência”.

Na fala de Carlos aparece brevemente a noção do *falso objetor de consciência* e do *verdadeiro objetor de consciência*. O verdadeiro, o que não traz problemas à lei e às mulheres, este que não seria inimigo dos que se consideram pró-direitos, seria o que entende seu limite em relação à temática e auxilia a mulher para que consiga seu atendimento com outro colega. Em relação aos *falsos objetores*, termo que apareceu durante o trabalho de campo, segundo os profissionais não-objetores, seriam aqueles que não possuem motivos genuínos para se abster de trabalhar com IVE, pois muitas vezes, inclusive, já trabalharam com abortos em sua história clínica, porém se entendem como *contrários à lei*.

Em sua monografia, Maria Magdalena Caccia (2018) sistematiza diversos motivos pelos quais médicos no Uruguai se declaram objetores de consciência, e chama a atenção como, logo que a lei é implementada, estes ginecologistas são chamados para assinarem ou não uma carta manifestando sua objeção. Neste momento, pela própria hierarquia presente no campo médico, e por alguns profissionais sentirem que poderiam ser cobrados ou até mesmo perseguidos por não assinarem a objeção, diversos deles assinaram para se esquivar dos problemas que poderiam ocorrer por conta da temática. Outros também assinaram a partir da recusa de trabalhar com IVEs, pois viram na legalização do aborto uma possibilidade de “um maior número de tarefas sem perceber um aumento de salário, já que o aborto não se cobra como ato médico, ou simplesmente porque não lhes resulta interessante” (p. 52, tradução minha).

Em entrevista a uma assistente social, Romina, que trabalhou em um serviço público de IVE na periferia de Montevideu, a questão da *pseudo-objeção* aparece, não somente como um dispositivo de poder, mas como um dispositivo de omissão. Segundo ela, alguns médicos não querem lidar com os serviços de IVE e para isso utilizam o discurso pelo “bem das mulheres”, e não admitem que se trata, muitas vezes, de uma estratégia de manutenção de seu foro enquanto ginecologistas:

Romina: Não sei se há um estigma, mas aconteceu que, no centro de saúde onde eu trabalhava havia três ginecologistas. Uma tinha objeção de consciência porque era ultra católica e o outro me comentaram que não quis pegar a interrupção voluntária do IVE **porque tinha medo que acontecesse algo com as mulheres** [...] tinha medo que, por exemplo, fizessem mal um IVE e que depois uma mulher por não fazer a curetagem ou por pegar uma infecção, ou por não ter um bom seguimento... acontecesse algo com ela, que ela morresse. Sim, eu escutei isso. Que um dos ginecologistas disse isso. Talvez fosse por um tema de ‘politicamente correto’, sei lá. Talvez estivesse vinculado a algum lugar e não podia dizer que estava em um [serviço] de IVE. Pode ser isso, mas ele justificou a partir deste lugar.

Em campo, ao falar sobre objeção de consciência, no geral os médicos de Montevideu classificavam os que *são objetores* e os que *não são objetores*, com o verbo ser, denotando característica marcada e com pouca probabilidade de mudança. Entretanto, no interior do país, surgiu a denominação de médicos que *assinaram a objeção* ao referir-se a outros ginecologistas que assinaram a carta quando o Ministério de Saúde Pública pediu para saber quem se negaria a atender abortos, sem necessariamente declarar por quais motivos.

Parece que os médicos ginecologistas que *assinaram a objeção* não demonstram necessariamente uma recusa moral em relação ao aborto em comparação com os que se entendem como *objetores de consciência*, pois estes profissionais que *assinaram a objeção*, não necessariamente parecem estar afastados da prática de fato, nem em sua histórica clínica, nem por uma questão de cunho individual imutável. A OC parece ter, em muitos casos, mais a ver com a situação do local de trabalho, a relação dos médicos mais jovens com os médicos em posições de maior poder no serviço e seu posicionamento político, do que especialmente um rechaço à temática do aborto e sua prática.

No trabalho de Caccia (2018) sobre as problemáticas em torno da objeção de consciência no Uruguai, várias questões aparecem como pertinentes em relação à dubiedade de quais médicos *assinaram* objeção de consciência. Uma questão é que não existe uma lista pública para saber quais são os profissionais que se declaram assim e quais não, nem por quais motivos; tampouco parece haver um rigor exato ao afirmar quantos são os objetores, pois o Ministério de Saúde Pública afirmava, no ano de 2015, que se tratava de 30% dos ginecologistas, enquanto a organização feminista MYSU, *Mujer y Salud en Uruguay*, afirmava então que aproximadamente 60% dos ginecologistas a nível nacional se declaravam objetores (CACCIA, 2018, p.55). É interessante pensar porque a confidencialidade em relação à objeção de consciência parece ser tão desejada, talvez pelo próprio estigma que estes profissionais objetores entendem que podem sofrer se seu nome se tornar público em relação à temática, ou talvez o receio de que histórias de sua prática clínica que não condizem com sua objeção possam se tornar públicas também.

Segundo Aníbal Faúndes et al. (2004), há a desconfiança que os mesmos médicos que se declaram objetores em outras situações não o seriam já que para o autor “mesmo as mais fortes convicções teóricas podem mudar dramaticamente quando a situação se torna pessoal” (p. 123). De acordo com o trabalho de Serna et al. (2019), também com ginecologistas objetores no Uruguai, dependendo de quem for a pessoa que vai à consulta buscando um aborto, e em que situação se encontra, vários deles demonstram uma certa benevolência à situação e auxiliam o acesso ao IVE, porém dizem que não se sentiriam à vontade se

declarando não-objetoires, pois teriam que auxiliar na interrupção da gestação de mulheres as quais eles não concordam com a decisão. As autoras entendem que para os objetoires existe uma noção de *paciente imaginada* que é articulada por estes médicos, noção esta que justifica seu afastamento da temática do aborto, pois estas mulheres imaginadas que frequentam o serviço de IVE seriam irresponsáveis:

A despolitização e esvaziamento dos significados do aborto também se concretizam na prática do aborto piedoso, aquele que as/os objetoires estariam dispostos a fazer, desde que pudessem escolher caso a caso, que suas pacientes fossem as 'boas mulheres' - e não as pacientes imaginadas - e nas situações em que elas demonstram culpa e sofrimento [...] o aborto piedoso não é um reconhecimento de um direito das mulheres, mas sim a ratificação do poder médico [...] no caso de nossos/as entrevistados/as, o OC não responde a um definitivo não ao aborto. Para que o aborto seja legítimo eles colocam uma condição: concordar (SERNA et al., 2019, p.152).

A proximidade moral sobre a decisão da mulher parece pesar quando um profissional, que se entende como objetor de consciência, observa uma mulher em situação que lhe parece aceitável, mais próximo a uma ideia de vítima que merece realizar o aborto. De novo, mulheres são classificadas como responsáveis ou irresponsáveis na gestão de suas vidas e sexualidades, e quanto mais próximas ao ideal de vítima pública, maior a chance de um médico que se entende como alguém *contra o aborto*, possa realizar um. Segundo o artigo de Serna et al. (2019), os ginecologistas objetoires entrevistados criaram uma espécie de arquétipo de mulher que busca um aborto, e esta mulher imaginada é a justificativa para que eles não atuem nos serviços, pois não as apoiam nesta decisão. A paciente imaginada é:

Uma mulher heterossexual, irresponsável, preguiçosa, descontrolada, promíscua, mentirosa, em quem não se pode confiar, incapaz de visualizar seu futuro, que desconhece a felicidade que vêm com os filhos, que lida com o aborto tranquilamente, que não para no primeiro aborto, mas que, sobre todas as coisas, não sabe utilizar um método contraceptivo (SERNA et al., 2019, p.149).

Grande parte de meus interlocutores, profissionais de saúde, entendem que existem motivos genuínos que levam alguém a ser objetor de consciência, e outros motivos que seriam ilegítimos, como por exemplo os que recentemente citei em relação ao posicionamento político, que demonstram mais uma espécie de *boicote à lei*, do que de fato uma negação ao tema do aborto como prática legal. Para os interlocutores, a objeção de consciência poderia ser dividida entre a considerada *real* ou *falsa*.

Segundo Rafael Sanseviero (2003, p.33), um diferencial em relação à prática do aborto no Uruguai em comparação com outros países com legislações restritivas, era que havia uma alta porcentagem de abortos praticados por profissionais de saúde no contexto de ilegalidade. Antes mesmo da difusão do uso do misoprostol, a maioria dos abortos eram

realizados por profissionais de saúde mediante aspiração manual intrauterina (AMIU), alcançando assim aproximadamente 60% das interrupções voluntárias da gravidez naquele momento anterior à lei, o que nos faz pensar que grande parte dos ginecologistas conheciam ou até mesmo se implicavam na questão do abortamento quando era considerado uma prática ilegal.

Minha principal interlocutora, a ginecologista Daniela, em uma conversa informal me comentou sobre a hipocrisia de diferenciar os ginecologistas *objeto*res dos *não-objeto*res. Segundo Daniela, as/os ginecologistas são os mesmos médicos que em um momento de sua vida vão te fazer um parto, mas que em outro momento de sua vida vão interromper sua gestação, “os ginecologistas são os médicos que acompanham as mulheres em diferentes momentos da vida”, me dizia ela. Essa fala está em consonância com outras que ouvi durante o trabalho de campo sobre como as/os ginecologistas, e profissionais no geral, que estão no cotidiano do serviço de IVE, recusam o rótulo de *aborteiros*, apesar de alguns médicos *objeto*res os categorizarem assim. A psicóloga Ana comenta em entrevista sobre o tema do estigma e desta diferenciação entre profissionais que eles, não-objeto

res, tentam evitar, como pode ser visto nesse trecho em uma de nossas conversas:

Juliana: Você acredita que existem profissionais que são estigmatizados por trabalhar com IVE?

Ana: Sim, por exemplo quando nos encaminham uma mulher, ela diz “meu ginecologista me enviou para cá porque ele não faz estas coisas, me disse para vir aqui, e depois eu continuo me consultando com ele”. Então a ginecologista [da equipe de IVE] diz “eu sou ginecologista também, faço partos, cesáreas, controle de gravidez, também faço IVE”. Entende? Isso é estigma [...] como se fosse uma coisa só e que somos os especialistas em aborto, **os aborteiros**, “eu não faço isso, *aqueles* fazem, depois volta aqui”.

O ponto de vista de que estes profissionais seriam *aborteiros* apareceu nas conversas de campo e também nas entrevistas realizadas a partir da questão sobre o estigma que podem carregar os profissionais destas equipes, já que podem ser lidos desta forma. Isso desloca o entendimento que estes profissionais têm sobre seu próprio trabalho já que não se identificam desta maneira. Este discurso parte, geralmente, de profissionais que são objeto

res de consciência, e que acabam por transmitir às suas pacientes que alguns profissionais fazem abortos e outros não.

É interessante notar, a partir da entrevista com Ana, que as/os próprios profissionais foram mudando de ideia em relação a sua objeção de consciência a partir dos relatos das experiências de suas pacientes que abortaram com outros profissionais.

Ana: Agora eu acho que está muito mais aceito que antes. Antes era mais frequente o desentendimento, os objetores diziam ‘não, eu não, vá por outro lado, eu não [faço abortos]’. Mas, a mulher... pensando na época em que eu trabalhava no X³⁸, a mulher fazia todo o processo conosco, fazia a interrupção e depois voltava com seu ginecologista [objeto de consciência]. E contava para seu ginecologista como tinha sido sua experiência de atendimento, o que tinha acontecido, o misoprostol... então este mesmo ginecologista que tinha uma atitude de muita resistência em relação ao tema, e de muito estigma, depois foi mudando! [risos] **Então estão as próprias pacientes, eu creio que foram flexibilizando, eles foram entendendo algo a partir dos relatos das suas próprias pacientes que atenderam em seus partos, suas gravidezes.... isto foi muito interessante [...]** como tem um papel importante a experiência das mulheres!

Parecem existir, no trabalho de campo, algumas categorias de denúncia em relação à objeção de consciência, conformadas a partir de determinados pares de oposição que acabam por não se sustentar pelas flexibilidades e nuances que estas categorias parecem carregar. O primeiro par de oposição seria em relação à *mulher imaginada que aborta* em contraposição a *mulher real* que vai ao serviço de IVE. A primeira é imaginada como uma mulher irresponsável, segundo os objetores de consciência, o que não se sustenta quando observamos a diversidade das mulheres reais que buscam o serviço de IVE. As *mulheres que abortam* na realidade são mulheres diversas, em diferentes momentos da vida, inclusive são as mesmas, muitas vezes, que eles atenderam em suas gestações e partos.

O segundo par de oposição que aparece na etnografia leva em consideração a diferenciação entre as/os ginecologistas *aborteiros*, e as/os *ginecologistas reais* que trabalham nos serviços de IVE. Entendo que a categoria *aborteiro* é um tipo de denúncia utilizada pelos médicos objetores de consciência, e a realidade, em contraposição, é que se tratam de ginecologistas que não trabalham somente com abortos, *não são especialistas em IVE*, pois não se consideram assim. Eles se veem como ginecologistas de maneira ampla, pois atendem diferentes mulheres em diferentes momentos de suas vidas e possuem outras perspectivas em relação aos direitos das mulheres.

A terceira e última categoria localizada como par de oposição veio a partir das entrevistas e conversas com os interlocutores não-objetores, pois para eles, existem objetores de consciência *falsos* em contraposição aos *verdadeiros*. Em relação aos primeiros, os não-objetores denunciam sua hipocrisia, realizam diálogos, tentam convencê-los de como realizar sua objeção de maneira genuína, ou seja, de maneira respeitosa com a mulher, para que se tornem objetores verdadeiros, em que se pode trabalhar em conjunto, e que não obstaculizam a lei.

³⁸ Trata-se do serviço de saúde pública de referência que onde grande parte de meus interlocutores em Montevideu atuam/atuarão.

Se por um lado, criar o estereótipo de que a *mulher que aborta* reduz a noção de que mulheres diferentes abortam; os ginecologistas que trabalham com IVE tampouco seriam *aborteiros*, já que se entendem como ginecologistas de maneira ampla. Segundo a ginecologista Daniela, são as mesmas mulheres que um dia realizam um parto e no outro um IVE; por outro lado, eles como ginecologistas não querem ser vistos de maneira estigmatizada como ginecologistas *que realizam abortos*, já que fazem muito mais do que isso.

Segundo Daniela, muitos objetores de consciência são médicos que trabalham com reprodução assistida, e nesse caso, segundo ela, parece que a concepção de vida é outra. Segundo a ginecologista, estes também fariam parte dos *falsos objetores*, aqueles que antes da lei faziam abortos ilegais em clínicas clandestinas, mas que por serem de um espectro político de direita, contra a *Frente Amplio*, tentam boicotar a lei, *sendo parte do problema e não parte da solução*.

Em uma entrevista realizada com o ginecologista Fernando, que trabalha há vários anos no serviço de IVE em uma cidade que faz fronteira com o Brasil, ele comenta como não houve tanta dificuldade em implementar o serviço na cidade já que não havia nenhum *médico aborteiro*, pois se fosse este o caso eles poderiam ter tido problemas em relação ao seu negócio. As declarações do ginecologista Fernando, assim como da ginecologista Daniela, são consoantes aos dados etnográficos manifestos na pesquisa realizada por Caccia (2018, p.55), que também escutou relatos na capital e no interior do Uruguai, de que sabiam de ginecologistas que eram donos de clínicas clandestinas, ou realizavam abortos em seus consultórios, e que quando a lei foi aprovada em 2012, se declararam objetores de consciência.

Fernando também comenta durante entrevista que vários profissionais assinaram um termo em que declararam objeção de consciência, principalmente por medo do estigma que seria trabalhar nesse serviço de saúde, assim como ele poderia afetar suas famílias em um contexto de cidade pequena:

Fernando: Sim, existem alguns profissionais que assinaram a objeção de consciência. Eles assinaram porque viram que em algum momento as instituições teriam que perguntar aos profissionais se eles eram objetores ou não. Alguns de nós permanecemos [...]. Ele [outro ginecologista que atende na clínica] não é um objetor, eu não sou um objetor e há um ou dois outros ginecologistas que não são objetores. Os outros são todos objetores. Ou às vezes eles não são objetores, mas não querem trabalhar nisso porque têm medo, ou porque têm medo e são muito novos e têm medo de que as pessoas os estigmatizem. Mas houve quem o fez, *que assinou a objeção de consciência*. Eu diria que estamos metade não-objetores e metade dos profissionais que *assinaram a objeção*. Felizmente aqui, não tivemos problemas [...] porque é claro... Obviamente, depois que a lei veio, não havia mais problema. Mas antes da lei, como

aqui, acho que agora conversando, que aqui não havia *médicos abortistas* que ganhavam muito dinheiro nessa época. Antes sim. Muito antes de eu vir para cá [nome da cidade], sim. Mas não havia muitos de nós que, ao administrar uma policlínica de interrupção da gravidez, complicaria o negócio. Então não aconteceu muita coisa. **Eles nos deixam trabalhar muito bem. Mesmo as pessoas não nos estigmatizaram muito.** Embora sim, em alguns casos, tivemos algumas discussões pesadas com alguns profissionais, mas bom, é o de sempre. Não aconteceu nada de grave. (Entrevista com o ginecologista Fernando, realizada em maio de 2021).

O primeiro ponto que chama a atenção durante a fala de Fernando é que aqui não se trata de *objetores*, como categoria permanente, mas de profissionais que *assinaram a objeção*, o que parece mais um posicionamento pontual do que uma definição de como eles se veem. O segundo ponto é que, segundo ele, a lei não complicou o negócio de nenhum médico *aborteiro*, ou seja, nenhum médico que ganhava dinheiro com procedimentos clandestinos anterior à lei, e que possivelmente seria um obstáculo para a implementação desta. O terceiro ponto tem a ver como os não-objetores se vêem como privilegiados, já que *os que assinaram a objeção* “nos deixam trabalhar muito bem”.

A lei, segundo este ginecologista, os protegeu em relação ao serviço que realizavam, e o tema da objeção de consciência faz parte também de uma disputa: trata-se de uma demonstração de que o serviço *funciona*, a lei *funciona*, e os profissionais que trabalham ali também trabalham em outras instituições fazendo outras coisas. Mas, uma frente em que os ginecologistas têm atuado, principalmente ao serem além de profissionais que atuam na saúde pública, também professores, é a formação dos novos residentes em ginecologia e obstetrícia, e essa é uma forma de modificar o cenário a longo prazo em relação à objeção de consciência.

A maioria dos residentes são formados em Montevideu, mas existem, há alguns anos, residentes em ginecologia também em outros departamentos onde estão os docentes vinculados à Faculdade de Medicina. No caso, tanto no departamento de fronteira com a Argentina, onde atua a ginecologista Pilar, quanto no departamento de fronteira com o Brasil, onde atua o ginecologista Fernando, ambos são professores que têm residentes em formação sob sua supervisão. Em entrevista com a ginecologista Pilar ela comenta um pouco sobre como os novos residentes parecem ter menor propensão a declararem objeção de consciência:

Pilar: A primeira experiência que tivemos foi uma ginecologista de Montevideu, não tinha objeção, e também era muito feminista e pró-direitos. A segunda residente aqui do departamento é nascida aqui, fez toda sua graduação aqui, vive aqui e não tem objeção de consciência. E agora em abril começou um novo residente que é daqui e não me manifestou nada. Eu tampouco pergunto: você tem objeção ou não? Não questiono ele. Entra na policlínica, faz seu trabalho e eu não pergunto [...] Mas te digo uma coisa, aqui temos ginecologistas jovens que são pseudo-objetores. Porque é o que te dizia hoje, é **muito mais fácil ser objeter que não objeter**. Você tira um problema em cima de ti, não porque acreditam que estão fazendo algo errado, nem que a mulher está mal da cabeça, nem que é um pecado o

que está fazendo a mulher. **Mas se escudam nessa pseudo-objeção e complicam. Complicam porque fazem pouco acessível às pacientes.**

Em Montevideu, a ginecologista Daniela, que também é docente, tinha alguns residentes em formação também sob sua orientação. Durante o campo em 2019, me conta que realizaram uma pesquisa e que entre os novos residentes da clínica ginecológica e apenas 9% são objetores, enquanto que no país inteiro os números chegam a 33%. Existe uma luta na formação dos novos residentes para que o cenário da objeção de consciência mude, mas essa é uma luta majoritariamente em uma parte da faculdade, já que existem outros objetores em outras clínicas ginecológicas da Faculdade de Medicina. Em uma delas inclusive somente um médico *grado 3* não era objetor de consciência³⁹, e isso parece ser uma disputa importante.

Ela me conta sobre o esforço na formação como professora da Faculdade de Medicina para que as novas gerações tenham cada vez menos objetores de consciência, e que, ao mesmo tempo, luta dentro da categoria das/os ginecologistas para que eles vejam que a mulher que realiza o IVE, não é uma mulher diferente da que quer ser mãe, muitas vezes ela já é mãe, e em muitas outras só escolhe não ser mãe naquele momento.

A luta, então, passa por convencer os médicos, inclusive aqueles que já realizaram abortos no contexto de ilegalidade, ou até mesmo aqueles que trabalham com fertilização *in vitro*, e que portanto, trabalham em seu cotidiano com o descarte de embriões. O convencimento passa por dizer que aquela mulher que entra em seu consultório desejando interromper a gestação, deve ser ouvida pois não é “outro tipo” de mulher.

³⁹ Na *Universidad de la República*, UdelaR, os professores são divididos em cinco *graus*, sendo o primeiro, o de titulação mais básica, e o quinto, como o mais alto.

1.4 O tabu do aborto: IVE a partir dos serviços das fronteiras

Neste sub-capítulo discuto os conservadorismos que surgiram durante o trabalho de campo em 2021 quando me deparei com outros dilemas nos serviços de IVE, ao entrevistar profissionais que atuam no interior do país, principalmente *nas fronteiras*. Para isso discuto a noção de fronteira, a objeção de consciência em bloco, e como o estigma de *trabalhar com aborto* está relacionado a uma espécie de tabu, apesar da legalização da prática.

Durante o mês de maio de 2021, realizei um breve trabalho de campo durante uma semana em uma cidade de fronteira com o Brasil, acompanhando o serviço de IVE em que entrevistei as/os ginecologistas, uma psicóloga e estive em diálogo com outras profissionais do serviço em questão. Naquele momento o Uruguai enfrentava uma alta de casos de COVID-19, mas por outro lado já havia grande parte da população vacinada, os profissionais de saúde já estavam protegidos com as duas doses da vacina, e existiam campanhas de vacinação massiva nas fronteiras com o Brasil.

É relevante destacar que as cidades de fronteira são um espaço de circulação de pessoas onde não há possibilidade de um fechamento completo e, apesar de o Uruguai ter proibido a entrada de turistas brasileiros desde o início da pandemia até novembro de 2021, isso só valeu para circulação para além dessa cidade. Ou seja, esse espaço é um interstício onde brasileiros e uruguaios convivem, e não há um rio ou ponte que separe as duas cidades: de um lado da praça estamos no Brasil, e do outro lado estamos no Uruguai.

Quando me desloco de Montevideu para *a fronteira*, entendo que ela é maior do que necessariamente as cidades que são separadas em duas, já que compreende toda uma dimensão que ultrapassa questões territoriais, onde pessoas que vivem há 100 km ao sul da fronteira física, por assim dizer, se sentem como uruguaios *da fronteira*. Para o Estado uruguaio, é um local que deve ser “controlado”, no contexto da emergência sanitária, o vírus da COVID-19 vinha majoritariamente pelo *contato com o Brasil*, e as políticas de saúde se deram de maneira a vacinar também os brasileiros com as vacinas do Uruguai.

Utilizo as noções que articula José Olivari (2019), pois entendo que na fronteira Brasil-Uruguai também existe a noção de uma “mitologia conceitual da fronteira como um lugar ‘selvagem’ [que] se traduz, também, em toda uma gramática da necessidade da segurança pública, toda uma demanda multilocal de estratégias e presenças da defesa” (p.84). É neste local onde conversei com algumas residentes em ginecologia e estagiárias na área de saúde, que realizavam seus estágios *na fronteira*, mesmo morando na capital ou em outros departamentos, e suas atitudes vinculavam “a fronteira ao medo e à enorme dificuldade

(pena) de habitar e trabalhar nela” (p.85). Entretanto, por outro lado, destaco que, ainda que tenha aparecido em campo esse tipo de visão sobre a fronteira, isso não foi um sentimento unânime em relação aos profissionais. Muitos entendem as peculiaridades deste local como um local frutífero que permite outras maneiras de ser e estar no mundo, como se o binarismo brasileiro-uruguaio não funcionasse em sua totalidade.

Para Olívar (2019) a gramática que cria essa fronteira não advém de uma noção universal, pois ela é mais do que um território. A fronteira “atravessa de formas diferenciais os corpos e as vidas das pessoas que nela habitam, constituindo-se num intrincado enlaçamento emocional e material cuja condição de possibilidade é a prática dos sujeitos em relação” (p. 104).



Fronteira entre Brasil e Uruguai, do lado esquerdo da praça trata-se de uma cidade brasileira, do lado direito da praça, uma cidade uruguaia. (Foto da autora).

Para outros profissionais que estão no serviço de IVE há anos, estar na fronteira é motivo de orgulho e as peculiaridades deste local de interstícios, onde, apesar dos conservadorismos, o serviço de IVE *funciona* era ressaltado. Durante as conversas que pude

realizar com os profissionais no serviço *da fronteira*, me chamou atenção uma conversa com um ginecologista que conheci, Héctor. Trata-se de um homem jovem, que conta que recentemente foi *convencido* pelo outro ginecologista não-objeto a trabalhar no serviço de IVE, o único serviço de interrupção de gestação na cidade.

Ele me revela que já houve muito estigma em relação ao serviço de IVE e ele tinha receio, apesar de não ser objeto de consciência, que seu trabalho na policlínica de aborto afetasse sua família, já que se trata de uma cidade pequena e todos se conhecem. Héctor também me conta um episódio que foi importante para ele aceitar este trabalho: o caso de uma mulher proveniente de outro departamento do Uruguai, o mesmo em que a ginecologista Pilar relata haver uma movimentação anti-direitos muito expressiva. Naquele momento todos os ginecologistas do departamento de fronteira com a Argentina haviam declarado objeção de consciência. A mulher teve que ser transferida para a fronteira com o Brasil, e Héctor foi chamado por Fernando para acudir essa mulher que havia feito um aborto em condições inseguras, e teve que passar por uma cirurgia de risco, já que, pelo que entendi, não foi devidamente atendida em seu departamento. O resultado final é que, apesar de salvar sua vida, ela teve que amputar um dedo e uma parte de uma perna, por não ter sido assistida e querer realizar um aborto, em um país onde há uma lei que assegura este direito.

Ele me compartilha essa história muito triste, embora o episódio tenha acontecido há alguns anos, e a partir deste relato reforça o porquê de ter se somado a Fernando no serviço de saúde sexual e reprodutiva de sua cidade. Entendo que essa história dramática também deve ser comentada por ele com outras pessoas quando se refere aos motivos de trabalhar na policlínica de IVE. Trabalhar no serviço de IVE, que é envolto de estigma (CARDENAS et al., 2018), precisa ser de alguma maneira justificado, para tanto, a noção de vítima e seu papel como médico para auxiliá-la surge como um objetivo maior e nobre, onde a vida e a dignidade aparecem como valores legítimos, pensando nos termos da biolegitimidade descrita por Fassin (2010).

Neste mesmo serviço de saúde sexual e reprodutiva *da fronteira*⁴⁰, que atende uma quantidade grande de mulheres, me chamou a atenção que são muitas pacientes durante o mesmo dia de consultas, bem mais do que no hospital de referência em Montevideu, aquele onde realizei a etnografia em 2019 e não pude voltar em 2021 a fazer campo.

⁴⁰ Outro ponto importante do serviço é que apesar de ocorrer em uma policlínica de saúde pública, as usuárias das mutualistas, também vão a este lugar. Como as mutualistas preferiram terceirizar o serviço, contribuem em contrapartida com algumas profissionais da saúde privada que trabalham com as profissionais de saúde pública neste mesmo local.

Apesar de ser uma cidade pequena em comparação a capital do país, as profissionais do serviço comentam que muitas vezes aparecem até 50 mulheres em um dia, número muito mais expressivo que as aproximadamente cinco mulheres por turno que apareciam no hospital de referência em Montevideu. Imagino que isso pode se dar por alguns motivos: trata-se de um departamento pequeno, mas com uma localização geográfica onde há várias brasileiras que, muitas vezes, também têm nacionalidade ou residência no Uruguai; trata-se de um lugar onde também há grandes números de violência de gênero e precariedade, além das especificidades próprias *da fronteira*. O serviço de IVE também ocorre somente duas vezes por semana, sendo uma delas com um ginecologista que também é ultrassonografista, portanto parece concentrar grande parte das consultas neste momento da semana.

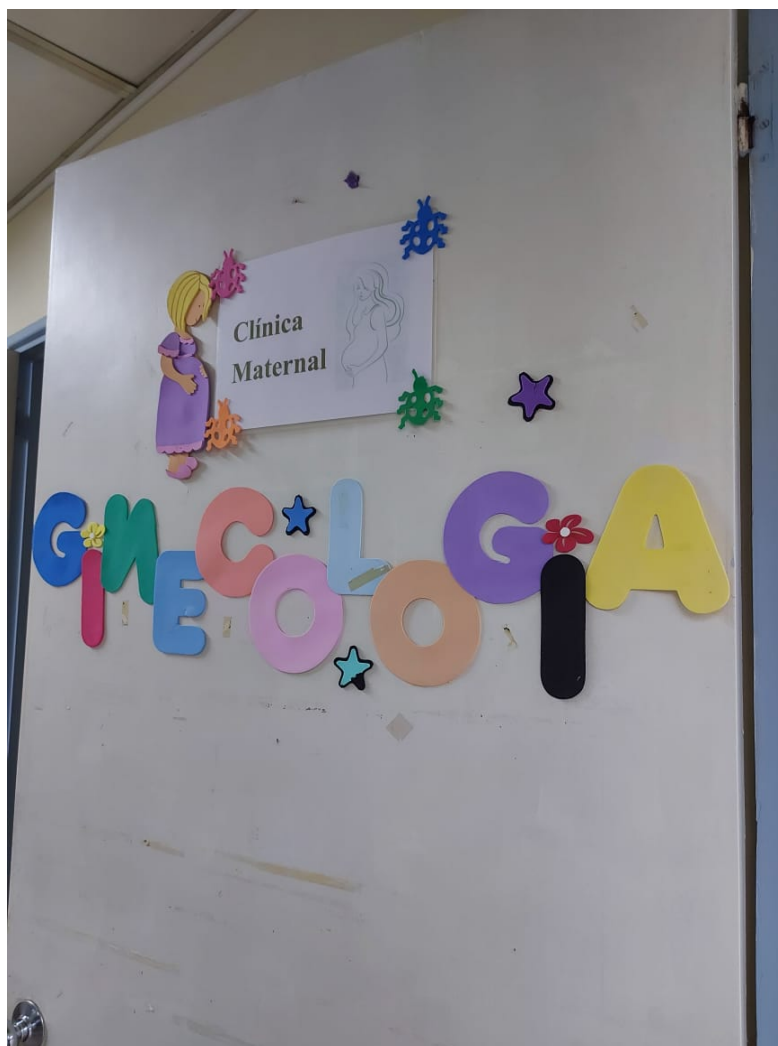
O serviço *da fronteira* está localizado em um bairro residencial, um pouco distante do centro da cidade. Lá está a policlínica de ginecologia, assim como de outras especialidades médicas. Quando chego, observo várias mulheres do lado de fora do edifício, já que a entrada tem sido controlada para não lotar a sala de espera, no contexto da pandemia.

Ao chegar na policlínica *da fronteira*, pode-se notar que há atendimentos de várias especialidades, entre elas a ginecologia. É na área de ginecologia onde está localizado o serviço de saúde sexual e reprodutiva, embora não haja nenhuma indicação da palavra IVE nem no espaço físico, nem no vocabulário empregado pelos profissionais, que utilizam a palavra aborto para se referir à interrupção, diferentemente do que ocorre em Montevideu. É neste local onde acontecem os exames de ultrassom, as consultas de ginecologia assim como as consultas de IVE. Nos dias em que estive presente, neste espaço só aconteceram consultas de mulheres que buscavam abortos.

Na policlínica de ginecologia, existem três salas onde profissionais de várias áreas trabalham: obstetrix, ginecologista (que também é ultrassonografista), psicóloga, assistente social e enfermeira. Na primeira sala estão a enfermeira e duas assistentes sociais, trabalhando geralmente com os inúmeros papéis e fichas das pacientes. Na segunda sala, a psicóloga atende algumas mulheres que estão em sofrimento mental e desejam conversar com a profissional a sós; e na terceira sala geralmente estão a obstetrix e o ginecologista. É nesta terceira sala onde também estão localizados os aparelhos para a realização da ultrassonografia.

Enquanto as mulheres circulam por estas salas, converso com as profissionais, e uma delas, a enfermeira, me diz que quando foi chamada para trabalhar no serviço não quis, em um primeiro momento. Depois que conheceu mais sobre ele, foi trabalhar lá e aos poucos

mudou a ideia que tinha sobre ele. Hoje ela compartilha feliz sobre seu trabalho com os colegas da mutualista onde trabalha.



Porta de entrada de uma das salas de atendimento de IVE na policlínica da fronteira com o Brasil. Foto: Arquivo pessoal.

É curioso observar a porta de entrada da sala onde as mulheres são atendidas pelas enfermeiras e assistentes sociais, para uma espécie de triagem. São representadas duas mulheres grávidas, de gravidez avançada e notável, além do cartaz “*Clínica Maternal*”. Não possuo a informação se ali também são atendidas mulheres que possuem uma gestação desejada e fazem acompanhamento, mas desconfio pelo cartaz da porta que sim, embora não tenha visto ou ouvido falar, pois devem ser outros médicos em dias e horários distintos que utilizam o mesmo espaço.

Pensando no estigma que sofrem os trabalhadores dos serviços de IVE, entrevistei a ginecologista Pilar que também faz parte de uma rede de Montevideu empenhada na causa do

direito ao aborto no país. Atualmente ela vive em outro departamento *de fronteira*, mas com a Argentina, onde não pude realizar a etnografia presencialmente. Pilar trabalha atualmente no mesmo departamento que não atendeu adequadamente aquela mulher que teve que ser transferida para a fronteira com o Brasil, e sobre o qual o médico Héctor me contou. Este é o mesmo departamento onde por vários anos uma ginecologista tinha que ir e voltar de Montevidéu para que as pessoas pudessem acessar o direito ao aborto no estado sem ter que viajar, pois todos os ginecologistas se declararam objetores de consciência no departamento:

Pilar: Em 2014 me formei e vim morar aqui em 2016. Mas trabalhava mais em Montevidéu, viajava, ia e voltava, ainda não era mãe, então era mais fácil viajar. Pegava um ônibus, viajava a noite toda e trabalhava mais em Montevidéu do que em aqui nesse departamento. Foi difícil para mim começar a trabalhar aqui. Há muito menos ginecologistas do que em Montevidéu, não é fácil acessar o mercado de trabalho. [...] quando vim para cá eu não era objetora, nunca fui objetora mas também não tinha como trabalhar nessas policlínicas. Naquela época tinha aqui um ginecologista que vinha de Montevidéu. **Primeiro, no início, as pacientes eram enviadas 500 km até Montevidéu para concluir todo o processo de lá. Então eles conseguiram uma ginecologista de Montevidéu para viajar pontualmente e fazia as consultas.** Mas muitas pacientes ficaram frustradas porque a paciente já vinha em certos dias da semana, voltava e a médica não estava.

Neste trecho da entrevista podemos destacar alguns pontos: o primeiro é que por ser uma ginecologista da capital, com uma visão progressista, jovem e que não assina objeção de consciência, demora anos, apesar de sua qualificação, para conseguir trabalho no estado onde vive. É interessante porque também nesta entrevista ela comenta que, assim como as mulheres que não podiam acessar o direito ao IVE, ela, para conseguir trabalhar, tinha que ir e voltar para Montevidéu percorrendo uma distância de aproximadamente 500 km para ir e 500 km para voltar toda semana.

O segundo ponto tem a ver com os itinerários abortivos, à semelhança de itinerários terapêuticos (PORTO, 2009), que as mulheres tinham que percorrer: se por um lado as mulheres que buscam um IVE nesse departamento tinham que se deslocar para ir até a capital, por outro, a solução por um tempo foi que a médica ginecologista da capital tinha que viajar da capital até o local uma vez por semana para garantir o atendimento dessas mulheres. Isso não sanava exatamente todas as necessidades, já que muitas demoravam para ser atendidas ou não encontravam o atendimento no momento certo: *“mas muitas pacientes ficaram frustradas porque a paciente já vinha em certos dias da semana, voltava e a médica não estava”*.

Pilar: E havia, aqui, do ponto de vista, como todo o corpo médico, digamos, de ginecologistas que fizeram a objeção de consciência como em bloco, isso gerou, eu acredito, isso é uma opinião pessoal, que gerou em todo o ambiente médico e social do departamento, um movimento muito anti-direitos, por assim dizer, e **aqueles de nós que não tínhamos objeção**

de consciência fomos vistos e somos vistos de uma maneira muito diferente, o que não acontece em todos os departamentos, mas aqui é particularmente importante. Agora, hoje em dia aqui em nosso departamento, não sou mais a única... somos três ginecologistas que não têm objeção de consciência. Nós três nos formamos nas clínicas de Montevideu. Meus dois colegas começaram a trabalhar aqui antes porque tinham um emprego e começamos a fazer a policlínica de saúde sexual e reprodutiva. E hoje faço parte da equipe de saúde sexual e reprodutiva e é na realidade, neste trabalho, que estou a cargo da minha policlínica no âmbito público. (Entrevista com a ginecologista Pilar, realizada em abril de 2021 por Google Meet).

Aqui, destaco um terceiro ponto, que tem a ver com a objeção de consciência em bloco, o que, em sua opinião, gerou um ambiente anti-direitos, *“aqueles de nós que não tínhamos objeção de consciência fomos vistos e **somos vistos** de uma maneira muito diferente, o que não acontece em todos os departamentos, mas aqui é particularmente importante”*. Parece, segundo a fala de Pilar, que existe um incômodo entre os próprios ginecologistas locais, que não apoiam a existência de ginecologistas não-objetores no departamento, já que se mobilizaram e continuam de alguma forma se mobilizando contra a lei de IVE e os que trabalham com ela. A atitude dos profissionais objetores perpassa constrangimentos e acusações para aqueles profissionais não-objetores, o que a médica relata em outros momentos da entrevista que comentarei abaixo.

O quarto ponto tem a ver com a formação dos ginecologistas: parece haver uma disputa em relação à objeção de consciência, pois parece que os profissionais provenientes das clínicas de Ginecologia da Faculdade de Medicina em Montevideu tem sido mais abertos ao tema e não tem se declarado objetores, o que seria uma ameaça aos profissionais já estabelecidos neste departamento, que são totalmente contrários à lei de IVE: *“agora, hoje em dia aqui em nosso departamento, não sou mais a única... somos três ginecologistas que não têm objeção de consciência. Nós três nos formamos nas clínicas ginecológicas de Montevideu”*.

Neste caso, tanto Pilar, quanto outros profissionais que entrevistei, também trabalham como docentes vinculados à Faculdade de Medicina da universidade, eles entendem que têm um papel importante a desempenhar na formação das novas gerações, para que este movimento anti-direitos seja cada vez mais associado ao passado. Quando lhe pergunto se ela acredita que existe um estigma em relação aos profissionais da equipe de saúde sexual e reprodutiva, ela responde:

Pilar: Neste departamento sim. Eu não sei sobre os outros, mas aqui sim. E nossos colegas muitas vezes se atrevem a dizer “ah, não vá com eles porque eles fazem abortos”. Porque não fazemos só saúde sexual e reprodutiva, mas também temos uma policlínica para controle de gravidez, parto...Eles dizem às pacientes que fazemos abortos, quase como se fôssemos fazer a paciente querer perder o filho! Impressionante!

De novo aparece o estigma de *aborteiros* em relação aos que trabalham nos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Os colegas, profissionais que trabalham nas policlínicas, denunciam às mulheres que, caso estejam grávidas principalmente, não realizem as consultas *de controle* de gravidez com estes profissionais *aborteiros*, pois como *fazem abortos* provavelmente colocariam sua gravidez em risco. Esta parece ser uma maneira de coagir os profissionais que trabalham com IVE a deixar de trabalhar em outros âmbitos da ginecologia de maneira confortável, ou pelo menos deixarem de ter autoridade sobre seu trabalho enquanto ginecologistas no geral, ao categorizarem eles como *aborteiros*.

Pilar: Bom, esta história dos fetinhos, esta ginecologista que dá os fetinhos na ultrassonografia às mulheres é cruel. E bom, uma vez aconteceu que uma paciente, que tinha feito seu processo de interrupção voluntária de forma institucionalizada porque a data estava quase chegando ao limite, e um ginecologista passou para fazer a visita... a paciente expulsa na sala, ele agarra o embrião, o feto, o levou, o pesou e o mediu para denunciar os ginecologistas que fazíamos IVE, que fazemos abortos passadas as 12 semanas. Horrível.

Juliana: E no final, o que aconteceu? Nada?

Pilar: No final claro que descobrimos e o que foi feito foi, se fez a denúncia à direção técnica da mutualista. Se fez a denúncia que estava acontecendo isso conosco, e puniram o ginecologista que fez isso, que vulnerabilizou todos os direitos da mulher. Porque aqui o mais importante era isso...

