

Aborto autônomo, feminista e acompanhado:
redes feministas de acompanhamento às mulheres que abortam

Gabriela Lauterbach¹

Resumo

Ao longo da história mulheres vêm sendo auxiliadas em seus processos de abortamento por pessoas, grupos e redes que se dedicam a possibilitar abortos seguros em contextos de ilegalidade e dificuldade no acesso à informação. A partir do diálogo com as práticas de liberdade, solidariedade e ressignificação que emergem das experiências de aborto acompanhado por mulheres feministas, este trabalho tem o intuito de demonstrar as limitações do exercício da autonomia e dos direitos das mulheres ao aborto legal e seguro quando estes são restritos às decisões e aos espaços institucionais dominados historicamente pelo poder masculino e patriarcal.

Palavras-chave: Redes feministas; acompanhamento feminista; aborto.

Autonomous, feminist and accompanied abortion:
feminist support networks for women who abort

Abstract

Throughout history women have been aided in their abortion processes by people, groups and networks that are dedicated to enabling safe abortions in contexts of illegality and difficulty in access to information. From the dialogue with the practices of freedom, solidarity and resignification that emerge from the experiences of abortion accompanied by feminist women, this work aims to demonstrate the limitations of the exercise of autonomy and women's rights to legal and safe abortion when they are restricted to decisions and institutional spaces historically dominated by male and patriarchal power.

Keywords: feminist networks; feminist support; abortion.

¹ Sou ativista feminista e graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e me dedico a estudos sobre aborto desde 2016, com maior interesse pelo ativismo feminista de acompanhamento às mulheres que decidem abortar de forma autônoma através do uso de medicamentos. Desde então, também venho impulsionando e construindo iniciativas coletivas e autônomas pela disputa de narrativas feministas em relação ao tema e pela legitimação social da prática do aborto, bem como por sua descriminalização e legalização.

Introdução

Este artigo apresenta parte de uma discussão iniciada em meu Trabalho de Conclusão de Curso sobre redes feministas de acompanhamento às mulheres que abortam de forma autônoma com medicamentos. No referido trabalho, a partir de uma perspectiva antropológica engajada e feminista, realizei como método a observação participante em encontros feministas cujos temas tinham centralidade ou perpassavam o aborto, conversas informais com mulheres feministas que auxiliam outras mulheres em seus itinerários abortivos, além de levantamento bibliográfico e de material online.

Meu interesse pelo “objeto” de pesquisa se deu a partir de uma aproximação pessoal anterior com o tema, no âmbito do ativismo feminista, no qual conheci um pequeno grupo de mulheres feministas que começava a se articular em torno de estratégias para auxiliar outras mulheres em seus itinerários abortivos, fornecendo informações seguras e de qualidade sobre o procedimento autônomo de aborto com *misoprostol*, bem como formas de acesso ao medicamento e acompanhamento antes, durante e pós-procedimento. Em um contexto de ilegalidade, criminalização, moralidades e estigmas em que a prática frequentemente é relatada como solitária, a vivência de um aborto acompanhado delineia possibilidades de outras narrativas e experiências.

Dessa forma, o objetivo do Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido foi analisar o papel da rede feminista enquanto mediadora de experiências de aborto provocado com medicamentos, bem como identificar suas estratégias de atuação nesse sentido e verificar quais relações se estabelecem entre as mulheres mediadoras e as mulheres que abortam através dessa mediação. Para isso, descrevi no primeiro capítulo como se deu meu contato com o campo, meu interesse acadêmico pelo tema e o percurso de elaboração da pesquisa, bem como os caminhos metodológicos e éticos percorridos. No segundo capítulo abordei conceitos de redes, dialogando com as relações de apoio e solidariedade que se constroem a partir destas redes, considerando a importância das tecnologias da informação e comunicação nesta construção. Além disso, descrevi experiências históricas de grupos feministas que auxiliaram mulheres que decidiram pelo aborto, alguns dos quais continuam auxiliando até os dias de hoje, a partir do compartilhamento de saberes, tecnologias e estratégias que possibilitam abortos cada vez mais seguros, autônomos e feministas. Já no terceiro capítulo proponho um diálogo entre a política institucional de redução de danos e riscos ao aborto inseguro implementada no Uruguai e a prática organizada do acompanhamento feminista ao aborto na Argentina, com o intuito de demonstrar as limitações

do exercício dos direitos e autonomia das mulheres quando estes são restritos às decisões e aos espaços institucionais dominados historicamente pelo poder masculino e patriarcal, e as práticas de ressignificação e liberdade que emergem das experiências de aborto acompanhadas por mulheres feministas, a partir das próprias dinâmicas e trocas entre mulheres. Por fim, abordei aspectos de experiências de acompanhamento feminista ao aborto com as quais tive contato no Brasil, a partir dos caminhos que percorri durante a pesquisa, buscando compreender as relações que se estabelecem entre as mulheres que acompanham e as que são acompanhadas.

Aqui, pretendo retomar alguns aspectos do chamado *acompanhamento feminista* em países como Estados Unidos, Itália, França e Argentina, no que diz respeito às práticas de liberdade, solidariedade e ressignificação que emergem das relações entre mulheres que acompanham outras mulheres em suas experiências de aborto, demonstrando as limitações do exercício da autonomia e dos direitos das mulheres ao aborto legal e seguro quando estes são restritos às decisões e aos espaços institucionais dominados historicamente pelo poder masculino e patriarcal.

Experiências históricas de acompanhamento feminista às mulheres que abortam: Estados Unidos, França e Itália

Ao longo da história mulheres vêm sendo auxiliadas em seus processos de abortamento por pessoas, grupos e redes que têm se dedicado a possibilitar abortos seguros em contextos de ilegalidade e dificuldade no acesso à informação. No interior da luta mais ampla pela descriminalização e pela legalização do aborto, o acompanhamento feminista às mulheres que decidem abortar se coloca como estratégia importante para minimizar os impactos da proibição do aborto na vida das mulheres.

Nos anos 1970, momento em que os movimentos feministas ganhavam força e reivindicavam direitos em relação à liberdade sexual, contracepção e aborto, surgiram iniciativas coletivas autônomas de auxílio a mulheres que não desejavam seguir com suas gestações, como grupos feministas e de esquerda que se articularam nos Estados Unidos, na França e na Itália para garantir o acesso de mulheres ao procedimento de aborto seguro, constituindo parte do que é descrito por Mabel Bellucci (2014) como "a história de uma desobediência" e que tem seus desdobramentos ainda hoje, em diversos países. Segundo a autora, numa perspectiva foucaultiana, legitimar o aborto fora do marco da lei é uma das estratégias de resistência

desenvolvidas pelas mulheres para marcar sua posição de insubmissão, desobediência e vontade de poder.

Estados Unidos: Jane

Cuando Jane comenzó, no había un gran plan; no teníamos idea de qué dirección tomaríamos. Cada paso nos llevó más allá de lo que pensábamos que éramos capaces de hacer, y al próximo paso. Queríamos que cada mujer que veíamos tuviera la oportunidad de, a través de sus decisiones, elegirse a sí misma y a su vida. Con Jane, aprendimos a elegir la nuestra. (ADELSTEIN, 2013, p. 11).

Em 1969, em Chicago, um grupo de mulheres feministas chamado *Jane*² prestava serviços de aconselhamento e encaminhamento de mulheres para abortos seguros. Em dois anos o Jane se transformou em um serviço de aborto ilegal. As feministas conselheiras passavam o contato do médico que realizava o procedimento para as mulheres que as procuravam e este assumia o comando da situação. Os procedimentos eram realizados através de dilatação uterina e curetagem em quartos de hotéis alugados, nos quais as mulheres eram vendadas para a preservação da identidade do médico. As mulheres atendidas só podiam falar novamente com as conselheiras quando voltavam para suas casas.

