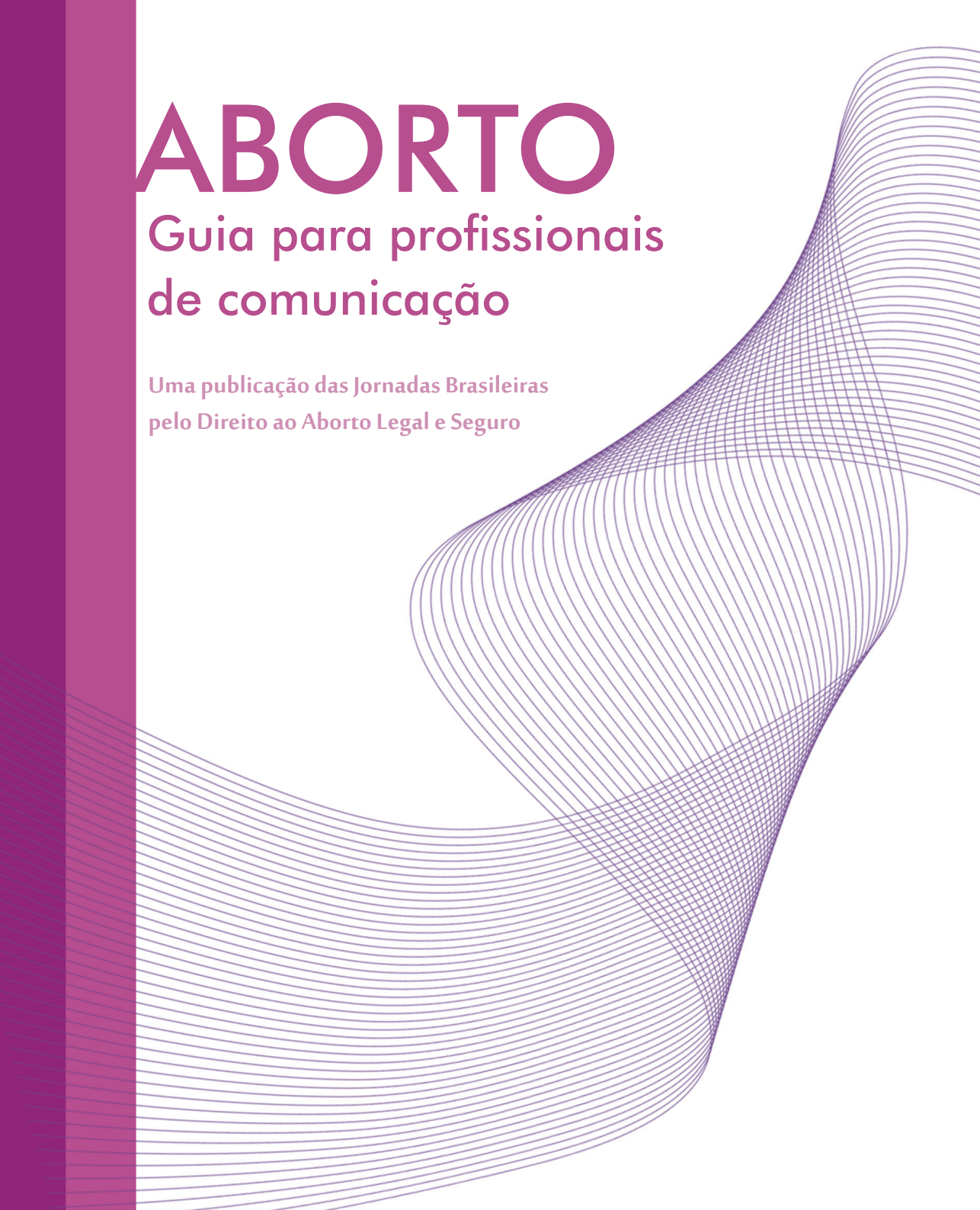


ABORTO

Guia para profissionais de comunicação

Uma publicação das Jornadas Brasileiras
pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro



Organizações responsáveis: Grupo Curumim, Ipas Brasil, CFEMEA

Coordenação do Projeto: Paula Viana

Assessoria: Nataly Queiroz

Redação: Angela Freitas

Revisão: Beatriz Galli, Evanize Sydow

Colaboração: Maria José Rosado, Natalia Mori

Diagramação: Alessandra Foelkel

Versão desta publicação em PDF pode ser encontrada em:

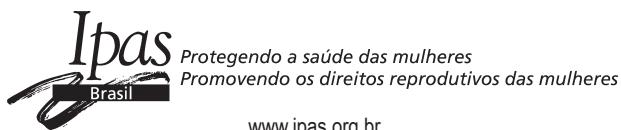
http://abortoemdebate.com.br/arquivos/Aborto_Guia_comunicacao.pdf



www.grupocurumim.org.br



www.cfemea.org.br



www.ipas.org.br

Ficha Catalográfica na Fonte

C837d

Freitas, Angela

Aborto: guia para profissionais de comunicação. / Coordenadora Paula Viana; Colaboração Beatriz Galli [et. al.]. Recife: Grupo Curumim, 2011.

70 p.: il.