Neste trecho da entrevista, de novo aparece uma disputa entre os médicos que declaram objeção e os que não são objetores, constrangendo e ferindo os direitos da mulher em realizar a interrupção de maneira institucionalizada. Os primeiros não aceitam a existência da possibilidade do abortamento legal, muito menos dentro do espaço hospitalar, ou seja, a denúncia que o feto já havia ultrapassado 12 semanas (prazo limite segundo a lei no Uruguai) é dirigida aos ginecologistas que não são objetores, os “*responsáveis*” segundo a postura deste médico sobre o acontecimento. Durante a prática de abuso por parte do ginecologista, o embrião/feto se torna central e dissociado da pessoa que está realizando a interrupção da gestação, que não é considerada na cena. Assim, o médico trata o feto como sujeito de direitos, tão humano que é medido e pesado e utilizado como prova de sua denúncia em sua oposição aos profissionais que trabalham com IVE, os *aborteiros*.

Minha dúvida em relação a este lugar, tão proeminente em relação à objeção de consciência, e o que a interlocutora chama de “*clima anti-direitos*” presente no departamento, era se vinculado a estes discursos conservadores existe uma gramática religiosa quando acionam seu discurso “*pró-vida*”.

Pilar: Sim, totalmente. Opus dei⁴¹. O discurso é ‘Deus vai te castigar’. Alegam objeção [de consciência]. Aqui eu acho que tem muita pseudo-objeção, mais que objeção. Porque aquele que realmente é por um tema ético-religioso está em todo seu direito de ser objetor. Eu não tenho nada contra o objetor. O que não quero é que o objetor se meta comigo, nada mais. Então há gente que realmente pertence ou tem seu credo, sua religião e está perfeito que seja objetor, eu entendo. A questão é quando toda a comunidade, todo o resto da comunidade tem que, de alguma forma, imitar isso porque é o correto. Correto socialmente, o que é ético do lugar. Então se escondem atrás disso e fazem pseudo-objeção e chega um momento que o departamento tinha 100% de objetores e nem todos os ginecologistas eram crentes em Deus. Então estão por um lado, os que creio que sim, realmente tem essa objeção, e os que, bom... é mais fácil ser objetor que não objetor aqui.

É interessante neste trecho da entrevista em que a ginecologista Pilar afirma como é “mais fácil” ser objetor nesse departamento. A objeção de consciência já não é mobilizada somente por pessoas religiosas, ou que articulam seus posicionamentos políticos através de um discurso religioso (objetores) mas também por profissionais que na verdade não seriam religiosos, que parecem não expressar seu credo para além desta questão da interrupção da gestação, e que seriam então os pseudo-objetores, estes que se tornam a maioria dos ginecologistas do departamento. De novo aparece a questão da *objeção falsa*, a que ela chama de *pseudo-objeção*, e a *verdadeira*, que ela associa ao discurso religioso de alguns profissionais. Há uma sugestão de que os ginecologistas do departamento preferem atuar como objetores para evitar o estigma de serem *aborteiros*, o problema passa a ser o controle social e a moral local, mais do que necessariamente a recusa do direito à interrupção da gravidez.

Segundo Rozeli Porto, em sua pesquisa com foco nos serviços de aborto legal no Brasil e em Portugal, enquanto alguns profissionais não admitem que seus preceitos religiosos façam parte de suas ações, essa religiosidade pode ser expressada por um *habitus católico* (BOURDIEU, 1989) em seus atendimentos enquanto médicos. Há profissionais que acionam a OC, pois não admitem a realização do aborto, “muitas vezes [a OC] está ‘disfarçada’ sob a égide de questões religiosas, de moral ou de ética em um detrimento da saúde reprodutiva das mulheres” (PORTO, 2009, p.109).

A *pseudo-objeção* faria então parte do cotidiano do lugar, mais do que um posicionamento partidário, ou religioso, mas parte de uma conduta de vida coletiva, um *ethos* dos médicos deste lugar. A entrevista segue:

Pilar: E ainda mais aqui! Aqui é um problema de cima, é assim... você se compromete menos com a comunidade, se compromete menos com isso, e é mais fácil [ser objetor]. Ninguém vai

⁴¹ Grupo conservador católico, fundado na Espanha no início do século XX. Trata-se de uma prelazia pessoal da Igreja, ou seja, uma estrutura institucional que se dedica a atividades pastorais específicas. É a única do Vaticano a possuir este poder desde 1982 e é conhecida pelas práticas cotidianas de mortificação corporal e diversas violações de direitos humanos, principalmente das mulheres.

falar de você, não vai aparecer no jornal, não vão te esgrachar nem vão colocar cartazes na esquina da sua casa “**assassino aborteiro**”.

Juliana: Isso aconteceu com você?

Pilar: Não, comigo não.

Juliana: Mas já aconteceu....

Pilar: **Sim sim, na policlínica quando você chega de carro já vê eles na esquina entregando folhetos**

Nesta parte da entrevista Pilar comenta o porquê da objeção de consciência ser um caminho mais fácil: o profissional se compromete menos com a comunidade, ninguém vai comentar sobre sua reputação como pessoa e como profissional: “*não vão te esgrachar nem vão colocar cartazes na esquina da sua casa “assassino aborteiro”*”. Ela comenta com detalhes utilizando um exemplo tão descritivo como se houvesse acontecido isso com ela, ou alguém próximo, já que utiliza o esgracho sofrido na *esquina de sua casa*. Quando é indagada sobre se isso já lhe ocorreu, ela comenta que não, mas que isso na verdade acontece na *esquina da policlínica*. É interessante destacar aqui como a *casa* passa a ser a *policlínica* e que esse tipo de esgracho, mobilizado por organizações anti-direitos fora da clínica, nos dias onde há atendimento nas consultas de IVE, é parte do cotidiano desses profissionais e pacientes. A rotina é então ser denunciado publicamente como *assassino e aborteiro* ao chegar em seu trabalho, apesar da policlínica atender atendimentos ginecológicos no geral, e não somente IVE. Ao perguntar quem são aqueles que os constroem na frente de seu trabalho com folhetos anti-direitos, ela explica:

Pilar: É uma organização de pessoas anti-direitos [...] que dá uns panfletos para as mulheres e fala com elas sobre os danos psicológicos que o aborto causa e eles mostram... Há uma página no Facebook que mostra alguns vídeos de uma mulher fazendo aborto de certa forma, de curetagem que a mulher acorda sem anestesia, os gritos e você vê o embrião [...] Eles estão bem espertos, ficam no canto da policlínica e quando veem e identificam as pacientes ... algumas entram para outra coisa, mas eles as abordam mesmo assim. Eles sabem os dias em que a policlínica funciona e o horário. Então eles ficam no canto e quando as vêem chegando, eles as agarram. Então a mulher vai pegar um remédio, não importa., eles chegam com os papéis e tudo, aí a mulher entra na consulta e fala “eles me pegaram e me deram isso.

Até então em meu trabalho de campo em Montevideu, ou na cidade de fronteira com o Brasil, nunca havia ouvido história semelhante em relação a atuação dos grupos que de auto-denominam “pró-vida” em frente aos hospitais. A atuação destes grupos é extensa pela América Latina (FAÚNDES et al., 2013), mas foi a primeira vez que ouvi relato semelhante sobre esta atuação tão incisiva no Uruguai, e não é irrelevante relacionar esta atuação em uma

cidade do interior, onde os ginecologistas que trabalham com IVE não parecem possuir força suficiente para atuar em relação às violações de direitos que ocorrem neste departamento.

Isto parece ter uma associação com a objeção de consciência em bloco e a não-assistência, que resultou na transferência de uma paciente para a fronteira com o Brasil, naquele relato que me contou o ginecologista Héctor sobre a paciente que teve membros do corpo amputados por falta de assistência médica decorrentes de aborto inseguro. Estes são alguns exemplos que demonstram que a realidade da atenção ao IVE no interior do país enfrenta maiores desafios que na capital.

Entendo que o estigma de trabalhar com aborto, observado na etnografia e relatado pelos profissionais de saúde nas entrevistas, ocorre pois o aborto segue sendo um tabu. A desconfiança de que o aborto, apesar de ser uma prática legal, continua sendo algo classificado como “errado”, apareceu em campo após perceber como era necessário não falar a palavra aborto dentro do serviço de saúde, e mudar o nome do ato para IVE⁴². Outra questão em relação ao tabu está conectada com o que já descrevi anteriormente: o tabu do aborto também gera um estigma que alguns profissionais relatam sofrer em relação ao seu trabalho no serviço de saúde sexual e reprodutiva, pois os classifica como trabalhadores em um tipo de trabalho menos prestigioso moralmente dentro da própria assistência em saúde.

Ao utilizar o termo tabu, não proponho valer das teorias provenientes da antropologia clássica, principalmente a de tabu do incesto utilizada por Lévi-Strauss (1967). O autor discute, a partir de reflexões filosóficas, o que define o ser humano e quais seriam as fronteiras entre natureza e cultura. Entendo que a teoria proposta por Lévi-Strauss perpassa a motivação da compreensão dos fundamentos da vida social, o que não me interessa neste trabalho ao utilizar o termo “tabu”. Mesmo conhecendo a discussão antropológica que vai em outras direções em relação ao termo, escolho utilizá-lo pois, durante a etnografia, o aborto aparece como sinônimo de uma interdição moral, que causa uma espécie de recusa pública ao renomear a prática de IVE em vez de aborto.

Nas pesquisas de Heloísa de Almeida (2002; 2017) o tema do aborto também aparece como um tabu, em que as interlocutoras sentem que devem se justificar em relação ao ato, pois é uma prática, muitas vezes, envolta de culpa. A autora traz casos de campo onde algumas de suas interlocutoras relatam haver tomado *remédios para fazer descer* a menstruação, o que a bibliografia brasileira associa ao uso popular do Cytotec®, nome do

⁴² Explorarei melhor os temas em relação a denominação IVE no ponto 2.1, do próximo capítulo.

misoprostol utilizado no Brasil (AREND et al., 2012). Me apoio em Almeida (2012), que entende o aborto, especialmente em público, em voz alta, como tabu.

De acordo com o que observei na etnografia, considero portanto que o tabu do aborto possui tres níveis: o primeiro é o nível do segredo; o segundo, da recusa a maternidade; e o terceiro, o da repulsa do que é colocado para fora do corpo.

O primeiro nível do tabu do aborto, tem relação com a dimensão do segredo envolto no ato. O aborto enquanto tabu precisa do silêncio para existir, já que, apesar de proibido moralmente, é extensamente praticado. É necessário que não se diga, não se comente e se há necessidade de compartilhar, que seja de modo privado. No serviço de saúde sexual e reprodutiva no Uruguai, isso aparece a partir da necessidade de renomear a prática: o aborto, palavra carregada de um peso moral é associado a este tabu, portanto se renomeia para a sigla de interrupção voluntária da gravidez, IVE em espanhol para haver uma outra conotação.

O aborto como uma espécie de interdição moral, que não deve ser nomeada, e deve permanecer em segredo, aparece também na pesquisa de Rozeli Porto (2009). Para a autora, a dimensão do segredo faz com que o aborto, “mesmo em situações permitidas por lei, continua objeto de segredo e de ocultação devido à forte carga simbólica que o feto, enquanto pessoa, adquire nessas sociedades ocidentais contemporâneas” (p.9).

De qualquer modo, o significado do silêncio sobre o tema revela-se numa espécie de segredo que não pode ser “dito”, “visto”, “reconhecido”, tampouco “pronunciado”. Como na terra brasilis, existe, no além-mar, **um tabu que rodeia este “objeto”**, dificultando até mesmo que ele seja discutido no plano das ideias; e, conseqüentemente, percebe-se a dificuldade de concretização desta discussão, independente de estar “carimbada” ou não no Código Penal. (PORTO, 2009, p.150, grifos meus)

O segundo nível do tabu do aborto se vincula com a noção da recusa da maternidade associada a prática. O aborto é visto na esfera política como um disparador de pânico moral, já que é uma resposta negativa à maternidade, ainda que possa ser uma recusa somente naquele momento e naquelas condições específicas de vida. O aborto provocado é visto como um perigo, pois quebra a expectativa de gênero ao recusar algo que no senso comum seria do âmbito natural: o desejo de maternar. Isso, faz com que, muitas vezes, o aborto seja encarado como uma prática egoísta, inclusive pelas próprias mulheres que já o realizaram, que sentem a necessidade de justificá-lo também nas consultas de IVE. A saída, tanto para o desenho e implementação da lei, quanto para a conquista da opinião pública em relação a legalização do aborto, é ressaltar que essa prática não é sinônimo de um repúdio a maternidade, já que

muitas das mulheres que estão morrendo por abortos inseguros são mães, das classes populares⁴³.

O terceiro nível do tabu do aborto passa pela repulsa do que se expela para fora do corpo. As reflexões teóricas de José Rodrigues (2006) em relação ao tabu do corpo, os nojos e aversão que sentimos de determinados produtos corporais vistos como impuros, me fizeram refletir sobre como o tabu do aborto também é associado a ojeriza da expulsão.

As questões sobre a resistência em quem vai *ver a expulsão* apareceu em campo em dois momentos. O primeiro, quando interlocutoras que haviam tido acesso ao aborto antes da lei, me contaram sua percepção sobre o aborto medicamentoso, como ocorre atualmente para todas as classes sociais no país, como uma prática *medieval*. Isso me fez compreender que a lei foi desenhada para as mulheres de classe popular, que não teriam acesso ao misoprostol, e que para mulheres de outras classes sociais, o aborto clandestino talvez tenha sido uma experiência mais confortável, pois não implicava em tanta dor e na visualização da expulsão do zigoto-embrião-feto. A questão da visualização da expulsão também apareceu quando um ginecologista me disse que não sentia que *fazia abortos* mas *prescrevia um medicamento*, já que não estar no momento da expulsão o distanciava do evento. O mesmo dado apareceu em campo quando interlocutores me disseram que a estratégia do aborto medicamentoso foi para garantir aderência a lei por parte dos profissionais de saúde, para que não declarassem objeção de consciência.

Entendo que a expulsão de produtos do corpo é coberta de tabu, nojo e medo, o que não é diferente quando pensamos em aborto:

A reação do nojo se aproxima da reação do medo, na medida em que ambas se defrontam com o perigo representado pelas coisas anômalas, ambíguas, intersticiais e transgressoras que ameaçam o controle que o homem exerce sobre o mundo, controle que, como vimos, lhe proporciona toda a sua segurança. A impureza é anormal, insólita e excepcional, como as coisas de que se tem medo (RODRIGUES, 2006, p.126).

De acordo com Mary Douglas (1991), em seu livro “Pureza e Perigo: ensaio sobre a noção de poluição e tabu”, o que uma sociedade classifica como puro ou impuro está relacionado aos princípios que regem aquela determinada cultura. Para a autora, ações, categorias sociais e instituições, são classificadas como puras e impuras para que uma ordem social seja mantida, embora a legitimidade dessas classificações e seus interstícios possam ser contestados e novas ordens geradas.

⁴³ Tratarei mais especificamente sobre a questão da maternidade em diferentes classes sociais no ponto 2.4 do seguinte capítulo.

O que é entendido como sujo e nojento, não está necessariamente relacionado com as noções sanitárias que determinados fluidos podem simbolizar. Aquilo que está fora do corpo, o que se excreta por ele, geralmente é visto como uma poluição. Douglas afirma que o corpo é uma espécie de metáfora da sociedade, já que o que se excreta é classificado como impuro e aquilo deve ser negado socialmente:

O corpo humano, mais diretamente que o do animal, é matéria de simbolismo. É o modelo por excelência de todo o sistema finito. Os seus limites podem representar as fronteiras ameaçadas ou precárias. Como o corpo tem uma estrutura complexa, as funções e as relações entre as suas diferentes partes podem servir de símbolos a outras estruturas complexas. É impossível interpretar corretamente os ritos que utilizam excrementos, leite materno, saliva, etc., se ignorarmos que o corpo é um símbolo da sociedade, e que o corpo humano reproduz, a uma pequena escala, os poderes e os perigos atribuídos à estrutura social (DOUGLAS, 1991, p.86)

O produto que transpassa o corpo é lido simbolicamente como um perigo, não sem conflitos, já que a pureza e a impureza não são categorias absolutas. De acordo com a autora, não há irracionalidade em evitar o que é sujo, pois são esforços de classificar as coisas como perigosas que mantêm uma certa ordem social. Para a autora existem ideias ambíguas e desviantes que não se ajustam ao sistema social. O corpo possui partes centrais e marginais, que, mais do que físicas, são sociais. Entre a formulação de oposições, existem forças que são temidas e veneradas, o que pode se inverter em um dado momento, já que as noções de pureza e perigo estão na ordem do sagrado.

Para exprimir os nossos medos e os nossos desejos mais profundos, tiramos partido do corpo humano; não sem humor e a propósito. Para compreender a poluição corporal, há que restituir os perigos reconhecidos por tal e tal sociedade e ver a que temas corporais cada um corresponde. (DOUGLAS, 1991, p.91)

Entendo que a ojeriza e o perigo associados à prática do aborto estão relacionados à repulsa de ver o produto da expulsão, o que forma um dos três níveis do tabu do aborto. Também creio que está relacionado em como os produtos corporais provenientes do útero são lidos como impuros. Emily Martin (2006, p.93) ao analisar como a medicina classifica os fenômenos que ocorrem nos corpos das mulheres, entende que o corpo feminino é visto como voltado para sua capacidade reprodutiva, e que o próprio sangue menstrual é considerado o produto de uma falha impura e debilitante na reprodução:

A menstruação não apenas traz consigo a conotação de um sistema produtivo que fracassou na produção, como também transmite a noção de uma produção desvirtuada, fabricando produtos sem uso, fora das especificações, invendáveis, desperdícios, sucatas. Por mais repugnante que possa ser, o sangue menstrual irá sair. Uma produção desvirtuada é também uma imagem que nos enche de horror e consternação. (MARTIN, 2006, p.93)

Se a menstruação é vista como um fracasso do corpo, e o sangue menstrual impuro, o aborto provocado é um ato que produz algo que não deve ser visto, falado ou discutido, ele é um tabu. Penso que o terceiro nível do tabu do aborto também está relacionado com as imagens fetais que se transformaram em uma tecnologia de controle, e formadora de uma opinião pública que entende o feto enquanto pessoa, o que discutirei mais a fundo no capítulo 3. Nesse sentido os movimentos pró-direito ao aborto possuem grande dificuldade de pautar e tentar modificar esse tabu a partir do terceiro nível, já que além da ojeriza existe a questão do feto enquanto pessoa, que os movimentos anti-direitos se apoiam e conseguem expressivo apoio popular em relação ao tema.

Interpreto a noção de tabu do aborto então como uma reação a um desprezo coletivo de algo expulso pelo corpo. Há uma proibição de um ato que traz uma espécie de perigo coletivo, associado à recusa da maternidade e da não-aceitação em prosseguir com uma gestação indesejada, o que vai de encontro com as expectativas de gênero que associa ser mulher a ser mãe. Esta interdição também perpassa a noção do segredo, já que deve ser algo privado, que possui um peso moral até mesmo quando se utiliza a palavra aborto.

Capítulo 2 - IVE 2 - Acompanhamento nas consultas: “no es un tribunal aunque parezca”

2.1 A necessidade de renomear

Sim, a lei de IVE trouxe isso. É como se o IVE fosse mais.. está mais permitido, o aborto tem outra carga, então é mais fácil dizer IVE. Penso que para as mulheres também é mais fácil, é mais fácil falar de interromper [...] **[a lei de IVE] gera outra experiência.** Pessoas que tiveram a experiência de um aborto ilegal, ou sua mãe teve uma experiência de um aborto ilegal, quando a filha tem que fazer um IVE, a mãe morre de medo. Então explicamos a ela porque sua mãe tem medo. Claro! **É como outro país, não tem nada a ver** (Trecho de entrevista com psicóloga Ana)

Na época em que comecei a realizar a pesquisa sobre a lei de aborto no Uruguai, percebi que nos documentos, livros e artigos consultados, a sigla IVE surgia como sinônimo de *interrupción voluntaria del embarazo*. Até então acreditava ser uma sigla utilizada pelos pesquisadores ou militantes, como um nome mais “técnico” que remetia a um certo distanciamento do imaginário provocado pela palavra “aborto”. Durante a escrita de meu projeto de mestrado, já sentia que colocar a palavra *aborto* no título causaria reações das mais diversas entre quem poderia ler, assim como as que presenciei nestes últimos anos quando eu respondia o que pesquisava, e percebia o tabu que cerca a palavra.

Quando invocada, a palavra aborto parece denotar uma experiência *ruim, pesada*, na palavra de várias pessoas com quem dialoguei desde que comecei a planejar esta pesquisa. Por outro lado, esta investigação se deu em um país onde o aborto foi legalizado, e apesar das desigualdades existentes ao acesso a qualquer direito, diferentes pessoas podem acessá-lo sem os dramas e conflitos existentes na ilegalidade brasileira, experiência esta sim associada a um grande peso e dificuldade, de âmbito moral, assim como nos âmbitos econômicos e penais, e inclusive o risco à saúde.

Segundo a bibliografia consultada, entendo que o termo *interrupção voluntária da gravidez* de alguma forma permite se distanciar do tabu do aborto, pois põe foco na forma consciente, onde há vontade expressa da pessoa gestante em interromper este processo. Isso se dá de forma a contrapor a experiência do abortamento espontâneo, ou de perda gestacional, em que a pessoa gestante sem desejar, tem a gravidez interrompida.

Ao caminhar pelo hospital de Montevideú, na subdivisão da policlínica, diversas consultas ginecológicas são realizadas tanto pelas obstetrias, quanto pelas enfermeiras e médicas ginecologistas. Também acompanham, nas consultas de IVE 2, a equipe interdisciplinar, já mencionada, embora eles não estejam na área de saúde sexual e

reprodutiva convivendo da mesma maneira o tempo todo. IVE aparece como uma sigla secreta, se você não passou por uma interrupção voluntária, provavelmente não saberia que, ao ler na placa do hospital, ali são atendidas mulheres que desejam interromper uma gravidez.



Porta de acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva em um hospital de Montevideú. Destaque para IVE como sigla secreta para aborto. Foto: Arquivo pessoal.

Durante o trabalho de campo em Montevideú, logo quando cheguei, me chamou atenção no hospital em que frequentei, o uso da sigla IVE ao invés de utilizar o termo aborto. Isso ocorria em todo o serviço, e não somente no âmbito legislativo ou dos movimentos sociais, onde até então eu tinha me deparado com esta sigla, e imaginava ser um termo técnico para o abortamento. Até aquela ocasião, a pesquisa tinha sido realizada através de levantamento de bibliografia, pesquisa documental e algumas entrevistas que pude fazer com atores relevantes de movimentos sociais.

É importante destacar que, principalmente neste serviço, vários dos profissionais são professores e pesquisadores, além de estarem engajados na *manutenção da lei*. Porém, além

deles, as mulheres que frequentam o serviço parecem ter começado a incorporar este vocabulário do IVE como sinônimo de aborto em suas vidas a partir da interação com estes profissionais, mas também para além do serviço. O destaque aqui é que a sigla IVE é falada tanto pela equipe de saúde quanto pelas pacientes, que em sua maioria evitam a palavra aborto. Quando realizei o campo em 2019, notei que no serviço não se falava a palavra aborto, mas sim IVE.

Mais do que evitar a palavra aborto, de acordo com minha experiência no serviço de saúde, a palavra IVE acaba por nomear outra experiência. Não se trata do aborto voluntário ou aborto provocado na época da ilegalidade, tampouco do abortamento involuntário ou da perda gestacional. Nesta experiência, a pessoa está dentro do sistema de saúde, e é através das quatro consultas, recebendo o misoprostol e a mifepristona, após os cinco dias de reflexão, obrigatórios por lei, que estas pessoas vão passar por um IVE.

Às vezes a palavra aborto aparece na voz das pacientes ao relatar uma perda espontânea que aconteceu no passado. Nas consultas ginecológicas, tanto de IVE quanto de contracepção⁴⁴, a pergunta sobre se a paciente já teve gestações anteriores aparecem as palavras: partos, cesárias e eventualmente a resposta “tive um aborto” (ao relatar uma perda indesejada) ou “tive um IVE” (ao relatar uma interrupção desejada, no âmbito legal e com assistência institucional em saúde).

Também é interessante salientar que quando se fala na consulta IVE, **a** IVE como substantivo feminino é acompanhada de artigo também no feminino, por exemplo, “ela foi **na** IVE 2, mas não apareceu **na** IVE 3” ou “você tem que voltar na IVE 4”. Aqui **a** IVE é uma etapa do processo completo, constituída pelas consultas IVE 1, IVE 2, IVE 3 e IVE 4. Quando substantivo feminino, **a** IVE se trata **da consulta** de IVE; quando substantivo masculino, **o** IVE, se trata **do aborto** em si.

O IVE, como substantivo masculino, seria uma forma de camuflar nos diálogos **o aborto**. **O** IVE como masculino aparecia nas falas que ouvia em campo, como “você fez **um** IVE aos 20, e agora vem pelo segundo” ou “este é meu primeiro IVE”. Embora a sigla IVE seja “*Interrupción Voluntaria del Embarazo*”, logo uma interrupção, um substantivo feminino; nomear **o** IVE é dizer que, apesar de uma outra experiência ao abortar, já não como na experiência da ilegalidade, mas dentro do sistema de saúde, se mantém de maneira oculta **o aborto**, por isso **o** IVE como masculino.

⁴⁴ Acompanhei a ginecologista Daniela e algumas consultas de contracepção, são consultas onde vão pessoas que buscam a inserção ou retirada de implantes ou DIU's, e estas pessoas não necessariamente acabaram de passar por um IVE.

Destaco que ao falar **o IVE**, portanto, os profissionais e mulheres que frequentam o serviço estão falando sobre **o aborto**. Por isso, apesar de ser uma interrupção voluntária (palavra feminina), IVE aparece no serviço de saúde sexual e reprodutiva não mais como uma mera sigla, mas como uma palavra masculina: **o IVE** tem como sujeito oculto **o aborto**.

O IVE me fez pensar então em como, novamente, o aborto se mantém como uma espécie de segredo, um ato que deve ocorrer no âmbito privado, mas que no serviço de saúde pública, transita no contexto de legalidade em uma nova forma que deve ser mantida como oculta, e nunca pública. Isto aparece aqui na forma de nomear.

Ainda que não seja uma decisão fácil, falar de IVE's, seja durante o processo de atendimento, seja em consultas posteriores com a/o ginecologista, acaba amenizando o peso moral da palavra aborto e destacando uma nova experiência, já dentro do sistema de saúde e com a assistência que esse evento implica. IVE, então, é uma sigla associada à legalidade e a experiência a partir das instituições de saúde, que não somente entregam os medicamentos, mas moldam os atendimentos a partir de noções de saúde sexual e reprodutiva.

Outro episódio interessante sobre a experiência do IVE e como nomeá-lo dessa forma está intrinsecamente ligado à legalidade do aborto, ocorreu durante a entrevista com Soledad González do coletivo *Cotidiano Mujer*. Soledad me contou sobre as oficinas de saúde sexual e reprodutiva que realizaram no projeto *Sin Barreras*, que citei no primeiro capítulo, na prisão de mulheres do Uruguai.

Naquele projeto, elas queriam falar sobre aborto, pois entendiam que conhecer a lei era importante para não haver barreiras ao acessar este direito. Porém, quando as mulheres do coletivo foram falar com as autoridades do cárcere, todas as advertem que dentro da prisão o aborto era visto como algo tão grave quanto um infanticídio, e que havia linchamentos às mulheres que o haviam realizado, portanto seu trabalho seria difícil e delicado. A estratégia para abordar o tema então mudou, e se planejaram para falar sobre estereótipos de gênero e contracepção, pois assim poderiam chegar no tema do aborto sem causar confusão.

Entretanto, quando tinham começado a conversa falando sobre contraceptivos, uma mulher que participava da oficina levanta a mão e diz que há leis no país que ampliaram direitos: *“ahora tenemos leyes muy importantes: la de la interrupción voluntaria del embarazo y también la de reproducción asistida”*. Segundo González, de primeira esta mulher já falou sobre as duas leis, sem nenhum pudor ou problema, todas continuaram calmas e tudo correu bem durante a atividade. As razões pelas quais Soledad e outras pessoas do coletivo entendem haver uma mudança de discurso em relação ao que lhes foi dito pela administração da penitenciária e o que as mulheres entendem como problema, é que o aborto,

que naquele momento recentemente havia sido legalizado, deixou de ser crime:

“Aí o que nos demonstrou claramente **foi que esta reação tinha a ver com a legalidade.** Que exista uma lei que converteu o aborto em uma coisa legal também mudou nelas o parâmetro de medição interno. O aspecto da lei foi muito importante. Isto que nas populações mais pobres, no geral, o aborto não é uma coisa bem vista, são muito conservadores sobre o tema”.

Soledad conta que a mulher em questão falou sobre lei de interrupção voluntária da gravidez nestes termos, o que de fato é provável, já que este vocabulário do IVE, que a princípio me parecia “técnico” ou “médico”, aparenta ter sido incorporado em alguma medida, principalmente por aquelas pessoas que abortaram a partir da lei ou conhecem alguém que o fizeram.

Por outro lado, durante o trabalho de campo realizado em 2021, em uma policlínica de uma cidade *de fronteira* com o Brasil, me fez perceber que IVE não era uma sigla utilizada da mesma maneira como no serviço em Montevideu. Embora existam as consultas chamadas de IVE 1, IVE 2, IVE 3 e IVE 4, ao referir-se ao abortamento, a palavra “interrupção” ou até mesmo “aborto” aparecia nas falas das pacientes e também dos profissionais muito mais que o termo IVE como substantivo masculino. Embora ainda haja contornos para não falar a palavra aborto, aqui “**um IVE**” ou “**o IVE**” não aparecem nos diálogos no atendimento. Parece haver então, neste serviço, um distanciamento de uma gramática calcada em concepções de direitos, principalmente em comparação com aquele serviço em que fiz trabalho de campo em Montevideu.

Além do entendimento de que a sigla IVE denota uma experiência diferente do aborto fora da legalidade, também entendo a sigla IVE como uma maneira de preservar o segredo do ato de abortar.

Outro dado é que o lugar das consultas de IVE também continua sendo um segredo, já que a maioria das pessoas com quem conversei no país não tinha conhecimento sobre onde estariam estes serviços. Um caso que me chamou atenção foi quando conversei com a mãe de uma amiga sobre meu tema de pesquisa. Ela se chama Mariela, trabalha em um hospital público de uma cidade pequena, no interior do Uruguai, como técnica em radiologia há décadas. Mariela conhece todos os profissionais da saúde da cidade, mas quando perguntei sobre o serviço de IVE ela não soube me dizer se havia naquele departamento.

Ela me disse que até pouco tempo atrás um/a ginecologista fazia abortos na cidade indo até suas casas⁴⁵, colocando a medicação nelas e depois pedindo que elas fossem ao serviço de emergência do hospital, o que ela acreditava acontecer até hoje, já que desconhecia a equipe interdisciplinar ou serviço de saúde sexual e reprodutiva.

⁴⁵ Segundo levantamento de dados feito pelo coletivo *Mujer y Salud en Uruguay*, MYSU (2017) no departamento onde Mariela trabalha, em 2017, dos três ginecologistas que atuavam na saúde pública, dois eram objetores de consciência.

2.2 Atenção conjunta ou tribunal? Formando uma equipe com psicóloga, ginecologista e assistente social

“As feministas, algumas feministas, **dizem que isto é um tribunal**, bom, não sei, eu gosto de pensar, como eu conheço as equipes, **que isto é uma equipe interdisciplinar**, que atua com a mulher e não busca mudar sua opinião, mas sim busca acompanhá-la. Aí começa um processo de cinco dias de reflexão, obrigatório, que é um problema grave, mas enfim, e aos cinco dias a mulher volta e dá-se a ela a medicação. Depois vai à sua casa, toma, e aborta. E depois volta, para *controlarse*⁴⁶, e ter um método contraceptivo” (Trecho de entrevista com Leonel Briozzo, professor titular da Universidad de la República, ex-subsecretário de Saúde Pública).

Quando a paciente entra na sala, uma cena provavelmente inusitada em relação a maioria das consultas médicas acontece: estão sentadas atrás da mesa a ginecologista, a psicóloga e a assistente social, assim como eu, a pesquisadora brasileira. Nos dias em que não estou dentro da sala, alguns residentes em ginecologia e obstetrícia acompanham os profissionais do serviço.

Não é comum que existam tantos profissionais juntos em qualquer outra consulta que alguém realize, e a primeira impressão é que seria um espaço hostil. Sabendo disso, quem conduz a maior parte da conversa em IVE 2 é a ginecologista Elena, que já começa dizendo “*eso no es un tribunal, aunque parezca*”. A partir daí, há tempo e espaço para que a paciente seja acolhida, perguntada sobre possíveis violências que já tenha sofrido na vida, independente de que isto se reflita naquela gravidez não-desejada.

Uma das principais perguntas, tanto na entrevista com a obstetriz, etapa anterior a consulta IVE 2, quanto na própria consulta, era “qual o motivo para interromper a gestação”. Todos os profissionais da sala iam preenchendo em diversos papéis “nome, sobrenome, número da cédula de identidade, telefone, bairro, cidade” e o motivo que essa pessoa tem para interromper a gestação.

Durante a pesquisa documental e de campo, muitas vezes a palavra *tribunal* aparece para descrever a atuação da equipe interdisciplinar durante a etapa IVE 2. Mas a ideia do *tribunal* como um lugar para desestimular abortos, onde psicólogos e assistentes sociais aparecem como profissionais conservadores que estariam ali para, de alguma maneira, influenciar negativamente a decisão da mulher, não apareceu mais quando realizei o trabalho de campo em 2019. Entretanto, apesar do pouco tempo em que estive no serviço *da fronteira*, este lugar onde pode haver um julgamento moral apareceu nas consultas de IVE 2 de forma

⁴⁶ Mantenho aqui a palavra original em espanhol pois, além de ser difícil sua tradução ao português, nos faz pensar como as consultas ginecológicas, que tem a ver com a gestação ou contracepção, são chamadas de *consultas de control*. Discutirei mais sobre isto nos capítulos 3 e 4.

difusa, já que os profissionais neste serviço, assim como em outros serviços no país, não atuam de maneira conjunta, necessariamente em uma mesma sala, e as dinâmicas parecem ser mais complexas, pois outras moralidades parecem estar em jogo.

No serviço *da fronteira*, estão em uma sala ginecologista e psicóloga, e em outra enfermeira, assistente social e obstetriz. Esta dinâmica pode mudar dependendo da paciente em questão, se gostaria de falar mais tempo com a psicóloga sozinha em uma sala, ou se gostaria de passar mais tempo falando sobre contracepção. Os lugares não são tão fixos e organizados da maneira que me acostumei a presenciar no cotidiano em Montevideu, e os profissionais circulam entre as salas e consultas mesmo com diferentes pacientes sendo atendidas.

De qualquer forma, a questão dos profissionais conservadores, que influenciariam ou impediriam a mulher de realizar o aborto, parece ter sido um questionamento e um tema a se preocupar, desde a perspectiva de alguns setores feministas no início da década passada na época da promulgação e implementação da lei. Com o passar dos anos, não parece se tratar de um lugar perigoso ou disputado nesse sentido, já que os profissionais que atuam nos serviços, em sua maioria, querem participar deles desde uma *perspectiva de direitos*, e os que diferem em relação à esta perspectiva, parecem encontrar problemas no que as interlocutoras da pesquisa chamam de “*formar uma equipe*”. Para as interlocutoras, quando uma equipe de psicóloga, assistente social e médica ginecologista se unem *enquanto equipe* e realizam seu trabalho de maneira conjunta, onde cada um desempenha um papel importante, *se forma uma equipe*:

“[...] depende da demanda, da dinâmica do dia. Mas sim, há muito intercâmbio entre a equipe. Para mim é maravilhoso. **Quando a equipe chega a se formar é um grande dia. É muito positivo... não é fácil armar uma equipe**” (Trecho de entrevista com psicóloga Ana)

Neste trecho da dissertação discutirei entrevistas em profundidade com três profissionais: a psicóloga Ana e duas assistentes sociais, uma chamada Camila e outra chamada Romina. A primeira trabalha há vários anos em diversos serviços de saúde sexual e reprodutiva tanto na assistência privada quanto na pública em Montevideu, inclusive com a ginecologista Elena, e a segunda trabalhou pontualmente em um serviço de IVE durante a pandemia na periferia de Montevideu, e havia sido demitida recentemente quando realizamos a entrevista. Também utilizo novamente a entrevista com a militante feminista Soledad González do coletivo *Cotidiano Mujer*.

A assistente social Camila, que hoje em dia atua em um hospital militar da capital, também conta em entrevista sobre a importância de *formar uma equipe* já que, depois que

isso se dá, há inclusive um intercâmbio de papéis diferentes entre os profissionais. Neste intercâmbio eles aprendem a partir da visão dos outros, e entendem as diferentes demandas que determinadas mulheres podem pedir no atendimento mais do que outras:

“As experiências que tenho é que depende muito da dinâmica que tem as equipes. Equipes, por exemplo, em que eu trabalho com elas há muitos anos, conheço a equipe, está há muito tempo formada e obviamente é um complemento. Não é que alguém fala determinadamente, eu também falo de coisas ginecológicas, a ginecologista retoma coisas da psicóloga, e quando há uma equipe, se nota também qual é a demanda de apoio”.

Ana, que também trabalha em alguns serviços de IVE, comenta sobre as dinâmicas das equipes de atendimento interdisciplinar, suas potencialidades e desafios:

“Porque depende de muitas coisas, depende da formação de cada um, **da perspectiva de cada um, da perspectiva de direitos**. Às vezes nem todos estamos tão alinhados. Porque, embora tenhamos diferentes profissões, e isso nos faz olhar a situação de maneira distinta, **a perspectiva de direitos te alinha, te faz ir no mesmo sentido**. Olhamos diferentes aspectos da situação e **isso enriquece muito a consulta para nós e para a usuária**. Mas às vezes depende mesmo das experiências das outras pessoas: há pessoas que não gostam de trabalhar em equipe, ou que trabalham em equipe porque a lei diz, mas na realidade se sentem incômodos, como que não entendem ‘porque há um psicólogo aqui? se sou eu quem deveria falar, já que isto é um tema de ginecologia’. Isso de compartilhar, de entender que a situação não é somente de uma disciplina.... nós não viemos da faculdade com isto pronto. Isso se constrói, é uma construção. **Então, quando as equipes se formam e nos entendemos, é bárbaro. É muito bom, ajuda a entender-nos melhor, a diminuir a tensão, o desgaste de trabalhar com isto também**”.

Neste trecho da entrevista, há uma ênfase na necessidade do alinhamento entre os profissionais que integram as equipes interdisciplinares que conformam o atendimento na consulta IVE 2. Este *alinhamento* acontece quando há uma conformidade de visões em relação à perspectiva de direitos que cada profissional tem, o que muitas vezes não acontece sem choques. Também há referência na dificuldade de se trabalhar em conjunto, já que para alguns “isto é um assunto de ginecologia”. É, portanto, a *perspectiva de direitos* que vai fazer com que uma equipe tenha um bom entrosamento, e conseqüentemente trará um melhor serviço à usuária. A partir disso, os profissionais de diferentes áreas se articulam e falam a mesma linguagem, a *linguagem de direitos*.

Para Adriana Vianna (2013), em relação aos diferentes sentidos que a palavra direito pode conter, o mais acentuado parece ser o entendimento sobre “o conjunto de normas de conduta instituídas que balizam as relações sociais, marcando o certo e o errado, o bem (de uns) e o mal (de outros)” (p.11). Segundo a autora, quando utilizada no plural, direitos, aponta para uma série de obrigações e prerrogativas, assim como os deveres que lhe são característicos, presentes tanto no plano individual como no coletivo. Nesse sentido, o presente trabalho não se propõe a analisar desde uma perspectiva da antropologia do direito

como estas normas se constituem, mas como os vocabulários e gramáticas são articulados pelos interlocutores da pesquisa a partir do que eles entendem por *direitos*:

Ter *direitos*, reivindicá-los, organizar-se para lutar por eles postando-se contra o *Estado*, ou pela sua eficácia nunca realizada é, pois, focado aqui também como forma de sua (auto)validação e (auto)afirmação como interlocutores (receptores e emissores, participantes ativos, portanto) privilegiados nos processos contemporâneos de permanente construção do Estado, simultânea e inseparavelmente como crença (logo como entramados de afetos e sentimentos) e realidade materializada em códigos, normas, e instituições da administração governamental (VIANNA, 2013, p.12, grifos do texto)

Se por um lado, quando falamos de leis, parece haver uma diferença nítida entre o que entendemos como Estado e o que entendemos como sociedade, enquanto entes separados. Por outro lado, quando etnografamos parte do Estado, compreendemos que não se tratam de universos separados, mas de instâncias e práticas onde essa diferenciação não se mostra possível. Comumente identificamos o Estado como entidade que deve ser cobrada a se demonstrar eficiente e justa ao promover e assegurar direitos através da norma jurídica e das políticas públicas; enquanto, por outro lado, a sociedade seria aquela que a aplicação correta da lei se daria e lhe caberia cobrar o Estado sobre estas questões (VIANNA, 2013, p.17).

Os sujeitos apresentados nesta pesquisa agem e se entendem a partir da *linguagem de direitos* como forma de reivindicar seu lugar e conseqüentemente reivindicar a importância da política de saúde sexual e reprodutiva através do serviço onde eles atuam. De acordo com Vianna: “a linguagem dos direitos reafirma distensões morais, oferecendo espaço para que sejam tecidas contranarrativas e para que os novos sujeitos se façam presentes em cenas públicas” (2013, p. 16).