Quando em determinada ocasião a identidade do médico acabou se revelando, os abortos começaram a ser realizados nas casas das próprias feministas, que passaram a acompanhar os procedimentos, auxiliando com a organização do local, dos instrumentos utilizados e apoiando emocionalmente as mulheres. Aos poucos foram percebendo que o procedimento não era tão complicado e passaram a participar mais ativamente do processo. Quando descobriram que o tal “médico” não era licenciado, embora fosse muito competente, o grupo passou por um momento de crise, mas logo perceberam que também eram capazes de realizar o procedimento e, dessa forma, poderiam fazê-lo de forma quase gratuita. Foi assim que o Jane construiu sua própria autonomia e passou a controlar totalmente suas atividades.

Nenhuma de suas integrantes era profissional de saúde, mas o grupo obteve o apoio de médicos que auxiliavam com informações, emergências e atendimentos pós-aborto que fossem necessários. O Jane cobrava valores baixos para cobrir gastos com material médico e administrativo, porém não deixava de auxiliar mulheres com condições financeiras desfavoráveis.

² Ver Jane (2013).

Antes da realização do procedimento de aborto, as conselheiras se encontravam pessoalmente com as mulheres que o fariam para as “sessões de aconselhamento”:

Lo que llamábamos “sesiones de consejería” eran en realidad sesiones para compartir información. Mientras tomábamos el té, explicábamos el procedimiento: a dónde iría, quién estaría allí, qué sucedería exactamente, qué instrumentos se usarían, qué sentiría, y a qué debía estar atenta después. (ADELSTEIN, 2013, p. 5).

Los abortos se realizaban en los dormitorios, sobre camas normales. Siempre había alguien del servicio que se sentaba con la mujer, le tenía la mano, y le hablaba. Hablábamos sobre el procedimiento, sobre su trabajo, sus chicos, la escuela, lo que fuere. (*Ibid.*, p. 6).

Esses fragmentos evidenciam uma grande diferença na forma como se estabeleciam as relações entre as mulheres que abortavam com o “médico” e com as feministas do Jane. Enquanto na primeira situação as mulheres não podiam nem ao menos conhecer a identidade do “médico”, na segunda se estabelecia uma relação de confiança e solidariedade com as feministas, na qual tudo era compartilhado. As mulheres que abortavam também eram sujeitas daquele acontecimento:

Las mujeres que se acercaban a nosotras eran incluidas en la experiencia todo lo posible. En lugar de ser atendidas pasivamente, ellas actuaban junto a las miembras de Jane. Era imperativo que cada mujer que llegaba entendiera que la seguridad de Jane estaba en sus manos, del mismo modo que su propia seguridad estaba en las nuestras. Desde el primer contacto con el servicio, a las mujeres se les decía: “Esto te convierte en cómplice. Nosotras no te hacemos esto a vos, sino con vos.” Creíamos que la información era poder, así que compartíamos todo lo que sabíamos, y no escondíamos nada. Se suponía que las mujeres participarían, y las alentábamos a ayudarse unas a otras. Cualquier mujer podía hacer lo que estábamos haciendo y, de hecho, lo hacía. Muchas de las mujeres de Jane se unieron al grupo después de hacerse abortos con Jane. (*Ibid.*, p. 9).

De 1969 até 1973, cerca de 100 a 120 mulheres fizeram parte do Jane. Eram, em sua maioria, donas de casa e mães. Também haviam estudantes universitárias e, mais tarde, feministas “jovens, solteiras e radicais”. Embora houvesse a participação de algumas mulheres negras, o grupo era majoritariamente branco, o que incomodava as integrantes e era sempre motivo de conversas e reflexões. As idades das membras variavam entre 19 e 49 anos.

Dado que operábamos fuera de la ley y, de hecho, fuera de los límites del comportamiento aceptado, éramos libres de basar nuestro servicio en nuestros propios valores y en la necesidad que estábamos cubriendo. De nuestras propias experiencias con la profesión médica sabíamos que la diferencia entre una buena experiencia y una mala residía en la cantidad de información y control que teníamos, y en el respeto que recibíamos. Creíamos en el derecho de cada mujer a la autodeterminación. Tratábamos a las mujeres que atendíamos de la forma en que queríamos ser tratadas nosotras. Con estos valores como cimientos, nos focalizábamos en lo que teníamos en común como mujeres, sin ignorar las diferencias en formación, experiencia y personalidad. Tomar control del proceso de aborto nos había dado un sentido de nuestro propio poder en el mundo. Hacíamos lo que podíamos para asegurar que cada mujer que veíamos se fuera con el mismo sentido de control, con una sensación positiva sobre la experiencia, un sentimiento de que esta experiencia le pertenecía a ella. Queríamos que todas las mujeres se fueran con un mayor sentido de sí mismas, y con el poder de sus decisiones. Tratábamos de crear una oportunidad para que las mujeres recuperaran sus cuerpos y para que, al hacerlo, recuperaran sus vidas. (*Ibid.*, pp. 8-9).

Dessa forma, é perceptível que o acesso à informação, o controle sobre a experiência do aborto e o cuidado entre as mulheres tinham um papel central na forma como aquela experiência era vivenciada tanto pelas mulheres acompanhantes quanto pelas mulheres acompanhadas, possibilitando o compartilhamento de saberes, a retomada do poder de decisão, a autonomia e a recuperação dos próprios corpos.

França: MLAC

Un millón de mujeres abortan cada año en Francia. Ellas lo hacen en condiciones peligrosas a causa de la clandestinidad a la cual están condenadas, cuando esta operación practicada bajo el control médico es de las más simples. Se sume en el silencio a este millón de mujeres. Yo declaro ser una de ellas. Yo declaro haber abortado. De la misma manera que nosotras reclamamos el libre acceso a los medios anticonceptivos, reclamamos el aborto libre. (*Manifiesto de las 343 salopes*).

Na França, em 1971, no contexto político e social pós-1968, o processo contra uma jovem menor de idade que havia sofrido violência sexual e praticado um aborto levou a uma grande mobilização pública que repercutiu mundialmente. Um documento histórico assinado por 343 mulheres (entre elas artistas, cientistas e escritoras) que declaravam ter feito um aborto foi publicado na revista *Le Nouvel Observateur*³ sob o nome de *Manifiesto de las 343 salopes*⁴. As mobilizações se expandiram por todo o país dando início ao *Mouvement pour la liberté de l'avortement*

³ Em português: “O Novo Observador”.

⁴ Em português: “Manifesto das 343 vadias”.

*et de la contraception*⁵ (MLAC), em 1973, que passou a colocar clínicas clandestinas de aborto em funcionamento (BELLUCCI, 2014).

Antes do surgimento do MLAC, médicos membros de outras organizações já realizavam abortos ilegais na França através do método Karman⁶, mas foi este movimento que deu visibilidade para a prática, se constituindo enquanto uma instituição legal com estatuto e local físico, oferecendo apoio jurídico para aqueles/as que necessitassem, ao mesmo tempo em que atuava na ilegalidade.

O MLAC era um movimento misto composto por homens e mulheres⁷ e foi construído a partir de identidades e práticas políticas diversas. Funcionava de forma autônoma de acordo com os grupos e localidades que o compunham, mas havia uma carta de princípios básicos que deveriam ser respeitados e norteadores das ações. Dentro do movimento alguns grupos defendiam o aborto enquanto prática médica e outros acreditavam na sua prática autônoma, diferença que acabava por organizar ações distintas no próprio movimento, como a organização de viagens de Paris a Inglaterra e Holanda para a realização de abortos por médicos em clínicas e a prática local do procedimento por ativistas, com o intuito de torná-lo acessível (ZANCARINI-FOURNEL, 2003).