Ao analisar a história dos direitos humanos, Lynn Hunt (2009) afirma que o processo de emergência destes direitos enfatizou como determinadas condutas não deveriam ser mais aceitáveis em hipótese alguma, portanto não deveriam afligir a nenhum ser humano. É a partir da construção de que todos os seres humanos possuem uma humanidade compartilhada, apesar de suas diferenças, que esse tipo de reivindicação surge. Entretanto, é baseado na violação destes direitos que eles aparecem enquanto uma necessidade pois “conhecemos o significado dos direitos humanos porque nos afligimos quando são violados” (p. 216). Esse processo histórico, de acordo com a autora, “mostra que os direitos são afinal mais bem defendidos pelos sentimentos, convicções e ações de multidões de indivíduos, que exigem respostas correspondentes ao seu senso íntimo de afronta” (pp. 215-216).

Honneth (2003) discute, a partir dos textos iniciais da carreira de Hegel, o conceito intersubjetivo da identidade humana, a noção de que os indivíduos formam suas identidades

somente quando são reconhecidos pela coletividade. De acordo com o autor, quando esse reconhecimento não ocorre, se dá uma luta que muitas vezes é motivada a partir de uma força moral, principalmente quando existem experiências sociais de desrespeito: “são as lutas moralmente motivadas de grupos sociais, sua tentativa coletiva de estabelecer institucional e culturalmente formas ampliadas de reconhecimento recíproco, aquilo por meio do qual vem a se realizar a transformação normativamente gerida das sociedades” (HONNETH, 2003, p.156).

Dentro do universo de lutas moralmente motivadas, entendo que os direitos sexuais e reprodutivos têm se destacado no atual estágio do capitalismo como termo guarda-chuva que implica a defesa de diferentes identidades de gênero, orientação sexual, direito ao aborto, direito à contracepção, importância da educação sexual, entre outras demandas para a equidade e a justiça social.

Segundo Carrara (2015, p.331), ao discutir o atual estágio da luta pelos direitos sexuais, é possível desenhar um esboço entre o regime disciplinar da sexualidade, descrito por Foucault (1999), e uma nova organização de regime que vai se modificando até os dias atuais. O autor afirma que tem ocorrido uma emergência de um novo regime da sexualidade nas últimas décadas, baseado na moral dos direitos humanos e com foco no bem-estar individual e coletivo através do bom uso dos prazeres. Este novo regime tem se formulado a partir de uma linguagem sócio-jurídica, diferentemente da linguagem biomédica que vigorava no antigo regime, até meados do século XX. Para o antropólogo:

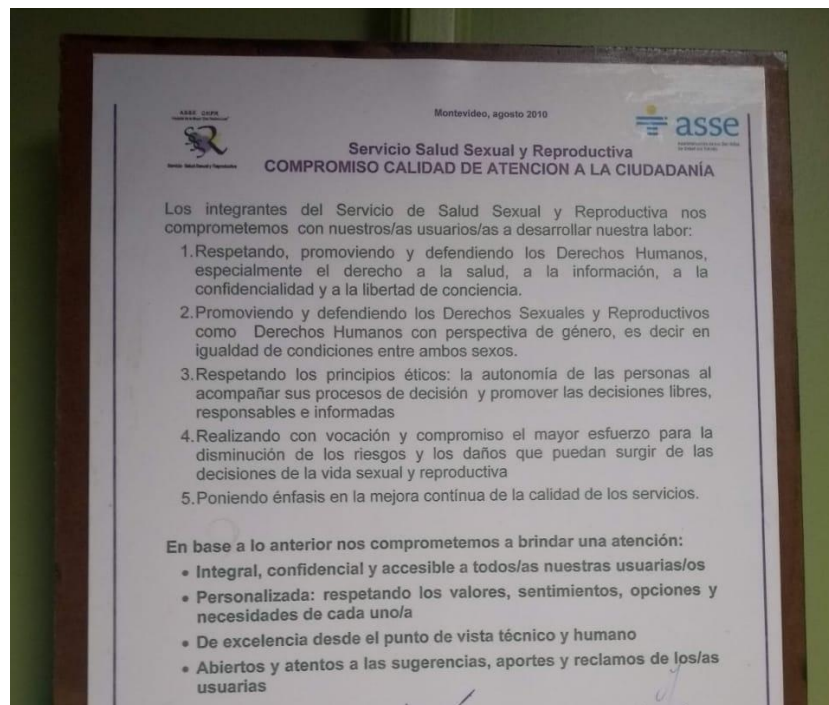
De modo geral, nesse novo regime, desde que sejam consentidas e que não coloquem a si próprio ou a terceiros em risco, quaisquer manifestações da sexualidade (e também expressões de gênero) **podem idealmente pleitear o direito de cidadania, articulando suas demandas na linguagem dos direitos humanos** (CARRARA, 2015, p.332)

De acordo com o autor “é interessante perceber como tal linguagem [dos direitos humanos] passa a organizar o próprio discurso médico-psiquiátrico” (CARRARA, 2015, p.331), já que nesse novo regime as políticas sexuais tem se articulado de maneira distinta, apesar de, muitas vezes, manter as mesmas noções provenientes da moralidade cristã e dos saberes biomédicos. Neste trabalho, o diálogo se deu com profissionais de saúde que defendem a implementação da lei de IVE, para eles é a partir da *linguagem de direitos* que os profissionais que trabalham nos serviços são divididos: se eles possuem o mesmo discurso acabam por juntar-se e *formam uma equipe*, se não, atuam de maneira separada.

Os profissionais da equipe de saúde sexual e reprodutiva que possuem essa *perspectiva de direitos* lutam por reconhecimento entre seus pares, pois entendem que sua

atuação é chave para a garantia destes. Eles entendem que as equipes interdisciplinares, na consulta IVE 2, tem o poder de fazer com que os direitos das pacientes sejam garantidos, assim como entendem que, da mesma maneira, se os profissionais não tiverem essa perspectiva, poderiam desrespeitar o cumprimento destes direitos.

No serviço modelo de Montevideu, o compromisso com a *perspectiva de direitos* é atravessado pela luta pelo reconhecimento O reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das pacientes é consequência de uma luta por um reconhecimento enquanto equipe de saúde, assim garantido enquanto política pública. Um exemplo é um termo de compromisso de qualidade de atendimento à cidadania: os profissionais assinaram um compromisso em relação ao serviço atendido, que se encontra na parede da copa do serviço de saúde sexual e reprodutiva em Montevideu. Identifico que ele é, ao mesmo tempo, materialização do reconhecimento da conquista do direito ao aborto, promovida também por estes profissionais em sua atuação cotidiana, assim como um documento que os respalda em relação ao estigma de trabalhar com IVE, principalmente aquele reforçado por seus pares:



Compromisso assinado pelos profissionais do serviço de saúde em questão e pendurado na parede da copa.

De acordo com a psicóloga Ana, quando as equipes *se formam*, isto se reflete em um atendimento integral às mulheres. Entretanto, quando não existe uma boa comunicação, um intercâmbio mais desenvolvido dentro da equipe, as diferentes áreas acabam se dividindo entre a área médica e a área psico-social. Isso faz com que a consulta interdisciplinar, em vez

de ocorrer com os profissionais de saúde juntos, acaba acontecendo em dois momentos distintos: primeiro com uma consulta ao ginecologista e depois, a uma consulta com assistente social e psicóloga, o que de fato acontece em vários serviços ao redor do país.

Ana: E para a mulher, se consideram distintas questões, é importante. Muda a consulta, muda totalmente. Em outro serviço onde trabalho há dois consultórios onde trabalhamos de forma simultânea. Uma ginecologista com uma obstetriz, e em outro consultório a equipe psico-social. A mulher vai sempre primeiro ao ginecologista, um sistema mais rígido. Está organizado desta forma. A mulher vai sempre à consulta com ginecologista e depois vem com a gente. Às vezes temos um intercâmbio, às vezes vêm e comentam, nós vamos e comentamos, mas pouco. **Então é como se a mulher passasse por duas instâncias: não é uma única, é diferente. E bom, não é ruim, é bom, mas há uma distância com a parte de ginecologia.**

Ao ser questionada sobre qual modelo lhe parece melhor para o atendimento à mulher, ela comenta:

“O que acontece é que “a mulher” são muitas mulheres, muitas circunstâncias. Então eu vejo, às vezes, que há algumas situações que uma mulher que vemos em equipe todas juntas, se resolve a consulta, se aprofunda o necessário. **Mas há algumas situações, mais sensíveis, que em uma instância somente de equipe psico-social, com mais tempo, isso a beneficiaria mais.** Porque aí dedicamos a ela também outro tempo, outra escuta e podemos aprofundar em outras coisas. Podemos gerar um ambiente mais habilitante porque somos duas, não somos três nem quatro. E isso já marca. **Este espaço mais amplo para a escuta às vezes se limita um pouco na consulta quando somos várias**”. (Trecho de entrevista com psicóloga Ana)

A lei de IVE nº 18.987/2012, em seu artigo 3º, define que a equipe interdisciplinar “atuando **conjuntamente**, deve informar à mulher o que a lei estabelece e as características da interrupção da gravidez, além dos riscos inerentes a essa prática” (tradução própria, grifos meus). Porém, na prática, como muitas vezes há uma incompatibilidade de visões entre os membros de algumas equipes, os profissionais decidem, já que vêm como uma maneira melhor de atuar, separar em pelo menos duas partes a consulta chamada IVE 2. Isso, de acordo com a psicóloga Ana pode funcionar melhor, mas não necessariamente, já que, ao falar do que seria melhor às mulheres atendidas, estamos falando *muitas mulheres*. De qualquer maneira, parece haver então, na consulta IVE 2 dividida, maior tempo para atender às especificidades que esta pessoa pode pedir, seja na área psico-social ou médica.

“Sim, há modelos e modelos, claro. Tudo tem seu pró e seu contra. Deveríamos estar todos juntos, porque essa consulta deveria ser simultânea. Mas a verdade é que a organização mesma, o simultâneo, desenharam pouco [na implementação da lei]. **Simultâneo pode ser porque acontece no mesmo dia, por exemplo, alguns interpretam assim**”. (Trecho de entrevista com psicóloga Ana)

Ainda sobre sua opinião em relação ao atendimento que prevê a lei de IVE e como ela se dá na prática, a assistente social Camila comenta:

“Em relação ao formato da lei, bom, é uma lei totalmente perfectível. Poderia se fazer, em alguns casos, um atendimento mais individualizado. **Tivemos pacientes que não quiseram que estivesse a assistente social, nem a psicóloga porque entendem que é somente um ato médico.** Temos que entender que nem todas as mulheres... há muitas mulheres que precisam de apoio da área médica, há muitas mulheres que necessitam apoio de saúde mental, e há muitas mulheres que precisam de apoio desde a área social. **Mas nem todas precisam de todos os apoios.** Então, obviamente você não pode legislar especificamente para cada tipo de situação. É algo geral e bom, geralmente quando a mulher é informada, ou medianamente informada, **sabe que vai a uma equipe e depois de que estão aí, a maioria das mulheres agradecem.** Muitas não puderam compartilhar com ninguém, e te dizem ‘é a primeira vez que posso falar porque estou sozinha, porque tenho três filhos e estou só, ou porque a minha mãe, ou porque não tenho amigas, ou porque no trabalho me olham torto’, etc. Às vezes, é o único espaço que elas têm...” (Trecho da entrevista com a assistente social Camila, grifos meus).

Para Camila, a lei de IVE poderia ser aperfeiçoada para pensar os casos de maneira mais individualizada, o que provavelmente entra em choque com a visão da equipe interdisciplinar como obrigatória e simultânea. A assistente social entende que para algumas mulheres se trata de um ato médico, e que realmente muitas se beneficiariam de enfoque maior em alguma das áreas: ou social, ou de saúde mental, ou da medicina. Entretanto, entende também que é através desse lugar da consulta com a equipe interdisciplinar, que as mulheres possuem um espaço de acolhimento para desabafar, e compartilharem situações particulares.

Durante o trabalho de campo não presenciei nenhuma vez comentários sobre este tipo de experiência que Camila relata, no qual, para algumas mulheres, o espaço compartilhado da IVE 2 com vários profissionais não seria agradável ou necessário, embora entenda que provavelmente algumas questões seriam melhor resolvidas se a consulta fosse separada.

Como a profissional trabalha em alguns serviços elitizados, como os seguros privados de saúde, imagino que a situação em relação ao estranhamento da presença de uma assistente social se dê com maior frequência nestes espaços do que em comparação com os serviços de saúde pública, onde fiz etnografia. Dentro da saúde pública, também há nuances de quais serviços seriam mais elitizados que outros: não frequentei o serviço do hospital militar, onde Camila trabalha, que atende a um público diferente daquele que frequentava o hospital de referência da saúde da mulher, onde eram atendidas em sua maioria mulheres de classe popular, com pouca escolaridade e provenientes das periferias da cidade.

Ainda pensando em diferentes experiências dentro da saúde pública, trago a entrevista que realizei com Romina, também assistente social. Ela atuou em um serviço público de saúde sexual e reprodutiva na periferia da cidade de Montevideú, onde as equipes já estavam segregadas antes de sua entrada, e a área psicossocial e a área médica atendiam separadamente:

Romina: Nós tínhamos uma experiência que na verdade não deveria ocorrer. Porque por lei diz que tem que estar os três profissionais atendendo à mulher, **mas nós pensamos que poderia ser um pouco melhor em nosso caso, que primeiro atendesse o ginecologista e depois nós.** Isso havia sido instituído pela equipe anterior, então eu segui um pouco a linha dessa equipe, onde a assistente social e a psicóloga eram outras, atendiam uma parte e depois atendia o ginecologista. Me parecia que estava bom assim porque o ginecologista era uma pessoa que tinha pegado a situação, tinha pegado a policlínica de IVE, porque era o único ginecologista que não tinha objeção de consciência no centro de saúde. **Não era uma questão de desejo.** Então eu e a outra psicóloga sim tínhamos mais uma questão de desejo de estar ali, e por isso também decidimos nos separar dele. Ou seja, seguir como seguia a equipe antiga [...] que tem seu pró e seu contra. **Porque a lei determina que sejam três pessoas ao mesmo tempo, mas em alguns casos pode ser produtivo e pode ser bom fazer separado.**

Segundo Romina, quando os profissionais possuem visões diferentes sobre o direito ao IVE, fica nítido como seria melhor para o próprio cotidiano do trabalho que eles atuassem em consultórios diferentes e atendessem às pacientes separadamente. Na entrevista, ela traz o caso do ginecologista com quem trabalhava, alguém que não tinha uma motivação política para participar do serviço de IVE, “não tinha um desejo”, segundo suas palavras. Por outro lado, havia ela e a psicóloga, que se engajavam, de alguma maneira, pelo direito ao IVE através de uma perspectiva feminista e *de direitos*. Essas diferenças acabaram por produzir uma segregação, segundo Romina, que tem seus prós e contras, mas que se demonstrou a experiência possível naquele contexto.

Há aqui, portanto, um exemplo de que fazer as consultas de maneira separada pode gerar boas experiências, tanto para as profissionais quanto para as mulheres atendidas. Há um manuseio da lei em relação ao entendimento do que deveria ser o atendimento simultâneo em IVE 2 e do que seria benéfico para todos eles. Ou seja, existe a regra, o que está escrito na lei, que os profissionais conhecem, mas existem as adaptações à regra, o que ocorre na prática cotidiana dos serviços.

Isso parece se dar, principalmente, porque as visões distintas parecem ser inerentes à formação destes profissionais:

Romina: Há uma pequena diferença de quem vem das áreas psicossociais dos que vem da medicina. Então, creio que o psicossocial ajuda a abrir outras coisas, que um ginecologista, ainda por cima homem, poderia gerar certas diferenças. Por exemplo, nós detectamos muitas situações de violência. Quando as mulheres iam fazer a interrupção voluntária detectávamos situações de assimetria de poder entre adolescentes e homens mais velhos, algumas situações esbarravam no abuso [...] meninas de 16 com homens de 40... então creio que a equipe psicossocial aí, por sermos duas mulheres, ao estar falando em um lugar de confiança, vai abrindo outras portas que com o ginecologista não se poderia. Além do mais, o ginecologista não tinha muita abertura, era muito rústico, como dizemos aqui. Era uma pessoa rústica.

Romina comenta aqui sobre a importância da presença da equipe psicossocial em detectar e atuar em situações de violência, o que não ocorreria no serviço onde estava trabalhando se dependesse somente da perspectiva do médico, que não parecia se interessar em temas

voltados à violência baseada em gênero, por exemplo. O que a assistente social enfatiza em relação a este médico está em consonância com a bibliografia sobre violência e atendimento em saúde, em que a violência é “quase sempre tida como problema relevante, mas fora dos escopos das intervenções profissionais” (KISS & SCHRAIBER, 2011, p.1943).

Segundo Lígia Kiss e Lilia Schraiber (2011), isso se dá pois, no geral, existe uma diferença entre a detecção da violência, principalmente intrafamiliar, e o reconhecimento de seu papel enquanto profissional da saúde na intervenção desta situação. Se por um lado, a pesquisa desenvolvida pelas autoras sugere que os profissionais, no geral, não buscam investigar ou extrair “confissões”, já que isso não se daria de maneira fácil pelas usuárias do serviço de saúde; mesmo se a violência for identificada, isso não quer dizer que ocorra uma intervenção dos profissionais em relação ao tema. De acordo com as autoras, a maioria dos profissionais entrevistados entende que quando ocorre uma atuação implicada na situação de violência de gênero, essa atitude não é vista “como uma orientação do tipo técnico-científica, tal qual poderia vir a ser em tecnologias apropriadas a essas situações, mas como um conselho pessoal ou, até mesmo, uma demonstração afetiva” (KISS & SCHRAIBER, 2011, p.1949).

Conforme o trecho da entrevista realizada com Romina, as diferenças frente às atitudes tomadas pelos profissionais em relação às violências, principalmente as baseadas em questões de gênero, em sua opinião, parecem advir das diferentes formações. A assistente social enfatiza que a equipe psicossocial, que geralmente tem o desejo de trabalhar com IVE, de alguma forma é mais engajada nesse tipo de pauta. Portanto, entende a violência de gênero como central, já que deve ser detectada e encaminhada a outros serviços caso seja necessário. Aqui, as mobilizações dos profissionais da área psicossocial parecem ser vistas de maneira distinta às relatadas pela bibliografia brasileira, já que não demonstram ser de caráter pessoal e dissociado da formação profissional.

Ainda em entrevista, Romina comenta sobre o caso de uma morte materna ocorrida neste último ano no Uruguai: o caso de uma adolescente que morreu em uma infecção após passar pelo procedimento de IVE. Trata-se de uma entre as quatro pessoas que faleceram decorrentes de um aborto em oito anos de lei (URUGUAI, 2021, p.18), e a primeira que cumpriu todos os requisitos das consultas até a consulta IVE 3, mas que não teve a atenção adequada, no interior do país, inclusive no serviço de emergência⁴⁷. Em sua opinião,

⁴⁷ Dados consultados em : <https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2021/1/denuncian-la-muerte-de-una-adolescente-tras-realizarse-un-aborto-en-el-marco-legal/>;

provavelmente a equipe multidisciplinar não atendeu a adolescente de maneira adequada, pois não havia percebido que estava em uma situação de violência:

Romina: [no serviço] não detectaram nem a situação de exploração sexual de uma menor, de uma adolescente. Porque se estava em uma rede de tráfico ou de exploração sexual, as condições em que ela estava fazendo essa interrupção voluntária era um momento de risco. Então parece que foi isso. Eu não sei direito, mas foi notícia que uma mulher morreu por isso. Uma gurria! Uma menina! Por isso volto a dizer que pra mim é muito importante que as pessoas que trabalham em IVE devem ter formação em gênero e violência, por isso mesmo.

O caso que Romina cita ocorreu no interior do país em dezembro de 2020. Uma adolescente que tinha passado pelas três consultas IVE e realizado a interrupção aproximadamente uma semana antes, morreu, segundo a rede de acompanhamento feminista em aborto Las Lilas, por septicemia⁴⁸. A morte se deu no hospital da capital do departamento de *Treinta y Tres*, que tem aproximadamente 23 mil habitantes, 24 horas após sua internação e, segundo ASSE, houve várias irregularidades por parte dos profissionais que a atenderam e que estão sob investigação.

Não encontrei em nenhum outro meio de comunicação ou fonte o dado de que a menina estava dentro de uma rede de tráfico de pessoas ou de exploração sexual, como afirma Romina. Entretanto é relevante destacar em sua fala, como a noção de vítima aparece novamente como importante para poder explicitar injustiças e direitos “*una gurisa, una chiquilina!*” como enfatizou a assistente social.

Romina: Para mim, o papel da assistente social e da psicóloga tem que estar. Eu acho que nesse sentido, **a policlínica de IVE tem que ter uma formação prévia**, não pode colocar qualquer um atendendo aí. Temos que ter uma perspectiva de gênero sim ou sim (...) falta uma perspectiva desde as gerações. Falta muito. Creio que há que formar um pouco mais aos técnicos que trabalhamos na saúde, e os técnicos também têm que ter a abertura de querer se formar. **Quando você trabalha em certos lugares tem que ter uma visão**. A questão é que o sistema também não quer formar, e também depende muito da cabeça de cada centro de saúde. Sei de outros centros de saúde onde funciona muito bem, **mas não é a mesma coisa fazer uma interrupção voluntária em um hospital católico, e aqui nós temos, que fazer em uma mutualista ou fazer em um centro de saúde pública** (...) para mim deveria ter uma seleção **um pouco mais consciente dos profissionais que trabalham em IVE**.

Lucia Forrissi (2014), em sua pesquisa, explora a participação da/o assistente social dentro do grupo interdisciplinar e sua importância no processo de acolhimento e auxílio às mulheres no processo de IVE. Segundo a autora, ao contrário do que era imaginado em relação à equipe por parte dos movimentos sociais da época, ou seja, a ideia de que seria um espaço de coerção e tutela, o espaço da equipe interdisciplinar tem sido utilizado para

<https://www.elpais.com.uy/informacion/salud/cuatro-medicos-sumariados-muerte-joven-anos-hizo-aborto-legal.html>

⁴⁸ A septicemia ou sepse, pode ocorrer quando uma infecção localizada não é tratada.

identificar demandas, necessidades e situações existentes na vida das usuárias, muito além das funções que a lei de IVE designa a estes trabalhadores. Portanto sua presença parece ser positiva a longo prazo, já que, para a autora, as pacientes conhecerão melhor a profissão de assistente social, e a partir dela, poderão ter acesso a outros órgãos de assistência social existentes, já que muitas vezes estes serviços são desconhecidos e pouco acessados.

Um exemplo dessa importância da assistente social que pude presenciar em uma consulta IVE 2, foi em Montevideu, quando Luisina, que estava em situação de cárcere, manifestou o desejo de interromper a gestação. Coloco aqui um trecho de meu caderno de campo:

Luisina entra na sala com algemas nas mãos e nos pés, e o primeiro problema que aparece é que os profissionais têm que exigir que os policiais não entrem junto com ela na sala. Os profissionais de saúde mostram que ela não coloca os demais em perigo, nem tem chance de fugir, pois não há janelas na sala e somente uma saída, a porta onde eles estavam vigiando. Luisina era uma mulher branca, magra, com marcas de cortes e cicatrizes no rosto que demonstravam sofrimento. Por outro lado, parecia haver euforia e alegria de ter ido até lá.

Acredito que ela tenha visto naquele espaço de IVE 2 um momento de estar, além de fora da prisão, em um lugar onde poderia conversar com outras pessoas sobre coisas que ela gostaria de fazer depois de cumprir a pena. Luisina estava há dois meses no cárcere, então provavelmente engravidou pouco tempo antes de sua entrada no sistema prisional. Ela ainda deveria cumprir pouco mais de um ano de pena. Ela era mãe de uma adolescente, antes de entrar no cárcere ela morava na rua e parecia ser dependente química.

Durante a conversa com a assistente social, Luisina contou seus planos de profissionalizar-se, e a profissional lhe deu dicas de lugares onde ela poderia fazer alguns cursos grátis. Também perguntou se ela já tinha conversado com uma assistente social na prisão antes, mas Luisina, surpresa, não sabia que havia uma: “pregunta por la trabajadora social y vas a poder verla y tener un espacio donde conversar en la cárcel, ¿querés?” e Luisina responde que sim, “claro”. Como não vai conseguir realizar a expulsão nas condições do cárcere, eles combinam dia e hora em que ela vai ser internada para tomar as medicações.

Para assinar o termo, os profissionais exigem que ela possa assinar o papel de próprio punho, portanto as que as algemas nas mãos sejam retiradas, o que é feito, não sem conflitos com os policiais. Provavelmente Luisina sofria de várias questões de saúde mental, mas por ser uma mulher pobre, parece que seu corpo carregava o peso de um abandono que resultou nesse encarceramento de um corpo desviante, corpo este que encontra pela primeira vez uma assistente social quando vai realizar um IVE (Trecho extraído do caderno de campo, novembro de 2019)

Não vi mais Luisina além desse dia de IVE 2. Toda a consulta se deu de maneira tensa, e os profissionais na sala dedicaram toda sua atenção e cuidado para que fosse um momento bom para ela. A crueldade do tratamento por parte dos policiais era uma violência em si, e

perguntar se ela já havia sofrido violência não fazia muito sentido em um corpo que exalava sofrimento.

Destaco esse caso como importante, pois entendo que a atuação da assistente social construiu uma pequena ponte entre Luisina e o Estado desde uma face diferente das que ela tem vivido em interação com ele. Seu caso me faz lembrar das tramas e potencialidades da etnografia, a partir de uma antropologia do devir que Biehl (2008) defende. Assim como sua interlocutora Catarina, que fora abandonada e medicada como louca, penso que Luisina em sua narrativa e em seus desejos também requeririam “formas analíticas capazes de abordar a singularidade da pessoa que, afinal de contas, não é completamente subjugada pelo registro clínico e pela trama das instituições e grupos” (BIEHL, 2008, pp.418-419).

Para o autor é necessário ouvir e tentar compreender as trajetórias das interlocutoras “e verificar se estas trajetórias também podem ser indicadores de um novo universo de referência que, potencializado, talvez possa adquirir consistência suficiente e força transformadora” (BIEHL, 2008, p.422). Não tive tempo, ou mãos suficientes, para desenhar uma etnografia baseada nessa escuta intensa de interlocutoras como Luisina, mas trago o relato de sua consulta e sua voz dentro de um espaço do Estado cheio de contradições e nuances, no qual destaco a atenção da equipe multidisciplinar em saúde como lugar potencialmente positivo.

Durante o trabalho de campo realizado em 2019 no qual pude acompanhar por um período mais longo os profissionais, e por ser um serviço de saúde sexual e reprodutiva considerado modelo, os profissionais das três áreas atuavam juntos na mesma sala e consulta, criando uma dinâmica que cada equipe vai desenhar como sendo a melhor para eles. Para alguns, é melhor começar com a ginecologista, para outros por questões psicológicas, ou mesmo sociais, o que depende também das demandas da paciente em questão.

Um ponto a destacar é que muitas vezes trata-se de um espaço onde as/os psicólogas/os aproveitam para, se sentirem que é o caso, convidarem as pacientes para ir a sessões de psicoterapia com eles, no serviço de saúde mental do hospital. Na maioria das vezes é a primeira vez que estas pacientes conversam com um profissional da área de saúde mental, e nunca haviam tido a oportunidade ou até mesmo cogitado em ir a uma consulta com psicóloga/o ou psiquiatra antes, mesmo que muitas tenham sofrido violência em algum momento da vida.

O papel da psicóloga na equipe de IVE é entender como aquela pessoa está lidando com a decisão, se sente dúvidas, se está com medo ou insegura de realizar o procedimento; se há apoio familiar, se alguém sabe da decisão e se pessoas que a paciente considera importante

a acompanham nessa decisão, que pode ser difícil para muitas. Mas, mais do que isso, o consultório se torna um lugar de acolhimento para que a paciente fale sobre qualquer outra dificuldade, seja sobre esta gravidez ou não. Há, do lado da/o profissional de saúde, diversos formulários a serem preenchidos sobre qual o estado de ânimo em que paciente se encontra, embora pouco se sabe para onde estes dados vão, pois nem os próprios profissionais parecem entender todas as categorias dos “estados de ânimo” que existem a preencher: se ela está nervosa, ansiosa, eufórica, entre tantas outras categorias.

Um dia em uma conversa informal com um psicólogo saindo do Hospital, conversamos sobre o serviço, e ele me contou que se sentia frustrado, pois poucas pacientes que ele recomendava para descer a seu escritório, realmente iam. Segundo ele, ainda persiste um estigma sobre ir ao psicólogo, mesmo que muitas mulheres realmente precisem, não querem ir, já que parecem querer acabar logo com esse capítulo de suas vidas e não pensar mais no tema. Esse ponto está em conformidade com a bibliografia, pois Porto (2009, p.113) também observou esse fato em sua etnografia de atendimento a aborto no Brasil e em Portugal.

Por outro lado, me questiono se as profissionais mulheres da área de saúde mental sentem essa mesma recusa que o profissional em questão. A dinâmica parecia mudar quando havia um homem na sala, geralmente por parte das pacientes que preferiam se dirigir à ginecologista ou assistente social e se retraíam quando o profissional da saúde mental era homem. No serviço *da fronteira*, onde havia uma psicóloga mulher, parecia criar-se um ambiente onde as mulheres se sentiam acolhidas, principalmente quando a sala de atendimento psicológico durante a consulta IVE 2 era separada dos outros profissionais.

Acredito, entretanto, que o estigma em relação à saúde mental seja forte, e de fato muitas pessoas não queiram compartilhar seus sentimentos, principalmente se estão diante de tantos profissionais. A dinâmica do atendimento com somente um profissional da área mental, parece funcionar melhor em alguns momentos, segundo as interlocutoras da pesquisa.

Além da ginecologista, que abordarei no capítulo 3, a assistente social tem uma importância extremamente relevante ao pensar, desde outra perspectiva, quais as condições de vida na qual aquela pessoa se encontra: “*tem trabalho? Que tipo? Quantos filhos têm? Você tem com quem deixar as crianças para realizar o procedimento mais tranquila? Sabe que existe um centro de referência em seu bairro? A casa é própria ou alugada?*”. Estas são algumas perguntas realizadas e que podem ajudar a entender qual é o perfil, assim como quais são as necessidades daquela pessoa.

É interessante, de qualquer forma, retomar o início deste subcapítulo e indagar porque o termo *tribunal*, que comecei a discutir anteriormente, aparece tanto nas entrevistas quanto no trabalho de campo. Geralmente o termo surge para negar que exista um julgamento na consulta IVE 2, mesmo que eu nunca tenha perguntado sobre este tema diretamente. Ele também aparece quando as pacientes entram na consulta e a primeira coisa que lhes é dita pelos profissionais é que “*no es un tribunal aunque parezca*”, como forma de acolhimento⁴⁹. Em entrevista com Soledad González, do coletivo feminista *Cotidiano Mujer*, quando lhe pergunto sobre a equipe interdisciplinar, ela diz que não aparecem queixas em relação a estes profissionais:

“**não funciona como um tribunal**, no geral, creio que salvo em casos pontuais, não funciona para desestimular [o aborto]. Na realidade é um trâmite [...] que você adiciona a uma mulher, e que complicou enormemente a instalação do serviço, pois há que ter três pessoas no dia em que vem uma mulher abortar. É um desastre na hora de pensar em recursos humanos, em todo o país, ao mesmo tempo. Uma coisa é Montevidéu com um milhão de habitantes [...] mas no interior não há um aborto todos os dias”.

Por outro lado, para Romina, se a equipe não tiver uma formação prévia sobre questões de gênero, e se a escuta da equipe interdisciplinar no processo de IVE não for baseada em uma *perspectiva de direitos*, é muito fácil que a consulta se converta em uma forma de tribunal. Para ela, é fundamental atuar desde uma perspectiva de gênero em um serviço tão essencial quanto este, pois muitos profissionais não possuem esta formação nem este interesse:

“É verdade que parece um tribunal, um tribunal que pode julgá-la. Por isso para mim a formação da equipe técnica é chave. Desde um lugar de empatia, não tem porque ser uma barreira, ao contrário, pode ajudar a poder detectar situações e poder ver a saída para estas mulheres. **Muitas vezes as situações onde as mulheres podem dizer que estão passando uma situação abusiva ou uma situação de violência, ou outros tipos de questões, é no centro de saúde.** Então me parece que a instância do IVE com uma equipe técnica psico-social e ginecológica que também **tenha uma perspectiva de gênero e uma sensibilidade social, pode ajudar e não ser uma barreira** [...] às vezes uma palavra, um espaço de escuta, um ombro nesse momento é importante. Isso, para mim, o papel da assistente social e da psicóloga tem que estar” (Romina).

Segundo Camila, a equipe trabalha de maneira a lidar com a situação em que se encontra essa pessoa, mas as questões emocionais são mais profundas e demandam outro tempo, portanto se deveria pensar em algum tipo de acompanhamento após a consulta IVE 2:

“Então me parece que a equipe também, nesse sentido, contribui desde a contenção, isso do espaço, **para que depois o pós também seja o mais tolerável possível, porque uma coisa é real: o procedimento no corpo passa. Se toma a medicação... mas os tempos emocionais são outros.** E em relação à lei... pode ser que teria que ver o pós, que tipo de acompanhamento tem, isso me parece que é uma das coisas que estão faltando, ou seja, porque

⁴⁹ Reforço que a perspectiva de condenar a noção de tribunal que esta consulta poderia parecer surgiu no serviço de Montevidéu, já que no serviço *da fronteira* os atendimentos não são feitos com os profissionais juntos na mesma sala ao mesmo tempo e não ouvi nenhuma referência a este termo.

as intervenções nesse sentido são muito pontuais. E seria bom que tivesse, no caso de que alguma mulher necessite, porque nem todas têm as mesmas necessidades. Há muitas mulheres que passam pela intervenção de IVE, pela decisão de interromper uma gestação e não tem grandes problemas... **podem incorporar à sua vida como qualquer outro acontecimento, como pode ser a morte de um familiar**, como algo negativo que não querem voltar a passar”.

Na fala de Camila, ela demonstra entender que a equipe atua de forma a conter os problemas que uma pessoa encara ao decidir interromper uma gestação de maneira pontual, mas que talvez a lei poderia abarcar um atendimento pós-IVE, já que “*os tempos emocionais são outros*”. Ela diz que algumas mulheres incorporam este evento como um acontecimento comum, entretanto ao citar esse acontecimento utiliza o exemplo de “*morte de um familiar*”, o que demonstra não ser um acontecimento que emocionalmente fácil ou corriqueiro, mas carregado de dor. Aqui o feto aparece como pessoa, e sua morte vai ser sentida por quem decide abortar.

É interessante como a assistente social utiliza um exemplo que pode carregar grande sofrimento além da experiência do luto, o que eu não havia escutado por parte de outros profissionais que trabalham com IVE até então. Aqui parece que a experiência do IVE, por melhor que seja proporcionada pelos profissionais de saúde, implica um extremo sofrimento que no máximo pode ser “*contido*”.

As três visões sobre a equipe interdisciplinar, de Soledad González, assim como das assistentes sociais Romina e Camila, parecem interessantes para pensar a noção de tribunal que aparece em campo e como estas visões nos fornecem múltiplas perspectivas. Se para Soledad se trata de um trâmite desenhado pelo legislador para desestimular abortos, hoje as equipes interdisciplinares são vistas como *aliadas da lei*, apesar da dificuldade de reunir os profissionais para a consulta em grande parte do país. Para Romina, se não houver uma perspectiva de gênero e um comprometimento em melhoria da formação dos profissionais nessa área, a consulta IVE 2 pode sim se tornar um tribunal. Por outro lado, para Camila, a atuação dos profissionais de maneira interdisciplinar ainda é pouco para lidar com os tempos e demandas que podem ser específicas àquelas pessoas que vivem o processo de IVE, e o sofrimento que implica passar por ele deveria ser levado em conta para um atendimento futuro a estas pacientes.

Reiteradamente o termo tribunal aparece nas falas das interlocutoras para negar essa possível aparência da IVE 2, enquanto, por outro lado, ainda nas falas dos profissionais, diversas mulheres são classificadas como reincidentes, ou seja, aquelas que vêm por

sucessivos IVEs⁵⁰. Se não se trata de um *tribunal*, mas muitas das mulheres que frequentam o serviço de saúde sexual e reprodutiva são *reincidentes*, onde está o crime por aqui?

Segundo o dicionário da Real Academia Espanhola, o tribunal é o “*lugar destinado a los jueces para administrar justicia y dictar sentencias*”. Assim como em português, a palavra remete a um espaço de julgamento onde diversos profissionais ouvem as testemunhas assim como a pessoa acusada sobre uma causa. Entre as várias ações que ocorrem neste espaço, uma delas é o testemunho, o ato que ocorre ao produzir o discurso e que busca, muitas vezes, a validação do sofrimento como uma das razões pelas quais aquela pessoa se encontra naquela posição.

Entendo que o ato de testemunhar, exposto por Veena Das (2011), faz com que os sujeitos implicados no processo de IVE tenham agência e consigam articular neste espaço, suas demandas e problemas. Como dito anteriormente, principalmente quando este testemunho se dá através de signos de sofrimento e violência, surgem possibilidades de acesso a direitos, seja o acesso ao IVE ou a outros direitos como à assistência social, por exemplo. Nesse sentido, os profissionais podem auxiliar a paciente a usufruir destes direitos através dos caminhos, muitas vezes tortuosos, da burocracia do Estado.

Não pretendo afirmar que dentro do consultório de um centro de saúde um tribunal é executado, mas que, ao nomear essa experiência, mesmo que para negá-la com fim de demonstrar ser um espaço de acolhimento, a experiência do tribunal é acionada – o que revela que o tema do aborto contém moralidades complexas em jogo. Apesar do número de profissionais dentro da sala ser incomum, e o testemunho se dar, assim como em outras consultas médicas, entendo que a noção de tribunal aparece mais como um dispositivo da lei, e que os profissionais, engajados a partir da *perspectiva de direitos*, tentam subverter.

De qualquer forma, é interessante como uma gramática jurídica aparece neste espaço: onde *a lei* determina quem está *dentro* ou *fora* dela; onde, ainda que a motivação do legislador, ao construir a obrigatoriedade da equipe interdisciplinar na consulta IVE 2, tenha sido de parecer um *tribunal*, os profissionais tentam desfazer-se deste estigma; e que as mulheres que voltam para o segundo ou terceiro IVE são vistas como *reincidentes*.

Penso que o tabu envolto no ato de interromper a gestação não fez desaparecer as moralidades presentes neste espaço, apesar das mudanças culturais que se produziram após a legalização em 2012. Entendo que o vocabulário jurídico segue presente nos serviços por conta da recente legalidade do ato de abortar e da necessidade dos profissionais se

⁵⁰ Discutirei detidamente a noção de reincidência no capítulo 4.

respaldarem no âmbito do Direito, já que a lei define e até mesmo cria barreiras que muitas vezes não fazem sentido no cotidiano do serviço, muito mais complexo do que as determinações legislativas sobre o IVE.

Em relação aos profissionais de saúde, parece ser o medo de esbarrar na ilegalidade que os faz falar *em nome da lei*: em situações como uma gravidez fora do prazo se esbarra *no limite da lei*, ou quando uma pessoa migrante com menos de um ano de residência no país *está fora da lei* de IVE. A linguagem jurídica também aparece quando a atitude de algumas mulheres pode colocar *a lei em risco*, já que os profissionais entendem que se o número de IVEs aumentar muito, podem ser questionados publicamente sobre o serviço e a importância da lei. Isso acontece quando alguém volta algumas vezes no serviço em busca de um IVE e não quer mudar o método contraceptivo, essa pessoa é vista como uma *reincidente* que preocupa enormemente a própria atuação dos profissionais do serviço. É a lei que deve ser mantida e garantida.

É a partir do clima de denúncia e monitoramento que os profissionais do serviço de saúde sexual e reprodutiva parecem sentir em seu cotidiano, que o vocabulário jurídico regula suas práticas. Em relação aos interlocutores da pesquisa, entendo que respaldam suas convicções e atitudes através do que eles chamam de *linguagem de direitos*.

2.3 Os cinco dias de reflexão e o segredo do aborto

No início do projeto de mestrado, ao analisar bibliografia, notícias da mídia, e posteriormente quando comecei a realizar entrevistas com os movimentos feministas sobre a lei de IVE, os cinco dias de reflexão, obrigatórios por lei, apareceram como sinônimo de uma *barreira*. Os cinco dias de reflexão faziam parte de um sentimento de derrota dos movimentos sociais que lutaram pelo direito ao aborto e que não o conquistaram através da lei de saúde sexual e reprodutiva, vetada pelo então presidente Tabaré Vázquez, em 2008. Eles foram incorporados na lei de 2012, a atual lei de IVE que vigora no país, como mais um obstáculo para que as pessoas reflitam sobre sua decisão. Cabe ressaltar que estes dias de reflexão parecem totalmente desconectados com as demandas das pacientes que vão ao serviço de saúde sexual e reprodutiva, já que muitas vezes chegam ao serviço de saúde depois de haver refletido durante um bom tempo sobre essa decisão, o que a bibliografia uruguaia também afirma (MAKLEFF et al., 2019).

Os dias de reflexão existem em outros lugares do mundo em modelos de interrupção voluntária de gravidez, como por exemplo em Portugal, e surge como uma ferramenta desenhada pelos legisladores que pouco tem sentido no cotidiano serviço de saúde sexual e reprodutiva. Estes dias são vistos como mais uma norma prevista na lei que os profissionais devem seguir, uma obrigatoriedade a ser cumprida, pois *es la ley que tenemos*, como escutei várias vezes por parte dos profissionais. É comum, no cotidiano dos serviços, que eles respondam às pacientes que não há o que fazer, principalmente quando elas dizem que não querem ter que esperar esses cinco dias para uma nova consulta e finalmente ter acesso ao medicamento.