Após o momento de aprovação da lei de interrupção voluntária da gravidez na França, em 1975, o MLAC passou por um período de inatividade, mas após serem identificados problemas e dificuldades no acesso ao serviço legal, as feministas do movimento decidiram por continuar com a prática clandestina de realização de abortos e acompanhamento de mulheres. O limite da idade gestacional para a realização do aborto, o impedimento legal do procedimento para estrangeiras e a objeção de consciência por parte dos/as profissionais de saúde foram alguns dos obstáculos encontrados (BELLUCCI, 2014).

No ano de 1976, 6 ativistas foram presas acusadas de exercício ilegal da medicina, impulsionando iniciativas em sua defesa, inclusive a manifestação de solidariedade de médicos apoiadores:

⁵ Em português: “Movimento pela liberdade do aborto e contracepção”.

⁶ Método de aspiração uterina a vácuo desenvolvido na China em 1958, mas aperfeiçoado a partir de contribuições de médicos de outros países, entre eles, Harvey Karman dos EUA, no início dos anos 1970. Karman desenvolveu uma cânula macia e flexível que otimizava e diminuía os riscos do procedimento de aborto.

⁷ Correspondências recebidas no escritório do MLAC em Paris apontam para o registro de 15.000 membras/os. Sabe-se que boa parte delas/es eram profissionais de saúde, sindicalistas (em sua maioria mulheres) e feministas secundaristas e universitárias (ZANCARINI-FOURNEL, 2003).

Las mujeres que nosotros enviamos al MLAC vuelven a vernos y testimonian que lo que ha sido esencial para todas ellas es la acogida por las otras mujeres y la ayuda, de todas clases, sobre todo moral, antes, durante y tras la intervención. Afirmamos que, estas condiciones son primordiales para que las interrupciones del embarazo sucedan bien en el terreno médico [...] En el momento en que seis mujeres del MLAC van a ser juzgadas por ejercicio ilegal de la medicina y maniobras abortivas, queremos testimoniar que sus prácticas se efectúan en las mejores condiciones técnicas y morales, y nosotros nos solidarizamos con ellas. (GROSSO, TRPIN e ZURBRIGGEN, 2013, pp. 13-14).

A experiência francesa demonstra que mesmo após a conquista da permissão legal do aborto sua prática permanece limitada em relação às diversas necessidades das mulheres. Também demonstra que neste campo de disputa são outros sujeitos quem detém poder e maior legitimidade, o que acaba empurrando as mulheres novamente para a esfera da clandestinidade, único lugar no qual elas podem continuar exercendo sua liberdade, longe do controle e da tutela das instituições estatais e do poder médico. Poder este que reconhece, dentro de suas limitações, que os abortamentos acompanhados por outras mulheres oferecem condições importantes para uma experiência positiva.

Itália: Socorro Rosa

Socorro Rosa, na Itália, foi outra iniciativa que reuniu grupos feministas de esquerda nos anos 70 para auxiliar mulheres que desejavam abortar. Através de procedimentos realizados em locais clandestinos com a ajuda de médicos, essa movimentação teve início em Roma e depois se expandiu por diversas cidades do país, dando início à prática que foi chamada de *acompanhamento socorrista*.

Socorro Rosa (Soccorso Rosa) toma el nombre de un servicio desarrollado por feministas italianas en los años '70, quienes organizaron coordinadamente una forma de asistencia en la que, dos o tres veces por semana, las mujeres que deseaban realizarse un aborto podían reunirse en la oficina o en el sótano de un grupo feminista, donde recibían ayuda. Las feministas querían demostrar su solidaridad con las mujeres que deseaban realizarse un aborto privado, evitando que acudan a personas sin capacitación o teniendo que pagar altos precios. Los abortos eran realizados con la participación consciente de las mujeres y en un ambiente distendido. Se pusieron en práctica varios métodos. Un médico de apellido Crociani, perteneciente al Partido Radical, realizaba abortos a bajo costo, utilizando el método de aspiración Karman, con anestesia local. En enero de 1975, Crociani fue arrestado y las feministas capacitadas en el método Karman organizaron la realización de abortos en casas particulares. También se

organizaban viajes en charter a clínicas de Londres. (GROSSO, TRPIN e ZURBRIGGEN, 2013, p. 13).

Muitos dos grupos que se movimentavam em torno do direito ao aborto e que construíam o Socorro Rosa formaram o *Comitato Romano Per La Liberalizzazione Dell Aborto E La Contraccezione*⁸ (CRAC). Essa rede foi formada por um número significativo de médicas e teve um papel importantíssimo no debate político sobre o tema no país, estando à frente de manifestações pela difusão e liberação dos métodos contraceptivos e pelo aborto seguro. A aprovação da interrupção voluntária da gravidez na Itália se deu em 1978, através da Lei 194.

Antes disso, as médicas da CRAC também se apropriaram do método Karman para realizar abortos no primeiro trimestre de gestação e financiavam viagens às clínicas da Inglaterra para abortos no segundo semestre, visto que neste país a prática havia sido descriminalizada em 1967.

Assim como na França, feministas italianas também criticaram a forma como a descriminalização do aborto não contemplava as demandas de liberdade das mulheres pois ainda significava ter seus corpos sob tutela do Estado e sob normas elaboradas pelos homens.

Nesse sentido, segundo Mabel Bellucci (2014), numa perspectiva foucaultiana, legitimar o aborto fora do marco da lei é uma das estratégias de resistência desenvolvidas pelas mulheres para marcar sua posição de insubmissão, desobediência e vontade de poder.

Linhas telefônicas e internet: Tecnologias da Informação e Comunicação ampliando as redes

Inspiradas pelas experiências anteriores e levando em conta os serviços já existentes de aconselhamento telefônico promovidos por governos e organizações de diversos países da América Latina para atender demandas de prevenção ao suicídio, dependências, HIV e SIDA, saúde sexual e reprodutiva e violências, por exemplo, coletivos de mulheres feministas latinoamericanas criaram iniciativas independentes para difundir informações sobre aborto, as *Líneas de Información Telefónica sobre Aborto Seguro (LITAS)*.

Uma grande diferença entre o contexto dos acompanhamentos anteriores e o contexto de surgimento das linhas telefônicas de aconselhamento foi a descoberta, nos anos 1980 e 1990, dos fármacos *mifepristona* e *misoprostol* enquanto métodos abortivos seguros e não invasivos, e a

⁸ Em português: “Comitê Romano para a Liberalização do Aborto e Contracepção”.

ampliação das tecnologias da informação e comunicação, com o aprimoramento dos aparelhos e serviços de telefonia e o surgimento da internet.

Dessa forma, tanto as tecnologias da informação e comunicação quanto as tecnologias da medicina contribuíram fundamentalmente para a modificação do cenário do aborto no mundo e possibilitaram cada vez mais a autonomia dos movimentos feministas na continuidade de suas ações, e das mulheres que buscavam interromper suas gestações.

As linhas telefônicas de aconselhamento são

el resultado de iniciativas llevadas a cabo por colectivos de mujeres y no son parte de ninguna institución de salud. Por el contrario, son espacios independientes que brindan información de salud y cuestionan las estructuras convencionales biomédicas/clínicas, y sus servicios no son brindados por doctores u hombres. Favorecen las mejoras en el “itinerario abortivo” porque el acceso a información adecuada y confiable les da a las mujeres la posibilidad de hacerse un aborto que sea seguro para su salud y su vida, en estos casos con misoprostol. (DROVETTA, 2016, p. 127).

A *Colectiva Salud Mujeres* no Equador, a *Línea Aborto: más información, menos riesgos* na Argentina, a *Línea Aborto Chile* e a *Línea Aborto Libre* no Chile, a *Línea Aborto Información Segura* no Peru e a *Línea Aborto, Información Segura* na Venezuela são exemplos de linhas telefônicas que foram surgindo na América Latina a partir da metade dos anos 2000 e constituem uma rede latino-americana chamada *Red de Experiencias Autónomas de Aborto Seguro* (REAAS). No caso do Uruguai, mesmo havendo a permissão legal da interrupção voluntária da gravidez até as 12 semanas desde 2012, ainda existe pelo menos uma linha telefônica de atenção ao aborto seguro, mantida por feministas da coletiva *Mujeres en el Horno*.

Em geral, são coletivos e organizações feministas que atuam através das linhas telefônicas sem qualquer vínculo com instituições de saúde. Esses coletivos são ideologicamente diversos, se organizam de forma diversa e atuam de acordo com seus contextos sociopolíticos nacionais e locais, de maior ou menor restrição do aborto. Tem suas diferenças quanto a dialogar ou não com o Estado, quanto a pressionar para que existam políticas públicas institucionais que garantam o aborto seguro e gratuito e/ou quanto a focar suas ações no sentido de ajudar a promover a autonomia das mulheres e o aborto independente pois entendem e “denuncian que la organización biomédica es una estructura jerárquica y patriarcal” (DROVETTA, 2016, p. 131).

Além das linhas telefônicas, são disponibilizados blogs e redes sociais para divulgar material informativo como o protocolo oficial de abortamento seguro da Organização Mundial de Saúde

(OMS)⁹ e manuais detalhados sobre o procedimento de aborto criados pelos próprios coletivos¹⁰, em uma linguagem mais acessível voltada para pessoas que não tem conhecimentos específicos da área da saúde.

Antes do período de surgimento das linhas telefônicas, surgiu no início dos anos 2000, uma iniciativa inovadora que viria a modificar mais uma vez o cenário mundial do aborto: foi o surgimento da organização não governamental (ONG) holandesa *Woman on Waves*¹¹, que ajudava mulheres a abortar com medicamentos em seu navio fora das águas territoriais de países onde o aborto fosse ilegal. Fundada pela médica holandesa Rebecca Gomperts, a organização navegou por países como Irlanda, Polônia, Portugal, Espanha e Marrocos. Contava com a colaboração das organizações locais dos lugares que eram visitados e viajava com uma equipe médica de mulheres a bordo, sendo elas ginecologistas, enfermeiras e médicas especializadas em aborto.

Devido à grande repercussão pública do projeto, mulheres do mundo todo começaram a mandar e-mails pedindo ajuda em relação à interrupção da gestação. Essa demanda impulsionou a criação da plataforma online *Women on Web*, em 2005:

Women on Web é um colectivo internacional que responde a milhares de emails todos os dias, vindos de mulheres de todo mundo e em muitas línguas diferentes. Como a Women on Web ajuda mulheres de muitos países, não existe um número de telefone da equipa de ajuda, mas nós responderemos a todos os emails e vamos ajudá-la. Não hesite nunca em contactar-nos com todas as suas dúvidas pelo email **info@womenonweb.org**. Estamos aqui para ajudá-la e acredite que pode contar connosco!¹²

Em sua página na internet, *Women on Web* se define como uma rede internacional de mulheres que já abortaram e de pessoas e organizações que apoiam esse direito, se colocando à

9 Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf?sequence=7>. Acesso em: 29 jun, 2018.

¹⁰ Ver manual da Colectiva Salud Mujeres (Ecuador). Disponível em: <<http://www.abortoseguroecuador.com/single-post/2015/05/27/Descarga-Manual-Aborto-con-Medicamentos-informaci%C3%B3n-segura-para-decidir>>. Acesso em: 29 jun, 2018. Ver manual da *Línea Aborto Chile* (Chile). Disponível em: <<http://infoabortochile.org/wp-content/uploads/2013/05/manual.pdf>>. Acesso em 29 jun, 2018. Ver manual da *Línea Aborto: más información, menos riesgos* (Argentina). Disponível em:

<http://www.rednosotrasenelmundo.org/IMG/pdf/Como_hacerse_un_aborto_con_pastillas-Lesbianas_y_Feministas_por_la_Despenalizacion_del_aborto.pdf>. Acesso em: 29 jun, 2018.

¹¹ Ver documentário *Vessel*. Disponível em: <<http://vesselthefilm.com/>>. Acesso em: 13 jun, 2018.

¹² Disponível em: <<https://www.womenonweb.org/>>. Acesso em: 13 jun, 2018.

disposição para tirar dúvidas e auxiliar mulheres a realizarem abortos seguros. Ao acessar o site as mulheres têm acesso ao e-mail da organização, às informações sobre o procedimento de aborto com medicamentos e sobre métodos contraceptivos. Podem iniciar uma consulta médica online para obter acompanhamento e seguir os passos para receber o kit de medicamentos em sua própria casa. Também há um espaço com histórias compartilhadas por mulheres que já abortaram e outro para o envio de histórias por quem deseja compartilhá-las. Além disso, há um espaço reservado para o recebimento de doações que possibilitam abortos seguros para mulheres com condição financeira desfavorável.

A possibilidade de acolher as demandas de aborto seguro de mulheres do mundo todo através das consultas online e do envio dos medicamentos para os lugares em que as leis são mais restritivas a preços mais acessíveis foi um passo importante para aumentar o acesso à informação e ao procedimento seguro, encurtando os itinerários das mulheres na busca pelos fármacos e não as expondo tanto quanto nos circuitos do mercado ilegal.

Outra iniciativa que funciona de forma bem semelhante é a *Women Help Women*¹³, outra rede internacional feminista composta por ativistas, profissionais e organizações que também realiza consulta e acompanhamento online. É interessante perceber a presença do ativismo feminista em sua descrição:

Feministas em todo o mundo cooperam para colocar produtos de saúde reprodutiva, tais como contraceptivos e aborto medicinal, nas mãos de mulheres, onde eles pertencem. Acesso a produtos e informações confiáveis empodera mulheres que compartilham e mulheres que recebem o conhecimento. Women Help Women trabalha para tornar o **ACESSO** mais fácil e enraizado em suas escolhas, a **INFORMAÇÃO** mais confiável e com base nas normas mais atuais, e o **ATIVISMO** mais colaborativo e poderoso.

Além de oferecer acompanhamento online e envio de medicamentos abortivos, essa rede aposta no conhecimento e na informação para promover o acesso a abortos seguros, autônomos e potencializar o ativismo. A frase no final da página central do site diz bastante sobre a relação entre “pessoal” e “político” que a rede busca estabelecer: “Vinculando a experiência pessoal de engolir um comprimido com o ativismo político global”.

Entre diversos materiais disponibilizados para download, há uma cartilha produzida pela própria rede que trata dos estigmas envolvidos na prática do aborto, chamada *Apoiando o uso*

¹³ Disponível em: <<https://womenhelp.org>>. Acesso em: 13 jun, 2018.

*autônomo de medicamentos abortivos: lutando contra o estigma a cada e-mail*¹⁴. Além de discutir impacto nocivo do estigma, a cartilha disponibiliza estratégias para combatê-lo, desmistificando ideias sobre aborto que circulam nos meios de comunicação, demonstrando como o estigma aparece nos pedidos de ajuda que recebem por e-mail e compartilhando as técnicas de abordagem e argumentos que utilizam para combatê-los. O objetivo da cartilha é promover informações que ajudem a construir relações de solidariedade, empoderamento e engajamento em torno da questão do aborto.