É interessante questionar como a lei, com suas contradições e disputas, parece ter sido desenhada para tutelar as pessoas através de várias *barreiras*, segundo os termos dos movimentos sociais. São necessárias diversas consultas, exames de sangue, ultrassonografias, a obrigatoriedade da equipe multidisciplinar que deve contar com profissional da área de saúde mental, da área social e médico ginecologista (o que impossibilita que outro profissional da área médica, como por exemplo os médicos de família e comunidade, atendam), além dos cinco dias de reflexão. A política não parece ter sido desenhada com vistas a uma preocupação sólida de proteção às mulheres, à maternidade ou à infância, mas a partir de um controle em relação à entrega do misoprostol, para além de um cuidado de saúde, que os profissionais, dado a lei, tentam fornecer.

Há uma necessidade de saber quais os motivos levam as pessoas a interromper suas gestações, além de um forte desestímulo aos novos abortamentos voluntários que futuramente poderão ocorrer. Eles devem ser evitados a partir da implementação de métodos contraceptivos de longa duração na população, para que, como destaca um interlocutor ginecologista *da fronteira*, “*no futuro, todas as gravidezes sejam desejadas*”.

É relevante destacar que durante o trabalho de campo acompanhando consultas, a maioria das mulheres chegava decidida a interromper a gestação e, apesar de uma pequena minoria demonstrar alguma dúvida, ou mudar de ideia durante o processo, isso não parecia decorrer necessariamente da existência dos cinco dias de reflexão. Segundo dados do Ministério de Saúde Pública (URUGUAI, 2021, p.9), entre 2013 e 2019, somente 6% das pacientes que começaram o processo de IVE desistiram da interrupção no meio do processo e prosseguiram com a gravidez, com exceção do ano de 2014 em que 8% decidiram prosseguir com a gestação.

Quando as mulheres tinham dúvidas sobre interromper ou não a gravidez, lhes eram indicados os passos do procedimento, seus direitos, as possibilidades, incluindo prosseguir a gravidez e entregar a criança para adoção, temas estes que apareciam nas consultas de IVE⁵¹, e que ocorria independentemente dos cinco dias de reflexão. Como a medicação não é tomada dentro do espaço hospitalar, o momento em que a mulher decidirá começar a tomar os fármacos para interromper a gestação tem uma relação muito maior com sua decisão individual, do que um possível controle por parte dos médicos.

Acompanhei, em 2019, um caso de uma moça que foi ao serviço mesmo não se sentindo totalmente decidida se ela deveria ou não interromper a gestação, os cinco dias se passaram, e ela continuava em dúvida. A medicação lhe foi fornecida, explicada, e o prazo máximo ideal para que ela começasse a tomar os remédios lhe foi dito. Se ela interrompeu ou não a gestação, eu não soube depois, mas teve todo o assessoramento em relação às duas possibilidades que cogitava: prosseguir com a gestação ou interrompê-la.

Ao falar sobre as barreiras que implicam o serviço interdisciplinar e os cinco dias, a assistente social Romina diz:

“Para mim, a barreira do IVE são os cinco dias. Porque uma mulher que já está determinada [...] que chegou até a essa instância, ou está muito decidida, ou se está com dúvida, bom, tem o direito de decidir não fazê-lo. Mas dar a ela cinco dias para que pense, podem acontecer muitas coisas. **Nas situações de violência familiar, podem jogar contra ela esses cinco dias.**”

⁵¹ No Guia técnico para a implementação do atendimento em IVE, é obrigatório que os profissionais falem sobre todas as possibilidades que a pessoa tem em relação a esta gestação indesejada, para que ela conheça as possibilidades e tenha uma decisão informada.

Pode ter uma questão de manipulação ou o próprio entorno.. o que acontece muito é que em algumas situações, em algumas comunidades, as fronteiras do público e do privado são mais finas. **Então uma mulher fica grávida em uma casa que digamos, são 10 pessoas, ou em um terreno onde são várias casas, isso como que se filtra mais facilmente** [...] então esses cinco dias, em um lugar onde se filtra essa informação mais facilmente, jogam”.

De novo, no discurso da assistente social, aparecem as questões de violência como importantes para a construção da noção de vítima pública que a lei de IVE busca proteger. Nesse caso, é em relação à denúncia de como os cinco dias fazem com que essas mulheres sejam ainda mais vulnerabilizadas – já que não contribuem para uma melhor autonomia em relação à sua decisão. É a partir da violência, ou pelo menos do contexto precário de onde essas mulheres de classe popular vêm, que os cinco dias de reflexão são denunciados como uma verdadeira barreira ao segredo do aborto.

Assim como discuti na introdução da dissertação, o caminho das fofocas foi uma estratégia de pesquisa para compreender as moralidades em torno ao aborto mesmo quando ele é um procedimento legal, embora não tenha sido meu enfoque no início deste trabalho. A partir dessa estratégia, se tornou explícito que, ao falar de abortos, falamos de segredos compartilhados. Soube de histórias de pessoas, que se mantiveram anônimas, e me questionei se as próprias mulheres que me contavam essas histórias as tinham vivido. Também me questionei se o distanciamento de relatos como “*soube que fulana abortou e foi muito ruim*”, talvez tenha sido, na realidade, um acompanhamento mais próximo em relação ao IVE, e que a pessoa não quis compartilhar totalmente comigo. Assim como na pesquisa de Heloísa de Almeida (2022) sobre assédio sexual na universidade, essas falas também “me eram contadas nas margens” (p.196).

Ouvi diversas pessoas que eram amigas de amigas minhas, ou familiares de amigas, que se sentiram a vontade de contar suas histórias de aborto, como uma forma de compartilhar um evento de suas vidas particular, uma espécie de segredo. Esse segredo, no geral, havia sido compartilhado com alguém, e naquele momento era também compartilhado comigo. Essas conversas se deram em locais diversos, às vezes em trânsito, como por exemplo no transporte público, em praças, parques e até mesmo na privacidade de suas casas, em jantares ou eventos para poucos amigos em que fui convidada.

Em um primeiro momento acreditei que deveria realizar entrevistas mais formais após essas conversas que aconteceram em momentos nos quais eu não esperava falar sobre isso. Porém, entendi que entrevistas formais fariam pouco sentido, já que a presença de um gravador afastaria esse tipo de relato – o que de fato ocorreu com as várias recusas e adiamentos que resultaram em entrevistas nunca realizadas. Cito como se deram estas

conversas para pensar como a noção de segredo aparece em relação ao aborto, e como a legalidade do processo de IVE não desfez a condição de segredo desse ato.

O segredo é um tema clássico nas ciências sociais, pois enquanto pesquisadoras/es é comum que exista o questionamento sobre o que deve ser exposto ou não para fora do grupo pesquisado e quais as consequências desta exposição. Ainda que seja conhecido o fato de que a antropologia se associou com fins de espionagem estatal (BOAS, 2004), conhecemos as implicações éticas de nossa divulgação científica, e enfrentar esses dilemas pode ser profícuo para compreender a dimensão do segredo na disciplina. Simmel (1999) afirma que “toda relação humana é caracterizada, entre outras coisas, pela quantidade de segredo que nela se encontra e que a envolve” (p.223).

Entre os vários tipos de segredo, poderíamos elencar alguns tais como os de Estado; os reproduzidos por instituições, que mantêm imunidade ao grupo e perpetuam violências (ALMEIDA, 2019); ou até mesmo aqueles dentro das famílias e relações de intimidade (FERNANDES et al., 2020). A tese desenvolvida por Rozeli Porto (2009), a partir da percepção dos profissionais no cotidiano de serviços de aborto legal no Brasil, explicita como as violências envoltas nas histórias das pacientes são colocadas no âmbito do segredo. Para a autora, os *segredos de gênero*, ou seja, os segredos das violências sexuais que as mulheres no serviço relatam ter sofrido, são incentivados para que continuem no plano do “não dito” e “não visto”. Para tanto, estes relatos são classificados como secundários e muitas vezes questionados em caso de direito ao aborto, pois é a vida do feto que deveria ser garantida segundo estes profissionais:

Assim sendo, minha hipótese é de que este *segredo de gênero*, tal como exposto, não deixaria circular a dádiva (MAUSS, 2003) – leia-se os serviços relativos ao aborto legal – para as mulheres que necessitam deste dom, pois o dom, para boa parte do corpo biomédico, diz respeito à vida do feto, como também acontece nos casos de anomalias fetais, e não ao direito e ao desejo das mulheres grávidas, como reivindicam as feministas (PORTO, 2009, p.153).

Em minha etnografia em Montevideu, não observei algo semelhante ao encontrado por Porto, ainda que moralidades estivessem em jogo. Entretanto, nos serviços *da fronteira*, entendo que apareceram manuseios e noções que buscavam proteger a vida do feto de maneira semelhante às encontradas pela pesquisadora no Brasil.

De qualquer forma, nos serviços pesquisados por mim, existe um esforço por parte dos profissionais em estabelecer um diálogo sobre as violências sofridas. O direito ao IVE é, antes de tudo, um direito humano que as pessoas devem usufruir, principalmente quando se encaixam no ideal de vítima pública. No Uruguai, o “não dito” e “não visto” em relação ao

aborto, no geral, está conectado com suas relações fora do sistema de saúde. Um exemplo sobre esse segredo está na denominação IVE, que aparece como sigla secreta para os que não entendem o que significa, porém compartilhada entre os profissionais e aquelas pessoas que já viveram este processo.

A sigla IVE parece assegurar que o segredo continue preservado na relação da pessoa com o exterior do sistema de saúde: seu parceiro, ou responsável da gestação que não sabe sobre a decisão; sua família, amigos e colegas, que continuarão sem saber do segredo. Entendo que existe uma relação de confiança, no geral, entre os profissionais e as pacientes, pois é naquele lugar onde o segredo está em confiança onde se pode, e muitas vezes deve, falar.

Sem dúvidas os cinco dias de reflexão acabam sendo uma frustração para a maioria das pessoas que passam pelo processo de IVE, pois no geral, elas não possuem dúvidas sobre sua decisão. Nesse caso, adiar mais cinco dias para uma nova consulta, parece construir um incremento do extenso itinerário abortivo (PORTO, 2017) que as mulheres e pessoas com útero devem percorrer.

O prolongamento do processo de IVE afeta as pessoas além do tempo que elas têm que despender para ir às diferentes consultas. São vários exames, consultas, dias de espera, além do dia da expulsão e todo o planejamento para que possa fazer o procedimento com segurança e conforto⁵². Muitas das pacientes no consultório relatam mal-estar, enjoos, fadiga e inchaço corporal⁵³, típicos do início da gestação, e que, quanto mais o processo demora em se concretizar, maior a chance de colocar em risco o segredo da gestação e do consequente IVE.

⁵² A maioria das pessoas tem que alinhar quando começar a tomar as medicações e o dia da expulsão, pois devem faltar ao trabalho e precisam deixar os filhos com alguém.

⁵³ Em várias consultas de IVE 2 e IVE 3 as pacientes pediam à médica a prescrição de medicações para os enjoos recorrentes que estavam sofrendo, além de relatarem fadiga e inchaço corporal.

2.4 Sobre a maternidade

Ainda que não exista uma paciente arquetípica, já que diversas pesquisas demonstram que mulheres de todas as classes sociais, raças, idades e religiões, realizam abortos⁵⁴, no trabalho de campo em questão, trata-se, em sua maioria, de mulheres de classe popular, com condições precárias de trabalho. Entre as mulheres que acessam os serviços de saúde pública onde pesquisei, grande parte delas são responsáveis pelo cuidado, seja de crianças e/ou idosos, ou por suas profissões (cuidadoras de idosos, faxineiras, babás, por exemplo), ou pelo trabalho do cuidado exercido no âmbito familiar.

Embora eu não tenha me dedicado a entender as concepções de maternidade através de entrevistas com as mulheres, observei os discursos e relações entre elas e os profissionais do serviço de IVE. Um fato que me chamou a atenção durante o cotidiano dos atendimentos vai de encontro com a ideia de que o aborto seria uma negação do desejo pela maternidade, é que muitas mulheres que frequentam o serviço são mães. Inclusive, é grande o número das que levam bebês e crianças de colo para consultas de IVE.

Rostagnol (2012) afirma que o aborto é “uma forma de atrasar o início do ciclo reprodutivo entre mulheres de camadas médias, enquanto que nos estratos populares aparece até o final do dito ciclo para distanciar os nascimentos” (p.199, tradução minha). É sabido que a maternidade é encarada de maneira distinta entre classes sociais em diferentes contextos. A diferença entre as noções de uma maternidade ideal muitas vezes está associada às expectativas sobre a construção de uma boa família para o grupo em que pertence. As diferenças dos tempos do aborto nas vidas reprodutivas das mulheres parecem estar vinculadas às representações do que seria uma vida de sucesso, o lugar da carreira nela, uma idade correta e o/a companheiro/a ideal para compartilhar este momento. O que observei durante as consultas de IVE, principalmente por estar em serviços de saúde pública, onde a maioria das mulheres pertencem às classes populares, é que quando estas mulheres chegam ao serviço para realizar seu primeiro IVE já são mães.

A maioria dos discursos das mulheres, que frequentam o serviço de IVE, sobre o motivo de estar ali, geralmente, começa pelo fato de já ser mãe. Como são mães, justamente por saberem a dificuldade de ter mais um filho neste momento, não desejam esta gravidez. Várias também relatam o desemprego, já que poucas trabalham formalmente e, no geral, se

⁵⁴ Cito aqui a Pesquisa Nacional do Aborto (Diniz, et al. 2017), que, embora tenha sido realizada no Brasil, se assemelha a dados registrados em outros países da região e inclusive aos dados do Ministério de Saúde Pública do Uruguai.

encontram sozinhas economicamente e na criação dos outros filhos. Algumas comentam sobre o fato de serem muito jovens, principalmente se já têm filhos, como motivos recorrentes para não desejar aquela gravidez, naquele momento.

Enquanto no senso comum, o aborto é muitas vezes tido como uma prática egoísta. Por outro lado, diversos discursos levantados pelos movimentos feministas, o aborto é pensado como uma ação contra a ideia de maternidade compulsória. No entanto, ampla bibliografia demonstra que há uma multiplicidade de experiências e subjetividades relacionadas ao aborto voluntário, e que o ideal de maternidade não está totalmente rechaçado, geralmente é recusado naquele momento em específico (SERNA et al., 2019; MOTTA, 2015; ROSTAGNOL, 2011; FAÚNDES et al., 2004).

Isso perpassa os diálogos das pacientes com os profissionais de saúde em diversos aspectos, já que a maternidade, mais do que um plano de vida, é vista como um fim possível, seja porque a paciente já é mãe, ou porque poderá ser mãe em um momento mais oportuno e desejado em sua vida.

De acordo com a pesquisa de Susana Rostagnol (2012), a maternidade é, para a maioria das entrevistadas, um tema cheio de ambiguidades e contradições: enquanto para as mulheres jovens, a decisão de ter um/a filho/a com determinada pessoa requer tanto elementos materiais, quanto simbólicos e afetivos, pois essa criança deve vir ao mundo podendo ter uma boa vida; já no caso das mulheres de classe popular, trata-se de poder oferecer à criança uma vida melhor do que elas próprias têm.

Isso parece ter a ver com uma ideia de um *tempo conceptivo*, que se refere não só a uma idade ideal para a gravidez, mas que com ela, existe um momento de vida em que haveria um parceiro ideal, um relacionamento estável, condições materiais e econômicas, entre outros requisitos. Esse tempo seria ideal para a maternidade que se inscreve “dentro de uma série de requisitos que, embora sejam sociais, marcam as expectativas das próprias mulheres” (ROSTAGNOL, 2012, p.209), principalmente em relação a imaginários sobre família e uma construção ideal desta.

Enfatizo que o serviço de saúde sexual e reprodutiva é um lugar feminino e feminilizado, onde as profissionais, assim como as pacientes e acompanhantes, são em sua maioria mulheres. Além disso, considero que o espaço também é materno, já que muitas das

que estão ali são mães e seus filhos pequenos as acompanham durante o processo⁵⁵. Essas mulheres são as maiores responsáveis por cuidar de seus filhos, mantê-los vivos e saudáveis.

A partir dessa percepção, entendo que a ausência de homens neste espaço está em consonância com a ausência dos homens em suas vidas como companheiros e provedores da família, o que afeta em especial mulheres de classe popular, migrantes e racializadas. Segundo Camila Fernandes (2021), em relação às ausências que sentem as mulheres de classe popular, "essas faltas, de homens e de Estado, obrigam mulheres a se desdobrar de mil e uma formas para tornar seus mundos seguros e livres de tirania. As presenças femininas são narradas a partir de mulheres que devem 'dar conta de tudo'" (p.211).

Ceres Victora (1991) em sua pesquisa sobre as representações do corpo com mulheres de classe popular em uma vila de Porto Alegre, a maternidade e o nascimento de uma criança muitas vezes possui um valor positivo em relação à construção do gênero, tanto para homens quanto para mulheres, "dentro de uma concepção de casamento definido pela complementaridade hierárquica, um filho pode ser encarado como o ponto onde as expectativas masculinas e femininas se cruzam" (p. 98). A autora identifica que a maternidade nas classes populares, muitas vezes, faz com que as mulheres possam usufruir de um certo respeito e autoridade em relação ao que se poderia fazer antes da presença dos filhos, já que a liberdade de poder sair com os filhos as respalda em relação aos maridos, que "deixam" que elas circulem em outros espaços "sozinhas", por exemplo.

Me baseio em Avtar Brah (2006), pois entendo que a constituição do sujeito se dá a partir de "discursos, instituições e práticas, [...] o sujeito-em-processo experimenta a si mesmo como o 'eu', e tanto consciente como inconscientemente desempenha novamente posições em que está situado e investido, e novamente lhes dá significado" (p. 374). Para a socióloga, é necessário entender que a diferença não é necessariamente um marcador de hierarquia e opressão, mas depende das relações estabelecidas e do contexto vivido. As diferenças podem desencadear em desigualdade, exploração, opressão, entretanto podem ser vistas enquanto formas de agenciamentos políticos de si.

Entendo que a maternidade é um tema complexo e diverso em seus sentidos, desejos e manifestações. Entre mulheres de diferentes classes sociais há determinadas expectativas e agenciamentos sobre o que pode ser positivo ou negativo com a chegada dos filhos e quando. Victora (1991) destaca, entretanto, que apesar das representações nas classes populares da

⁵⁵ Algumas vezes vi adolescentes com suas mães acompanhando o processo, embora não seja tão comum a presença de adolescentes querendo interromper a gestação. Destaco que o mais habitual era a presença de mulheres que levavam seus filhos pequenos ao serviço de saúde sexual e reprodutiva.

maternidade como condição inerente às mulheres, que experimentarão a passagem de *ser moça, para ser mulher* através dela, “não se deve depreender daí, do fato dos filhos serem parte essencial da vida das mulheres, que elas desejem tornar-se mães em qualquer situação. Para que elas sejam mães é necessário que algumas condições sejam preenchidas” (VICTORA, 1991, p. 99). Na pesquisa em questão, a autora observou que muitas vezes o primeiro filho de um casal que coabita é desejado, assim como quando ocorre uma primeira gravidez e que o homem *assume* a paternidade, ou seja, se compromete a prover o alimento da futura criança e a viver junto com a mulher.

A ausência dos homens, ou pelo menos a quebra de expectativa em relação aos seus deveres, seja pelas situações de violência ou abandono, parece ser um motivador das interrupções da gestação, de acordo com a bibliografia consultada. As mulheres das classes populares que se veem sozinhas tanto economicamente, quanto afetivamente, são em sua maioria mães e entendem não ser o momento adequado para outra criança em sua vida, já que a maternidade pressupõe uma responsabilidade quase exclusivamente feminina.

A criminalização do aborto, que deixou de ocorrer há dez anos no Uruguai, e ainda vigora no Brasil, está articulada com a função fundamental de forçar maternidades das mulheres sem condições de realizar interrupções seguras, em momentos não-desejados de suas trajetórias. Dessa forma, ela obriga as mulheres que, no geral, exercem o trabalho do cuidado sozinhas ou compartilham com outras mulheres a enorme tarefa que implica manter os filhos vivos e se desenvolvendo de maneira saudável. Assim, estas mulheres são compelidas aos trabalhos mais precarizados, informais, além de equilibrarem suas rotinas com o trabalho do cuidado da família, aquele não-remunerado e essencial na reprodução da força de trabalho no capitalismo.

A diferença de poder entre mulheres e homens e o ocultamento do trabalho não remunerado das mulheres por trás do disfarce da inferioridade natural permitiu ao capitalismo ampliar imensamente ‘a parte não remunerada do dia de trabalho’ e usar o salário (masculino) para acumular trabalho feminino. Em muitos casos, serviram também para desviar o antagonismo de classe para um antagonismo entre homens e mulheres. Dessa forma, a acumulação primitiva foi, sobretudo, uma acumulação de diferenças, desigualdade, hierarquias e divisões que separaram os trabalhadores entre si e, inclusive, alienaram a eles mesmos. (FEDERICI, 2017, pp. 213-214)

2.5 Migrantes na consulta IVE 2.

En caso de exceder los plazos estipulados por Ley 18987 (12ª semana para Situación 1 a 3, 14ª semana para Situación 4), o si la mujer extranjera tiene residencia menor de 1 año, no aplica lo establecido en este Manual, debiendo asesorarse a la mujer sobre la disminución de riesgos y daños. (Ley 18426, Ordenanza 369 / 2004).

Caso 1: Carmen

Em novembro de 2019, realizando trabalho de campo em um hospital público de Montevideú, participo de uma consulta IVE 2. Entra Carmen, uma mulher negra, cubana, jovem e que recentemente havia migrado ao Uruguai. A presença de mulheres cubanas neste serviço de saúde sexual e reprodutiva da capital era frequente, e durante aquele mês, nos dias que frequentei os atendimentos, uma a cada cinco mulheres, aproximadamente, eram cubanas.

Carmen demonstrava estar aflita com a situação, com medo de faltar ao trabalho e perdê-lo, pois temia que seus empregadores não acreditassem que ela de fato havia ido ao hospital. Reiteradamente os profissionais diziam que se ela levasse o atestado médico, seus chefes não poderiam demiti-la, e que, se ela quisesse, escreveriam que ela foi por um procedimento ginecológico. Junto a Carmen estava uma amiga de pé, de braços cruzados, também cubana, uma moça também jovem que vive na mesma pensão que ela, como se fosse uma ‘testemunha’ caso precisasse comprovar a violência que afirmava ter sofrido. Carmen e sua amiga, apesar de não saberem como se daria o atendimento, e quais documentos deveriam mostrar aos profissionais – elas foram com diversos comprovantes de sua residência legal no país em um amontoado de papéis, que parecem ser acompanhantes da rotina de quem migra. Tinham uma postura de quem já tinha conhecimento de seus direitos e sabiam que seu caso seria mais complicado: ela não havia cumprido 12 meses de residência no país, mas gostaria de interromper a gestação.

Como ela não estava perto de cumprir um ano no Uruguai, portanto não poderia estender a gestação para o prazo que a permitiria interromper legalmente, Carmen tinha duas opções: ou ser assessorada com o modelo de redução de riscos e danos, ou alegar que sofreu violência de gênero, pois baseada em uma lei de 2017, a lei nº 19.580, as mulheres que estão *fora da lei* de IVE, tem o direito de interromper a gestação⁵⁶.

⁵⁶ A lei nº 19580/2017 diz em seu artigo 7º diz “I) *Al respeto y protección de sus derechos sexuales y reproductivos, incluso a ejercer todos los derechos reconocidos por las leyes de Salud Sexual y Reproductiva (Ley Nº 18.426, de 1º de diciembre de 2008) y de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley Nº 18.987, de 22 de octubre de 2012), cualquiera sea su nacionalidad y aunque no haya alcanzado el año de residencia en el*

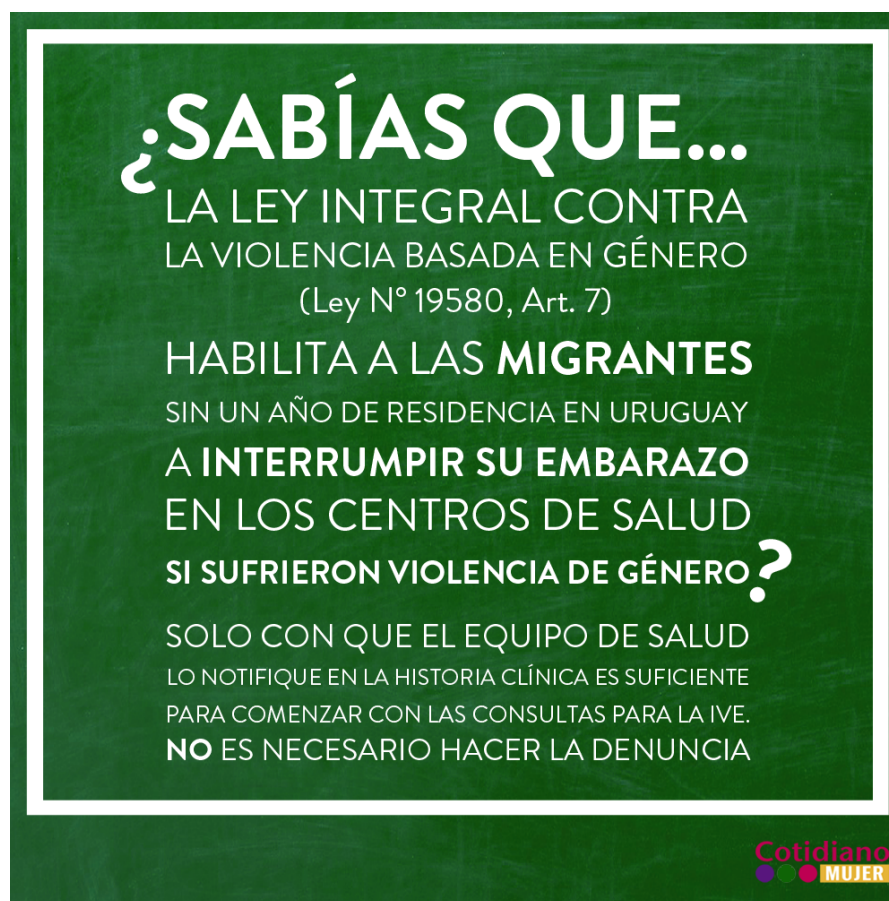


Imagem difundida nas redes sociais do coletivo *Cotidiano Mujer* em novembro de 2018

Os profissionais que estão comigo na sala não dizem a ela sobre a lei, pois ela parece já conhecê-la, porque a leva impressa caso alguém duvide de sua palavra. Carmen conta que havia sofrido violência psicológica de seu companheiro, ele havia vindo antes ao Uruguai e dizia que ela deveria vir também, mas quando ela chegou no país sentiu ele diferente, violento, gritava com ela e todos da pensão já tinham visto essas cenas, o que a amiga poderia confirmar aos profissionais. Carmen parecia sofrer muito, e demonstrar este sofrimento de uma maneira diferente de outras vítimas de violência que acompanhei durante o serviço.

A assistente social e a psicóloga, depois que a paciente saiu da sala, comentaram que não parecia que ela tinha sofrido violência, mas que desejava interromper a gravidez. A ginecologista disse que crê nelas (mulheres que dizem sofrer violência), pois é o que lhe cabe, ouvir e entender que trata-se da palavra delas. Existe uma espécie de clima de investigação se a pessoa sofreu violência ou não durante o atendimento, embora, de qualquer

país, siempre que los hechos de violencia hayan ocurrido en el territorio nacional, lo que constituye una excepción al artículo 13 de la Ley N° 18.987, de 22 de octubre de 2012. ()”*

forma, *se le cree*, e o processo de IVE segue. Este é um ponto fundamental nos locais onde existem atendimentos às vítimas de violência: deve-se acreditar na palavra da mulher, pois não cabe aos profissionais de saúde julgarem o que aconteceu, mas sim atendê-las da melhor forma possível e foi o que aconteceu neste episódio.

Não sei se Carmen já havia ido a outro serviço de saúde e lhe havia sido negada a interrupção pelo prazo da lei. Não sei se foi assessorada por outras conhecidas que alegaram violência e puderam exercer seu direito ao IVE, ou se conheceu seus direitos através de alguma organização que trabalha com pessoas migrantes. Embora não saibamos se algo ocorreu nesse sentido, Carmen, ao contar a violência psicológica que estava sofrendo com seu companheiro, utilizou uma estratégia para a garantia de seu direito. Para tanto, foi vista como vítima para estar *dentro da lei*, algo perto dessa vítima ideal que tem motivos legítimos para interromper a gestação na visão dos profissionais de saúde e nos parâmetros da lei.

Pode ser que a atitude de Carmen tenha sido uma estratégia para conseguir um direito, entretanto trata-se de tema complexo e delicado, principalmente quando falamos de violência psicológica, já que esta parece ser uma violência menos condenável moralmente, extremamente comum e muito mais difícil de comprovar – já que não deixa marcas visíveis no corpo. Por outro lado, é possível que, assim como Carmen, estas mulheres que estão enfrentando diversos desafios implicados no processo da migração, principalmente por serem estrangeiras, jovens, em sua maioria mulheres negras, em um país majoritariamente de população branca, sofram diversas violências, segundo certos pontos de vista e sensibilidades. De qualquer forma, parece ser essencial durante o atendimento poder articular bem os discursos em torno à precariedade e as violências sofridas para que o ideal de vítima pública apareça concretamente no corpo que sofre e ela usufrua de seu direito.

De acordo com Cynthia Sarti (2011), "a forma de manifestação do sofrimento precisa fazer sentido para o outro". Assim, não apenas sentir, mas expressar dor e o sofrimento supõe códigos culturais que sancionam as formas de manifestação dos sentimentos" (p. 56). É através da figura de vítima que a sociedade contemporânea legitima moralmente demandas sociais, e no caso das mulheres migrantes que não contam com o direito ao aborto por viverem há menos de um ano no país, é a partir da violência de gênero em seu sentido amplo que elas adquirem o direito.

Nessa perspectiva, a figura da vítima constitui uma forma socialmente inteligível de expressar o sofrimento associado à violência, legitimando demandas e ações sociais de reparação e cuidado. Se a experiência do sofrimento questiona, em si, o lugar do sujeito no mundo, como argumenta Le Breton (1995), o sofrimento associado à violência remete inelutavelmente à uma discussão moral (SARTI, 2011, p.57)

Em quase todos os dias que participei das consultas de IVE 2, havia migrantes cubanas: a questão migrante parece ser muito forte, pois as que moram há menos de um ano no Uruguai só podem ter acesso ao IVE se declararem, a qualquer profissional de saúde, terem sofrido violência de gênero – seja psicológica, física ou sexual, mesmo que essa violência não tenha necessariamente conexão com o responsável pela gravidez. A palavra das mulheres que sofreram violência vale segundo a lei Nº 19.580/2017, e está acima da lei de IVE, que restringe as migrantes com menos de um ano de residência, desde que a violência tenha acontecido em território nacional⁵⁷.

De acordo com a ONU Mulheres, o Uruguai está em um lugar destacado em relação aos números de ocorrências em violência de gênero, sendo que durante o período de 2007-2010 a violência doméstica foi o segundo crime mais recorrente, depois do furto (MINISTERIO DEL INTERIOR, 2011). Durante a pandemia, assim como em várias partes do mundo, a violência de gênero no Uruguai aumentou consideravelmente, sendo que nos primeiros dias de isolamento, em um lapso de 10 dias durante março de 2020, ocorreram 4 feminicídios no país (durante todo o ano foram 16), segundo a *Dirección Nacional de Políticas de Género - Observatorio Nacional Sobre Violencia y Criminalidad* (URUGUAI, 2021).

Caso 2: Dayana

Entre pacientes entrando e saindo da sala pequena e sem janelas, entre formulários, papéis, termos de consentimento a serem preenchidos, além do sistema de computador com os dados das mulheres que acessam o serviço de saúde sexual e reprodutiva, escolho contar a história de Dayana, uma entre as várias migrantes cubanas que procuram interromper a gestação legalmente.

Dayana, assim como a maioria das mulheres cubanas que vão em busca de um IVE, já realizaram outros abortos legalmente em seu país de origem, algumas inclusive com o misoprostol, naquelas ocasiões dado pelos profissionais e ingerido no próprio consultório. O

⁵⁷Segundo a lei nº 19.580/2017 - *Violencia hacia las mujeres, basada en género*. Artigo 7º, i) *Al respeto y protección de sus derechos sexuales y reproductivos, incluso a ejercer todos los derechos reconocidos por las leyes de Salud Sexual y Reproductiva (Ley Nº 18.426, de 1º de diciembre de 2008) y de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley Nº 18.987, de 22 de octubre de 2012), cualquiera sea su nacionalidad y aunque no haya alcanzado el año de residencia en el país, siempre que los hechos de violencia hayan ocurrido en el territorio nacional, lo que constituye una excepción al artículo 13 de la Ley Nº 18.987, de 22 de octubre de 2012.*

tabu e o julgamento moral em relação à prática do aborto não aparecem nos discursos das cubanas, diferentemente da maioria das uruguaias que frequentam o serviço.

O caso de Dayana me fez refletir sobre a noção de experiência (SCOTT, 1991, p. 797) como o que constitui o sujeito, e como as cubanas parecem ter, a partir de suas experiências anteriores com aborto, outras moralidades em relação às uruguaias ao buscarem o serviço de IVE. Enquanto as uruguaias, costumeiramente, atribuem o IVE como um infortúnio, já que a sexualidade irresponsável e abortos recorrentes são “os outros que fazem”, as cubanas parecem não entender desse jeito, já que percebem o IVE como algo que pode acontecer uma ou mais vezes em sua vida reprodutiva.

Para as cubanas que cumprem os requisitos legais para interromper a gestação, se trata de mais uma vez em que terão que acessar um serviço de saúde para um evento comum na vida das mulheres. Presumi que, por ser uma prática legal há décadas em Cuba, várias gerações experienciaram o abortamento legal, portanto a ausência de tabu em relação à prática por parte das pacientes assim como a grande presença de cubanas e a possível ausência de mulheres de outras nacionalidades nos serviços de IVE, podem indicar diferenças em atitudes esperadas por parte dos profissionais em relação a esta população, de maneira significativa.

Na consulta de Dayana não é diferente: ela chega para o seu primeiro IVE no Uruguai, embora já tenha realizado outro em Cuba, vive há 11 meses no país com seu companheiro, também cubano. Ao ser questionada em relação ao método contraceptivo que estava usando, para entender porque houve uma falha, diz que não utiliza nada. A médica ginecologista estranha e indaga “como assim, nada? Algum método vocês tinham, mesmo que pouco eficaz”, e Dayana afirma que sim, eles utilizavam o “*método natural*”, o coito interrompido. Segundo ela, como não engravidou nenhuma outra vez nestes últimos anos, havia uma eficácia neste método desde seu ponto de vista. A médica questiona novamente se não usavam nem o preservativo, e ela diz que não, dando a entender que tratava-se de um acordo entre os dois que estava funcionando, e portanto ela não gostaria de nenhum outro método, nem hormonal, nem de longo prazo, nem o preservativo, pois uma só gravidez em anos de prática sexual era sinônimo de sucesso.

Em entrevista com a ginecologista Andrea, ao falar das diferenças que ela observa em relação especialmente a população migrante que ela atende na saúde pública, ela comenta que uma diferença grande está na questão dos métodos contraceptivos:

“O uso do preservativo é extremamente difícil, enquanto com seus parceiros homens de seus países, o preservativo é uma coisa praticamente impossível de usar. Além da responsabilidade da contracepção que no geral, em todas as mulheres do mundo, recai sobre a mulher, e nessa população [migrante] ainda mais. Então é difícil o tema dos contraceptivos. A contracepção de emergência que muitas vezes não se conhece, também é importante para essa população, essa questão que é ‘*um método abortivo*’, então também seria bom [que conheçam e entendam]”. (Entrevista com ginecologista Andrea)

Além de não transparecer nenhum sentimento de culpa, algo diferente de muitas pacientes que transitam no serviço de IVE, ela não tinha ainda os 12 meses de residência necessários para a interrupção da gestação. Entretanto, como sua gravidez era de poucas semanas, quando ela completasse exatamente um ano no país, estaria “dentro da lei”, ou seja, com uma gestação menor a 12 semanas e maior a 12 meses de permanência no país, e poderia voltar para o assessoramento com os profissionais de saúde e conseguir a mifepristona e o misoprostol. Dayana parece feliz em saber que poderá realizar o IVE sem grandes problemas, só deveria esperar aproximadamente um mês, o que é bem mais que os cinco dias de reflexão obrigatórios por lei, e muitas vezes aflitivo a quem decide por um IVE.

Caso 3: Isabel

Em maio de 2021, quando realizei o segundo trabalho de campo no Uruguai, já durante a pandemia da COVID-19, o país estava um momento onde os profissionais de saúde já estavam vacinados e havia ampla vacinação nas cidades fronteiriças entre Uruguai e Brasil. De forma a conter o avanço do vírus, já que eram nos departamentos de fronteira onde havia mais casos da doença, havia um receio que o vírus avançasse para o interior do país vindo do Brasil apesar do Uruguai estar fechado para turistas estrangeiros⁵⁸. Assim, a estratégia do Ministério de Saúde do Uruguai foi vacinar uruguaios e brasileiros da fronteira em massa.

Entre as peculiaridades desta fronteira, destaco a dificuldade de fechar um país neste contexto sanitário quando a mesma cidade é dividida em duas. O que divide os dois países nesta cidade de fronteira é uma praça, de um lado Brasil, do outro Uruguai, como um território perene, um interstício entre as duas populações que formam um local único para qualquer investigação. É neste território de fronteira, de pouco mais de 100 mil habitantes de um lado, e 80 mil de outro, onde as pessoas sabem, que por serem *da fronteira*, podem usufruir muitas vezes do que lhe convém melhor em um país ou em outro: a gasolina e o supermercado são mais baratos no Brasil, enquanto os free shops são interessantes para quem vai até o Uruguai.

⁵⁸ Para realizar este trabalho de campo contei com uma autorização especial para a entrada no país, além do aceite da Universidad de la República, o que foi essencial para etnografar este momento da pandemia.

As mesmas famílias têm partes uruguaias e brasileiras, alguns moram do lado de lá, alguns do de cá. Brasileiros que se casam com uruguaios e vice-versa, isto sem falar dos que possuem documentos de ambos países por serem filhos ou netos de uruguaios, ou por terem nascido do outro lado da fronteira. É neste lugar dúbio onde se encontram brasileiras que dizem ser também uruguaias, mas nem sempre possuem um documento comprobatório, na tentativa de interromper a gestação de maneira segura.

Segundo os profissionais do serviço de saúde sexual e reprodutiva desta cidade de fronteira, quando o aborto foi legalizado no fim de 2012, muitas brasileiras, inclusive de municípios mais distantes da fronteira, buscavam a interrupção da gestação do lado uruaio. A lei de 2012, foi resultado de um debate parlamentar onde havia um receio, ao legalizar a prática no Uruguai, de haver uma espécie de turismo por parte dos dois gigantes países vizinhos, Brasil e Argentina⁵⁹, e que provavelmente os serviços não dariam conta de atendê-las no formato em que o atendimento foi proposto. Para limitar de alguma forma este movimento, foi instituída a norma de “mínimo um ano de residência”, que parece ser complexa neste contexto tão peculiar como o da fronteira.

Durante o breve trabalho de campo que pude realizar no serviço de saúde sexual e reprodutiva desta cidade, presenciei o caso de Isabel, que apareceu sem qualquer documento que alegasse sua identidade, falando a língua espanhola de forma excelente, e dizendo ser uruaia que vive do lado brasileiro. Isabel é uma mulher jovem, branca, de classe popular, e traz em suas mãos uma espécie de receita médica em que está escrito seu primeiro nome, sem o sobrenome, e um “pedido” para realizar um IVE, além do endereço da policlínica onde estamos. Segundo Isabel, uma médica, que não soube informar onde, lhe deu este pedido, e com isso acreditava ser suficiente para interromper a gestação.

Os profissionais perguntam seu nome completo, se ela não tem nenhum documento, ela disse que foi roubada recentemente e nem celular tinha mais. Não informou o número de ninguém que poderia ajudá-la no interrogatório sobre se Isabel tinha o direito ou não. Somente com seu desejo de interromper a gestação ela não poderia acessar o serviço, mas insistia com seu papel na mão, como um documento em que o pedido era expresso para a realização do aborto. Enquanto isso Isabel se esquivava das inúmeras perguntas que as diferentes profissionais lhe faziam sobre sua origem, o papel seguia em suas mãos como uma espécie de refúgio.

⁵⁹ Naquele momento a Argentina não tinha legalizado o aborto, o que se deu somente no final do ano 2020, então se tratavam de dois países com grande população na fronteira onde a prática do aborto era ilegal.

Isabel saiu dali desolada por não ter conseguido alegar que era uruguaia, mesmo com a tentativa de ajuda das profissionais, que indicaram caminhos possíveis para ela comprovar que morava no Uruguai há mais de um ano, ou que tinha pelo menos um registro uruguaio, porém ela deixa o serviço sem sucesso.

Aqui, conto o caso de Isabel não porque necessariamente se trata de uma mulher migrante que não conseguiu acessar seu direito, já que provavelmente Isabel é brasileira e não tinha como comprovar de nenhuma maneira seu vínculo vivendo no país, ou sendo descendente de algum uruguaio, mas como se trata de uma história de uma estrangeira, tão familiarizada com o modo de ser uruguaia desde seu falar, vê a possibilidade do IVE tão perto, e ao mesmo tão longe.