Entre decidir ser “parte da solução” e “fazer algo enquanto isso”: Uruguai e Argentina

Uruguai

No Uruguai o aborto foi criminalizado através da Lei 9.763, de 1938, com atenuantes e dirimintes em casos de risco grave à saúde ou vida da mulher, gestação em decorrência de estupro, dificuldade econômica e honra pessoal. Apesar disso, o acesso ao aborto nesses casos era dificultado porque acabava dependendo de autorização institucional, o que se caracterizou como uma contradição tendo em vista a existência das exceções nessa lei. Sendo assim, poucos são os registros de realização desse procedimento pelo sistema de saúde antes do alargamento dos casos de descriminalização do aborto em 2012 no país.

O número de abortos inseguros e mortes em decorrência eram alarmantes: a primeira pesquisa de magnitude, coordenada por Rafael Sanseviero (2003), estimou aproximadamente 33mil abortos clandestinos em 2000. Já em 2001, uma em cada duas mulheres que morreram no Centro Hospitalar Pereira Rossell (CHPR), em Montevideu, morreu por complicações de aborto provocado. Na década anterior, a morte de mulheres por aborto representou 27% do número total de mortes de gestantes, colocando o Uruguai em um dos primeiros lugares do ranking mundial de mortalidade de mulheres por aborto (ROSTAGNOL, 2009).

Nesse contexto, em 2001, profissionais de saúde deste hospital decidiram criar estratégias para “reduzir riscos e danos” à vida e saúde das mulheres que não desejavam seguir adiante com suas gestações e optavam pelo aborto. Entendendo fazer parte do problema, já que se omitiam diante da situação dessas mulheres muitas vezes reproduzindo violências e desigualdades, decidiram ser “parte da solução” (LABANDERA, GORGOROSO e BRIOZZO, 2016, p. s8).

¹⁴ Disponível em: <<https://womenhelp.org/pt/page/835/estigma-portugues>>. Acesso em 30 jun, 2018.

Mesmo com a legislação restritiva daquela época, essas/esses profissionais criaram um espaço para acolher e informar as mulheres para que elas pudessem fazer uma decisão bem informada, diminuindo os riscos dos abortos, quando efetivados. Essa proposta foi baseada nas recomendações da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, da Organização das Nações Unidas (ONU), realizada no Cairo, em 1994, que previa que as mulheres que não desejassem seguir com suas gestações deveriam ter acesso imediato a informações confiáveis e aconselhamento humanizado.

Em 2002, outras profissionais se integraram à equipe, tornando-a interdisciplinar. Sendo assim, médicas/os, psicólogas/os, parteiras/os e enfermeiras/os contribuíram com informações de suas respectivas áreas do conhecimento para assegurar um aconselhamento completo que consistia em: uma primeira visita para avaliar a situação e informar as opções disponíveis para a interrupção (ou não) da gestação em um contexto de leis restritivas; um segundo momento para informações pertinentes à decisão final da mulher e, quando necessário, uma terceira visita para avaliação pós-aborto e indicação de métodos contraceptivos.

O nome dado a este programa foi *Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo (IS)* que, neste mesmo ano, impulsionou uma norma de atenção à saúde chamada *Asesoramiento para una maternidad segura: medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*, apresentada pela Sociedade de Tocoginecologia do Uruguai, pelo Sindicato Médico do Uruguai e pela Faculdade de Medicina ao Ministério da Saúde Pública, que tornava obrigatório o assessoramento a mulheres que tinham intenção de praticar um aborto, bem como atenção hospitalar para aquelas que haviam abortado, convertendo-se, em 2004, na Resolução 369, que se tornou reconhecida como um modelo de *redução de danos* em relação à prática do aborto no país. A resolução estabelece que “os objetivos da consulta inicial são: preservar e controlar a gravidez; informar, prevenir e orientar sobre riscos e danos; analisar as causas que levam a usuária à decisão de submeter-se a um aborto provocado” (ROSTAGNOL, 2009, p. 95).

O Inicativas Sanitárias propunha uma mudança na relação médica com as mulheres atendidas baseada em princípios bioéticos e respeitando valores profissionais de sigilo e confidencialidade, porém, houve dificuldades na sua implementação e no acesso pelas usuárias, passando a ter mais visibilidade apenas quando se tornou resolução e, mesmo assim, continuou encontrando dificuldades porque o Ministério da Saúde não subsidiou ações para sua efetivação nas unidades de saúde e instituições de assistência médica previdenciária.

Um estudo realizado pelo Programa Gênero, Corpo e Sexualidade do Departamento de Antropologia Social da Universidad de la República (UDELAR) sobre um ano e meio do funcionamento do Iniciativas Sanitárias (maio de 2003 e outubro de 2004) apontou razões para a falta de acesso das mulheres ao serviço:

Entre as razões detectadas pelo estudo (ROSTAGNOL; MONTEALEGRE, 2004), além da escassa divulgação do serviço (razão apontada pela equipe de saúde), destacam-se: o caráter não-acolhedor da instituição hospitalar, devido à inadequação do espaço, ausência de sinalização visual; barreiras burocrático-administrativas; a tripla assimetria da relação ginecologista-usuária (de gênero, de saberes e econômico-social), que se reflete nas dificuldades de comunicação durante a consulta, especialmente como consequência do olhar sociocêntrico e estereotipador das/os ginecologistas (MESA; VIERA, 2006); e o medo da denúncia que – embora a possibilidade desta fosse mais simbólica que real – mantinha sempre presente o temor atuando como mecanismo que impedia as mulheres de buscar os serviços de saúde no caso de complicações pós-aborto (ROSTAGNOL, 2003). (ROSTAGNOL, 2009, p. 96).

Conforme já dito, após a aprovação da Resolução 369, o número de acessos ao serviço aumentou: “segundo informações do IS, as consultas passaram de 59 no trimestre junho-agosto a 229 no trimestre setembro-novembro de 2004; diminuíram no trimestre seguinte para recuperar o mesmo volume no próximo” (ROSTAGNOL, 1996).

No final de 2012, após aprovação do Senado, o então presidente José Mujica promulgou a Lei 18.987, que prevê a interrupção voluntária da gravidez até as 12 semanas de gestação, mantendo nas exceções os casos de risco grave à saúde da mulher (mediante tentativa primeira de salvar a vida do embrião/feto sem prejudicar a vida ou a saúde da mulher); de malformação provocada por processo patológico que resulte na incompatibilidade da vida extrauterina e casos de gravidez decorrente de violência sexual mediante denúncia judicial, sendo os dois primeiros casos permitidos em qualquer momento da gestação e o último até as 14 semanas, necessitando relatório médico por escrito sobre cada uma das situações.

Interessante notar que corriqueiramente fala-se em “descriminalização do aborto” ou “legalização do aborto” no Uruguai, conforme podemos ver em diversas notícias veiculadas nos meios de comunicação, porém, organizações feministas alertam para o fato de que, ainda que tenha representado avanços no cenário do aborto no país, a lei possibilita um alargamento dos casos de aborto legal sem descriminalizá-lo, sem legalizá-lo, sem romper com os estigmas

associados à essa prática e, principalmente, mantendo os corpos das mulheres sob a tutela do Estado.

O artigo primeiro, que dispõe sobre os princípios gerais da Lei de interrupção voluntária da gravidez versa sobre maternidade. Ou seja, as primeiras linhas de uma lei cujo objetivo seria assegurar o direito à não-maternidade reforça que “o Estado garante o direito à procriação consciente e responsável” e “reconhece o valor social da maternidade”. O artigo segundo dispõe sobre a descriminalização, dizendo que os artigos do Código Penal só não são aplicáveis quando a mulher realizar o aborto até as 12 primeiras semanas de gravidez e se cumprir com os requisitos pré-estabelecidos nos artigos seguintes, que são: procurar uma instituição do Sistema Integrado Nacional de Saúde e informar o seu desejo apresentando justificativa sobre as circunstâncias da gravidez indesejada, “que, na sua opinião, impedem que ela continue com a gravidez em curso”; passar por uma consulta com a equipe interdisciplinar, que envolve ginecologista, psicóloga(o) e assistente social para ser informada sobre os riscos “inerentes” à prática do aborto e sobre outras alternativas ao procedimento, como apoio social e econômico para seguir com a gestação e possibilidade de adoção pós nascimento. A tarefa da equipe interdisciplinar é “ajudar a superar as causas que podem levar ao término da gravidez e garantir que você tenha as informações necessárias para tomar uma decisão consciente e responsável”. Por fim, a mulher é liberada para um período de “reflexão” de cinco dias e só depois pode retornar para realizar o procedimento, se assim desejar (URUGUAI, 2012).

Organizações feministas como *Mujer y Salud en Uruguay (MYSU)* apontam problemas na nova legislação. O desejo de interromper a gestação só recebe credibilidade quando apresentada uma justificativa que demonstre, do ponto de vista moral, que a mulher não tem condições de seguir com a gestação. Além disso, fica evidente que o papel da equipe de saúde é apresentar alternativas ao aborto, ou seja, é argumentar contra o desejo apresentado pela mulher. Essa intervenção, juntamente com o período de cinco dias para “reflexão” demonstram, segundo Mauricio de los Santos, integrante da organização, que “as mulheres são seres tuteláveis que não podem tomar decisões por conta própria e precisam do Estado, pai, marido, homens ou alguma entidade superior para ajudá-las a tomar decisões”¹⁵. Ademais, as mulheres que chegam no serviço de saúde procurando pela interrupção legal já têm sua decisão tomada e poucas delas

¹⁵ Ver reportagem com integrantes da MYSU em <http://www.pikaramagazine.com/2012/10/uruguay-despenaliza-el-aborto-pero-continua-infantilizando-a-las-mujeres-la-ley-exige-a-las-mujeres-pasar-por-un-comite-interdisciplinario-de-profesionales-y-cumplir-un-plazo-de-reflexion/> Acesso em: 03 jul, 2018.

desistem de abortar depois do atendimento, o que corrobora com a necessidade de revisão da obrigatoriedade dos requisitos.

Na mesma reportagem, Lilián Abracinskas, também integrante da MYSU afirma que:

Uruguay tuvo la oportunidad de despenalizar el aborto y reconocer y garantizar a las mujeres y sus parejas el derecho de decidir de forma libre y autónoma sobre cuándo ejercer su maternidades y paternidades definiendo el número de hijos que quieren o pueden tener, pero no lo hizo. Optó por aprobar una ley confusa, mezquina y retrógrada que mantiene el delito y, por lo tanto, la sanción jurídica y moral sobre las mujeres que abortan. Sólo suspende la aplicación de la pena si la mujer que quiere abortar cumple con una serie de requisitos. La ley opta por seguir y consolidar el paradigma de tutelaje del poder médico sobre las mujeres reconociendo en el éste poder mayor capacidad de decidir sobre los cuerpos y las vidas de las mujeres, que ellas mismas. Una ley que sigue exponiendo a las mujeres a la clandestinidad del aborto dado que interpone muchos obstáculos para acceder a los servicios que habilita. Deja por fuera a múltiples instituciones de salud que no forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud. No estipula sanciones a las instituciones que no cumplan con los servicios y sólo seguirán siendo las mujeres las penalizadas por el delito de abortar. Gracias a los saludos, pero en realidad poco tenemos para festejar en función de lo que nos merecíamos como país, como movimiento social y como mujeres. (GONZÁLEZ e VILELLA, 2012).

Argentina

Se alguns coletivos e organizações utilizam exclusivamente a internet ou as linhas telefônicas para fazer o aconselhamento e acompanhamento de mulheres, outros grupos feministas apostam em formas diferentes de contato com as mulheres que buscam um aborto seguro, como é o caso das *Socorristas en Red*, da Argentina, uma rede de articulação nacional de diferentes coletivos feministas que tomou forma em 2012 e atualmente é composta por mais de quarenta grupos distribuídos em várias regiões do país. Também inspiradas nas experiências das italianas e francesas dos anos 1970, as Socorristas iniciaram mais um *Socorro Rosa*, facilitando espaços de aconselhamento e acompanhamento para mulheres que decidem abortar, numa junção do aconselhamento telefônico com o acompanhamento presencial, face a face com essas mulheres.

A rede foi impulsionada a partir de estratégias coletivas que já vinham sendo pensadas no interior da *Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito*, criada em 2005 para organizar e impulsionar a luta nacional pela descriminalização e pela legalização do aborto no

país, e pela coletiva feminista *La Revuelta*, que já fazia acompanhamentos desde o final de 2008 (GROSSO, TRPIN e ZURBRIGGEN, 2013).

Cabe ressaltar que a Campanha apresentou pela primeira vez o projeto de *Ley de Interrupción Voluntaria Del Embarazo (IVE)* em 2007, mas só o momento de aprovação da Lei de Matrimônio Igualitário em 2010 e de Identidade de Gênero em 2012 se colocou como um contexto favorável que parecia abrir caminhos para a sua aprovação também, o que acabou não acontecendo. Sendo assim, sem abandonar a luta pela legalização do aborto, grupos envolvidos na Campanha começaram a planejar estratégias para “hacer algo en el mientras tanto” (BURTON, 2017, p. 100).

Como já dito, desde 2008 a *Coletiva La Revuelta* já se deparava com essas inquietações. Em um relato posterior emocionante sobre a primeira vez em que se identificaram em um acompanhamento de aborto afirmaram que a potência dessa situação as transformou “de pasadoras del dato a socorristas arriesgadas” (GROSSO, TRPIN e ZURBRIGGEN, 2013, p. 4).

Naquela ocasião foram procuradas por um rapaz cuja companheira, uma jovem de 19 anos, estava grávida e queria interromper a gestação. Sem ninguém por perto que pudesse fazer o procedimento, sem apoio tanto da família dela quanto da dele por não terem conhecimento da situação, pediram ajuda para realizar o procedimento em cidade vizinha e, assim, o *Socorro* se fez. Da chegada ao local, até o fim do procedimento e o retorno sentiram na pele os efeitos da clandestinidade, do “imperialismo sobre el cuerpo” e da “colonización” (*Ibid.*, 2013, p. 5).

Nos arrasa la impotencia. Nos sentimos asfixiadas por las condiciones de este trato o mejor dicho maltrato, impuesto por la clandestinidad, ese plus de padecimiento que tienen que transitar las mujeres que no quieren continuar con un embarazo no planeado (y quienes las acompañamos), cuando se atreven a transgredir desafiando la ley. Vivenciamos el desamparo, no es cualquier desprotección, implica el abandono total por parte del estado. Porque en el territorio de la ilegalidad no existe regulación alguna. Superado el llanto desconsolado, al grito de ¡socooooorrrrooooo! convocamos recuerdos de los socorros rosas que llevaron adelante las francesas e italianas setentistas. (*Ibid.*, p. 6).

Reparamos que no toleramos más subjetivamente quedar a la intemperie, sin alguien que nos acoja y nos trate como sujetas de derechos. Cómo hacer entonces, para convertir este padecimiento en una acción política que cambie esta escena de malos tratos en un territorio con opciones para las mujeres que así lo requieran. El sentir grupal habla de la urgente necesidad de intervenir políticamente de otra manera, porque no es justo seguir expuestas a estos tratos tan arbitrarios. Así, un pequeño y particular movimiento tuvo lugar. (*Ibid.*, p. 7).

Clandestino, costosísimo, secretísimo y cargado de numerosas violencias, como muchos otros. La diferencia de este aborto radicó en las afectaciones especiales que provocó en la colectiva, difíciles de nombrar con los lenguajes disponibles, pero que motivaron la decisión de proyectar lo que años más tarde denominaríamos Socorro Rosa. (*Ibid.*, p. 7).