Capítulo 3 - IVE 3 - O ginecologista e o aborto medicamentoso

Neste capítulo tratarei mais especificamente da ginecologia enquanto parte da medicina que cuida das mulheres; como as imagens fetais, a partir do surgimento da ultrassonografia gestacional, afetaram e criaram uma imagem coletiva do feto enquanto pessoa; e por fim falo mais sobre o misoprostol e a mifepristona, os fármacos que são auto-administrados pelas mulheres que vão em busca de um IVE no Uruguai e sua importância em relação a implementação da lei, já que alguns médicos não se sentem tão implicados no ato do aborto, pois *não fazem abortos*, mas *prescrevem medicamentos*.

Na consulta IVE 3, que ocorre somente com a médica ginecologista, o passo a passo sobre o procedimento da interrupção é ensinado e dúvidas são tiradas: como tomar as medicações, planejar a que hora e onde será realizado o procedimento, quem deve saber dessa decisão, possíveis reações adversas, saber o momento de quando deve-se ir à emergência. Por fim, após a conversa, a receita de mifepristona e misoprostol é prescrita para a futura retirada na farmácia do centro de saúde. Novamente aparecem as questões sobre “*quais métodos você estava usando?*”, e “*o que aconteceu para que essa gravidez acontecesse fora dos planos?*”, que são cruciais para quando a paciente for à consulta IVE 4 a obstetritz já possa saber qual método disponível será colocado, depois da paciente já ter se decidido.

Durante uma manhã de trabalho de campo, acompanhei Patrícia na sua consulta IVE 3, ela é trabalhadora sexual, tem um filho pequeno e achou melhor interromper a gestação no hospital pois não teria condições de realizá-lo em casa, já que se sentia mais segura internando-se para realizar o IVE. Patricia foi a única paciente que acompanhei na internação depois de vê-la na IVE 3, durante o trabalho de campo em 2019. Em quatro semanas de acompanhamento nas consultas de IVE em Montevideu ela foi uma das poucas a escolher essa possibilidade, o que reforça o dado que a maioria das pessoas realiza o procedimento em casa ou na casa de alguém, e raramente é necessária a internação hospitalar.

Patrícia utiliza como método contraceptivo o *parche*, conhecido também como adesivo anticoncepcional, ou adesivo transdérmico. Trata-se de um método hormonal, que deve ser colado na pele e permanecer na mesma posição por uma semana. Em sua fórmula há combinação de dois hormônios que são liberados na circulação de forma contínua por sete dias: o etinilestradiol (EE) e a norelgestromina (NGMN)⁶⁰. É um método mais caro que a pílula, possui a mesma eficácia, contraindicações e efeitos adversos que os anticoncepcionais

⁶⁰ Durante seu uso ocorre uma liberação diária de 20 mg de EE e 150 mg de NGMN, sendo o último convertido em levonorgestrel através de metabolismo hepático.

orais combinados possuem, entretanto sua principal vantagem é a comodidade de uso (FINOTTI, 2015).

O sistema de saúde público no Uruguai não o distribui gratuitamente, embora distribua pílulas (anticoncepcionais de uso oral), preservativos externos, injeções anticoncepcionais, e os LARC, como os dispositivos intrauterinos (DIU) de cobre ou hormonal (Mirena®), e implantes subcutâneos⁶¹. Repetidas vezes tanto na IVE 3, quanto na internação, o implante⁶² aparece como central: os ginecologistas mostram que trata-se de um método que “*você não pensará todos os dias*”, além de ser extremamente efetivo, seguro que dura vários anos.

Patrícia, como tantas outras mulheres que acompanhei, entram no consultório já sabendo que não querem o implante. Geralmente as mulheres que entram na consulta IVE 3 passavam um bom tempo da tarde na sala de espera e acabavam por ouvir as queixas das mulheres que iam retirar o implante nos consultórios ao lado. Elas desaconselhavam as outras que vão, por IVE ou qualquer outro motivo ginecológico, a policlínica em relação ao implante.

Muitas vezes, mulheres como Patricia, que vão a IVE 3, sentem que têm que justificar aos médicos que sabem como os métodos funcionam para seu corpo e sua rotina. Por outro lado, os profissionais tendem a explicá-las repetidamente de suas vantagens, principalmente os LARC, pois sentem que as mulheres entram ao consultório com muitos *mitos* em relação a estes métodos. Especialmente se estão lá por um IVE e insistem em continuar com o mesmo método, é porque não parecem saber o que funciona bem para elas, já que o IVE seria prova disto.

Ainda que em muitos casos entende-se que todos os métodos têm falhas, e que algumas mulheres tiveram o azar de engravidar mesmo utilizando-os corretamente, o ideal seria que elas tivessem utilizado métodos mais seguros, *modernos*, segundo os ginecologistas, como os LARC. Para esses profissionais parece que, por lidar no cotidiano com tantas gestações não-planejadas, entendem que os problemas não estão nos métodos “menos seguros”, como a pílula anticoncepcional ou o preservativo – estes que além de serem os mais utilizados são aqueles onde há maior agência das pessoas em relação ao seu uso –, mas os problemas estão em *como* as mulheres fazem *mau uso* destes métodos.

⁶¹ No sistema privado de saúde estes contraceptivos são oferecidos a um baixo custo, embora tenham existido nos últimos anos campanhas em que o Ministério de Saúde Pública incentivou a inserção de LARCs como DIU e implante subdérmico de maneira gratuita também na rede privada.

⁶² Me refiro ao Implante Contraceptivo Subdérmico, um pequeno tubo alongado de cerca de 4 cm inserido logo abaixo da pele, geralmente na face interna do braço. O fato dele ser superficial permite, na maioria das vezes, a própria paciente sentir a sua presença no local ao palpar com os dedos. A duração dele é de 4 a 5 anos.

A ideia de que se uma mulher chegou a buscar um IVE é porque seu método não funciona para ela, e não que se trata de um infortúnio que poderia acontecer independente do método, era presente na fala dos profissionais de saúde. Nem sempre o ponto de vista dos médicos coincidia com a narrativa que as mulheres tinham sobre os motivos que as levaram à gestação indesejada neste momento de suas vidas, pois as explicações e lógicas destas mulheres pareciam estar vinculadas a outros acontecimentos e não necessariamente ao mau uso dos métodos contraceptivos.

Trata-se então, de duas lógicas que muitas vezes não dialogam entre si. Para muitas mulheres que vão realizar um IVE este infortúnio aconteceu por motivos que não estão necessariamente conectados com o método contraceptivo que estavam usando. Para os profissionais, principalmente ginecologistas, trata-se de que esta pessoa não possui *afinidade* com o método, portanto não o utiliza de maneira adequada, já que, para que não existam outras gestações não-desejadas, há métodos mais eficazes onde a agência das pessoas incide muito pouco em sua taxa de falha.

Em alguns casos, o esquecimento de tomar um comprimido da pílula, a ingestão de algum antibiótico ou o preservativo que “estourou” eram levados em conta, porém não a ponto de que esta mulher queira mudar o método que utiliza há algum tempo, que segundo ela funcionou por anos, e resultou somente em uma única falha.

A partir da lógica de que as pessoas devem seguir todo o ciclo completo das quatro consultas, é demonstrada a grande importância de prosseguir até a consulta IVE 4 para continuar o trabalho de prevenção de novos IVE's. A contracepção é vista como a garantia de que essas mulheres não voltarão para outro IVE, e isso sim seria o papel de um bom serviço de saúde sexual e reprodutiva. Parece que trata-se de critério pelo qual os serviços são avaliados, já que é comum que entre os atores envolvidos na luta pela legalização do aborto tenha-se advogado que a legalização e o atendimento em saúde não somente reduziriam a mortalidade materna, mas também reduziriam o número de abortos no país, em conformidade com ampla discussão em âmbito mundial.

Um exemplo disso é em relação a como a legalização do aborto é abordada por alguns meios de comunicação brasileiros que possuem uma linha editorial pró-direito, que se utilizam de dados de países como Uruguai para demonstrar a efetividade da política pública em reduzir a prática. Se estes números de aborto aumentam em um contexto de legalidade, entendendo que há um custo político envolvido e os profissionais do serviço parecem estar em

xeque, já que estão na linha de frente, principalmente dos serviços de saúde mais conhecidos de Montevideu⁶³.

Com estas análises não pretendo apontar ou culpabilizar os agentes do Estado que ocupam a ponta do serviço, pensando que a política pública é desenvolvida em vários âmbitos. Entendo que o próprio Estado não se constitui de maneira uniforme, sincronizada, mas existem disputas e nuances dentro dele em relação à lei e ao cotidiano dos serviços de saúde. Estas disputas aparecem especialmente nessa dissertação, já que grande parte dos interlocutores desta pesquisa advogam pelo direito ao aborto e constituem um quadro de formadores de opinião, além de professores de novas gerações de ginecologistas no país.

Susana Rostagnol (2008), em seu artigo sobre a relação das/os ginecologistas na construção dos direitos sexuais e reprodutivos no Uruguai, mostra que com frequência os profissionais da área da saúde estimam que as mulheres não estão capacitadas para tomar a decisão sobre o método contraceptivo mais adequado para sua situação por diversas razões, e uma delas seria que estas mulheres têm sérias dificuldades de entender o que lhes é dito. Uma breve conclusão sobre os resultados da pesquisa de Rostagnol mostra que estes profissionais dizem tomar em conta muito pouco as opiniões, solicitações e preferências das mulheres sobre seus corpos, tanto referindo-se ao uso do método, quanto à prática da laqueadura.

Estes dados parecem dialogar com as diferenças de classe social entre médicos e usuárias dos serviços de saúde, principalmente na assistência pública. Isso se dá desde sua formação, a partir da ginecologia enquanto ciência que *cuida das mulheres em diferentes fases da vida* – termos êmicos que aparecem durante a pesquisa a partir da fala dos profissionais. Portanto, parece haver um diálogo conflituoso, muitas vezes, entre profissionais e pacientes em relação a determinados comportamentos indesejados das mulheres (como as que não aceitam a inserção dos LARC), pois os médicos consideram que detêm o saber, e muitas vezes não se propõem a compreender os saberes corporificados que elas têm sobre elas mesmas.

Para Luc Boltanski (2004), a profissão de médico se diferencia das demais, pois além de serem detentores de conhecimentos e técnicas específicas, exercem suas atividades não diretamente “sobre a doença, mas sobre o doente [...] que não é um objeto inerte, mas pode-se saber doente, saber alguma coisa sobre sua doença, desejar sarar e ter uma opinião sobre a

⁶³ No centro hospitalar onde realizei o primeiro trabalho de campo em 2019, por se tratar de profissionais vinculados à militância ao direito ao aborto, é compreensível como sentem uma maior pressão para que os números de IVE caiam, ou pelo menos não aumentem drasticamente.

maneira como deve proceder para curá-lo” (BOLTANSKI, 2004, p.13). Segundo o autor, além de terem que se defender contra uma espécie de “exercício legal de sua profissão” quando interagem com os pacientes, os médicos devem constantemente demonstrar seu direito a praticar a medicina e serem assim os representantes legítimos dessa ciência, em contraposição aos saberes populares.

Em relação à interrupção voluntária da gravidez, os profissionais alertam as mulheres contra os chás e outros métodos que as pessoas *podem ouvir por aí*, pois são vistos como métodos que colocam em risco a vida das mulheres de classe popular, que são nocivos ou ineficazes. Em relação à contracepção, utilizam as terminologias próprias da medicina e da ginecologia, que explicitam o maior custo-benefício de utilizar métodos mais *modernos* que outros, e que as pacientes que recorrem ao IVE deveriam retirar os *mitos* que possuem sobre os LARC.

No livro “As classes sociais e o corpo”, Boltanski (2004) expõe a pesquisa que desenvolveu em consultórios médicos no contexto da França dos anos 70. Para tanto, o autor se debruçou, entre outros temas, na distância social existente na relação médico-paciente. As interações entre pacientes das classes populares e médicos são analisadas pelo autor que afirma que estes pacientes, no geral, são “particularmente sensíveis ‘aos modos’ dos médicos e prontos para reparar em todas as nuances de sua atitude em relação a eles, de sua ‘familiaridade’ ou ‘amabilidade’ ao ‘orgulho’, ou ‘arrogância’” (p.34). Isso se dá “porque têm uma aguda consciência da distância social que os separa do médico, e porque estão em situação de saber, ou pelo menos pressentir, que a relação doente-médico é uma relação de classe” (*idem*).

Nessa relação em que a diferença de classes permeia o atendimento em saúde é, primeiramente, a barreira linguística que separa médicos dos pacientes de classe popular. Para os pacientes é necessário traduzir as percepções sobre o que se tem, o que se sente em relação a seu corpo; enquanto que para o médico é necessário haver um deciframento, uma percepção e uma identificação das sensações descritas pelo paciente. Esse tipo de interação demanda um tipo de aprendizagem, por um lado sobre o próprio corpo; e por outro, sobre a linguagem que deve transmitir a mensagem ao outro. Nesse processo, entendo que muitas vezes são necessários, convencimentos e negociações que se dão em consultório médico, em relação ao que se deseja para o próprio corpo.

Segundo Boltanski (2004), se por um lado a utilização do vocabulário médico é restrita a quem detém o saber legítimo sobre a medicina, já que se rechaça o uso de determinados termos do vocabulário médico pelos pacientes que tentam utilizá-los; por outro,

os pacientes são incentivados a educar-se através de projetos médico-sanitários, com fins a aumentar a hegemonia médica e para que a autoridade desses profissionais seja mantida:

Isso acontece em primeiro lugar, porque o poder médico, para se exercer plenamente, precisa de um doente educado, mas que nem por isso deixa de se conformar, e uma vez informado, permanece tão modesto, tão ingênuo, tão confiante na presença do médico quanto o era na sua total ignorância (BOLTANSKI, 2004, pp.39-40).

Em agosto de 2021 realizei uma entrevista com a doutora Daniela, ginecologista que me permitiu acompanhar suas consultas IVE 2, IVE 3, assim como as consultas de contracepção que atendia no hospital público quando realizei trabalho de campo em novembro de 2019. No ano de 2021, não foi possível voltar ao mesmo local para realizar observação participante, porém a entrevistei novamente, dessa vez para falar especificamente sobre seu trabalho com as mulheres migrantes⁶⁴ que atende enquanto ginecologista. Em relação às mulheres migrantes que atende na saúde pública, em sua maioria latino-americanas, como venezuelanas, cubanas e colombianas, ela comenta sobre a distancia médico-paciente que ela observa em interação com essas pacientes:

“Há uma questão, sobretudo nestas migrantes [de classe popular] que é o tema da diferença médico-paciente. Em alguns lugares da América latina a diferença entre o médico e a usuária é enorme. Enorme do ponto de vista cultural, social, o médico é visto como uma pessoa muito superior e não há uma relação de igualdade. Então também pode dar medo a consulta, medo ao não entender uma indicação... isto se vê. São populações muito mais submissas em algumas coisas” (Trecho de entrevista com a ginecologista Elena)

Aqui, a ginecologista Elena entende que a relação médico-paciente se dá de maneira ainda mais desigual quando se tratam de mulheres migrantes. São vocabulários diferentes, apesar de compartilharem a mesma língua, que às vezes provocam ruídos nessa interação:

“Agora já faz um bom tempo que vejo migrantes nas consultas e tratei de formar um pouco sobre elas. Mas é verdade que há barreiras culturais que existem... primeiro as questões vinculadas com o vocabulário, com as palavras que você usa, aqui no geral não temos problemas de idioma [...] em Montevidéu há poucos problemas nesse sentido. Mas é verdade que existem palavras que são muito diferentes, com as dominicanas e com as cubanas. Também há métodos contraceptivos que não existem em outros lugares ou não se utilizam com a mesma facilidade, **e desfazer os mitos também é muito importante, na contracepção há muitos mitos... e essas mulheres os tem.** O traço religioso, creio que o que mais nos custa no Uruguai é esse tema, o tema de desconstruir isso, que é muito importante” (Trecho de entrevista com a ginecologista Elena).

⁶⁴ Essas entrevistas foram realizadas por mim no âmbito do projeto de pesquisa que fui convidada a participar durante minha estadia no Uruguai pela prof^a Dra. Susana Rostagnol, a quem agradeço pelo intercâmbio. A pesquisa que participei juntamente com outras pesquisadoras da *Universidad de la República* se debruçou especificamente sobre a saúde sexual e reprodutiva de mulheres migrantes. Utilizo trechos destas entrevistas por entender a intersecção da pesquisa coletiva e minha pesquisa de mestrado.

3.1 A ginecologia enquanto ciência e o dispositivo da sexualidade

Segundo Fabíola Rohden (2002), é a partir do século XIX que a ginecologia se constitui, não apenas como o pretensioso estudo e tratamento das doenças das mulheres, mas como uma ciência da feminilidade e da diferença sexual:

Trata-se de um conhecimento elaborado a partir das mulheres, da percepção de como são distintas em relação aos homens. Não há, porém, uma ciência do homem tendo como ponto de partida a sua diferença da mulher. Ou melhor, **a ciência do homem é a ciência da humanidade**, aquela que permite a instauração da diferença e a comparação entre outras unidades: as raças, os povos e as civilizações. **A ciência da mulher é a que descreve e justifica a diferença sexual**. O interessante é que ambas têm em comum o recurso a supostos dados biológicos que legitimam visões de mundo e hierarquias sociais (ROHDEN, 2002, p.122, grifos meus).

De acordo com a autora, podemos afirmar que a ginecologia é uma disciplina essencial no tocante ao desenvolvimento do saber biomédico hetero-cis-normativo, já que institui uma ciência legitimada a partir das distinções, substancializando-as, e criando assim diferenças sexuais essenciais entre homens e mulheres (CANO, 2019).

Se no século XIX, a ginecologia se baseava em uma lógica de controle do excesso de comportamentos considerados então nocivos para as mulheres e para a sociedade, tratava-se dos excessos a serem contidos. Mas é a partir do século XX, principalmente com o desenvolvimento da Endocrinologia, em que surge a perspectiva – que se mantém inclusive até os dias de hoje – de que as perturbações, principalmente dos corpos femininos, se dão a partir da falta de substâncias que regulam e desregulam os comportamentos. Segundo esta lógica, para que isso seja gerido, deve-se repor substâncias. Estas substâncias chamadas hormônios, no vocabulário médico acabam por mostrar-se generificadas e assim reforçam o gênero ao substancializar as diferenças, como mostra a autora:

Tendo em vista os recentes debates teóricos a respeito da dicotomia sexo/gênero e suas oposições correlatas, pode-se sugerir que gênero é a categoria ‘englobante’ analiticamente já que todas as referências relativas ao que seria o sexo ou o orgânico, nesse caso, são visivelmente estruturadas em função da lógica das relações de gênero dessa sociedade. O que notamos, então, no discurso sobre ovários e hormônios, não é somente uma descrição de sua função no corpo feminino, mas um tratado sobre como as mulheres se comportam em virtude de seus ovários e de seus hormônios (ROHDEN, 2008, p.148)

A gramática das diferenças hormonais que sustentam as diferenças de gênero, presente na medicina e incorporada pelo senso comum, tem sido empregada como explicação “natural” das diferenças entre homens e mulheres, segundo Rohden (2008), sendo usadas como “chaves explicativas para as mais variadas formas de comportamento” (p.134):

A referência a algum tipo de materialização do gênero permanece intacta, ou melhor, parece ir se aprimorando a cada descoberta científica. Percebe-se a pregnância de uma necessidade de ‘essencialização’ das diferenças entre homens e mulheres ao longo do último século, que remete necessariamente à tradição dualista que tem caracterizado a cultura ocidental moderna (ROHDEN, 2008, p.148)

Esta gramática também tem alimentado uma grande indústria de tratamento dos “problemas femininos”, principalmente aqueles relativos às “desregulações hormonais” e do “melhoramento de si”. É nesse contexto que os hormônios contraceptivos, como a pílula anticoncepcional, o implante subcutâneo, o dispositivo intrauterino (DIU) hormonal, por exemplo, não são apenas métodos que tem como objetivo controlar a concepção, mas de melhorar a pele, regular a menstruação, diminuir as queixas em relação à tensão pré-menstrual, entre outros.

Para Laqueur (2001), “o sexo, como o ser humano é contextual. As tentativas de isolá-lo de seu meio discursivo e determinado socialmente são tão fadadas a erro quanto [...] os esforços do antropólogo moderno para filtrar o cultural e deixar um resíduo de humanidade essencial” (p.27). O autor enfatiza que o corpo privado, que aparece como base nas noções modernas da medicina, e que ressalta as diferenças sexuais, é produto de um momento histórico específico, entranhado pela cultura de seu lugar e tempo, temas que os estudos antropológicos têm se debruçado amplamente.

Foucault, em seu livro *História da Sexualidade* (1999), descreve dois momentos entre a mudança de paradigma do regime da sexualidade: se, até o século XVIII, a moral cristã inscrevia o sexo e os prazeres a partir de uma linguagem baseada no pecado e no sacrifício; é a partir do século XIX, e principalmente no início do século XX, em que há uma transformação no regime de sexualidade, já que este começa a ser dotado de uma “racionalidade, uma moralidade e uma política bastante particulares” (CARRARA, 2015, p.326). Enquanto a moral secular biomédica do XIX se opõe ao regime anterior, mantém aspectos baseados na moral cristã de maneira atualizada:

Esta concepção fazia com que os discursos das ciências biológicas e da medicina fossem considerados, entre os saberes eruditos, como os mais legítimos para explicar a sexualidade [...] assim, nesse plano, a sexualidade passou a ser apreendida [...] a partir de uma linguagem biomédica (CARRARA, 2015, p.327)

Foucault aponta que o sexo é acesso ao mesmo tempo “à vida do corpo e à vida da espécie” (1999, p.36), pois é objeto de relevante disputa política, já que nele se encontra a articulação entre a disciplina do corpo e a regulação das populações:

É por isso que, no século XIX, a sexualidade foi esmiuçada em cada existência, nos seus mínimos detalhes; foi desencavada nas condutas, perseguida nos sonhos, suspeitada por trás

das mínimas loucuras, seguida até os primeiros anos da infância; tornou-se a chave da individualidade: ao mesmo tempo, o que permite analisá-la e o que torna possível constituí-la. Mas vemo-la também tornar-se tema de operações políticas, de intervenções econômicas (por meio de incitações ou freios à procriação), de campanhas ideológicas de moralização ou de responsabilização: é empregada como índice da força de uma sociedade, revelando tanto sua energia política como seu vigor biológico. De um pólo a outro dessa tecnologia do sexo, escalona-se toda uma série de táticas diversas que combinam, em proporções variadas, o objetivo da disciplina do corpo e o da regulação das populações (FOUCAULT, 1999, pp.136-137).

A gestão das populações, para Foucault (1999), se intersecciona com questões de classe, pois o controle da sexualidade e a gestão da vida historicamente foram “procedimentos utilizados pela nobreza para marcar e manter sua distinção de casta” (p.136). Para o autor, o projeto de classe perpassa estes corpos, evidenciando-se em “os processos para melhorar a descendência humana; eles atestam, portanto, essa preocupação com o corpo e o sexo e um certo ‘racismo’”(p.137).

Seguindo as discussões sobre a essencialização do sexo e da raça como categorias que naturalizam determinadas desigualdades, Verena Stolcke (1991, p.110) afirma que a característica marcante da sociedade de classes é a tendência a naturalizar as desigualdades sociais. Para a autora isso se dá não porque as categorias sexo e raça se referem a fatos biológicos, mas porque são artifícios ideológicos fundamentais para a manutenção da sociedade de classes dadas suas contradições:

Essas doutrinas de desigualdade com fundamentos biológicos têm servido para consolidar a noção de família genética como a célula básica, natural e, portanto, universal da sociedade. Ela reforçou a noção de paternidade fundada em ligações biológicas individualizadas e da relação entre pais e filhos como laços de sangue (STOLCKE, 1991, p.113).

Isso fez com que a própria noção de família nuclear como modelo “natural” se tornasse um ideal para manter os privilégios de classe. Para tanto, era necessário o controle da sexualidade e da capacidade procriativa das mulheres brancas, principalmente na sociedade colonial.

Me apoio em Sérgio Carrara (2015), pois entendo que, apesar de ainda existirem dinâmicas e discursos que nos remetem ao antigo regime do dispositivo da sexualidade descrito por Foucault (1999), onde se dava a “subordinação dos prazeres individuais aos interesses de Estado” (CARRARA, 2015, p.331), é cada vez mais difícil utilizar-se de estratégias de intervenção a partir da gramática de raça e nação. Para o autor:

As estratégias de intervenção alteram-se e qualquer regulação **só pode ser plenamente justificada em nome da preservação ou da promoção da cidadania ou da saúde** (física e mental) dos próprios indivíduos envolvidos ou implicados. **É a sexualidade ‘irresponsável’ que deve ser coibida ou combatida** (CARRARA, 2015, p.331, grifos meus)

Em relação aos interlocutores desta pesquisa, grande parte deles se formaram, são docentes

ou têm algum vínculo com uma seção pró-direitos sexuais e reprodutivos da *Universidad de la República*. As diretrizes de formação de quem se gradua através dessa clínica são consideradas progressistas, já que os profissionais, em sua maioria, advogam pelos direitos sexuais e reprodutivos e possuem uma educação voltada para estes termos.



Sala de aula dos estudantes da residência em Ginecologia e Obstetrícia em Montevideo (foto da autora).

Os processos formativos dos residentes e futuros profissionais da ginecologia e obstetrícia, segundo Hotimsky, “envolvem a assimilação e incorporação passiva de valores hegemônicos” (2007, p.26). A autora entende que o estudo da medicina perpassa o aprendizado de determinados modelos que são centrais aos valores daquela sociedade:

A assimilação passiva desses valores culturais hegemônicos por parte dos estudantes seria assegurada por algumas características que o internato e a residência compartilham com a fase de liminaridade e transição de outros ritos de passagem - o isolamento dos neófitos, a sua submissão à agruras físicas e psicológicas, a realização mecânica e ritualística de atividades rotineiras - que levam a desconstrução do sistema de valores dos alunos e os tornam particularmente receptivos à aprendizagem de novas perspectivas e crenças. (HOTIMSKY, 2007, p.26)

Para Claude Dubar (2012), a formação em medicina implica em uma transformação identitária, que implica a gestão da coexistência entre o mundo não-médico e o mundo profissional.

Não se trata fundamentalmente de acumulação de conhecimentos, e sim de incorporação de uma definição de si e de uma projeção no futuro, envolvendo, antes de tudo, o compartilhamento de uma cultura do trabalho profissional e a exigência do trabalho bem feito. Essa cultura de trabalho se traduz no ingresso em um segmento (hospitalar, liberal, de pesquisa, etc.) organizado em torno de atos específicos, codificados, controlados pelos colegas. Embora se possa e se deva falar de saberes profissionais, trata-se de mistos de teorias aplicadas e de práticas reflexivas, indissociáveis de situações de trabalho e de ações experimentadas ao longo de um percurso de formação qualificante (DUBAR, 2012, p.357)

Em relação ao Uruguai, realizei pesquisa nos setores progressistas de uma das clínicas de ginecologia vinculadas à UdelaR. O papel dos docentes, que também são ginecologistas, é central para a política de IVE, pois eles são formadores de novas gerações de profissionais e lutam para que a objeção de consciência seja cada vez menor no país.

Rostagnol (2008), em seu texto sobre o papel das/os ginecologistas na construção dos direitos sexuais no Uruguai, analisa os discursos de médicas/os ginecologistas uruguaias/os, principalmente no que concerne a estratégia de redução de riscos e danos em relação ao aborto provocado no contexto anterior a lei. A autora aponta que “a alusão a uma sexualidade responsável para evitar danos coloca mais ênfase no disciplinamento que no usufruto de direitos” (p.228, tradução minha).

A antropóloga uruguaia também destaca que existe um argumento pragmático que seria traduzido como exercício de direitos: evitar riscos e danos através do atendimento de saúde, “dessa maneira, estão associando direitos sexuais e reprodutivos com atendimento institucionalizado em saúde [...] tal raciocínio não conduz a aumentar a autonomia das mulheres em relação ao exercício de direitos” (ROSTAGNOL, 2008, pp.228-229, tradução minha). Já que, a maioria das/os ginecologistas consideram direitos sexuais e reprodutivos como uma unidade, e seguem de modo mais ou menos aproximado a noção de sexualidade dentro de um campo biológico, o que permite então associar o que é “natural” com o que “deve ser”. Parece haver o entendimento, por parte dos profissionais de saúde que trabalham nos serviços de saúde sexual e reprodutiva no Uruguai, que o aborto é um evento reprodutivo na vida das mulheres e, portanto, deve ser assegurado dentro do sistema de saúde, pois fora dele pode levar a um abortamento inseguro e seus consequentes riscos e danos.

Observo no trabalho de campo também que existe um enfoque, principalmente por parte dos profissionais da ginecologia que associam direitos reprodutivos como sinônimo da garantia ao aborto seguro, e ao acesso a uma ampla oferta de métodos contraceptivos. Não se

trata de dizer que estes direitos não sejam essenciais e não provenham das discussões sobre direitos reprodutivos, desde a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas (CIPD), realizada no Cairo em 1994⁶⁵. Tampouco se trata de afirmar que a garantia destes direitos seja fácil na América Latina, porém enfatizo como esta visão salienta a capacidade reprodutiva das mulheres e reforça os perigos de uma nova gestação indesejada.

Isto aparece durante os diálogos com pacientes que não aceitam facilmente a inserção do dispositivo intrauterino (DIU), ou no implante subdérmico, métodos segundo os interlocutores ginecologistas tidos como *modernos*. Estes conflitos sobre que métodos utilizar, assim como quantas vezes e por quais motivos seria aceitável interromper uma gestação, vinculam direitos reprodutivos com a capacidade reprodutiva das mulheres e dá pouco destaque ao direito ao prazer, principalmente quando se tratam de mulheres de classe popular, negras e de origem caribenha, como a maioria das migrantes que assistem ao sistema público de saúde no Uruguai. Também é relevante pensar que o serviço de saúde sexual e reprodutiva é um serviço voltado para mulheres cisgêneras, e não parece haver projetos para implementar políticas voltadas para os homens com quem essas mulheres se relacionam.

⁶⁵Foi durante a Conferência do Cairo, em 1994, em que houve uma mudança de paradigma baseada na concepção de direitos sexuais e direitos reprodutivos como direitos humanos. Este programa de ação da CIPD “foi adotado por 179 Estados-Membros, estabelece um plano de grande alcance para promover o bem-estar humano, que coloca os direitos humanos dos indivíduos, ao invés de alvos da população numérica, no centro da agenda global de desenvolvimento”. Ver mais em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/conferencia-do-cairo>. Acesso em 14 de abril de 2022.

3.2 Imagens fetais e o ultrassom como tecnologia de controle

Durante o processo de IVE são realizados no geral dois exames de ultrassonografia: o primeiro antes da consulta IVE 3, e o segundo após a interrupção, em caso de dúvidas se a gestação de fato foi interrompida⁶⁶, este que deve ser levado na consulta IVE 4. A justificativa é que é necessário comprovar a gestação, e se se trata de uma gestação ectópica, ou seja, fora da cavidade uterina.

Gonzalo, além de ginecologista é ultrassonografista, então muitas mulheres o buscam para realizar a consulta de IVE, pois já realizam duas consultas em uma⁶⁷. Em uma cena do trabalho de campo, durante os poucos dias que pude frequentar o serviço de IVE *da fronteira*, com consentimento de profissionais e mulheres que estavam em atendimento, um caso chamou a atenção. A mulher realizava o exame de ultrassom com o Dr. Gonzalo e a psicóloga Sara também estava na sala. A paciente estava com uma gestação avançada, próxima do limite de doze semanas, e dizia que tinha muito medo de uma nova gravidez pois a anterior havia sido de risco e teve grandes complicações devido à sua condição de saúde, já que apresentava pressão alta. Os profissionais insistiam que, se fosse por este motivo, não seria motivo para interromper, já que de qualquer forma seria um risco, e caso ela decidisse seguir com a gestação, eles trabalhariam arduamente para que a gestação fosse o mais segura possível.

Aníbal Faúndes e José Barzelatto (2004) problematizam como profissionais de saúde lidam com valores conflitantes em relação aos imagens como a produzida pelo ultrassom: “para muitos médicos [...] a visualização do embrião faz uma enorme diferença e afeta seriamente sua capacidade de aceitar que o abortamento é a melhor solução em muitas situações da vida de uma mulher” (p.118).

Assim como vimos na entrevista com Soledad González, militante do coletivo feminista Cotidiano Mujer, as queixas que as mulheres têm feito sobre o serviço de IVE são direcionadas principalmente aos ultrassonografistas. Eles, através das imagens, fazem comentários sobre o *bebê* que as mulheres têm em seu útero, e ao nomearem o embrião como *bebê* demonstram uma crença, em crescente tendência por parte dos movimentos ditos

⁶⁶Segundo a Guia técnica do Ministério de Saúde Pública, “solicitar, en caso de duda, una ecografía ginecológica. La misma es eficaz para confirmar la pérdida de vitalidad de la gestación. Para evaluar la vacuidad uterina dicha ecografía deberá interpretarse en el contexto del examen físico y la evolución clínica ya que tiene muy baja especificidad para el diagnóstico de aborto completo” (URUGUAI, 2016, p.13)

⁶⁷ Na maioria dos casos, os ginecologistas não são ultrassonografistas e não podem realizar este exame, então solicitam os exames de ultrassom antes e após o IVE, o que implica em maior itinerário para as mulheres dentro do sistema de saúde.

“pró-vida”, de conceituar os direitos do zigoto-embrião-feto como separados e opostos aos direitos das mulheres, como se os corpos gestantes não fossem levados em conta como suporte dessa outra vida. Esta tem sido uma estratégia política anti-aborto dentro dos serviços de saúde, inclusive no Uruguai.

Lilian Chazan, antropóloga que realizou uma etnografia em clínicas privadas do Rio de Janeiro no início dos anos 2000, publicou seu livro “Meio quilo de gente, um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico” (2007), onde analisou a importância do ultrassom na construção da noção de Pessoa. A etnografia se deu durante os exames de ultrassom, local privilegiado para observar como práticas gineco-obstétricas, através de um objeto como o ultrassom, constroem verdades sobre a gravidez, a subjetividade do feto, assim como seu gênero, mesmo quando ainda não é possível identificar uma diferença sexual.

A ultrassonografia é um procedimento dinâmico particular no qual há um contato físico entre o *operador* e o *dependente*, o que é único em comparação a outros tipos de tecnologias da imagem. A autora destaca o fato de que este contato é mediado pelo transdutor, “que ou desliza diretamente sobre um gel que é espalhado sobre a região do corpo a ser examinada ou, protegido por preservativos descartáveis, é introduzido em cavidades corporais – no caso do ultrassom obstétrico, a vagina da mulher” (CHAZAN, 2007, p.21).

Como o objeto primordial a ser analisado nos exames obstétricos é o feto, os médicos acabam por articular variados aspectos interpessoais de maneira muito mais expressiva do que em outros tipos de exames de ultrassonografia, a partir das demandas da gestante, assim como as dos acompanhantes que participam do exame. Para a autora, as tecnologias de imagem médica atuam em duplo sentido:

tanto produzem normas e padrões de saúde baseados na visualização dos órgãos internos quanto se reafirmam elas próprias como as principais produtoras de ‘verdades’, médicas e leigas, sobre o interior do corpo. Assim, estabelece-se uma dupla via de consumo: o de saúde e o de imagens do interior do corpo que supostamente contêm a ‘verdade’ sobre este, um aspecto pregnante no campo da ultra-sonografia obstétrica. Em tal contexto, constitui-se uma ligação estreita entre imagem técnica e construção social dos corpos, que são reconfigurados e passam a ser constituídos também por suas imagens, tanto externas como internas, produzidas tecnologicamente (CHAZAN, 2007, pp.36-37).

Chazan se interessa nos estudos do ultrassom justamente pelo debate feminista no exterior ter se dedicado, nas duas últimas décadas do século XX, a entender as nuances entre saúde reprodutiva e tecnologias da imagem, dado à ascensão da tecnologia do ultrassom nos exames obstétricos. Essas autoras feministas se propuseram a compreender como isto tem sido mobilizado pelos grupos auto-denominados “pró-vida” nas trincheiras que vão além do debate jurídico e parlamentar. Para elas, as imagens fetais se tornaram objeto de disputa

mediática, pois evocam a imaginação da figura do feto na consciência coletiva, este que mais se parece a um bebê, como Pessoa titular de direitos.

Uma das autoras que se dedica a este debate é Rosalind Petchesky (1987), que explora as fronteiras entre a experiência clínica da gravidez e o efeito da ultrassonografia de rotina do feto “não apenas no clima cultural mais amplo da política reprodutiva, mas também na experiência e na consciência das mulheres grávidas”(p.265, tradução minha). Ela se propõe a pensar as imagens fetais a partir dos ultrassons, originários dos detectores sonares para guerras submarinas, e que só foi introduzido à prática obstétrica por volta dos anos 1960 “alguns anos após seu uso ser aceito em outros campos de diagnóstico médico” (PETCHESKY, 1987, p.272, tradução minha). A autora também se refere a algumas implicações das “imagens fetais” para a teoria e a prática feminista:

Anteriormente observei que a imagem ultrassonográfica de fetos é constituída por três níveis de significado - não apenas o nível de evidência (diagnóstico) e o nível de vigilância (intervenção), mas também o de fantasia ou mito. **A 'evidência' se transforma em fantasia quando o feto é visualizado, ainda que por meio eletrônico, como se fosse retirado do corpo da gestante, como se estivesse suspenso no espaço.** Esta é uma forma de fetichização, e ocorre repetidamente no ambiente clínico sempre que as imagens ultrassonográficas constroem o feto por meio de 'indicações' que separam suas funções e partes de sua conexão orgânica com a gestante. A fetichização, por sua vez, se transforma em vigilância quando médicos, propagandistas do 'direito à vida', legislaturas ou tribunais impõem imagens de ultrassom em mulheres grávidas para 'encorajar limites' (p.277, tradução minha, grifos meus).

Petchesky reforça, neste trecho, como a imagem do ultrassom fetal não é somente construída a partir de evidências e intervenções, mas o que ela chama de *noções de fantasia* ou *mito* são importantes para a própria constituição da fetichização do feto. É sensível, então, entender o exame de ultrassonografia a partir deste último componente, principalmente se estamos falando de profissionais que se declaram anti-aborto e que tendem a compreender os direitos dos fetos como separados dos das grávidas.

Em entrevista com a ginecologista Pilar, que trabalha em uma cidade da fronteira com a Argentina, ela conta sobre como os atores anti-direitos ocupam um espaço em uma proporção grande neste departamento onde ela atua. Este lugar se tornou famoso no contexto uruguaio, já que parece não existir este tipo de movimentação “pró-vida” com esta magnitude em outros lugares do país, seja dentro das instituições de saúde ou fora, assediando mulheres à não interromper a gestação:

Pilar: Antes nós tínhamos vários problemas aqui, pois uma das ginecologistas que fazia ultrassonografias, dava a elas fetinhos, lhes mostrava... Isso eu vivi aqui. E seguimos vivendo às vezes...

Juliana: E esta ultrassonografista continua trabalhando?

Pilar: Com certeza! Então, na realidade, a mulher depende da consulta que ela vai, o mais rápido é encaminhar ela para essa policlínica em que já está agendada, é em outro local separado e **quando a gente manda uma paciente que a gente sabe que tem uma dúvida se vai interromper ou não, já sabemos com quem mandá-la e com quem não**. Pelo menos com alguém que não faça *bullying* com ela e que... não que lhe negue seus direitos. Mas aqui na cidade ainda temos esse problema. Ainda temos. É mentira dizer que não temos, ainda temos. E tem gente que trabalha no setor privado que só faz isso. E é o que há.

O primeiro caso relatado tem a ver com a interferência de uma ecografista no atendimento de mulheres que ela sabe que vão realizar uma interrupção da gestação, e as chantageia tentando fazer com que mudem de opinião, infringindo assim seus direitos. Aqui, a profissional não declara objeção de consciência, mas utiliza sua posição para influenciar e maltratar as pacientes, o que segundo Pilar, não parece ter grandes consequências à profissional, mas tem efeitos graves em termos do respeito ao direito das mulheres e as influencia inclusive em sua decisão. A saída que as profissionais encontram então é somente enviar a esta ecografista pacientes que não tem dúvidas em relação à interrupção, para pelo menos evitar que a paciente não deixe de ter acesso ao direito ao IVE por conta desta profissional.

Petchesky (1987) afirma que a maneira como as mulheres veem imagens de ultrassom de fetos, seus ou outros, acaba sendo afetada pelo conjunto cumulativo de representações 'públicas' sobre o feto como *bebê*, imagem esta construída pela mídia. Isso provavelmente significa que várias delas se sentirão intimidadas de fazer aborto, antes de ter uma gestação indesejada ou até mesmo durante o procedimento, como é o caso relatado pela ginecologista Pilar. Para a autora: “quando mulheres[...] que buscam abortos são coagidas ou manipuladas a ver fotos de fetos, seus próprios ou de outros, é o 'feto público' como abstração moral que elas são obrigadas a ver” (p.281, tradução minha).

Outra autora da mesma geração, Donna Haraway (1997), defende uma concepção mais ampla em relação às novas tecnologias reprodutivas, pois advoga em colocar em primeiro plano projetos de justiça e liberdade para mulheres durante o que ela chama de Nova Ordem Mundial. A partir da análise de uma imagem feminista que intitula de ‘*Virtual Speculum*’, a autora analisa o papel das tecnologias de imagem para a reprodução humana, entre elas a questão do feto e do ultrassom:

Literalmente, o feto está de alguma forma 'no' computador. Esse feto é uma espécie de estrutura de dados, cujo destino provável parece mais ligado ao download do que ao nascimento ou aborto. Assim como o computador como útero-cérebro significa a criatividade superior da inteligência artificial (IA), o feto na tela é uma forma de vida artificial (ALife). Como tal, o feto do *Virtual Speculum* não é desencarnado. Em vez disso, a forma específica de corporificação dentro dos aparatos da tecnociência é o enigma material apresentado pelo desenho animado. O computador é metonímico para a tecnociência, uma materialização

incontornável do mundo. A própria vida, uma espécie de divindade tecnocientífica, pode ser o que está virtualmente grávida. Esses corpos ontologicamente confusos e as práticas que produzem corporeidade específica são o que temos que abordar, não o falso problema da descorporificação. De quem e quais corpos – humanos e não humanos, à base de silício e à base de carbono – estão em jogo e como, em nossos dramas tecnocientíficos de origem? E qual é a responsabilidade política e moral específica ligada a esses corpos nem sempre humanos? (HARAWAY, 1997, p.34, tradução minha)

Para a autora, a metáfora do espéculo é interessante pois a partir dela podemos compreender este objeto como instrumento que facilita a visualização do que não é facilmente observável. Ela utiliza este objeto ginecológico, o espéculo, instrumento que as feministas durante os anos 70 utilizaram para defender o direito à saúde:

O espéculo não foi uma ferramenta simbólica e material reducionista que limitou o movimento feminista de saúde às políticas de 'escolha' definidas por demandas por aborto legal e seguro e atenção às novas tecnologias reprodutivas. Tampouco o espéculo era definitivo de um movimento exclusivista, branco, de classe média. O movimento de saúde das mulheres foi construído ativamente, e muitas vezes pioneiro, por mulheres de cor e suas organizações específicas, bem como por grupos mistos e em grande parte brancos que atravessam as linhas de classe (HARAWAY, 1997, p.45, tradução minha)

Para Haraway, não se trata de espetacularizar práticas como as das imagens produzidas por tecnologias médicas, como por exemplo o ultrassom fetal, já que isto pode se converter em uma forma de controle; tampouco seria a saída para a liberdade feminista o abandono do Estado em relação à mortalidade materna e infantil, que a autora cita em relação às favelas brasileiras. O espéculo enquanto objeto para “abrir orifícios” pode ser uma ferramenta para pensar novas maneiras de pensar a saúde, desde que se fortaleçam as análises estatísticas, assim como deve-se levar em conta as demandas das mulheres racializadas para a construção de políticas que buscam liberdade e justiça para a saúde das mulheres.

3.3 O medicamento: mifepristona e misoprostol

22. OXYTOCICS AND ANTIOXYTOCICS	
22.1 Oxytocics	
□ ergometrine	Injection: 200 micrograms (hydrogen maleate) in 1-ml ampoule.
misoprostol	Tablet: 200 micrograms.* * For management of incomplete abortion and miscarriage, and for prevention of postpartum haemorrhage where oxytocin is not available or cannot be safely used. Vaginal tablet: 25 micrograms.* * Only for use for induction of labour where appropriate facilities are available.
oxytocin	Injection: 10 IU in 1-ml.
<i>Complementary List</i>	

18th WHO Model List of Essential Medicines (April 2013)

page - 30

Essential Medicines WHO Model List

18th edition

<i>mifepristone* – misoprostol*</i>	Tablet 200 mg – tablet 200 micrograms. * Requires close medical supervision.
<i>Where permitted under national law and where culturally acceptable.</i>	

18ª lista de medicamentos essenciais da OMS. Na conjunção de mifepristona e misoprostol destaque para: *onde é permitido por lei e culturalmente aceitável* (tradução livre).

A primeira vez que vi o misoprostol não soube o que fazer. Na verdade, foi um blister com cinco comprimidos, com um separado dos outros quatro, intuitivamente separados mifepristona e misoprostol. Eu havia recém-chegado, eram os primeiros dias em que frequentava o serviço de saúde sexual e reprodutiva em Montevideu pela primeira vez. Congelei. Observei que o medicamento é fabricado na Índia, mas não soube muito mais o que fazer. Pensei em tirar uma foto, mandar para os colegas, para as amigas, para todo mundo. Mas o fato é que pra mim, naquele ambiente, naquele momento, eu não consegui ser uma antropóloga curiosa que consegue tirar uma foto, embora eu quisesse muito que ela estivesse aqui comigo agora. O que os profissionais iriam achar de mim? Arqueóloga e antropóloga é meio que tudo igual... mas com medicamento?

O que eu queria era gravar aquilo, como se eu congelasse aquele medicamento em uma imagem e pudesse levar para as que tanto precisam. Para comemorar conseguir vê-lo e estar com ele em mãos mesmo eu não precisando dele. Eu senti muito respeito por aquele medicamento. Parecia que eu tinha viajado uma viagem longa, que envolvia minha pesquisa e que finalmente eu não somente chegava no lugar que eu queria estar: mas eu havia tocado no objeto que tantas morrem por não conseguir tocar. (Caderno de campo, dezembro de 2019).

Parte dessa dissertação é sobre um medicamento, já que grande parte de viver o processo de IVE tem a ver com as relações estabelecidas entre as pessoas e o medicamento. Mais especificamente dois: a *mifepristona* e o *misoprostol*. A mifepristona é um fármaco registrado exclusivamente para o aborto no mundo, sua venda e uso no geral não se permitem na maioria dos países que possuem uma legislação restritiva em matéria de interrupção da gravidez, como no caso do Brasil. Em campo, os docentes e ginecologistas me diziam que quando utilizada em gestações de poucas semanas, é uma medicação que sozinha já é efetiva em realizar o abortamento.

Por outro lado, o misoprostol, mais conhecido em nosso país por seu nome comercial *Cytotec*®, é um medicamento que foi descoberto como eficaz para abortar pelas mulheres brasileiras no final do século XX (MOTTA et al., 2012; GUZZO, 2021), pois até então era indicado para o tratamento de úlceras. Hoje em dia no Brasil, o misoprostol somente pode ser comprado por centros de saúde, não sendo possível encontrá-lo em farmácias legalmente. Ele é utilizado para abortamentos incompletos, assim como para indução de parto, tratamento de hemorragia pós-parto e dilatação do colo do útero em intervenções ginecológicas diversas. Juntos, mifepristona e misoprostol são entregues às usuárias do centro de saúde que buscam a interrupção da gestação no Uruguai.



Quando o medicamento é retirado na farmácia do hospital, se trata de um blister como este com 5 comprimidos, 1 de mifepristona e 4 de misoprostol (pelo menos). Foto: Clarín/Lucía Merle

É importante destacar que quase 99% dos IVEs no Uruguai ocorrem através do uso auto-administrado de misoprostol e mifepristona (FIOL et al., 2016, p.13), sendo somente realizadas interrupções por aborto cirúrgico em raríssimas exceções, quando o aborto medicamentoso não é efetivo ou quando houve uma violência a uma criança, por exemplo.

O caso uruguaio demonstra ser uma experiência exitosa e reconhecida mundialmente através de publicações científicas na área da ginecologia e saúde coletiva (BRIOZZO, 2016; NOZAR et al., 2016), pois até a implementação dessa política no Uruguai nenhum país contava com dados de tantos casos de aborto medicamentoso. Em regiões como América Latina, onde existe um significativo número de profissionais de saúde que podem declarar objeção de consciência, impedindo o acesso a este direito, o aborto medicamentoso parece uma saída mais fácil para a legalização do aborto assim como a implementação da lei. Leonel Briozzo comenta em entrevista sobre:

“Nós aqui, o aborto com medicamentos impusemos como primeira linha de ação porque queríamos tentar envolver rapidamente a maior quantidade de profissionais possível, e sabíamos porque havíamos consultado, de **que se impuséssemos a ideia de que o médico deveria fazer o aborto, com aspiração [...] muitos médicos iriam declarar objeção de consciência, o que colocaria em risco a lei.** Com base nisso, e com base em evidência científica, apresentamos na normativa do ministério, de que sempre fosse com medicamentos como primeira opção a não ser que não seja possível, mas sempre a recomendação que seja com medicamentos”.

O fato do IVE ocorrer de forma medicamentosa, resulta em duas questões: por um lado entendo que para as mulheres que passam pelo procedimento ocorram dores, febre e uma dinâmica de reorganização da rotina para o dia da interrupção que é, geralmente, realizada em casa, além da visualização do produto da expulsão. Por outro lado, em relação aos profissionais, o aborto medicamentoso foi decisivo para que os profissionais sintam que não se envolvem diretamente no ato pois não *realizam abortos*, mas *prescrevem medicamentos* e assessoram as mulheres em sua decisão.

Em relação ao primeiro ponto, destaco que para as interlocutoras das classes mais altas do país, que comentei no início da dissertação, estas que já realizavam o procedimento antes da legalidade de forma segura. O IVE medicamentoso, tal qual existe hoje, se parece a um *método medieval*. Entretanto, a lei de IVE foi desenhada visando a proteção de uma vítima pública, para assegurar o direito das mulheres de classe popular, mães, que fariam abortos inseguros, o que aumentaria os números de mortalidade materna do país.

No Uruguai, nomear *um IVE* e não *um aborto* está conectado com a noção de que o IVE necessariamente é uma experiência medicamentosa. Entendo que isso é uma maneira de

evitar a ideia do aborto na narrativa sobre si mesma e sua trajetória de vida, e de alguma forma mascarar o tabu que carrega a palavra aborto.

Isso também está em consonância com as etnografias brasileiras, já que aparecem nas falas de interlocutoras, tanto na pesquisa de Almeida (2002), como na de Motta (2015), a utilização de *um remédio* para fazer a *menstruação descer* quando uma gestação indesejada ocorre, buscando muitas vezes o segredo do ato em relação ao marido. Penso que no Uruguai talvez o misoprostol também seja visto positivamente como uma medicação que mascara o aborto e o coloca em um âmbito privado. Apesar de envolver a visualização do *zef* pela paciente, e não pelos médicos, penso que foi uma estratégia de evitar a noção do aborto como tabu: a interrupção medicamentosa é privada, e majoritariamente ocorre em casa.

Os métodos de abortamento orais, como uso de misoprostol e mifepristona, têm o potencial de mascarar a intencionalidade e a agência da mulher em relação à prática deliberada do aborto em comparação aos métodos inseguros em um contexto de ilegalidade, o que faz com que existam “abortos que são mais abortos que outros” (MOTTA, 2015, p.153), na visão das mulheres que interrompem suas gestações. No contexto uruguaio, entendo que isso faz com que o IVE, o procedimento institucionalizado, com acompanhamento de diversos profissionais de saúde e medicamentoso, seja visto como um aliado também em relação a uma decisão menos grave que um “aborto”. *Abortar* é visualizado como um ato que remete ao contexto ilegal, com objetos que são colocados através da vagina, ou aqueles que dependem da curetagem no ambiente hospitalar.

Outro aspecto do aborto medicamentoso é a obrigatoriedade que alguém acompanhe a paciente durante o dia em que o misoprostol seja tomado: é necessário que alguém saiba sobre o IVE, caso a dor seja extrema, caso haja febre, demasiados vômitos por mais de algumas horas para que a pessoa possa ser levada a um centro de saúde. Isso abre a possibilidade que exista um envolvimento maior do parceiro no processo abortivo, já que trata-se de procedimento realizado, na maioria das vezes, no ambiente doméstico.

Em relação ao segundo ponto, ou seja, em relação aos profissionais de saúde, entendo que o misoprostol se tornou um aliado da política pública, pois permitiu a muitos médicos participar dos atendimentos de IVE e não declararem objeção de consciência. Um dia, conversando com uma ginecologista, entre uma consulta e outra, perguntei a ela porque quase nunca o IVE é um procedimento cirúrgico. Em tom de desabafo, disse-me que foi uma maneira de fazer com que a lei conseguisse ser aplicada rapidamente em todo o país, pois se trata de um método em que a mulher é assessorada e realiza o procedimento em casa. Não há

necessidade de um médico – o que seria diferente se fosse uma aspiração intrauterina, ou uma curetagem.

A mifepristona (RU-486) foi a primeira antiprogesterona a ser desenvolvida, sintetizada em laboratório (HAZRA & PORE, 2001, p.287) e tem sido extensivamente utilizada pelo seu uso como medicamento abortivo. Trata-se do primeiro medicamento a ser tomado quando alguém vai interromper a gestação no Uruguai, aproximadamente 36 horas antes do dia da expulsão, quando se começa a tomar os comprimidos de misoprostol e que provavelmente haverá a expulsão do *zef*. A organização Planned Parenthood América (2007) define a mifepristona:

“A mifepristona, também conhecida como a ‘pílula do aborto’ e conhecida anteriormente como RU-486, é um fármaco antiprogesterônico que bloqueia os receptores da progesterona, um hormônio básico no estabelecimento e na manutenção da gravidez humana. Utilizada em combinação com uma prostaglandina, como o misoprostol, a mifepristona, induz o aborto quando é administrada ao início da gravidez, oferecendo às mulheres uma alternativa médica além do método de aborto por aspiração (sucção)” (p.1, tradução própria).

O misoprostol, por outro lado, é análogo sintético da prostaglandina E1, e foi reconhecido pela Organização Mundial de Saúde, em 2005 (WHO, 2005), como fármaco essencial para a saúde reprodutiva. A história do misoprostol no Brasil reflete diferentes momentos de nossa política, a atuação das mulheres na descoberta de um método de interrupção da gestação mais seguro, e que hoje se encontra pouco até mesmo nos centros de saúde: segundo reportagem realizada por Morel e Machado (2020), menos de 25% dos centros de saúde com leitos de obstetrícia do SUS receberam o misoprostol na última compra divulgada pelo Ministério da Saúde no ano de 2016⁶⁸, o que destoa em relação a nossa região, mesmo considerando países onde o aborto é ilegal na maioria dos casos, como na Bolívia por exemplo, já que lá o misoprostol pode ser comprado nas farmácias.

No caso do Uruguai o misoprostol, por outro lado, se tornou aliado dos profissionais de saúde que entenderam o uso do medicamento como seguro, eficaz, barato e que não demanda internações ou uma equipe preparada para um possível procedimento cirúrgico. As notas técnicas emitidas pelo Ministério de Saúde Pública já indicaram a possibilidade do uso do misoprostol e seu assessoramento pelos médicos mesmo antes que o aborto fosse legal, e tem relação com o movimento encabeçado pela organização *Iniciativas Sanitarias* no início dos anos 2000.

Em campo, conseguir o misoprostol é resultado de um processo de idas e vindas, consultas, conversas, exames, e até mesmo viagens das pacientes que moram no interior do

⁶⁸ Ver mais em: <https://caterinas.info/as-regras-que-puseram-o-misoprostol-na-cadeia/>

país para a capital. De acordo com pesquisas brasileiras como de Porto et al. (2017) e de Heilborn et al. (2012), à semelhança do conceito de itinerários terapêuticos, é possível afirmar que para realizar um aborto mulheres passam por itinerários abortivos, já que diversas tentativas acontecem através, primeiramente, do uso de chás, garrafadas e no contexto de ilegalidade, até mesmo substâncias tóxicas, que são parte de usos populares conhecidos para interromper uma gestação (MOTTA et al., 2012).

No Brasil, desde a aparição do misoprostol como método mais efetivo e seguro, ele é buscado muitas vezes nas redes sociais, em grupos e contatos de pessoas que conhecem traficantes, e os itinerários contam com contatos que vão desde policiais militares que vendem o Cytotec®, a atendentes de farmácia e motoboys (PORTO et al., 2017).

No Uruguai, pode-se afirmar que esses itinerários abortivos continuam ocorrendo, diferentemente do contexto brasileiro onde o aborto é crime, percebido moralmente como uma prática condenada, mas amplamente praticada. No Uruguai, estes itinerários se dão dentro do sistema de saúde e através da atenção de profissionais diversos: obstetrias, psicólogas, assistentes sociais, enfermeiras, técnicas de enfermagem, ultrassonografistas e ginecologistas. Todos eles são acionados para que a) o misoprostol lhe seja dado e bem administrado; b) não seja necessária a reincidência dessa pessoa ao serviço de IVE, e que todas as gestações futuras que ela venha a ser desejadas.

Para alguns médicos, o misoprostol é o que permite que eles sintam que não *realizam abortos*, mas que *prescrevem uma medicação*:

Ginecologista Gonzalo: O melhoramento dessa temática é **a aparição do misoprostol**, o misoprostol foi, digamos, **a verdadeira estrela disso. Nós, os profissionais, trabalhamos ao redor dessa droga, digamos.** Porque se não fosse por isso, creio que hoje [...] mas o misoprostol é o que veio para mudar e para dar muito mais segurança a interrupção da gravidez, do que acontecia antes. E bom, aí creio que muitos dos profissionais, por exemplo, eu me encontro dentro desses, estamos trabalhando nisso porque não tomamos parte da decisão de interromper a gravidez, ou seja, [...] **não tomamos parte na mão que interrompe a gestação.** Porque, inclusive eu disse publicamente em várias reuniões acadêmicas e encontros, que **eu não iria interromper a gravidez com uma curetagem com um feto vivo. Eu iria fazê-lo através de dar uma receita de misoprostol a uma mulher, porque estava convencido de que essa mulher deveria tomar sua decisão, e eu a deveria proteger nessa decisão.** Mas eu não iria interromper uma gravidez com um feto vivo e digo agora: **não vou interromper uma gravidez com feto vivo.** Mas isso é uma decisão pessoal, e se não houvesse sido assim, **se não houvesse aparecido o misoprostol, muitos dos ginecologistas que hoje estamos trabalhando com isto, não estaríamos trabalhando.** Estou quase seguro disso. Isso é outra coisa que é importante destacar, ou seja, **o misoprostol veio para mudar tudo isso e veio para facilitar, digamos, esse caminho.**

Há vários pontos a explorar em relação a essa fala. O primeiro creio que é a centralidade do misoprostol enquanto tecnologia “*que veio para mudar e para dar muito mais segurança à interrupção da gravidez*”. O misoprostol, mais do que um fármaco, é a droga que apareceu

no cenário uruguaio e que permitiu vários ginecologistas trabalharem com interrupções da gestação. Isso se desdobra na afirmação de que muitos dos que estão trabalhando com IVE o fazem “*porque não tomamos parte da decisão de interromper a gravidez, ou seja, [...] não tomamos parte na mão que interrompe a gestação*”. É interessante como se trata, literalmente, de *não tomar a mão*, ou seja, simplesmente não atuar com *as próprias mãos* para interromper uma vida, a partir das noções que se refere esse ginecologista. Para tanto, nota-se aqui como a noção de vida aparece: para ele, o aborto é a interrupção de uma vida, e ainda que a gestação seja de poucas semanas, se trata de um *feto*. Segundo este trecho da entrevista, o *feto vivo* aparece enquanto pessoa, e *não colocar a mão no aborto*, não realizar uma curetagem a esse feto vivo, é assegurado pela existência da *verdadeira estrela* deste processo: o misoprostol.

A partir do discurso do médico em questão, entendo que existe uma concepção de que os ginecologistas devem *proteger as mulheres* que de qualquer forma iriam interromper a gestação, segundo Gonzalo, “*porque estava convencido de que essa mulher deveria tomar sua decisão, e eu a deveria proteger*”. Nesse sentido, o direito ao IVE passa pela garantia de que não se trata de *realizar o aborto* em si, já que os profissionais não *vão colocar a mão* nem visualizar o *zef*. Entendo este processo como parte do que descreve Chazan (2007) em relação às imagens fetais enquanto tecnologias de controle – anteriormente discutido por mim no primeiro capítulo – , pois está relacionado em como a construção dessas imagens, presentes no imaginário coletivo, assim como na ginecologia e obstetrícia, são importantes para identificar os *zef* enquanto pessoas:

Tanto a construção do olhar quanto o processo de medicalização dos corpos em geral, e da gravidez e do parto em particular, assim como a constituição da obstetrícia como profissão, **fazem parte do processo biopolítico que desemboca no momento atual e no qual vigoram a vigilância e o monitoramento como dispositivos do poder disciplinar**. É importante frisar que não se trata de uma imposição de determinados grupos sobre outros, como poderia parecer à primeira vista, e sim de um conjunto de valores compartilhados culturalmente, dentro de um processo no qual se criam novas identidades e subjetividades. **Nesse modelo, a visualidade desempenha um papel preponderante e a ultrassonografia fetal torna-se o ponto de articulação de diversos aspectos.** (CHAZAN, p.36, 2007, grifos meus)

Camila, assistente social de Montevideu, entende que apesar do aborto ser um tema tabu, encará-lo, ao implementar uma lei que garante esse direito vinculado a assistência de saúde, faz com que a interrupção da gestação deixe de ser sinônimo de mortalidade materna, e passe a ser algo que ninguém gostaria que uma mulher fizesse, mas que pelo menos, o acompanhamento profissional pode assegurar que ele não ocorra mais de uma vez:

Camila: [Sobre a lei de IVE] me parece que manifestar questões desse tipo tem a ver com a possibilidade de desenvolvimento como sociedade, de colocar sobre a mesa temas que eram totalmente tabu, que o único que faziam era que as mulheres morressem [...] ninguém está de acordo com a interrupção... **ninguém promove nem ninguém quer que uma mulher interrompa uma gravidez nem que interrompa uma vida**, mas evidentemente os abortos vão continuar ocorrendo com ou sem a lei. Então, **para que a mulher tenha a possibilidade de decidir em um ambiente médico com um apoio**, com um seguimento, também faz com que isso... **em alguma medida essa mulher decida não voltar a passar por isso**. E a **educação, sobretudo na parte contraceptiva, eu creio que é fundamental** (Em entrevista).

A decisão da mulher que pensa em interromper a gestação, segundo Camila, parece ser melhor quando assessorada por uma equipe profissional já que “*ninguém promove, nem ninguém quer que uma mulher interrompa uma gravidez, nem que interrompa uma vida, mas evidentemente os abortos vão continuar ocorrendo com ou sem a lei*”. Também destaca a importância da educação em relação à contracepção, pois o ideal seria que “*em alguma medida, essa mulher decida não voltar a passar por isso*”. Em relação a contracepção especificamente, e a reincidência das que voltam a passar pelo processo de IVE, tratarei no próximo capítulo.

Capítulo 4 - IVE 4 - A contracepção

Na consulta IVE 4, após o procedimento da expulsão, são oferecidos os métodos contraceptivos para as usuárias do serviço. No local onde realizei etnografia em Montevideu, a divisão do trabalho se dava de maneira a incluir a obstetrix no processo de IVE a partir da consulta IVE 4, já que a profissional não participava nas consultas IVE 2 e IVE 3, pela lei e pelas normativas do ministério de saúde pública. No serviço *da fronteira* vi a obstetrix participando de diversas consultas, além da IVE 4.

Em relação às consultas IVE 4, eu não pude participar destas, seja no serviço da capital, seja no da fronteira, por diferentes motivos. No primeiro, não tive autorização para participar; no segundo, estive poucos dias no serviço e entre as diversas mulheres que foram às consultas IVE, nenhuma estava indo para a consulta IVE 4. A saída para a escrita desse capítulo se deu a partir da observação de consultas chamadas *consultas de implante*, ou consultas de contracepção, realizadas por uma ginecologista, que autorizou minha presença, assim como as pacientes que entravam em sala no serviço de saúde pública de Montevideu.

Neste capítulo discutirei melhor as questões contraceptivas, os embates em relação ao uso dos LARC por parte das usuárias, e o fenômeno da reincidência, ou seja, as pessoas que buscam o IVE mais de uma vez.

Entendo que existe uma pressão em relação a diminuir o número de IVEs, e ela perpassa a questão da contracepção. Existe uma cobrança para que a lei se mantenha, e para isso é necessário que o número de IVEs diminua, ou pelo menos não aumente, já que o custo político da existência da lei é grande. Isso se dá porque o aborto segue sendo tabu, e uma pauta de disputa moral na sociedade uruguaia, que mobiliza figuras públicas a favor e contra a lei de IVE. Entre vários fatores, acredito que a diminuição no número de abortos é um dos objetivos mais fortes que sentem os profissionais, para que a lei seja avaliada como eficiente.

4.1 As consultas de implante

Era uma tarde quente e alguma coisa havia acontecido, pois a doutora se atrasou mais de uma hora para as consultas que tinha no serviço de saúde sexual e reprodutiva. Naquele dia, ela iria atender as mulheres nas consultas de contracepção. No cotidiano do serviço, estas consultas tinham outro nome, eram chamadas de "*consultas de implante*" pelos profissionais de saúde, até em tom de brincadeira. Nessa consulta ginecológica, métodos contraceptivos, como DIUs e implantes subdérmicos, são inseridos e retirados das mulheres pelos mais diversos motivos.

A enfermeira-chefe corria nervosa atendendo telefones e conversando com as mulheres que estavam passando muito mais tempo do que deveriam esperando a médica que não havia chegado. Reclamações foram feitas na ouvidoria do hospital e o clima era de desespero ao lidar com aquela situação. Quem mais discutia e parecia furiosa era uma moça jovem, Noelia, que há um dia ligava para o serviço dizendo que tinha uma emergência muito séria e que necessitava de uma consulta urgente com a doutora Andrea. Depois de todas as consultas do dia, que já estavam atrasadas, entra no consultório Noelia.

Sua emergência era retirar um implante que colocou há três anos e a enfermeira dizia "*¿desde hace cuándo sacar implante es emergencia?*". A moça finalmente consegue a consulta, depois de muita discussão e de todas as funcionárias estarem muito nervosas. Noelia entra, transparecendo raiva, muito diferente das que já haviam passado por ali, que mesmo com todo o atraso acabaram entendendo a situação.

Noelia tem mais de 20 enxertos⁶⁹ no rosto e cabeça e já é mãe aos 22. A doutora é super amável e tenta investigar tudo que acontece com ela, mas ela só quer retirar o implante que lhe fez muito dano, não se sentia bem, tinha dores de cabeça e queria o quanto antes retirá-lo. A doutora dizia "*en el primer mes no vas a estar protegida, tenés que usar preservativos*", ou "*vas a salir de un método que no pensás nunca para uno que vas a tener que pensar todos los días*", não somente para Noelia, mas para as outras tantas que estavam ali para retirar o implante ou DIU. A paciente não parecia se importar com o que dizia a ginecologista e negava veementemente continuar com o implante, já que desejava voltar a usar anticoncepcionais de uso oral, as *pastillas*. Quando Noelia sai do consultório, a médica me diz em tom de desabafo que sabe que ela vai engravidar: "*yo intento decir todo, con algo*

⁶⁹ Enxertos de pele são pedaços de pele que são transferidos de uma área do corpo para outra, quando é necessário substituir uma região que sofreu algum tipo de queimadura, após certas intervenções cirúrgicas ou por outras questões de saúde.

ellas salen” referindo-se às recomendações ditas por ela às pacientes que estão em risco de engravidar. Esse risco se dá porque saem do consultório com métodos não tão eficazes como os anticoncepcionais de uso oral ou o preservativo. Algumas utilizam o adesivo transdérmico, além dos métodos conhecidos como *naturais*, que também são utilizados pelas pacientes: o coito interrompido e a tabelinha.

As pacientes que se recusam a continuar com métodos mais eficazes, segundo os profissionais, como o implante e o DIU, são vistas como se não entendessem o risco que estão correndo, já que potencialmente podem voltar ao serviço para realizarem um IVE. Ao negarem a recomendação médica de que a pílula anticoncepcional provavelmente não vai funcionar tão bem, apresentando maiores taxas de falha e demanda uma atenção maior. Há um conflito entre a noção de bem-estar das pacientes e dos profissionais de saúde. É enfatizado como a pílula depende de uma disciplina da paciente, pois deve tomar o medicamento todos os dias no mesmo horário, o que dificulta, muitas vezes, a contracepção se dar de maneira eficaz.

Conto aqui uma outra situação: ela ocorreu em uma consulta IVE 2, mas ao ler o histórico médico da moça, os profissionais viram que ela não teve o assessoramento necessário na consulta IVE 4. Carla era muito jovem, tinha ao redor de 20 anos, e iria para realizar seu segundo IVE. Já havia feito o primeiro há uns 6 anos, segundo as palavras da médica *estreado a lei*⁷⁰. Depois tentou outro, porém estava fora do prazo – esse IVE não realizado que aparecia em sua ficha era a bebê que tinha dois anos e estava em seu colo –, e agora vinha por outro.

É comum que muitas não vão a essa *consulta de controle*, mas Carla havia ido e em seu prontuário estava escrito “*colocará implante na policlínica do bairro*”. Parece que ela foi, não havia o implante, ela não colocou e a ginecologista me dizia muito exaltada lendo sua ficha e comunicando aos outros profissionais antes de Carla entrar na sala: “*si ella vuelve es nuestro error; si ella vino a IVE 4 y salió sin método es error nuestro!*”.

E lá estava Carla para seu segundo IVE, mesmo querendo ter colocado o implante, um método *moderno*. Entretanto não o colocou, por razões que entendo que podem ser muito mais complexas do que o prontuário médico diz. A presença de Carla na consulta IVE 2 era vista então como um IVE que poderia facilmente ter sido evitado.

Ter um IVE repetido, e mais do que isso, que poderia ter sido evitado, já que a paciente já havia acordado a inserção do implante, foi sentido como uma grande falha da

⁷⁰Algumas vezes, quando o IVE havia sido feito no fim de 2012 ou início de 2013 a médica comentava isso. Aqui parecia ser algo positivo, não um comentário ruim.

equipe. Como se fosse a derrota de um time que, provavelmente, pela falha de um deles todos acabaram por sentir a derrota.

Esse episódio especialmente me fez refletir sobre o peso que os profissionais sentem na ponta do serviço de saúde quando alguém retorna para um novo IVE. A reincidência, que tratarei mais especificamente no próximo ponto, é vista como um erro que poderia ter sido evitado se os profissionais conjuntamente trabalhassem em retirar *os mitos* que existem em relação aos métodos reversíveis de longa duração, principalmente na instância IVE 4.

Em um café, depois de quatro semanas acompanhando a ginecologista Daniela, pedi que fizéssemos uma entrevista, ainda que informal. Conversamos sobre como ela se sentia nesse serviço e era latente a responsabilidade que ela, e outros profissionais sentiam como se estivessem sendo vigiados para que o número de IVE's não aumentassem:

“Foi tão difícil ter a lei, que agora não podemos arruinar tudo por um caso, por uma exceção. Às vezes me custa muito, mas não dou a elas a medicação por fora. Se a lei diz 12 semanas eu coloco ela para dentro com até 12 semanas e seis dias, se ela chega a 13 semanas não posso. Se diz que sofreu violência, eu acredito. Mas fora da lei não posso fazer nada, porque a comissão de ética do hospital pode saber, ou outros podem saber, e nós não podemos nos equivocar” (Ginecologista Daniela).

Muitas mulheres que chegam a seu segundo IVE parecem aceitar a inserção do DIU ou implante, assim como os hormônios injetáveis. Houve um dia que todas na sala de espera chegavam com medo do implante, exceto uma que queria tentar, apesar dos comentários horríveis que havia ouvido naquela tarde esperando, esses comentários eram em relação ao ganho ou perda de peso, além das desregulações no sangramento menstrual.

Na sala de espera do serviço de saúde sexual e reprodutiva encontram-se mulheres que estão no processo de IVE, mas não necessariamente: também estão as que querem retirar e aquelas que desejam colocar implantes, assim como DIUs, mas parece que, durante o breve período em que estive lá, a maioria das pacientes pareciam desejar retirá-los. Naquela segunda-feira em que Noelia entrou na sala, as histórias de medo dos implantes foram grandes. Na terça-feira, entretanto, vi algumas trocando o implante, colocando o DIU sem tantas histórias de efeitos colaterais. Uma dessas histórias foi a de Luiza.

Luiza, tem 20 anos, é de Maldonado (departamento do interior do país), tinha feito um IVE quando tinha apenas 15 anos. Colocou o implante naquele momento, com medo de um segundo episódio de interrupção, e agora que chegou o tempo de retirá-lo e trocá-lo, foi ao consultório para isso. Luiza diz à ginecologista que menstrua muito, e a médica recomenda que ela tome contraceptivos orais para diminuir o fluxo de sangramento. A paciente concorda em usar os dois métodos, e diz que se sente tranquila porque sabe que não vai passar pelo que

passou há cinco anos novamente, apesar das queixas em relação à menstruação. A médica fica despreocupada, pois ela é um caso que tem consciência da importância do implante, aquele tão mal-falado por tantas outras mulheres que vão à policlínica.

As queixas sobre o implante nessas consultas que participei com a ginecologista são várias: algumas relatam que emagrecem muito, outras que engordam. Na primeira terça-feira que fui na “consulta de implantes”, chamada assim a consulta de contracepção entre os profissionais do serviço, a primeira mulher contou que havia emagrecido 14kg. Ela pesava apenas 40 kg. A seguinte paciente que entra em sala era obesa e enfrentava grande dificuldade para retirar o implante: há meses estava tentando, tinha ido a outros médicos que não conseguiram. Ela inclusive já havia colocado o DIU para fazer a transição, havia feito até um exame de ultrassonografia em relação ao lugar do implante, pois como tinha 150kg foi difícil retirá-lo do seu braço já que era custoso encontrá-lo. Mas, apesar do nervosismo, tudo deu certo e naquele dia ela saiu sem o implante do consultório.

Em relação aos LARC, embora seja ressaltada sua praticidade na interação paciente-médico assim como programas de incentivo para seu uso - principalmente porque trata-se de método com anos de proteção que dispensam o constante cuidado das usuárias - isso não faz com que sejam “métodos hormonais que não prescindem do acompanhamento clínico neste período, em razão de seus efeitos colaterais e de incidirem diferencialmente nos corpos femininos” (BRANDÃO, 2022, p.240).

Em algumas mulheres os LARC, como o DIU e o implante subdérmico, podem provocar a perda de peso, em outras ganho, além da amenorreia (ausência de menstruação) ou do excessivo sangramento no período menstrual, que pode até mesmo levar a anemia. Outros efeitos colaterais conhecidos além das modificações em relação ao peso e aos padrões de sangramento são: acne, dores de cabeça, dores ou sensibilidades nas mamas, náuseas, vertigens, modificações de humor e em casos mais raros, cistos nos ovários (GÓMEZ, 2019).

Entendo que o bem-estar que as mulheres buscam, ao retirar ou mudar de método contraceptivo, perpassa o rechaço às mudanças corporais, assim como à ausência ou irregularidade na menstruação. Estes temas remetem ao lugar da menstruação, e às práticas das mulheres relativas ao período menstrual, que muitas vezes são comuns às mulheres de classe popular (VICTORA, 1991, p.121). A bibliografia sugere que diferentes classes sociais compreendem a menstruação de formas distintas –mas eu diria que não apenas a classe, outros marcadores sociais são fundamentais nestas experiências –, e sua ausência ou intermitência afeta outras questões entendidas como importantes na construção da rotina das mulheres assim como na sua autopercepção de gênero.

Para Victora (1991), enquanto o processo da gestação-maternidade se concretiza “em função do aparato reprodutor localizado no corpo da mulher” (p.147) e, portanto, é visto como um feito natural. Por outro lado, a autora destaca que a experiência reprodutiva e seus sinais como a menarca, o ciclo menstrual e as gestações estão condicionadas “aos significados culturalmente aprendidos e transmitidos” (*idem*). Estes significados são, muitas vezes, atribuídos a fases da vida das mulheres: em sua pesquisa a autora constatou que são vistas como *meninas* antes da menarca; *moças* se menstruaram; e *mulheres* se já iniciaram sua vida sexual.

Neste sentido, as representações do corpo, as práticas femininas e os processos corporais como um todo [...] são percebidos como construções sociais plenas de significado que, ao mesmo tempo adquirem significado a partir do grupo social, emitem também significados ao grupo social no qual eles se inscrevem (VICTORA, 1991, p.145)

Em relação aos implantes subdérmicos, especificamente, no Uruguai existem os implantes Jadelle® e Implanon®, o primeiro disponível somente nos serviços de saúde pública, e o segundo utilizado nos serviços privados assim como encontrado em farmácias para compra particular (GÓMEZ, 2019, p.30). Em relação ao Jadelle®, especificamente, 70% das usuárias relatam sangramentos irregulares, enquanto 10% das pessoas “apresentam amenorreia nos primeiros três meses, diminuindo a 5-6%, durante os seguintes anos [...] e 11 a 18% apresentam cefaleia, que tende a alcançar um nível máximo com um ano de uso” (GÓMEZ, 2019, pp.38- 39, tradução minha).

É como se a indústria farmacêutica não se importasse, ou se importasse muito pouco com os efeitos colaterais destes métodos, o que acaba por ser negligenciado muitas vezes pela própria ginecologia, já que estes efeitos colaterais não colocam em risco a vida das mulheres e garantem sua eficácia enquanto métodos contraceptivos de longa duração. “*Sim, muitas se queixam, mas como método para não engravidar é excelente*”, comentou uma vez uma ginecologista em campo.

Em relação ao Uruguai, na última década existiu uma política de promoção de implantes subdérmicos oferecidos na saúde pública e privada: foram mais de 50 mil implantes inseridos entre os anos de 2013 e 2017, segundo o Ministério de Saúde Pública. Isso se deu em conformidade com a lei de saúde sexual e reprodutiva aprovada em 2008, em consonância com os esforços de promover o acesso a métodos contraceptivos que até então não estavam disponíveis para a população.

No ano de 2013 o Ministério aceitou uma doação por parte do Fundo das Nações Unidas para Populações, UNFPA, de 3.000 implantes (AGUIRRE et al., 2017, p.5) e iniciou

um projeto piloto denominado *Introducción de implantes anticonceptivos subdérmicos en Uruguay*, para avaliar a incorporação dos implantes subdérmicos na cesta de métodos contraceptivos oferecidos à população. Ele foi realizado a partir de uma aliança da assistência pública, ASSE, com o coletivo *Iniciativas Sanitarias*, o UNFPA, e o sócio implementador foi a organização Reprolatina⁷¹ (LÓPEZ-GÓMEZ et al., 2019, p.18).

Segundo a pesquisa desenvolvida por López-Gómez et al. (2019), este projeto piloto não terminou da maneira prevista, pois houve alta demanda de implantes por parte dos usuários de saúde, “o que fez com que os centros incluídos nessa experiência se convertessem em lugares de referência para o acesso e a inserção de implantes dentro de ASSE⁷²” (p.20, tradução minha).

Observa-se inclusive uma queda abrupta nas taxas de natalidade do país a partir do ano 2015, que apesar de ser multicausal, tem a inserção dos implantes como um dos prováveis fatores diretos que fizeram com que o número de gravidezes na adolescência e nas faixas de população mais jovem, usuária da saúde pública, tenha diminuído nos últimos anos:

Embora a magnitude dos efeitos seja pequena, é importante: a partir do mês 28 de implementação da política [de inserção de implantes] se produzem, por causa desta, 150 nascimentos menos por mês em mulheres de 15 a 29 anos filiadas ao setor público em relação ao mês de início da política. O efeito teria sido maior para as mulheres mais jovens e teria começado antes no tempo (UNFPA et al., 2019, p.105, tradução minha).

Mariana, a residente de ginecologia que comentei anteriormente, que se declara objetora de consciência, me disse sobre a importância do implante para evitar novas gestações indesejadas: “*elas saem daqui e eu já ponho o implante, seja do parto ou do IVE*”. A ginecologista Andrea, quando me comentava sobre seus colegas ginecologistas que são objetores de consciência, ao mostrar a hipocrisia que eles demonstram em relação a temática do IVE, me dizia: “*os mesmos médicos que deveriam ter colocado DIU na mulher, não colocam e depois as julgam porque vão fazer um IVE*”. Aqui, os LARC, como o DIU e o implante, demonstram-se sinônimos de garantia de que novos IVEs não vão ocorrer.

Segundo dados do Ministério de Saúde Pública do Uruguai (2021), referentes aos anos de 2013 a 2019, entre 68% e 55% das pessoas que realizaram a consulta IVE 3 voltaram para a consulta IVE 4, sendo o índice mais alto no primeiro ano em que há dados, e o menor número de consultas IVE 4 no último ano, 2019. Na tabela seguinte estão os dados das

⁷¹A Reprolatina – Soluções Inovadoras em Saúde Sexual e Reprodutiva é uma organização não-governamental fundada em 1999, localizada em Campinas, São Paulo, que desenvolve ações em prol dos direitos sexuais e reprodutivos na América Latina em conjunto com o UNFPA e a OMS.

⁷² Saúde pública.

pessoas que saíram da consulta IVE 4 com ou sem método contraceptivo durante os anos de lei.

**Datos de consultas por IVE 4 ocurridos
en Uruguay por año- con posterior anticoncepción**

Periodo Enero 2013- 2019

IVE 4	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Con anticonc.	3980 81%	4416 82%	5245 86%	4734 84%	4914 86%	5201 87%	4663 82%
Sin anticonc.	909 19%	937 18%	830 14%	923 16%	802 14%	785 13%	1014 18%
TOTAL DE IVE 4	4889 100%	5353 100%	6075 100%	5657 100%	5716 100%	5986 100%	5677 100%

Dados do *Ministerio de Salud Pública* (Uruguai, 2021). Na tabela, quantas consultas IVE 4 ocorreram no país entre janeiro de 2013-2019, e se a pessoa saiu da consulta com ou sem métodos contraceptivos.

Observa-se que entre as pessoas que voltaram para a consulta IVE 4, em média 16% das pacientes saíram da consulta sem nenhum tipo de método contraceptivo que o sistema de saúde poderia oferecer. Ao analisar os dados do Ministério de Saúde Pública em relação a consulta IVE 4, Nozar et al. (2016) afirmam que apesar de ter havido um aumento significativo de consultas IVE 4 desde o início da implementação da lei, a “a taxa de consulta pós-aborto ainda é decepcionante, pois apenas 1 em cada 3 mulheres retornou para receber um método contraceptivo” (p.30). Os autores continuam:

Por isso, o alto percentual de mulheres que iniciaram o uso de método de longa duração após a consulta (57,3%) é enganoso. Se considerarmos todas as mulheres que tiveram a interrupção da gravidez, **verificamos que apenas 188 de 1.137 (16,5%) utilizaram métodos de longa duração**, sendo improvável que uma proporção das que não retornaram ou para as quais não temos dados tenha utilizado tais métodos (NOZAR et al., 2016, p.30, tradução minha, grifos meus).