O caso dessa jovem foi fundamental para o desenrolar do *Socorro en Red*, que inicialmente consistia em transmitir informações sobre médicos que realizavam abortos e/ou sobre o uso seguro de *misoprostol* através de contato telefônico, e-mail e muitas vezes face a face. Aos poucos foi se criando uma rede segura e clandestina, que contava com o apoio de profissionais de saúde de confiança, mas que operavam de acordo com formas e valores bem distintos. À princípio as ativistas não promoviam a ideia do aborto medicamentoso autônomo e reafirmavam sempre a importância do acompanhamento médico porque entendiam que o conhecimento médico era sinônimo de segurança e ainda não percebiam a potência da informação e do cuidado na garantia de abortos seguros com *misoprostol*. Mais tarde se viram diante da contradição entre a perspectiva do cuidado envolvida na difusão de informação para que as mulheres pudessem tomar sua decisão com segurança e uma certa manutenção do “mercado” de abortos e das violências envolvidas no processo.

No final de 2009, decidiram se distanciar dos discursos e das práticas médicas para construir suas próprias práticas em um processo que, inicialmente, buscava o suporte das ativistas que tinham alguma vinculação à área da saúde. Três grandes decisões marcaram essa transição:

1) el pasaje de mujeres anónimas a mujeres con nombre propio, obligadas a establecer un vínculo con nosotras, a partir de la decisión de llevar un registro de acompañamiento; 2) el pasaje de informar sobre los médicos que hacen abortos en ámbitos privados, a priorizar que las mujeres aborten en sus casas mediante el uso de misoprostol, en lo posible con alguien cercanx afectivamente que las asista; 3) el pasaje de ser atendidas por un médico varón, a ser acompañadas y contenidas, por mujeres feministas. (*Ibid.*, p. 12).

Com o passar do tempo foram compreendendo o potencial político dessa experiência e reconhecendo a radicalidade que ali se conformava, no sentido da construção de uma nova política feminista que experimentava possibilidades até então não conhecidas:

Este cambio en la modalidad de acompañamientos implicó para la colectiva, nuevos aprendizajes que van desde salvar los obstáculos propios, para abrir paso a convivir de alguna manera con el riesgo; pasando por franquear nuestras inseguridades y empezar a confiar más en los saberes contruidos; hasta llegar a reconocer la importancia de volcar asiduamente los datos en una planilla, convencidas que esa información se traduciría en nuevos aprendizajes sobre la multiplicidad de experiencias a la hora de abortar. Además, redundaría favorablemente en las argumentaciones para el reclamo por el aborto legal desde un sistemático y particular trabajo en terreno. Estas decisiones pasaron a conformar los trazos de lo que hoy conocemos como Socorro Rosa. (*Ibid.*, p. 12)

Rafael Sansevierio (2003; 2007) classifica os procedimentos de aborto em “medicalizados” e de “práticas populares”. A diferença fundamental entre eles está na fonte de legitimidade que os torna válidos e acessíveis para as mulheres. O procedimento medicalizado é legitimado pelo saber/poder médico e exercido por um/a profissional de saúde habilitado para tal, mesmo que realizado em clínicas ou outros locais clandestinos. Já a legitimação do procedimento no contexto das práticas populares está no saber das mulheres que são compartilhados e aperfeiçoados em redes de sociabilidade majoritariamente feminina, mediante procedimentos que elas realizam sozinhas ou com a ajuda de outra/s mulher/es.

Segundo Susana Rostagnol, Mariana Viera, Valeria Grabino e Serrana Mesa (2013), em menor ou maior grau, nos dois procedimentos há a presença da instituição médica, mesmo que seja possível realizar o procedimento medicamentoso, do início ao fim, sem a intervenção de um profissional de saúde, já que há a utilização de um fármaco inserido no campo da biomedicina. Para as autoras, a diferença entre os dois procedimentos está na forma como as mulheres os vivenciam corporalmente: no medicamentoso elas percebem o que acontece com o corpo, já no procedimento cirúrgico elas “entregam” seus corpos para o profissional de saúde e não sabem o que acontece com elas durante a intervenção, devido à anestesia, o que demonstra uma vivência conformada somente pelos momentos pré e pós-aborto. Em alguns casos relatam nem mesmo saberem o método cirúrgico utilizado (AMIU, curetagem ou sonda). Essa preocupação também aparece no relato da experiência do procedimento cirúrgico da jovem acompanhada pelas ativistas do Socorro Rosa:

Sabemos poco acerca del tipo de práctica al que es sometido en ese interín el cuerpo de Ailén, cuando le consultamos nos dijo: “no sé qué me hizo, me revisó y colocó algo pero no sé qué más”. ¿Puede ser tanto imperialismo sobre el cuerpo? ¿Puede ser tanta mudez ante esa colonización? (GROSSO, TRPIN, ZURBRIGGEN, 2013, p. 5).

Já no procedimento medicamentoso, a ligação entre a vivência corporal e a consciência não se rompe porque “se da un control sobre los procesos vividos por el cuerpo, dando muestras del desarrollo de un modo de atención que no se reduce al cuerpo como un objeto aislado, prestando atención a la situación del cuerpo en el mundo, en relación” (ROSTAGNOL, GRABINO, MESA, VIERA, 2013, p. 27). Ou seja, no procedimento medicamentoso as mulheres são capazes de reconhecer os sintomas e de identificar o resultado, mesmo que muitas vezes compreendam sua experiência de aborto como negativa e dolorosa justamente por terem consciência do processo, por vivenciarem a dor e o sofrimento.

As autoras afirmam que a não vivência do processo do aborto promove um “vazio experiencial” que afasta as mulheres do conhecimento daquilo que está sendo vivenciado por elas mesmas: “en su cuerpo se dan una serie de procesos, que ella, de manera autónoma, y enfrentando un contexto de ilegalidad, decide enfrentar, pero que en los hechos no vive en forma consciente” (*Ibid.*, p. 28).

Sendo assim, dialogando com teorias sobre o processo histórico de medicalização e controle do corpo “feminino”, as autoras apontam que a “entrega” da própria vivência para outra pessoa, que passa a se apropriar deste corpo, significa um desempoderamento da mulher. Considerando que a experiência do corpo é um ponto de partida para a existência humana no mundo cultural e que essa experiência é atravessada pelos diversos “vazios experienciais” promovidos pela retirada das oportunidades de vivência desses processos corporais, tanto o aborto medicamentoso quanto o cirúrgico se inscrevem em um mundo cultural no qual “o cuerpo es negado, donde el dolor y la vivencia de las sensaciones y emanaciones del cuerpo son consideradas innecesarias, evitables e incluso de mal gusto” (*Ibid.*, p. 28).

A prática do *Socorro Rosa* pelas feministas propõe colocar “al cuerpo como clivaje fundamental donde las experiencias ocurren y desde donde se construye la práctica feminista, socorrista y abortera” (BURTON, 2017, p. 103). A partir da escuta atenta da história e situação particular de cada mulher que as procura, a partir da troca que há na pedagogia de aprender e ensinar, o acompanhamento se constitui como um processo de desconstrução de preconceitos, de reflexão e elaboração coletiva, no qual se constrói outro tipo de vínculo entre as mulheres que acompanham e são acompanhadas, baseado na sororidade, na criação de relações de confiança e apoio mútuo, onde o afeto tem lugar central:

Em suma, las socorristas se asumen como generadoras de un feminismo diferente; desde los socorros como experiencias situadas se proponen construir un feminismo que no desconoce los aspectos teóricos, pero al mismo tiempo implica pensar en lo corporal y en los aspectos emotivos entremezclados en sus prácticas militantes. (*Ibid.*, p. 104).