Para os autores, a principal causa do baixo uso de métodos contraceptivos de longa-duração no Uruguai é que o aborto é medicamentoso e realizado na maioria das vezes em casa. Isso impede a inserção imediata de um DIU, por exemplo, pois a pessoa deve retornar após o IVE para colocar o método contraceptivo. Sua proposta neste artigo, inclusive, é que o DIU ou injeções contraceptivas trimestrais sejam oferecidas antes mesmo da consulta IVE 4.

Entretanto, a partir das entrevistas que realizei com ginecologistas, do que ouvi das usuárias do serviço, assim como o que experienciei no cotidiano do serviço de IVE, entendo

que o baixo uso dos LARC se dá por questões mais complexas, de ordem subjetiva em relação ao *tempo das escolhas contraceptivas* das mulheres e pessoas com útero, que muitas vezes não condizem com o tempo dos LARC, o que discutirei melhor no próximo subcapítulo.

A IVE 4 é uma instância importante justamente pela concretização do objetivo do serviço que se dá após o abortamento: a ideia é que essa consulta sirva como um espaço de planejamento contraceptivo voltado para quem realizou a interrupção. Seus direitos são apresentados e os métodos anticoncepcionais disponíveis são expostos para que se evite um retorno ao serviço de IVE. Destaco como a consulta se chama, literalmente, em espanhol, a IVE 4 é chamada pelos profissionais de saúde como consulta de *control*.

As questões sobre os métodos contraceptivos, e a relevância desta consulta aparecem como temas centrais na dinâmica do serviço de saúde sexual e reprodutiva, tanto durante o trabalho de campo em Montevideu, quanto na fronteira. Segundo os profissionais, é necessário investigar o que *houve de errado* nas suas práticas contraceptivas para que esse IVE acontecesse, e assim *convencê-las* que outro método, principalmente algum que seja de longa duração, seria provavelmente o melhor para essa pessoa.

Ao conversar com as profissionais do serviço na fronteira, tanto a enfermeira quanto a assistente social, me dizem que a contracepção é o momento onde sentem *que falham enquanto profissionais*, pois muitas mulheres não voltam para a IVE 4. A primeira mulher que havia sido atendida hoje, vinha pelo seu segundo IVE, e no histórico constava que não havia voltado para a consulta IVE 4. Segundo as profissionais, elas sentem que o tema da educação sexual é onde há uma *falha*, já que as mulheres não sabem como usar, esquecem, são negligentes ou não conhecem outras opções que possuem para prevenir uma gravidez indesejada. As duas mulheres que haviam sido atendidas no dia em questão, pensavam em fazer uma laqueadura, mas os profissionais lhes contaram que existem outras opções não tão definitivas.

Utilizo estes relatos de campo e me baseio nas articulações teóricas sobre contracepção de Cabral (2017), que problematiza a equação reducionista de que as gestações imprevistas seriam fruto da falta de informação ou de acesso adequado a métodos contraceptivos, ou até mesmo de uma suposta irresponsabilidade por parte dos sujeitos.

O primeiro argumento refutado pela autora, e extensamente utilizado nos campos da demografia e da saúde pública é que haveria uma ênfase na falta de recursos “em função de vários tipos de constrangimentos (sociais, simbólicos, culturais), associando episódios de gravidez imprevista ao manejo inadequado da contracepção por parte das mulheres” (p.1094).

Isto se daria por falta de informação, pelas adversidades sociais, baixa escolaridade assim como a dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos. Por outro lado, então, se o acesso à informação e aos métodos contraceptivos fossem suficientes, o resultado seria a inexistência de gravidez imprevista nas trajetórias das mulheres e pessoas com útero, um tipo de visão que acaba por dissociar a sexualidade do manejo da contracepção.

Outro ponto significativo da análise é que a literatura sobre contracepção e suas práticas médicas se voltam quase que exclusivamente para as mulheres, “como se a gravidez e a contracepção não implicassem também os homens” (CABRAL, 2017, p.1094), o que se dá, entre outros motivos, pelas condições históricas de difusão massiva de métodos contraceptivos orais dirigidos às mulheres, dada a responsabilização que recai majoritariamente sobre elas pelo controle reprodutivo.

Se até meados do século XX, a contracepção é um tema dos homens, já que a maioria dos métodos existentes se baseavam em seus corpos, como a camisinha e o coito interrompido, o paradigma da contracepção muda quando os métodos hormonais aparecem como possíveis para os corpos das mulheres. Nesse processo, há então uma mudança de paradigma onde os homens cis já não são o foco, pois não são os corpos que vão utilizar os métodos contraceptivos hormonais. A partir dessa transição, se evidencia como a contracepção recai majoritariamente nos corpos das mulheres, onde o corpo que engravida é o que deve ser controlado “obscurecendo-se que a gravidez é um fato social, não restrito à dimensão biológica” (CABRAL, 2017, p.1095).

Paul Preciado, em seu livro *Testojunkie* (2018), reflete sobre como o *farmacopoder* operou para que os homens se tornassem espectadores das decisões contraceptivas enquanto as mulheres acabaram se tornando o centro das atenções sobre controle reprodutivo. Segundo o autor, o grande êxito com relação a essa mudança de paradigma se deu pois os movimentos feministas se apropriaram da pauta como essencial para a emancipação das mulheres.

Esse poder já não está no corpo moderno biopolítico de Foucault (1997), mas em “uma interioridade densa em que a vida, e também o controle político, ocorre em forma de troca, tráfego e comunicação” (PRECIADO, 2018, pp.228-236). Esta interioridade, para Preciado (2018), se dá através da teoria hormonal, na conseqüente criação da endocrinologia como uma ciência das secreções internas, onde esse espaço invisível distribui e coleta informações:

Os hormônios, começando pelo estrogênio e pela progesterona, e seguidos pela testosterona, deixam de ter o status de moléculas para ganhar o de *pharmakon*, passando de silenciosas cadeias de carbono para se tornarem entidade biopolíticas que podem ser legalmente inseridas

em um corpo humano ou forma intencional e deliberada. Hormônios são bioartefatos feitos de cadeias de carbono, linguagem, imagens, capital e desejos coletivos (PRECIADO, 2018, p.180)

É através dos hormônios, portanto, que historicamente se constrói um desequilíbrio biopolítico baseado em diferenças de gênero: enquanto o interesse nos hormônios ditos masculinos como a testosterona, se apoia em uma valorização da juventude, da força, do desejo sexual; a pesquisa sobre os hormônios tidos como femininos, como o estrogênio e a progesterona, substâncias sintéticas que são base para as pílulas anticoncepcionais, busca controlar a reprodução das mulheres e sua sexualidade: “a feminilidade é regulada de acordo com um conjunto de técnicas biopolíticas destinado a controlar a reprodução da população nacional em termos higiênicos e eugênicos, impondo a redução do ‘desviante’ a partir de noções de classe, raça, sexualidade, doença e incapacidade” (PRECIADO, 2018, pp.182-183).

Um dos maiores exemplos em relação a como o conceito de farmacopoder, de Preciado (2018, p.202), se expressou na história foi o episódio dos testes da pílula anticoncepcional em mulheres racializadas de Porto Rico. Segundo o autor, estes experimentos foram os primeiros testes clínicos realizados fora das instituições de pesquisa médicas e de saúde, e o ambiente doméstico se tornou campo fundamental para o controle da reprodução.

Uma análise transversal dos espaços geopolíticos e institucionais bem como das implicações raciais, sexuais e de gênero, dos usos das primeiras moléculas de estrogênio e progesterona estende a nossa definição de Pílula para além de um método simples de controle de natalidade [...] a Pílula era uma nova técnica farmacodoméstica para (re)produzir raça, uma forma de eugenia biotecnológica neocolonial para controlar a reprodução das espécies (PRECIADO, 2018, pp.203-204).

Os hormônios, portanto, não são somente moléculas que devem ser pesquisadas e articuladas com o objetivo de controle da reprodução humana, mas também se tornaram ferramentas de produção de gênero.

Aqui, o autor utiliza o conceito de Judith Butler de performatividade de gênero e o transpõe para o mundo do regime *farmacopornográfico*, no qual essa (re)produção do gênero se dá em massa através de “ficções somáticas da feminilidade e da masculinidade”. Isto acontece através do processo que o autor chama de *biodrag*, pois o que está sendo representado e imitado já não são as técnicas corporais de imitação teatral do gênero, mas agora reprodução que acontece tecnicamente com a ingestão da *Pílula*, por exemplo, “já não é um código de vestimenta ou um estilo físico, mas um processo biológico: o ciclo menstrual” (PRECIADO, 2018, p.205). Para Preciado, ao utilizar a *Pílula*, sucede um

processo de feminilização que revela a importância dos hormônios como “ficções sexopolíticas, metáforas tecnovivas que podem ser engolidas e digeridas, absorvidas e incorporadas” (PRECIADO, 2018, p.205).

Durante algumas entrevistas com profissionais de saúde, as quais discorro melhor no tópico a seguir, os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC), como o implante subcutâneo e, DIU hormonal, também chamado de SIU, são avaliados como métodos *modernos*, em contraposição aos métodos muitas vezes utilizados pelas mulheres como o coito interrompido, os preservativos, ou até mesmo a ingestão da pílula anticoncepcional. Porém, uma das questões que aparece nas consultas é a irregularidade do ciclo menstrual causado por estes LARC, ou até mesmo a desaparecimento dele, o que afeta a confiança das mulheres em continuar com esse tipo de método por uma não adequação.

Em entrevista com a ginecologista Victoria, ela se sente motivada a *desmistificar* os LARC, pois a pílula, método preferido pelas mulheres que vão ao serviço de IVE, é vista como um contraceptivo com alta taxa de falha (humana). Para ela, a solução seria ampliar o acesso aos métodos contraceptivos que já estão disponíveis no sistema de saúde:

“Explico a elas que menstruar **não é o normal**, para que elas não deixem de usar o contraceptivo porque não você não menstrua com eles! Você gera um sangramento pelas pílulas, então está inibindo a ovulação de qualquer maneira. **Então explico a elas para que tirem esse mito de que a pílula é o mais natural do mundo e que o implante veio para colocar um chip nelas...** porque dizem qualquer coisa” (Entrevista com a ginecologista Victoria).

Victoria explica, nessa entrevista, que demonstra a suas pacientes que o sangramento que ocorre na pausa do uso de pílula não se trata *de fato* de uma menstruação, pois um corpo que não ovula, não menstrua. Entretanto, para as mulheres, o controle de quando tomar a pílula ou não, e esse manejo dos métodos que não dependem de interferência médica é um ponto positivo para o prosseguimento do seu uso: elas podem decidir quando o método faz sentido ou não, em que momentos seria adequado usar e com quais parceiros.

A pausa na pílula para que o sangramento ocorra também é algo visto como positivo, diferente de outros LARC onde, muitas vezes, a pessoa fica sem nenhum tipo de sangramento, o que gera ansiedade em relação a uma possível gestação, além de outras questões. A existência do sangramento, tão importante para a difusão da pílula, acaba por se contrapor a outros métodos contraceptivos de longa duração, que possuem menor aceitação por parte da população.

“A questão da menstruação é um exemplo, o implante contraceptivo que muitas vezes dá amenorreia⁷³, às vezes não é bem-vindo em algumas populações porque com ele não menstruam, porque a menstruação é muito necessária, isto é uma coisa importante” (Entrevista com a ginecologista Andrea).

Segundo Cabral (2017), dentro das diversas formas de classificar os métodos contraceptivos, a lógica médico-sanitária propende a considerar sua eficácia de sucesso, taxas estas que podem ser questionadas pois desconsideram a "experiência pessoal dos indivíduos com cada método (eficácia prática)" (p.1096). Para a autora, existe uma representação recorrente no imaginário coletivo de uma espécie de “espontaneidade das relações sexuais, em que se espera encontros íntimos intensos e espontâneos e, portanto, o uso de métodos como pílula anticoncepcional, DIU, ou esterilização, que separam o encontro sexual do ato da contracepção, seriam mais adequados a esse modelo hegemônico (CABRAL, 2017, p.1095).

Entretanto, o que aparece em campo é um rechaço expressivo por parte das usuárias do serviço em relação aos métodos contraceptivos de longa duração. Para Cabral (2017), “a necessidade ou não do controle médico e acompanhamento especializado periódico também pode influenciar os critérios de escolha do método contraceptivo” (p 1087), principalmente em situações nas quais o acesso a uma consulta para a retirada ou troca desses métodos é difícil ou há constrangimentos de ordem de classe social, sexualidade ou gênero. A pílula anticoncepcional é um dos métodos mais utilizados pois não depende de profissionais da saúde para iniciar seu uso ou para interrompê-lo.

Esse elemento está presente em parte nos discursos que revelam, no contexto brasileiro, forte rejeição ao DIU, aprendizado do uso da pílula anticoncepcional com amigas, obtenção do contraceptivo diretamente [...] na farmácia ou ainda, opção da esterilização, que encerraria um ciclo de dependência da mulher em relação aos serviços de saúde (CABRAL, 2017, p.1087).

Segundo Rostagnol (2012), as práticas conceptivas são vividas, pela maioria das entrevistadas em sua pesquisa, como um tema de mulheres, e isso também está em sintonia com as políticas de saúde sexual e reprodutiva que se desenvolvem desde o Ministério de Saúde Pública no Uruguai. A antropóloga afirma que em relação às políticas de saúde sexual e reprodutiva “ainda que nas denominações se incluam os homens [...] no Uruguai não existem na prática serviços de saúde sexual e reprodutiva que incluam as necessidades específicas dos homens” (ROSTAGNOL, 2012, p.210, tradução minha).

Em algumas consultas que acompanhei, ao serem perguntadas sobre quais métodos utilizavam antes de engravidar, algumas mulheres diziam que não faziam uso de nenhum

⁷³ Ausência de menstruação.

método, mas eram confrontadas com a ginecologista dizendo que outros métodos não-hormonais também são métodos, ainda que pouco eficazes. Muitas diziam que utilizam o método *natural*, o coito interrompido, por queixas aos preservativos e às pílulas anticoncepcionais orais, e estão relativamente tranquilas pois estão em um relacionamento estável. É notório como muitas mulheres rechaçam uma medicalização da sua vida sexual, embora isso não resolva por completo as questões da contracepção.

4.2 As reincidentes

Comparando os dados oficiais do Ministério de Saúde Pública após a legalização do aborto e as aproximações em relação ao número de abortos que aconteciam previamente a lei (SANSEVIERO, 2003), estima-se que a legalização tenha de fato diminuído o número de interrupções da gestação no Uruguai. A taxa de abortos no país é baixa, e entende-se que ela pode reduzir ainda mais se nas consultas IVE 4 as estratégias de contracepção forem alinhadas de maneira *mais efetiva*.

Essa baixa taxa de aborto pode reduzir ainda mais no futuro próximo, porque outro artigo nos mostra falhas na aplicação da estratégia de prevenção do aborto repetido, através de aconselhamento e oferta de contracepção efetiva antes da alta de toda mulher que solicita um aborto legal. A identificação dessa falha, além de mostrar a honestidade dos autores que não ocultam suas deficiências, permite que se adotem as medidas necessárias para a aplicação correta dessa intervenção, que é a mais efetiva para reduzir o número de abortos em uma população (FAÚNDES, 2016, p.2, tradução minha).

Durante um segundo momento de trabalho de campo, em 2021, realizei entrevistas com profissionais que atuam diretamente com IVE em diferentes lugares do país através da plataforma Google Meet. Nestas entrevistas, em determinado momento, aparecia o tema da contracepção como o ponto-chave da frustração e da decepção deles em relação ao seu trabalho, assim como ao serviço de saúde sexual e reprodutiva.

É importante destacar que a IVE 4, chamada de *consulta de control*, muitas vezes não tem adesão das usuárias do serviço, já que várias delas não voltam depois de realizar a interrupção. Porém, mesmo no grupo das que voltam ao serviço para a consulta IVE 4 e que são incentivadas a inserirem um método de longa duração, há desconfiança e receio de que elas se tornem “reincidentes”, ou seja, mulheres que voltam por mais de um IVE outra vez. Esse receio acaba gerando, de alguma maneira, que os profissionais sintam que “falharam” quando as mesmas mulheres que eles atenderam anteriormente para um IVE voltam ao serviço para interromper a gestação novamente, o que lhes causa um sentimento de impotência e até mesmo de raiva, segundo entrevistas:

Victoria: O que nós temos na saúde pública, e é algo que me gera... me altera um pouco, e tenho tentado processar, é a reincidência. A paciente que vem para um segundo IVE.

Juliana: São várias, ou não?

Victoria: Sim, temos várias. Adoraria dizer a você que não, mas é mentira, nós temos. E aí, não sei o que falhou. A grande maioria vão embora com contraceptivos e bom, aí sim, **dizemos que por favor, tem que ir com um implante posto ou com um DIU** e é o que eu te dizia. Tem muita gente reincidente, tenho que te dizer porque é a verdade. Tem muita gente que é como, vem e diz “sim, e agora isso aconteceu de novo e tá, vou interromper de novo”. E você diz: “ai, mas passar de novo por isso?”. **E algumas levam como se não**

fosse nada. E eu percebi que me incomoda. Me incomoda muito. Tento fingir porque tampouco posso ficar brava com a mulher nem brigar, mas isso gera uma impotência... você pensa: **não, por favor, isso é para passar uma vez só na vida** [...] que venham duas ou até três vezes por isso... me gera um ódio dentro... horrível. E isso acontece, tenho que dizer, é a verdade, é a verdade.

Nesse trecho da entrevista, a ginecologista de um serviço de saúde sexual e reprodutiva do interior, e uma das primeiras ginecologistas não-objeções de consciência em seu departamento, me conta em um tom de confissão algo que ela não gostaria de dizer, que lhe custa admitir, e que durante a entrevista pronuncia em tom de desabafo: que o fenômeno das *reincidentes* infelizmente existe. A fala manifesta um tom de impotência no atuar profissional dela, que pede “*por favor*” para que saiam do serviço com um implante ou um DIU dentro, mas que nem isso impede que elas voltem a interromper a gestação de novo “*como si nada*”. O termo “reincidência” utilizado pelos interlocutores nos remete à uma linguagem jurídica, aqui reincidir é voltar a fazer o que não deveria ter sido feito. Ainda que seja *um IVE*, dentro da legalidade e não um *aborto* como antigamente, ele não é desejável “*isso é para passar uma vez só na vida*”, como diz a médica.

As mesmas preocupações com a reincidência enquanto fenômeno que eles têm que lidar enquanto profissionais aparecem em outras falas, principalmente nas entrevistas com ginecologistas. No trecho seguinte, a entrevista foi realizada em dupla com a psicóloga Sara, o ginecologista, Fernando. Eles comentam sobre a importância da lei e como se sentem em relação à ela:

Sara: O importante dessa lei, de fato nos sentimos às vezes um pouco frustrados, com Fernando [ginecologista] e com Marcela [obstetiz] que é a reincidência. **Falamos disso muitas vezes, quando uma mulher reincide, porque sentimos que nós falhamos. O que aconteceu com essa mulher, não tomou consciência de que é fundamental que use um bom método contraceptivo?**

Fernando: Quando nós vemos uma mulher que interrompeu sua gestação, e veio ao IVE 4 e a vemos e está tudo bem, **a aconselhamos sobre qual método contraceptivo pode usar e acordamos com ela que o método contraceptivo vai ser tal e ela está convencida.** Ela está convencida que esse é o melhor método contraceptivo para ela e no ano que vem volta novamente grávida, para nós é um golpe. É terrível! **Porque parece que nós fracassamos muito e que outra vez vamos ter que passar com essa mulher pelo périplo da interrupção de uma gravidez que, como dizia Sara, não é nada melhor para uma mulher**

De novo, aqui diferentes profissionais, incluindo uma psicóloga, um ginecologista, além de ser citada uma obstetiz, sentem que estão *falhando enquanto profissionais* ao não conseguirem evitar novas interrupções de gravidez. Estas falas demonstram como existe uma sensação de insuficiência em seu trabalho enquanto profissionais de saúde, pois não

conseguem “manejar outros acontecimentos que escapam o que seria a lógica do campo da saúde” (ROSTAGNOL & VIERA, 2006, p.13).

Segundo os profissionais entrevistados, um “*buen método*” não seria o anticoncepcional de uso oral, mas sim aquele que você tem poucas chances de engravidar e possui longa duração, como os LARC. Eles também são os contraceptivos em que é necessária a atuação de um profissional para inseri-lo. Fernando e Sara seguem dizendo que talvez a parte de contracepção seja a mais importante do processo pois é a que definirá se estas mulheres voltarão ou não, já que faz parte de seu trabalho não somente informar, mas *educar* as pessoas contra os *mitos*:

Sara: É tão importante essa instância [contracepção na consulta IVE 4]. Porque aí também nos permite trabalhar e despejar os mitos que existem em torno de alguns métodos, por exemplo, como podem ser o DIU ou o implante. Porque às vezes as mulheres vem com uma ideia absurda sobre o que significa. É uma oportunidade para educá-las nesse aspecto também. E além disso, dizemos a ela: e você, quando veja uma mulher por aí que diz isso, diga a ela que não é assim, porque aqui te assessorou uma equipe. Realmente dizem cada coisa que são tragicômicas, de porque não [utilizar métodos como DIU ou implante].

Aqui nesse trecho é interessante realçar que há o que os profissionais chamam de *mitos* em relação à contracepção, e que muito se ouve em relação aos implantes subdérmicos e ao DIU que vão de encontro à visão médica e científica em relação a estes métodos anticonceptivos. Durante meu trabalho de campo, convivendo com os profissionais da equipe de saúde sexual e reprodutiva em Montevideu em 2019, o implante era central nas consultas de contracepção. Inclusive, aparecendo também citado como um método inovador em um evento do Ministério de Saúde Pública do Uruguai em que participei, pois foi inserido no sistema público de saúde de maneira gratuita⁷⁴ com uma grande campanha para seu uso nos últimos anos.

Durante esta mesma semana de campo em novembro de 2019, fui a uma marcha feminista chamada “*Bancátela vos*”⁷⁵ que aconteceu no centro de Montevideu. Durante os preparativos para a manifestação, conversava com uma amiga sobre o implante subdérmico e seu amplo uso no Uruguai. Entendo que o trabalho de campo continua até nos momentos que menos esperamos, ou pelo menos vindo de pessoas que não esperamos, como neste caso.

⁷⁴ O evento citado aconteceu no Ministério de Saúde Pública, com transmissão ao vivo aos serviços de saúde sexual e reprodutiva do interior em novembro de 2019, nele ocorreu um balanço sobre as políticas de saúde sexual e reprodutiva nos últimos governos a nível nacional. É importante destacar que ele ocorreu entre o primeiro e o segundo turno das eleições presidenciais e contou com a presença de profissionais de várias partes do país, e tinha um caráter de valorização das políticas realizadas nos últimos períodos.

⁷⁵ Naquela semana alguns deputados recém-eleitos se manifestaram contra a lei de IVE na mídia e um deles afirmou que se você fez sexo deve “*bancar*” a decisão e prosseguir com a gestação. A resposta de alguns coletivos feministas foi responder ao deputado na manifestação “*bancátela vos*”.



Foto da manifestação *bancátela vos*, que ocorreu em novembro de 2019. Destaque para a cor laranja que foi escolhida nas manifestações pró-direito ao aborto no Uruguai. (Foto da autora)

Eu lhe explicava que no Brasil não se trata de um método acessível e que inclusive poucas pessoas o conhecem, já que seu custo é elevado. Me surpreendi quando ela me comentou que não colocaria o implante nunca, pois conhece uma moça que “*colocou o implante, engravidou e o bebê ainda nasceu com deficiência*”, aludindo a uma possível correlação entre a deficiência do bebê e o implante subdérmico, além da sua não eficácia em prevenir uma gestação indesejada. Em campo, durante consultas ginecológicas que pude acompanhar, muitas mulheres ao serem indagadas se utilizam algum método contraceptivo se referem ao implante como “*el chip*” que levam dentro do braço. Estes são exemplos identificados pelos profissionais como *mitos* da contracepção que devem ser desfeitos em consultório. Esse conflito de pensamento em relação a contracepção de longa duração aparece ainda em outros momentos das entrevistas com os profissionais:

Psicóloga Sara: Na terça-feira passada, veio uma mulher e disse que tinham falado pra ela que por tomar tantas pílulas, o útero ia acabar crescendo. Então eu disse: mas quem te disse? “Bom, me disseram!”. Mas quem?! Então tratamos de ir mais fundo. “Bom, me disse minha tia, minha vizinha, minha amiga...”. E dizem! “**Bom, mas você foi a um profissional da saúde, para te orientar, para que te dissesse, para que te explicasse?**”, “**Não, nunca fui**”. **Bom, então entrou na sala o ginecologista, para explicá-la como era a questão.** Mas tem muitos mitos sobre os métodos contraceptivos. Ainda mais sobre o

DIU e o implante. Sobre a pílula anticoncepcional nem tanto, mas às vezes surgem essas coisas que nos deixam...

Aqui a psicóloga comenta de um caso onde uma paciente vai ao consultório e, ao entrar em conflito com a visão dos profissionais, diz que ouviu em algum lugar o que dizia. É confrontada em relação à autoridade de quem pode dizer isso, já que se trata de alguns mitos. Sara também reforça que em relação à pílula anticoncepcional não aparecem tantas questões como essa, mas em relação ao rechaço do DIU e do implante as mulheres no geral tem muitos *mitos*.

Ginecologista Victoria: **O que acontece é que o implante tem um marketing muito ruim.** Assim como o DIU, você passa no salão de cabeleireiro e te contam sempre uma história de que alguém ficou grávida com o DIU, que o bebê nasceu com o DIU na mão, entende? Porque... Eu falo pras mulheres: a indústria farmacêutica não quer nem que o implante, nem que o DIU funcionem. Porque não é dinheiro que se gasta todos os dias, todos os meses para comprar pílulas anticoncepcionais! Eu falo isso pra elas, não sei se é assim ou não. **E também digo que tem um marketing ruim, mas que na verdade veio para resolver um montão de coisas [...] tudo isso acontece, e também acontece que nós temos muitas reincidentes...**

Segundo Manica et al. (2017), que em seu artigo discute a história, o desenvolvimento dos implantes subcutâneos hormonais e sua repercussão no Brasil, os embates em relação às pesquisas clínicas e os contraceptivos, faz do implante um método anticoncepcional controverso, que há décadas tem sido discutido e disputado pelos movimentos feministas, pesquisadores e profissionais da saúde:

Diversos embates em torno das pesquisas clínicas com contraceptivos e dos programas de planejamento familiar nos países do hemisfério sul expunham as tensões subjacentes aos efeitos biopolíticos da contracepção, e as relações entre população, desenvolvimento e reprodução (MANICA et al., 2017, p.96)



Imagem divulgada nas redes sociais da campanha para prevenção de gravidez adolescente
“MiPlanAdolescente”, 2019.

Sônia Corrêa, em 1994, já sinalizava que o debate em torno do implante “não deve ser interpretado como um mero desacordo entre a comunidade feminista e os setores envolvidos no desenvolvimento da tecnologia contraceptiva. A controvérsia de fato se relaciona a um tema mais amplo: *o conflito inerente à produção social das tecnologias*” (p.87, grifos meus). A autora critica como os riscos e efeitos colaterais tendem a ser minimizados em sua importância pelos cientistas que avaliam os riscos dos contraceptivos, pois estes “não ameaçam a vida das usuárias” (p. 94). Desta forma, exclui a experiência subjetiva e social das mulheres, já que sangramentos excessivos ou amenorréia, a ausência de sangramento, sintomas relativamente comuns ao utilizar o implante subdérmico, são experiências esperadas com ansiedade e podem afetar suas vidas ao excluí-las de atividades sexuais, sociais, religiosas, ou até mesmo profissionais como no caso das trabalhadoras do sexo, por exemplo, mas não somente.

Os conflitos entre profissionais de saúde e pacientes, no serviço de saúde sexual e reprodutiva, demonstram ser exemplos cotidiano de questionamentos estudados na

comunidade científica, assim como em outros países sobre os entraves na aceitação do *Norplant*®, marca de implante subcutâneo, pelas usuárias (CORRÊA, 1994; ZIMMERMAN, 1990). Esses questionamentos são associados a como os testes do *Norplant*® na América Latina foram realizados, de maneira semelhante ao descrito por Preciado (2018) em relação às pílulas anticoncepcionais em Porto Rico.

Nessa etnografia, vemos o que a literatura na área já têm indicado em relação aos LARC, ou métodos contraceptivos reversíveis de longa duração. Eles são vistos como excelentes opções pela alta eficácia contraceptiva e sua possibilidade de reversão⁷⁶, mas há, por outro lado, pouca agência por parte das usuárias em poder retirar, pausar ou continuar a contracepção sem contar com profissionais de saúde, o que a contracepção oral, combinada com o uso de preservativos ou coito interrompido, permite.

O trabalho de campo sugere então que as mulheres e pessoas com útero *manuseiam suas práticas contraceptivas de acordo com o momento de suas vidas*: como se sentem, com quais parceiros/as estão, em que momento da relação estão com a pessoa em questão, entre outros fatores. São diversos os motivos que fazem com que a contracepção oral seja uma aliada, assim como o preservativo, o coito interrompido, e até mesmo a tabelinha como métodos (possivelmente) combináveis a depender de questões emocionais, sociais e de poder entre as múltiplas relações que se dão em sua vida sexual, embora muitas vezes essas práticas possam resultar em uma gravidez indesejada.

Nesse sentido, utilizar DIU de cobre, DIU Mirena® (hormonal) ou o implante subdérmico, além de seus possíveis efeitos colaterais, amplamente relatados na bibliografia e também por usuárias que frequentam os serviços de saúde que etnografei, implica também em dois outros problemas: o primeiro, a dependência dos profissionais de saúde para sua colocação e retirada; e o segundo, a consequente impossibilidade de manusear de maneira fluida sua contracepção de acordo com outras questões de vida que se dão no cotidiano e que dificilmente se mantêm estáveis por alguns anos, como o tempo de duração dos LARC. Há uma hipótese então que o tempo das escolhas contraceptivas das mulheres e o tempo dos LARC sejam, por muitas vezes, incompatíveis.

Me baseio em Rostagnol (2012), que afirma existir evidências que as práticas contraceptivas estão muito além do que somente o correto uso, ou o conhecimento sobre os métodos, mas que são o resultado de sentimentos, pressões sociais, efeitos de relações de poder e aspectos subjetivos. O tipo de prática contraceptiva adotada tem relação direta com

⁷⁶ Já que não são métodos definitivos como a laqueadura ou a vasectomia.

qual parceiro ela está: “determinadas práticas corresponderiam a parceiros em suas etapas iniciais; outras para parceiros estáveis em relações consolidadas; e outras para parceiros ocasionais” (ROSTAGNOL, 2012, p.212).

Com frequência algumas mulheres quando consideram que estão em uma relação estável deixam de tomar medidas para evitar uma gravidez ainda que manifestem não querer ter filhos. Nestes casos costumam mencionar o uso do ‘método natural’ [...] parece, entretanto, que o amparo de uma relação estável lhes dá certeza de não estar sozinhas no caso de uma gravidez; ou então crêem que o companheiro as acompanhará, compartilhando as responsabilidades derivadas da gravidez no caso em que ocorra, seja para interrompê-la, seja para continuá-la e converter-se então em mãe e pai. O fato de não se sentirem sós para enfrentar a situação, lhes permite “afrouxar-se”, como menciona uma entrevistada. As mulheres que dizem seguir o ‘método natural’ não o fazem rigorosamente [...] poderia dizer-se então, que, de acordo com os relatos, existe certo pensamento mágico segundo o qual elas crêem saber que não vão ficar grávidas. (ROSTAGNOL, 2012, p.211, tradução minha).

Por outro lado, para os profissionais de saúde entrevistados o tema da contracepção demonstra *falhas* que permitem com que mulheres voltem mais de uma vez para interromper uma gestação, o que seria algo danoso a elas e sua saúde, além de que não podem ignorar o fato de que trata-se da *interrupção de uma vida*:

Ginecologista Gonzalo: Me parece que a lei é muito boa. Veio para preencher um espaço que era necessário e que dentro da saúde, do contexto do cuidado em saúde da mulher era um espaço que havia, de alguma maneira, ocupar. E de fato foi efetiva, porque baixou a zero praticamente a mortalidade materna provocada por aborto em condições de risco, a zero! Tivemos algumas mortes, creio que 2 ou 3 em todo esse tempo⁷⁷. E isso, como eu dizia, diminuiu a mortalidade materna no país, o que é um marcador do estado sanitário do país. Portanto creio que esse é um argumento suficiente para dizer que é uma boa lei, funcionou! Quero dizer que funcionou e funcionou muito bem. **Agora, claro, tem duas visões. Cada vez que uma mulher aborta, interrompe uma vida e isso fica claro a todos. Não somos bobos para não olhar essa parte.** Mas eu sempre digo o mesmo, em todos os âmbitos digo: **vou ser a pessoa mais feliz e vou aplaudir quando tiver que fechar a policlínica porque não tenho pacientes.** Essa é a visão que tenho desta lei. É necessária? Sim, é necessária. Mas gostaria de não ter que existir porque todas as mulheres e todas as pessoas não vão engravidar sem querer, senão que vão engravidar quando quiserem e não terão que interromper.

Dentro das estratégias que faltam em relação à contracepção, segundo os médicos, há falta de profissionais, para além da existência dos métodos, que auxiliem a mudança de mentalidade e de postura das mulheres:

Psicóloga Sara: Já falamos muitas vezes isso e concordamos que faz falta trabalhar muito fortemente, muito mais a contracepção do que se trabalha. Temos métodos? Sim, temos. Existe acessibilidade aos métodos? Sim, existe. Mas creio que falta que a mulher *faça um click*⁷⁸. E creio que está faltando um pouco trabalhar mais forte, gerar outro tipo, que não sei qual, mas acredito que há que trabalhar muito mais forte a contracepção.

⁷⁷ Segundo dados oficiais, existiram duas mortes decorrentes de complicações de aborto após a legalização da prática nos últimos 9 anos.

⁷⁸ “*Que la mujer haga el click*”, na entrevista original.

Ginecologista Gonzalo: Sem dúvida. Aqui pelo menos, sem dúvida. Creio que isso acontece em todo o país. Que a contracepção é um espaço que se a mulher vem, se necessita, e é fundamental, como que não dispõe de um pessoal. Necessitamos gente na contracepção. **Porque a mulher pode ir comprar um anticoncepcional na farmácia mas não pode colocar um DIU ou um implante. Então precisa de gente, pessoas. Os métodos estão disponíveis, o que falta é gente que os desenvolva, que informe.** Profissionais que informem. E não somente os médicos, pode ser o pessoal da enfermagem, as obstetrias, que trabalham com isso. Mas o Estado não tem dado muita importância a isso e não tem colocado muitos recursos humanos para isso. Por isso estamos onde estamos, **e por isso nunca vamos chegar a fechar essa policlínica para que não tenhamos pacientes, como eu gostaria que acontecesse.**

Estes trechos nos mostram visões distintas sobre a contracepção por parte dos profissionais e a recusa das mulheres: há um embate em relação ao vocabulário utilizado, o significado da menstruação ou a falta dela, como os efeitos colaterais são lidos de maneira diferente pelos profissionais e pelas mulheres, além da desconfiança por parte delas dos métodos de longa duração.

Sugiro que as *negociações das práticas contraceptivas* se dão, além do momento do ato sexual e das relações existentes em sua vida – parceiros, situações de violência, etc. –, como também no consultório médico. O presente trabalho de campo, realizado nesses locais de negociação, sugere que as mulheres sentem que não conseguem *manusear* ao todo suas práticas contraceptivas de maneira fluida ao optar por um LARC, o que para os profissionais garantiria menos casos de IVE no serviço, e seria muito positivo. Por outro lado, há resistência por parte das pacientes em mudar de método ao admitir o uso de LARC pois trata-se de uma escolha individual complexa, apesar de estimulada como política pública.

Neste cenário, ao analisar a lei de IVE de maneira ampla temos que as mulheres não se vêem necessariamente como reincidentes ou como números -- apesar de serem vistas dessa maneira por profissionais e na visão de denúncia dos opositores da lei na esfera política institucional mais ampla, respectivamente. Segundo o que foi visto em campo, essas mulheres se vêem como quem acessa um direito, ainda que em disputa nessas complexas relações entre estado e (não) reprodução.

Considerações finais

Quando comecei a desenvolver essa pesquisa, minha pergunta inicial era quais seriam as percepções morais dos profissionais da equipe interdisciplinar que atendem abortos no Uruguai sobre noções de sexualidade, direitos sexuais e reprodutivos, família, maternidade, gênero, raça e classe. Ainda na graduação, eu havia feito uma pesquisa bibliográfica e algumas entrevistas com movimentos sociais pró e anti-direito ao aborto no Uruguai, e o caminho da pesquisa me direcionou para a atenção a saúde, já que seria ali que as disputas sobre a lei de IVE estariam acontecendo atualmente, após a legalização.

Quando realizei meu primeiro trabalho de campo, em 2019, entrevistei alguns profissionais, assim como atores sociais envolvidos na implementação da política. Apesar das dificuldades de inserção em campo, acompanhei as consultas de IVE e realizei etnografia no cotidiano do serviço de saúde sexual e reprodutiva em um hospital público central de Montevideú, com o consentimento das pessoas que participaram da pesquisa.

A partir do trabalho de campo realizado nesse serviço de saúde sexual e reprodutiva, desconfio que, apesar da legalização, diferentes moralidades seguem em jogo durante o atendimento em saúde, e o aborto continua sendo um tabu. O primeiro dado que me fez pensar sobre o tabu do aborto apareceu com a sigla IVE, amplamente falada pelos profissionais e pelas mulheres que frequentam serviço. A sigla IVE aparece como uma espécie de sigla secreta, pois somente quem passou por um IVE sabe do que se trata. A denominação IVE se faz necessária para falar sobre outra experiência, já que a palavra aborto carrega um peso moral que não acabou mesmo com a legalização da prática.

Reforço que é necessário mais do que uma legislação para mudar como o aborto é visto, porque a prática continua sendo condenada socialmente. A sigla IVE se mostrou uma chave de interpretação de um problema que aparece em diversos momentos da dissertação, que é a questão de que o estigma de trabalhar com aborto permanece, mudar a mentalidade é algo difícil pois essa mudança se dá lentamente: a mudança cultural a transformação das referências e simbologias são processos lentos.

Entendo que o aborto é permeado por segredos, como indica Rozeli Porto (2009), e a sigla IVE parece assegurar que o segredo do aborto continue preservado na relação da pessoa com o exterior do sistema de saúde. Os cinco dias de reflexão, obrigatórios por lei, e desenhados para uma espécie de estratégia do legislador para que mais pessoas desistam da interrupção da gestação, acabam por colocar o segredo do aborto em risco, principalmente

para mulheres que se encontram em situações de precariedade e violência. Estes cinco dias de reflexão fazem pouco sentido para as pessoas que frequentam o serviço, já que a maioria não entende porque deveriam esperar e pensar mais sobre uma decisão já tomada.

No início da pesquisa, a obrigatoriedade inscrita na lei de uma equipe interdisciplinar, composta por profissional de saúde mental, profissional da área social, e ginecologista para atender as demandas de aborto me fizeram questionar, de acordo com as falas dos movimentos feministas, que se trataria de uma espécie de *tribunal*. Entretanto, quando conheci as equipes, compreendi que no geral são profissionais alinhados desde a *perspectiva de direitos*, que segundo os interlocutores é a perspectiva que molda se a equipe trabalhará conjuntamente ou de forma separada. Se em alguns casos, dividir a consulta IVE 2 em uma consulta com a equipe psicossocial e outra consulta com os profissionais da área biomédica é visto pelos profissionais como algo positivo, pois há tempo para demandas específicas que as diferentes mulheres possuem quando buscam um IVE, por outro lado mostra algumas condições que alguns profissionais relatam sobre o modelo de atenção.

Entendo que a noção de tribunal é acionada já que, de modo diferente do que acontece em outros atendimentos em saúde, existem diversos profissionais ouvindo uma mesma pessoa sobre algo visto socialmente como *moralmente errado*, embora não acredite que as equipes de saúde estejam ali para julgar e determinar se a pessoa tem direito ou não de realizar um IVE. Por outro lado, notei que há entre os profissionais certas concepções pessoais de quem seria a pessoa adequada para o IVE, mulheres cuja busca ao aborto é considerada mais legítima. Foi possível perceber que diferentes serviços de saúde sexual e reprodutiva atuam de forma distinta dependendo se são públicos, privados, no interior ou capital, mas que, no geral, os profissionais devem estar alinhados em relação à lei.

Por outro lado, descobri através da pesquisa de campo de 2021 que os profissionais que trabalham com IVE se sentem, muitas vezes, estigmatizados por seu trabalho, principalmente os ginecologistas em relação a seus pares. Isso apareceu em campo principalmente com os profissionais que atuam no interior do país, já que, segundo interlocutores, em muitos lugares “é mais fácil ser objetor que não-objedor”. Ao investigar mais a fundo esta questão da objeção de consciência, os motivos que levam médicos a se declararem objetores muitas vezes estão atrelados ao custo político de trabalhar com aborto. Trabalhar numa clínica que realiza IVE pode comprometer seu *status* de ginecologista, já que é classificado moralmente como uma espécie de *trabalho sujo*, o que faz com que alguns profissionais se sintam até mesmo perseguidos em alguns lugares do país.

Ao escutar diversos atores importantes para a implementação da lei, compreendi que ela foi desenhada justamente para mulheres de classe popular que eu acompanhei nas consultas nos serviços de saúde pública. Elas são, em sua maioria, mães e se encontram nas camadas mais precarizadas do país, possuem pouca escolaridade, não têm empregos formais, e se encontram majoritariamente sozinhas no trabalho do cuidado com seus filhos. Elas se enquadram em um ideal do que chamo de *vítima pública*, pois foi necessário construir uma noção de mulher vulnerável que deve ser protegida pela lei de IVE para que o tema fosse melhor aceito politicamente, uma mulher que era vítima provável da ilegalidade que colocaria sua vida em risco ao fazer um procedimento inseguro. Como o aborto segue sendo tabu, principalmente por ser visto como um ato de recusa à maternidade, é necessário reforçar que as mulheres mais pobres, que correm o risco de morrer em decorrência de abortos em condições de risco, geralmente já são mães. Assim, as mulheres que frequentam o serviço e se parecem com o ideal de vítima pública tendem a ser bem acolhidas até mesmo nos cenários mais conservadores, pois os profissionais, inclusive os objetores, propendem a entender esse perfil de mulher como legítima para realizar um IVE.

Segundo a bibliografia, o aborto nas classes populares geralmente está conectado a um desejo de espaçamento dos nascimentos dos filhos, enquanto que nas classes médias ele ocorre para adiar o primeiro filho. Isso apareceu em campo quando, ao conversar com uruguaias das classes altas do país - aquelas que na ilegalidade tinham acesso a abortos seguros -, elas comentaram que viam a lei atual como ruim, pois além das diversas consultas e trâmites pelos quais se deve passar, o aborto medicamentoso é um método *medieval*, que gera muita dor e o produto da expulsão não é visto pelos médicos e sim pelas mulheres e fora do ambiente hospitalar.

A questão sobre quem vai ver a expulsão do *zef*, surgiu com a temática do misoprostol enquanto fármaco. Seu uso apareceu para tornar a lei de IVE mais palatável para os médicos, que não precisam se implicar diretamente no aborto, mas prescrevem um medicamento e assessoram as mulheres em suas práticas. Isso apareceu em campo quando ouvi que os profissionais que mais intervêm para a desistência do aborto são os ultrassonografistas. A estratégia do ultrassom apareceu em campo ao construir uma noção de *pessoa* por parte de médicos ultrassonografistas que tentam convencer a mulher a não prosseguir com o IVE, o que demonstra a importância das imagens dos exames médicos para a própria medicina tal como existe hoje. Mais que isso, as imagens constroem a ideia de uma pessoa para o embrião através dos batimentos cardíacos e de mostrar a sua materialidade e existência na tela. Em relação a quem vai ver o zigoto-embrião-feto, utilizei reflexões teóricas em relação às

imagens fetais como imagens de controle, pois elas foram importantes para a construção do feto enquanto pessoa na opinião pública.

Uma questão que entendo a necessidade de explorar mais, foi uma surpresa em campo, uma situação muito complexa: as migrantes, em sua maioria caribenhas, mais especificamente as cubanas. A partir de suas experiências prévias com aborto legal, suas moralidades em relação ao ato assim como as questões em relação aos métodos contraceptivos, suas experiências e convicções muitas vezes entram em choque com os valores mais estabelecidos na sociedade uruguaia. É interessante notar que elas são um número expressivo de mulheres que buscam por IVEs na saúde pública, ainda que uma minoria em relação à população.

A partir das questões que me trouxeram essas mulheres migrantes, comecei a observar nos consultórios que a lei de IVE excluía boa parte das migrantes que se encontravam com uma gestação indesejada e não possuíam um ano de residência no país. Se quando a lei foi criada, em outubro de 2012, não havia expressiva população migrante no Uruguai, isso mudou nos últimos anos. Em campo, foi visível como são necessários *manuseios* em relação à lei de IVE para que o direito dessas mulheres seja garantido. Elas podem obter o aborto legal se sofreram violência de gênero, baseada na exceção que a lei assegura às migrantes. Se falta pouco tempo para que completem um ano no país, podem esperar que se complete um ano para interromper a gestação, desde que ainda estejam dentro das 12 semanas, ou podem ser assessoradas pelo modelo que existia anteriormente à lei de IVE, o modelo de redução de riscos e danos, e devem buscar o misoprostol ilegalmente.

A questão das migrantes me fez entender que existem *manuseios da lei*, nos termos de Beatriz Accioly Lins (2014), por parte dos profissionais de saúde. Não se trata de uma aplicação correta ou incorreta da lei, mas nuances interpretativas que, por um lado, os profissionais utilizam para que as que estão *fora da lei* possam entrar nela desde que conheçam seus direitos. No caso dos ultrassonografistas, parece haver uma espécie de *manuseio* em relação à medida da semana de gestação. Com isso, não quero dizer que ilegalidades ocorram, já que, para os profissionais que acompanhei, estar *dentro da lei* e fazer tudo que há de possível dentro da legalidade é algo essencial para que um direito tão importante quanto este não se perca por um erro deles, que poderia ir a público e comprometer a lei. Os profissionais envolvidos se sentem responsáveis pelo bom andamento do serviço e por garantir esse direito. Ao me propor a etnografar uma parte do Estado, na atenção primária em saúde, entendo as dificuldades desse campo de maneira específica, já que estes profissionais estão na ponta de um serviço e precisam executar uma política pública

em saúde muito questionada, que entendem que pode ser facilmente perdida, caso não atuem de maneira idônea.

Essa pressão se reflete nas disputas em relação aos métodos contraceptivos, o que também aparece nas consultas: por um lado os ginecologistas tentam convencer as mulheres que os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, os LARC, são modernos e eficientes para evitar gestações; segundo eles, porém, por outro lado, enfrentam os *mitos* que essas mulheres carregam em relação a tais métodos. Foi possível perceber também que ao recusar tais métodos, as mulheres demonstram uma espécie de recusa a depender de recorrer ao sistema de saúde para inserir ou retirar o método – quer seja o implante ou o DIU. Os tempos das práticas contraceptivas das mulheres em relação ao manuseio de sua vida sexual são diferentes do tempo dos LARC que demandam um tempo longo, de alguns anos, e que depende de um profissional de saúde para sua retirada ou troca.

Entendo que, a depender de qual e quantos parceiros a pessoa tem, em que momento da vida afetiva e familiar ela está, diversos aspectos subjetivos entram em jogo no manuseio de suas práticas contraceptivas. Nesse sentido, métodos como a camisinha, o coito interrompido e a pílula anticoncepcional parecem ser aliados das mulheres, que muitas vezes recusam a intervenção do LARC e sua longa duração, pois ela não dá conta destes outros aspectos subjetivos, da possibilidade de concepção desejada, e das complexidades da gestão da sexualidade. Além disso, os LARC muitas vezes implicam em efeitos colaterais que vão de encontro com as expectativas das mulheres em relação a necessidade da menstruação, além de outras questões como a perda ou ganho de peso, que são aspectos importantes para a manutenção ou retirada do método. As mulheres, no trabalho de campo, parecem sentir que não conseguem *manusear* totalmente suas práticas contraceptivas de maneira fluida ao optar por um LARC, como DIU ou implante, o que para os profissionais garantiria menos casos de IVE no serviço e melhoraria a qualidade da política pública.

Os conflitos que aparecem em relação às mulheres “reincidentes”, ou seja, aquelas que voltam duas ou mais vezes buscando um IVE, estão conectados com um sentimento de falha que sentem os profissionais quando uma das mulheres retorna para realizar outro aborto. Os profissionais se sentem pressionados, pois ocupam papel central na implementação de uma política de contracepção mais efetiva, já que o parâmetro de avaliação de uma política pública está diretamente relacionado à redução do número de abortos no país por ano.

Vários dos elementos que cito na dissertação: o fenômeno dos objetores de consciência, principalmente o dilema dos “verdadeiros” e “falsos”; a sigla IVE como um

eufemismo para aborto; a questão da vítima pública, usada no argumento convincente da mortalidade materna; o estigma de ser visto como *aborteiro* e trabalhar com IVE; como é preciso diminuir o número de abortos através da contracepção de longa duração; tudo isso nos remete ao fato de que o aborto, em si, ainda é um tabu, mesmo para aqueles que são favoráveis ao direito ao aborto. Parece existir ainda uma simbologia de morte, de uma rejeição da maternidade, que os movimentos pró-direitos tentam desconstruir ao associar a maternidade ao IVE, pois as mulheres de classe popular que buscam o IVE geralmente já são mães, se aproximam do ideal de vítima pública e devem ser protegidas.

O aborto como tabu possui três níveis: trata-se de uma reação a um desprezo coletivo de algo expulso pelo corpo; traz uma espécie de perigo coletivo, associado à recusa da maternidade, o que vai de encontro com as expectativas de gênero que associa ser mulher como sinônimo do desejo de ser mãe; e, por último, o aborto é tabu também por ser uma interdição que perpassa a noção do segredo, pois deve estar na ordem do privado, já que possui um peso moral embutido até mesmo na palavra aborto, que não deve ser dita.

Ao legalizar o aborto no Uruguai, foi preciso negociar com as forças contrárias. A lei de IVE foi uma decisão de consenso construída com muita dificuldade, e isso se materializa, por exemplo, nos cinco dias de reflexão e na centralidade das consultas de ultrassom, por exemplo. Esse cálculo de compromisso que existe na lei, se desdobra em certas práticas que as mulheres devem passar para terem seu direito assegurado, o que nem sempre é um processo rápido ou fácil. Entretanto, esse consenso que resultou na lei de IVE foi importante tanto para as mulheres e pessoas com útero, pois passaram a poder realizar sua interrupção de maneira legal e gratuita no país; quanto para servir de exemplo enquanto país latino-americano na difícil tarefa da implementação dos serviços de aborto legal em nossa região.

Cito Margareth Arilha, que define muito bem a luta pelo direito ao aborto como uma luta constante: “a luta pelo direito ao aborto é uma luta simbólica e para vários campos. Uma guerra simbólica que não tem fim. É uma saga. Uma guerra metafórica, extremamente difícil” (CABRAL et al., 2020, p.6).

Bibliografia

ABRACINSKAS, Lilián, SANTIAGO, Puyol, IGLESIAS, Nicolás, & KREHER, Stefanie. Políticas Antigénero en Latinoamérica. Uruguay, el mal ejemplo. Montevideo, Uruguay, 2019: MYSU.

ADESSE, Leila et al. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2016, v. 21, n. 12 [Acessado 2 Julho 2022] , pp. 3819-3832. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.07282015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.07282015>.

AGUIRRE, Dr. Rafael MSP; GORGOROSO, Dra. Mónica, ASSE; PÍRIZ, Dra. Gabriela, RAP - ASSE CAMBRE, Dra. Leticia, mIniciativas Sanitarias; ALEGRETTI, Dr. Miguel, Iniciativas Sanitarias CARDOZO, Lic. Sofia, consultora UNFPA – DÍAZ, MSP Dr. Juan, Reprolatina; RAMOS, Mag. Valeria, UNFPA. Introducción de implantes anticonceptivos subdérmicos en Uruguay: estudio piloto sobre aceptación y desempeño clínico de los implantes utilizados en servicios de salud del área metropolitana de Montevideo. INFORME FINAL, 2017. Acesso em 07 jun 2022. Disponível em: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-04/Respuesta%20y%20resoluci%C3%B3n%20Paseyro_removed%20%281%29.pdf

AHMED, Sara.. The Cultural Politics of Emotion (NED-New edition, 2). Edinburgh University Press, 2014. <http://www.jstor.org/stable/10.3366/j.ctt1g09x4q>

ALMEIDA, Heloisa Buarque de. Mulher em campo: reflexões sobre a experiência etnográfica. In: *Gênero em matizes/ [coordenação de] Heloisa Buarque de Almeida ; Rosely Gomes Costa ; Martha Celia Ramírez; Érica Renata de Souza*. Bragança Paulista, 2002. 412p. (Coleção Estudos CDAPH. Série História & Ciências Sociais)

ALMEIDA, Heloisa Buarque de. Aborto: o grande tabu no Brasil. *Outras Palavras*. 2012. Disponível em: <https://outraspalavras.net/sem-categoria/aborto-o-grande-tabu-no-brasil/>. Acesso em 03/07/2022

ALMEIDA, Heloísa Buarque de. Educação do corpo: o seriado *Malu Mulher* e a promoção de mensagens médico-educativas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 25(1): 422, janeiro-abril/2017

ALMEIDA, Heloísa; SIMÕES, Julio; MOUTINHO, Laura; SCHWARCZ, Lilia. Numas, 10 anos: um exercício de memória coletiva. In: SAGGESE, Gustavo et al. (Org.). *Marcadores Sociais da Diferença: Gênero, sexualidade, raça e classe em perspectiva antropológica*. São Paulo: Terceiro Nome; Gamma, 2018. p. 9-30

ALMEIDA, Heloisa Buarque de. Violence sexuelle et de genre à l'université : du secret à la bataille pour la reconnaissance. *Brésil(s)* [Online], 16 | 2019

ALMEIDA, Heloisa Buarque de. A visibilidade da categoria assédio sexual nas universidades. In: Tania Mara Campos de Almeida; Valeska Zanello. (Org.). *Panoramas da violência contra mulheres nas universidades brasileiras e latino-americanas*. 1 ed. Brasília: OAB Editora, 2022, v. , p. 195-220.

ANDREWS, George Reid. *Blackness in the White Nation: A History of Afro-Uruguay*. The University of North Carolina Press; First edition, 2010.

ANZALDÚA, Gloria. *Borderlands/La Frontera: The New Mestiza*. San Francisco: Aunt Lute Books, 1987.

ANZALDÚA, Gloria. La conciencia de la mestiza: rumbo a uma nova consciência. *Revista Estudos Feministas* [online]. 2005, v. 13, n. 3 [Acessado 19 Novembro 2021], pp. 704 -719. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2005000300015>>. Epub 05 Maio 2006. ISSN 1806-9584. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2005000300015>.

AREND, Silvia Maria Fávero; ASSIS, Gláucia de Oliveira; MOTTA, Flávia de Mattos (orgs.). *Aborto e Contracepção: histórias que ninguém conta*. Florianópolis: Insular; 2012.

AROCENA, Felipe; AGUIAR, Sebastián. Tres leyes innovadoras en Uruguay: Aborto, matrimonio homosexual y regulación de la marihuana. *Rev. Cienc. Soc.*, Montevideo, v. 30, n. 40, p. 43-62, 2017.

ASHFORTH, B. E., & KREINER, G. E. “How Can You Do It?”: Dirty Work and the Challenge of Constructing a Positive Identity. *The Academy of Management Review*, 1999, 24(3), 413–434. <https://doi.org/10.2307/259134>

BATISTA, Analía Soria e CODO, Wanderley. «Trabalho sujo e estigma», *Revista de Estudios Sociales* [Online], 63 | Enero 2018, posto online no dia 01 janeiro 2018, consultado o 03 julho 2022. URL: <http://journals.openedition.org/revestudsoc/1270>

BECKER, Howard. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec, 1993.

BIEHL, João Antropologia do devir: psicofármacos - abandono social - desejo . *Revista de Antropologia*, [S. l.], v. 51, n. 2, p. 413-449, 2008. DOI: 10.1590/S0034-77012008000200002. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ra/article/view/27285>. Acesso em: 19 maio. 2022.

BIEHL, João. Do incerto ao inacabado: Uma aproximação com a criação etnográfica. *Mana* [online]. 2020, v. 26, n. 3 [Acessado 19 Maio 2022], e263205. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1678-49442020v26n3a206>>. Epub 25 Jan 2021. ISSN 1678-4944. <https://doi.org/10.1590/1678-49442020v26n3a206>

BOAS, Franz. Os cientistas como espiões. In: STOCKING JR., George W.(org.). *A formação da antropologia americana 1883-191-Antologia*. Rio de Janeiro: Contraponto - Editora UFRJ, 2004

BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo* / Luc Bolstanski; tradução de Regina A. Machado; organização de texto de Maria Andrea Loyola Leblond e Regina A. Machado. São Paulo: Paz e Terra, 2004 - 3ª edição

BOURDIEU, Pierre. (1989). *O poder simbólico*. Lisboa: Difel.

BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu* [online]. 2006, n. 26

[Acesso 13 Junho 2022] , pp. 329-376. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-83332006000100014>>. Epub 09 Ago 2006. ISSN 1809-4449. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332006000100014>.

BRANDÃO, Elaine Reis. Contracepção Reversível de Longa Duração (Larc): solução ideal para tempos pandêmicos?. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. spe1, p. 237-247, 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRIOZZO, Leonel et al . El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay.: Situación actual e iniciativas médicas de protección materna. *Rev. Méd. Urug.*, Montevideo , v. 18, n. 1, p. 4-13, 2002 . Disponible en <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902002000100002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 09 de novembro de 2021.

BRIOZZO, Leonel. “From risk and harm reduction to decriminalizing abortion: The Uruguayan model for women's rights”. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 134, no. S1, 2016.

BUTLER, Judith. *Undoing Gender* (1ª ed.). Routledge, 2004.

BUTLER, Judith. *Vida precaria: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós, 2006. 192p. (Espacios del saber) Tradução: Fermín Rodríguez

CABRAL, Cristiane da Silva. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. *Saúde e Sociedade* [online]. 2017, v. 26, n. 4 [Acessado 10 Julho 2022] , pp. 1093-1104. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017000001>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017000001>.

CABRAL, Cristiane da Silva; BARBOSA, Regina Maria e ARILHA, Margareth. Direito ao aborto: caminhos traçados no Brasil - entrevista com Margareth Arilha. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2020, v. 36, n. Suppl 1.

COLLINS, Patricia. H. *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Routledge, 2002.

CARDENAS, Roosbelinda & LABANDERA, Ana & BAUM, Sarah & CHIRIBAO, Fernanda & LEUS, Ivana & AVONDET, Silvia & FRIEDMAN, Jennifer. "It 's something that marks you”: Abortion stigma after decriminalization in Uruguay. *Reproductive Health*. 15.10.1186/s12978-018-0597-1, 2018.

CACCIA, Ma. Magdalena. *Derechos en disputa: Interrupción voluntaria del embarazo y objeción de conciencia: una aproximación etnográfica*. Universidad de la República, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Instituto de Ciencias Antropológicas, Licenciatura en Ciencias Antropológicas, 2018.

CANO, Virginia. Imaginarios sexuales y des/atención médica: La ginecología como dispositivo de hetero-cis-normalización. *Sex., Salud Soc. (Rio J.)*, Rio de Janeiro , n. 33, p. 42-58, 2019.

CARRARA, Sérgio. Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo. *Mana* [online]. 2015, v. 21, n. 2 [Acessado 7 Abril 2022], pp. 323-345. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-93132015v21n2p323>>. Epub Ago 2015. ISSN 1678-4944. <https://doi.org/10.1590/0104-93132015v21n2p323>.

CASTRO, Rosana. Pele negra, jalecos brancos: racismo, cor(po) e (est)ética no trabalho de campo antropológico. *Revista de Antropologia, [S. l.]*, v. 65, n. 1, p. e192796, 2022. DOI: 10.11606/1678-9857.ra.2022.192796. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ra/article/view/192796>. Acesso em: 22 maio. 2022.

CHAZAN, Lilian. “Meio Quilo De Gente”: Um Estudo Antropológico Sobre Ultrassom Obstétrico. Rio De Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CORRÊA, Mariza. Morte em família: representações jurídicas de papéis sexuais. Rio de Janeiro: Graal. 1983

CORRÊA, Mariza. Do feminismo aos estudos de gênero: uma experiência pessoal. *Cadernos Pagu (UNICAMP)*, Campinas, v. 16, 2001.

CORRÊA, Sônia. O Norplant nos anos 90: peças que faltam. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, n. esp., p. 86-98, segundo sem. 1994.

CORRÊA, Sônia. ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos - pauta global e percursos brasileiros in *Sexo & Vida: panorama de saúde reprodutiva no Brasil / Elza Berquó (org)*. Campinas, SP. Editora da UNICAMP, 2003.

CRENSHAW, Kimberlé W. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. In: Martha Albertson Fineman, Rixanne Mykitiuk, Eds. *The Public Nature of Private Violence*. New York: Routledge, 1994, p. 93-118.

DAS, Veena. O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. *Cadernos Pagu* [online]. 2011, n. 37 [Acessado 7 Julho 2022], pp. 9-41. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-83332011000200002>>. Epub 22 Nov 2011. ISSN 1809-4449. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332011000200002>.

DAVIS, Angela. *Women race and class*. The Women's Press Ltd. 1982.

DE LAURETIS, Teresa. *Alice Doesn't: Feminism, Semiotics, Cinema*. Portada. Indiana University Press, 1984.

DINIZ, Debora. Fórum: aborto en Brasil, Colombia y Uruguay. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p. 622-623, Apr. 2005.

DINIZ, Débora. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, pp. 1704-1706, 2013.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, Feb. 2017.

DOUGLAS, Mary. *Pureza e Perigo: Ensaio sobre a noção de poluição e tabu*. Tradução de Sônia Pereira da Silva. Lisboa: Edições 70, 1991.

DUBAR, Claude. A construção de si pela atividade de trabalho: a socialização profissional. Tradução de Fernanda Machado. *Cadernos de Pesquisa*, v. 24, n. 146, p. 351-367, maio/ago. 2012.

FASSIN, Didier. Beyond Good and Evil?: Questioning the Anthropological Discomfort with Morals. *Anthropological Theory*, vol. 8, no. 4, Dec. 2008, pp. 333-344, doi:10.1177/1463499608096642.

FASSIN, Didier. El irresistible ascenso del derecho a la vida. Razón humanitaria y justicia social. *Revista de Antropología Social*, 19, 2010, 191-204.

FINOTTI, Marta. Manual de anticoncepção / Marta Finotti. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

FAÚNDES, José Manuel Morán y Defago, María Angélica Peñas. ¿Defensores de la vida? ¿De cuál "vida"? un análisis genealógico de la noción de "vida" sostenida por la jerarquía católica contra el aborto. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)* [online]. 2013, n. 15 [Acesso 22 de novembro de 2021], pp. 10-36. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1984-64872013000300002>>. 2014. ISSN 1984-6487.

FAUNDES, Aníbal; BARZELATTO, José. O drama do aborto: em busca de um consenso. São Paulo: Komedi, 2004. p.303.

FAUNDES, Aníbal et al. Aborto induzido: conhecimento, atitude e prática de ginecologista e obstetras no Brasil. *Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva*, Rio de Janeiro, n. 10, mar. 2004.

FAÚNDES, Anibal. What can we do as gynecologists/obstetricians to reduce unsafe abortion and its consequences? The Uruguayan response. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 134, 2016. S1-S2.

FEDERICI, Sílvia. O Calibã e a Bruxa. Tradução: Coletivo Sycorax. SP: Editora Elefante, 2017.

FERNANDES, Camila et al. As porosidades do consentimento. Pensando afetos e relações de intimidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)* [online]. 2020, n. 35, pp. 165-193.

FERNANDES, Camila. A força da ausência. A falta dos homens e do “Estado” na vida de mulheres moradoras de favela. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)* [online]. 2020, n. 36 [Acessado 24 Maio 2022], pp. 206-230. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.36.09.a>>. Epub 03 Fev 2021. ISSN 1984-6487. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.36.09.a>.

FIOL, Verónica et al. The role of medical abortion in the implementation of the law on voluntary termination of pregnancy in Uruguay. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 134, no. S1, 2016.

FPNU, Fondo de Población de las Naciones Unidas; Ministerio de Salud Pública y Universidad de la República. Descenso acelerado de la fecundidad en Uruguay entre 2015 y 2015 y 2018. Tres estudios para su análisis. Montevideo: unfpa, msp y Universidad de la República, 2019.

FONSECA, Cláudia. Família, fofoca e honra: etnografia das relações de gênero e violência em grupos populares. Porto Alegre: Editora da Universidade, UFRGS, 2000.

FORRISI, Lucía. A un año de la implementación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo : un acercamiento a las barreras y las oportunidades de intervención desde el trabajo social [en línea]. Tesis de grado. Udelar. FCS, 2014.

FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: A vontade de saber, tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque, Editora Graal, 1999.

GOFFMAN, Erving. Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar; 1963

GÓMEZ, Luis. Efectos adversos y motivos de retiro de implante subdérmico Jadelle® en usuarias de policlínica de salud sexual y reproductiva del hospital de clínicas en periodo junio 2015- diciembre 2017. Hospital de Clínicas Clínica Ginecotológica B – Prof. Dr. W. Lauría. Universidad de la República. Facultad de Medicina. Escuela de graduados. Monografía de posgrado en Ginecotología. 2019. Acesso em 07 jun 2022. Disponível em: https://www.ginecotologicab.hc.edu.uy/images/Monograf%C3%ADa_LM_G%C3%B3mez_2019.pdf

GUZZO, Morgani. Brasil: as regras que puseram o misoprostol “na cadeia”. Portal Catarinas, 2021. Disponível em: <https://catarinas.info/as-regras-que-puseram-o-misoprostol-na-cadeia/> . Acesso em: 10/07/2022.

HARAWAY, Donna J. The Virtual Speculum in the New World Order. *Feminist Review*, no. 55, 1997, pp. 22–72, <http://www.jstor.org/stable/1395786>. Acesso em: 26 de Abril de 2022.

HAZRA, Braja G; PORE, Vandana S. Mifepristone (RU-486), the recently developed antiprogesterone drug and its analogues. *J. Indian Inst. Sci.*, May–June 2001. Disponível em: <http://journal.library.iisc.ernet.in/index.php/iisc/article/view/2024/2089>. Acesso em: 10/07/2022.

HEILBORN, Maria Luiza et al. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro - Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2012, v. 17, n. 7 [Acessado 17 Julho 2022] , pp. 1699-1708. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700008>. Epub 01 Ago 2012. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700008>.

HONNETH, Axel. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Ed. 34, 2003

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. 2007. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. doi:10.11606/T.5.2007.tde-14112007-082030. Acesso em: 2022-06-09.

HUNT, Lynn. A invenção dos direitos humanos; uma história / Lynn Hunt ; tradução Rosaura Eichenberg. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

JOHNSON, Niki; LÓPEZ GÓMEZ, Alejandra; SAPRIZA, Graciela; CASTRO, Alicia; ARRIBELTZ, Gualberto. (Des) penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos, Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja. Uruguay. 2011

JOHNSON, Niki; ROCHA, Cecilia; SCHENK, Marcela. La inserción del aborto en la agenda político-pública del Uruguay 1885-2013. *Cotidiano Mujer*, Montevideo. 2014.

KISS, Lígia Bittencourt e SCHRAIBER, Lilia Blima. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2011, v. 16, n. 3 [Acessado 22 Maio 2022] , pp. 1943-1952. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300028>>. Epub 15 Abr 2011. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300028>.

KREINER, G. E., ASHFORTH, B. E., & SLUSS, D. M. Identity dynamics in occupational dirty work: Integrating social identity and system justification perspectives. *Organization Science*, 17(5), 2006, 619–636. <https://doi.org/10.1287/orsc.1060.0208>

LAQUEUR, Thomas. La construcción del sexo: cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Madrid: Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer, 1994.

LÉVI-STRAUSS, Claude. Les Structures élémentaires de la parenté. Berlim/Nova York, Mouton de Gruyter, 1967.

LINS, Beatriz Accioly. “A lei ficou louca”: A Lei Maria da Penha e os efeitos da incondicionalidade da lesão corporal no trabalho policial em duas DDM de São Paulo. *Cadernos de Campo* (São Paulo - 1991), [S. l.], v. 22, n. 22, p. 289-300, 2014. DOI: 10.11606/issn.2316-9133.v22i22p289-300. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/80908>. Acesso em: 6 maio. 2022.

LINS, Beatriz Accioly. A lei nas entrelinhas: a Lei Maria da Penha e o trabalho policial em duas Delegacias de Defesa da Mulher de São Paulo. 2014. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, University of São Paulo, São Paulo, 2014. doi:10.11606/D.8.2014.tde-06052015-171621. Acesso em: 2022-03-29.

LOPEZ, Laura Cecilia. A mobilização política das mulheres negras no Uruguai: considerações sobre interseccionalidade de raça, gênero e sexualidade. *Sex., Salud Soc. (Rio J.)*, Rio de Janeiro , n. 14, p. 40-65, Aug. 2013.

LÓPEZ-GÓMEZ, Alejandra. Tensiones entre lo (i)legal y lo (i)legítimo en las prácticas de profesionales de la salud frente a mujeres en situación de aborto. *Salud Colectiva*[online]. 2016, vol.12, n.1 [cited 2017-07-11], pp.23-39.

LÓPEZ-GÓMEZ, Alejandra et al. Servicios legales de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay. Estrategias de los servicios públicos del primer nivel de atención. *Salud Pública de México* [online]. 2017, v. 59, n. 5 [Accedido 27 Agosto 2018] , pp. 577-582.

LÓPEZ-GÓMEZ, A; BRUNET, N. y COUTO, M. Estudio sobre descenso de la fecundidad y factores explicativos en Uruguay 2015-2017. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República. 2019.

MAKLEFF, S., LABANDERA, A., CHIRIBAO, F. *et al.* Experience obtaining legal abortion in Uruguay: knowledge, attitudes, and stigma among abortion clients. *BMC Women's Health* 19, 155 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0855-6>

MALUF, Sônia Weidner. Biogitimacy, rights and social policies: New biopolitical regimes in mental healthcare in Brazil. *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology* [online]. 2015, v. 12, n. 01 [Acesso 05 julho de2022], pp. 321-350. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-43412015v12n1p321>>. Epub Jan-Jun 2015. ISSN 1809-4341. <https://doi.org/10.1590/1809-43412015v12n1p321>.

MANICA, Daniela e NUCCI, Marina. Sob a pele: implantes subcutâneos, hormônios e gênero. *Horizontes Antropológicos* [online]. 2017, v. 23, n. 47 [Acessado 19 Outubro 2021], pp. 93-129. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-71832017000100004>>. ISSN 1806-9983. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832017000100004>.

MARIANO, Esmeralda. Ser antropóloga entre local e global. *Revista de Antropologia, [S. l.]*, v. 60, n. 3, p. 65-88, 2017. DOI: 10.11606/2179-0892.ra.2017.141649. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ra/article/view/141649>. Acesso em: 6 abr. 2022.

MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MOREL, Jennifer; MACHADO, Thaine. 2020. A regra da Anvisa que prolonga o sofrimento de mulheres. *El País*. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-02-22/restricao-da-anvisa-impede-acesso-a-tratamento-recomendado-internacionalmente-para-saude-da-mulher.html>. Acesso em 09 jun. 2022.

MOTTA, Flávia de Mattos. Não contra pra ninguém: o aborto segundo mulheres de uma comunidade popular urbana. In: Arend SMF, Assis GO, Motta FM, organizadores. *Aborto e contracepção: histórias que ninguém conta*. Florianópolis: Editora Insular; 2012. p. 97-136

MOTTA, Flávia de Mattos; ASSIS, Gláucia de Oliveira; MIGUEL, Denise; PEREIRA, S. M; TORNQUIST, Carmen Suzana. *Histórias que ninguém conta: Sexualidade, contracepção e aborto*. 2012

MOTTA, Flávia de Mattos. *Sonoro Silêncio: história e etnografia do aborto*. Ponta Grossa: Todapalavra, 2015, 217p.

MOTTA, Ilse Sodré da. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: “o olhar da mulher”. *Rev. bras. saúde matern. infant* 2005; 5(2):219-228

MYSU, *Mujer y Salud en Uruguay*, 2017. Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto legal en 10 de los 19 departamentos del país. Sistematización de resultados Estudios Observatorio MYSU 2013-2017. Montevideo: MYSU

NASCIMENTO, Silvana de S. (2019). O corpo da antropóloga e os desafios da experiência próxima. *Revista De Antropologia*, 62(2), 459 - 484. <https://doi.org/10.11606/2179-0892.ra.2019.161080>

NGO, Thoai D. et al . Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. **Bull World Health Organ**, Genebra , v. 89, n. 5, p. 360-370, May 2011.

NOZAR, F., GREIF, D., COPPOLA, F., FIOL, V. and BRIOZZO, L, Legal termination of pregnancy as an opportunity for expanding postabortion contraception: Experience at the Pereira Rossell Hospital, Montevideo, Uruguay. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2016, 134: S28-S30. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.009>

OLIVAR, José Miguel Nieto “Señora, no espere que un día de hospital cure 40 años de mala vida”: morte, emoções e fronteira. *Horizontes Antropológicos* [online]. 2019, v. 25, n. 54 [Acessado 2 Maio 2022] , pp. 79-110. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-71832019000200004>>. Epub 05 Ago 2019. ISSN 1806-9983. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832019000200004>.

OPAS, Organización Panamericana de la Salud. Informe Anual del Director 2019: Impulsar la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. Resumen. Washington, D.C.: OPS; 2019.

PATRIOTA, Tania. Introdução ao Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo, 1994. UNFPA, Brasil, 2004. Disponível em> <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em 25/11/2021.

PEREIRA, Jefferson Rodrigues, PAIVA, Kely César Martins de e IRIGARAY, Hélio Arthur Reis. “Trabalho sujo”, significado, sentido e identidade: proposição de análise integrada e perspectivas de pesquisas. *Cadernos EBAPE.BR* [online]. 2021, v. 19, n. 4 [Acessado 2 Julho 2022] , pp. 829-841. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1679-395120210167>>. Epub 24 Jan 2022. ISSN 1679-3951. <https://doi.org/10.1590/1679-395120210167>.

PETCHESKY, Rosalind Pollack. Fetal Images: The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction. *Feminist Studies*, vol. 13, no. 2, 1987, pp. 263–92, <https://doi.org/10.2307/3177802>. Accessed 26 Apr. 2022.

PORTO, Rozeli Maria. “Aborto legal” e o “cultivo ao segredo”: dramas, práticas e representações de profissionais de saúde, feministas e agentes sociais no Brasil e em Portugal. 2009.

PORTO, Rozeli Maria; SOUSA, Cassia Helena Dantas. “Percorrendo caminhos da angústia”: itinerários abortivos em uma capital nordestina. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 593-616, maio de 2017.

PRECIADO, Paul B. *Testo junkie – sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica*. Editora: n-1 edições, 2018.

RODRIGUES, José Carlos. *Tabu do Corpo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006, p.154.

ROHDEN, Fabíola. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. *Horizontes antropológicos*, Porto Alegre , v. 8, n. 17, p. 101-125, 2002.

ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, supl., p. 133-152, jun. 2008.

ROSTAGNOL, Susana. El papel de l@s ginecólog@s en la construcción de los derechos sexuales en Uruguay. *In* : ARAUJO, Kathya y PRIETO, Mercedes. *Estudios sobre sexualidades en América Latina*. Quito: FLACSO, pp. 215 - 232, 2008.

ROSTAGNOL, Susana. Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción. Tesis de doctorado. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras, 2011.

ROSTAGNOL, Susana. De la maternidad elegida a no ser madre (por ahora) anticoncepción y aborto en la vida de las mujeres. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, nº12, dossier n.1/ pp.198-223, 2012.

ROSTAGNOL, Susana. Los cuerpos del aborto. *Revista venezolana de estudios la mujer*. Vol 20, nº 44/ pp. 163-177, 2015.

ROSTAGNOL, Susana.; VIERA, M. Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossel, Uruguay. En: Checa, S. (comp.) *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós, 2006.

SANSEVIERO, Rafael. *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*. Montevideo: Centro nacional de investigación e información para la paz, 2003

SARTI, Cynthia. A vítima como figura contemporânea. *Caderno CRH* [online]. 2011, v. 24, n. 61 [Acessado 6 Abril 2022], pp. 51-61. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-49792011000100004>>. Epub 17 Out 2011. ISSN 1983-8239. <https://doi.org/10.1590/S0103-49792011000100004>.

SCHIEFFER, Mário et al., *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8.

SCOTT, Joan W. The Evidence of Experience. *Critical Inquiry*, vol. 17, no. 4, 1991, pp. 773–97. *JSTOR*, <http://www.jstor.org/stable/1343743>. Accessed 25 Jun. 2022.

SERNA, Sonia; CARDENAS, Roosbelinda; ZAMBERLIN, Nina. ¿De qué está hecha la objeción? Relatos de objetores de conciencia a servicios de aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia. *Sex., Salud Soc. (Rio J.)*, Rio de Janeiro, n. 33, p. 137-157, Dec. 2019.

SEVERI, Fabiana Cristina. O gênero da justiça e a problemática da efetivação dos direitos humanos das mulheres. In: *Revista Direitos & Práxis*. Rio de Janeiro, Vol. 07, N.13, p. 81-115, 2016.

SIMMEL, G. O Segredo. *REVISTA DE CIÊNCIAS SOCIAIS - POLÍTICA & TRABALHO*, 15, 1999, 221–226. Recuperado de <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/politicaetrabalho/article/view/6442>

SINDICATO Médico del Uruguay. *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos*. Montevideo: Editorial Arena, 2009.

SOLLAZZO, Ana y BERTERRETICHE, Rosario. El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2011, v. 16, n. 6 [Accedido 6 Enero 2022], pp. 2829-2840. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600021>>. Epub 16 Jun 2011. ISSN 1678-4561.

SOUZA, Marcelle Cristine de. "No estás sola": aborto seguro e acompanhado como estratégia feminista para a descriminalização social na América Latina. 2021. Tese (Doutorado em Integração da América Latina) - Integração da América Latina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. doi:10.11606/T.84.2021.tde-19042022-171145. Acesso em: 2022-07-02.

STOLCKE, Verena. Sexo está para gênero assim como raça para etnicidade? Estudos Afro-Asiáticos, (20):101-119, junho de 1991.

STOLCKE, Verena. *Racismo y sexualidad en la Cuba colonial*. Madrid: Alianza, 1992.

STOLCKE, Verena. O enigma das interseções: classe, "raça", sexo, sexualidade: a formação dos impérios transatlânticos do século XVI ao XIX. Revista Estudos Feministas [online]. 2006, v. 14, n. 1 [Acessado 4 Maio 2022], pp. 15-42. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2006000100003>>. Epub 10 Jan 2008. ISSN 1806-9584. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2006000100003>.

URUGUAI, Instituto Nacional de Estadística. Consideraciones metodológicas y conceptuales sobre los cuestionarios de Población, Hogares y Viviendas de los Censos, 2011. Montevideo: INE. Disponível em: <<http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35289/consideraciones.pdf/27602ac9-2044-495b-9a04-a0722092c45e>>

URUGUAI, Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) Censo Nacional de Personas Trans. Sistematización del proceso del Censo de Personas Trans en Uruguay. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/1836.pdf>, 2017.

URUGUAI, Ministerio de Salud. Normativa 369/04 del Ministerio de Salud Pública, 2004. Modelo Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/05/Ordenanza-N%C2%BA-369.pdf>.

URUGUAI, Ministerio de Salud Pública, GUÍA TÉCNICA PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO IVE SEGUNDA EDICIÓN CORREGIDA 2016. Recuperado de: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2012/11/2016-Gu%C3%ADa-T%C3%A9cnica-IVE-2da-versi%C3%B3n.-Con-anexos.pdf>. Acesso em 25/04/2022.

URUGUAI, Ministerio de Salud Pública (2019). El proceso de despenalización del aborto en Uruguay. Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Montevideo: unfpa-msp

URUGUAI, Ministerio de Salud Pública (2021). Petición sobre la cantidad de abortos realizados desde el año 2012 al 2020 inclusive, detallado por año, por prestador de salud, por Departamento y en qué semana del embarazo fueron realizados. Acesso em 13 de jun de 2022. Disponível em: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2021-01/Respuesta%20y%20resoluci%C3%B3n%20parcial%20Jorge%20Alvear%20%281%29_removed%20%281%29.pdf

URUGUAI, Ministerio del Interior. Día Internacional de la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer. 29 de noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.minterior.gub.uy/images/pdf/2021/presentacion-completa-genero2021.pdf>.

URUGUAI, Ministerio del Interior. Guía de Procedimiento Policial. Actuaciones en violencia doméstica y de género, Montevideo, 3a edición, 2011.

URUGUAI. Ley nº 18.987. Interrupción Voluntaria del Embarazo. 22 de outubro de 2012

VIANNA, Adriana de Resende Barreto. Introdução: fazendo e desfazendo inquietudes no mundo dos direitos. In: _____. O fazer e o desfazer dos direitos: experiências etnográficas sobre políticas, administração e moralidades. Rio de Janeiro, e-papers, 2013

VICTORA, Ceres Gomes. Mulher, sexualidade e reprodução: Representações do corpo em uma vila de classes populares em Porto Alegre, 1991. Dissertação de mestrado em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/109238>. Acesso em 13 de jun de 2022.

VIVEROS VIGOYA, Mara. La sexualización de la raza y la racialización de la sexualidad en el contexto latinoamericano actual. Rev.latinoam.estud.fam. Vol. 1, enero - diciembre, 2009. pp. 63 - 81.

VILLEGAS, Belén. Licencias parentales y aborto: construcción política y traducción discursiva en la agenda de género en Uruguay. Rev. Urug. Cienc. Polít., Montevideo, v. 24, n. spe, p. 85-103, jul. 2015.

WAHL, Juliana Vieira. Marcadores sociais da diferença e a Lei de Interrupção Voluntária da Gravidez no Uruguai: uma etnografia do atendimento em um hospital de Montevideú. In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, XIII, 2019, Porto Alegre. Anais do Congresso. Porto Alegre, Online, 2019. pp. 1- 20.

WHO – World Health Organization. Lista Modelo da OMS. 18ª Lista de Medicamentos essenciais, abril de 2013.

ZIMMERMAN M, Haffey J, Crane E, Szumowski D, Alvarez F, Bhiromrut P, Brache V, Lubis F, Salah M, Shaaban M, et al. Assessing the acceptability of NORPLANT implants in four countries: findings from focus group research. Stud Fam Plann. 1990 Mar-Apr;21(2):92-103. PMID: 2112794.