Dessa forma, o feminismo é compreendido como a teoria base da prática do acompanhamento socorrista porque carrega a ideia do aborto como um direito a ser conquistado e que a decisão de abortar é um exercício de autonomia, de soberania sobre o corpo e não apenas uma experiência carregada da culpa imposta pela ilegalidade e moralidade heteropatriarcal (MAFFEO, SANTARELLI, SATTA e ZURBRIGGEN, 2014).

Além disso, a proposta de um novo feminismo que leva em conta as subjetividades envolvidas nas relações de acompanhamento, coloca-o como o lugar de onde se torna possível a resignificação dos sentidos do aborto:

En esa insistencia los grupos feministas que acompañan a mujeres a abortar, intentan construir nuevos sentidos sobre esa práctica, desclandestinizarlo, y construir otras formas de pensar, nombrar y vivir los abortos. Con ello pretenden disputar el sentido común hegemónico de la práctica que lo asocia con la culpa, con la sanción moral, pero también buscan construir discursos en los cuales se problematizan las sexualidades y se cuestione la obligatoriedad de la maternidad. En sus reflexiones al respecto afirman que los abortos pueden significar para muchas mujeres momentos de aprendizaje, tanto sobre sus derechos como sobre sus propios cuerpos. Cuerpos sexuados, disciplinados para cumplir determinados fines. Le disputan los sentidos sobre la práctica a los poderes hegemónicos – fundamentalmente las comunidades religiosas, pero también la corporación médica, los medios de comunicación, las instituciones estatales y quienes ocupan los cargos de decisión política. (BURTON, 2017, p. 105).

Sendo assim, podemos dizer que no contexto do aborto acompanhado por feministas, a vivência corporal de todo o processo e do procedimento em si tem a possibilidade de se deslocar do “vazio experiencial” tão presente nas experiências do aborto cirúrgico, e do aborto medicamentoso como uma vivência negativa atravessada muitas vezes pelo segredo, pela solidão e pela culpa, passando a dar lugar para um experiência de liberdade, autonomia, autoconhecimento e construção de afetos, conforme evidencia o relato de Nadia, ativista da coletiva La Revuelta:

Es tomar las riendas de su vida y decir: esto lo quiero para mi vida, esto yo no lo quiero. Es también saber que hay otras mujeres que está ahí para

acompañarte, que podés contar con ellas para lo que vos necesitéis. Pero, es distinto yo creo abortar en soledad que abortar así, acompañada, porque... yo a pesar de acompañar a las mujeres a la distancia, siento con ellas a veces una conexión. Una conexión de mujer. De mujer que las dos, que ella no quiere ser madre y que yo la quiero apoyar en esa decisión. Y es una conexión linda. Una no podría explicarla. No sé qué es lo que me pasa, pero, es como que por momentos me siento parte de ella. Entonces, tiene mucho esto de abortar hermanada con otra. Estás con otra. No estás sola. Hay alguien que te está cuidando y que está pensando en vos, y alguien que va a estar ahí, aunque sea en el teléfono, es alguien que va a estar para vos. Entonces abortar tiene un significado diferente... estar con otra, que entiende tu situación, que no te juzga, que te va a apoyar [...] a veces las mujeres te llaman y no llegan a decirte cómo se sienten, sienten que tienen que decirte sus motivos para que vos evalúes si vale la pena que aborte o si no. Y le digo, los motivos pueden ser todos los que vos sientas porque sos vos la que quiere tomar esta decisión y si vos vas a tomar esta decisión, yo te apoyo, y si vos querés seguir adelante con el embarazo, que te vaya bien, le digo, pero si vos vas a abortar, sabés que contás conmigo. (BURTON, 2017, p. 107).

Conclusão

É de extrema importância o papel cumprido pelas feministas e suas redes na redução do número de abortos inseguros, complicações e morte de mulheres em sua decorrência, bem como os impactos do *ativismo de acompanhamento* na ressignificação das experiências através da difusão de informação, da luta contra o estigma, dos afetos e das relações de solidariedade estabelecidas entre as mulheres. Frente ao total abandono do Estado e das políticas públicas que continuam perpetuando a dominação dos corpos das mulheres, os movimentos feministas tomaram para si a responsabilidade de “fazer algo enquanto isso”, enquanto as mulheres não conquistam políticas efetivas de liberdade e de garantia dos seus direitos humanos, fazendo um enfrentamento direto que se dá pela utilização dos seus corpos como campos de batalha e resistência.

Referências:

- BELLUCCI, Mabel. 2014. *Historia de una desobediencia*. Aborto y feminismo. Buenos Aires: Editorial Capital Intelectual. 512 p.
- BURTON, Julia. 2017. *Prácticas feministas en torno al derecho al aborto en Argentina: aproximaciones a las acciones colectivas de Socorristas en Red*. **Revista Punto Género**, 7, pp. 91-111.
- GROSSO, Belén; TRPIN, María; ZURBRIGGEN, Ruth. 2013. *Políticas de y con los cuerpos: cartografiando los itinerarios de Socorro Rosa (un servicio de acompañamiento feminista para mujeres que deciden abortar)*. In: Fernández, Ana María; Siqueira Peres, Wiliam (orgs). *La diferencia desquiciada*. Géneros y diversidades sexuales: devenires, deseos y derechos. 1ª ed, p. 97-123. Buenos Aires: Biblos.

JANE. *Just call "Jane"*. 2013. In: FRIED, Marlene Gerber (ed). *From Abortion to Reproductive Freedom: Transforming a Movement*, South End Press Collective, 1990, pág. 93. Tradução em espanhol: Gabriela Adelstein, Buenos Aires. Disponível em: <<http://www.rimaweb.com.ar/articulos/2013/just-call-jane/>>. Acesso em: 21 jun, 2018.

LABANDERA, Ana; GORGOROSO, Monica; BRIOZZO, Leonel. 2013. *Implementation of the risk and harm reduction strategy against unsafe abortion in Uruguay: From a university hospital to the entire country*. International Journal of Gynecology and Obstetrics.134(Suppl 1):S7–S11.

MAFFEO, Florence, SANTARELLI, Natalia, SATTA, Paula., ZURBRIGGEN, Ruth. 2015. *Parteras de Nuevos Feminismos. Socorristas en Red - Feministas que abortamos: una forma de activismo corporizado y sororo*. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer, Norteamérica, 20, jun.

ROSTAGNOL, Susana. Panorama del aborto en Uruguay. 2009. In: ROCHA, Maria Isabel Baltar da & BARBOSA, Regina Maria (orgs.) *Aborto no Brasil e países do Cone Sul: Panorama da situação e estudos acadêmicos*. Campinas: NEPO/UNICAMP.

ROSTAGNOL, Susana; VIERA, Mariana; GRABINO, Valeria; MESA, Serrana. 2013. *Transformaciones y continuidades de los sentidos del aborto voluntario en Uruguay: del AMEU al misoprostol*. Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades, v. 7, n. 09.

SANSEVIERO, Rafael. 2003. *Condena, tolerancia y negación: el aborto en Uruguay*. Montevideo: Centro Internacional de Información e Investigación para la Paz/UPaz/ONU.

_____. 2007. *Las iniciativas sanitarias y la mujer en situación de aborto*. In: BRIOZZO, Leonel (ed.). *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena.

URUGUAY. 2012. Ley nº 18.987. *Interrupción Voluntaria del Embarazo*. 22 de outubro de 2012.

ZANCARINI-FOURNEL, Michelle. 2003. *Histoire(s) du MLAC (1973-1975), Clio. Histoire, femmes et sociétés* [En ligne], 18 | 2003, mis en ligne le 04 décembre 2006, consulté le 27 août.