Inclui Bibliografia

1. Aborto I. Viana, Paula. II Galli, Beatriz.

CDD: 363.46080898171

CDU: 173.4(817.1)

Sumário

Apresentação	5
1. Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro	6
Composição das Jornadas	7
Coordenação Política (2009/2010).....	7
Participantes.....	7
Parcerias latino-americanas e globais.....	8
2. Legislação e políticas sobre aborto no Brasil	9
História de uma proibição.....	9
Uma longa luta legislativa.....	10
Efeitos sobre a vida das mulheres: dois casos emblemáticos.....	15
3. Anencefalia	17
4. Normas Técnicas do Ministério da Saúde sobre Aborto	20
5. Misoprostol: avanços e recuos	22
Controle da propaganda na Internet e abordagem da mídia.....	25
6. Dados sobre aborto	26
No mundo.....	26
América Latina e Caribe.....	26
Brasil.....	26
Quem são as mulheres que abortam no Brasil.....	28
Como as mulheres abortam.....	29
Sobre sequelas, internações e mortes.....	29
Serviços de aborto legal e atendimento humanizado.....	30
7. Questão e situação do direito ao aborto no mundo	32
Reformas legais pós Cairo e Beijing.....	33
América Latina e Caribe.....	34
Ecos positivos da defesa do direito ao aborto legal e seguro.....	35
Balanço geral 2009.....	37
8. Argumentos em favor do direito ao aborto	39
É uma questão de direitos humanos e cidadania.....	39
O Estado brasileiro é laico.....	39

A criminalização é inócua	39
É uma questão de justiça social	40
É uma questão de saúde pública	40
É uma questão de igualdade e equidade de gênero	41
Há limites na contracepção	42
É uma questão de liberdade sexual	42
É uma questão de ponderação de interesses e valores	43
9. Dúvidas mais comuns	44
É correto dizer que a Constituição brasileira de 1988, a reforma do Código Civil e o Pacto de São José da Costa Rica (1969) determinam que o direito à vida seja protegido desde a concepção?	44
O que é aborto provocado?	45
Como saber o número de abortos clandestinos realizados?	46
Por que o aborto deve ser legalizado?	46
Qual a diferença entre descriminalização e legalização do aborto?	46
Deve haver alguma restrição a este direito?	47
Por que as mulheres abortam?	47
Como as mulheres abortam?	48
A descriminalização do aborto poderia estimular um aumento da prática?	49
As mulheres que abortam são em sua maioria adolescentes solteiras, que estão em sua primeira gravidez?	49
Toda mulher que aborta sofre depressão para o resto da vida?	50
O aborto é uma prática perigosa que põe em risco a saúde e a vida das mulheres?	50
Os homens devem participar na decisão sobre o abortamento?	50
Quando o aborto é legalizado médicos/as podem ser obrigados a praticá-lo?	51
10. Anexos	52
Leituras complementares	52
Dados no Brasil e no mundo	52
Sobre anencefalia e ADPF 54	55
Sobre misoprostol	58
Sobre efeitos do aborto voluntário na saúde mental	59
Fontes para consulta	60

Apresentação

Há seis anos o governo brasileiro lançou o primeiro **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**, produto da Primeira Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Um dos itens deste Plano foi o encaminhamento, através da então Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (hoje SPM), de uma proposta para a revisão da Lei que pune o aborto no Brasil. Foi composta uma Comissão Tripartite que formulou um anteprojeto, entregue pela ministra Nilcéa Freire à Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara em setembro de 2005. Este episódio é parte do processo contemporâneo de gestões democráticas, um processo que traz avanços mas gera também, na sociedade brasileira, reações conservadoras aliadas ao fundamentalismo religioso.

O projeto de lei pela descriminalização do aborto foi rejeitado em duas comissões da Câmara Federal. O Governo assinou o Acordo Brasil Vaticano estabelecendo vínculos inaceitáveis para um Estado constitucionalmente Laico. O III Programa Nacional de Direitos Humanos foi censurado pela CNBB e o Governo cedeu, retirando do texto o conteúdo sobre descriminalização do aborto que se pautava nos direitos das mulheres. Nas Eleições 2010 a presença de acordos com segmentos religiosos, oficiais e de bastidores, resultaram em uma pressão jamais vista desde a abertura política. São acordos inaceitáveis em que a autodeterminação das mulheres sobre seu corpo foi posta como moeda de troca, desconsiderando direitos reprodutivos já assegurados. Esta postura não combina com a nação que tem hoje peso e respeitabilidade internacional, e que desempenhou papel importante na assinatura de acordos neste âmbito.

A lei atual é retrógrada. Criminalizar o aborto não inibe a prática clandestina, embora o recurso ao estouro de clínicas venha sendo cada vez mais utilizado para alimentar a cultura e a política pública da criminalização. Há com isto uma situação imoral de descaso pela vida das mulheres, em sua maior parte negras e pobres, que morrem no contexto de clandestinidade.

No Legislativo Federal novos projetos de lei traduzem a pauta conservadora em políticas estranhas à democracia e à razão pública, como por exemplo o registro compulsório da gravidez, a chamada bolsa-estupro e o Estatuto do Nascituro.

Este documento tem o objetivo de apoiar o trabalho de jornalistas que pretendam lançar luzes sobre este assunto. Foi elaborado com base em fontes oficiais, de governos e institutos de pesquisa nacionais e internacionais, trazendo informações que poucas vezes estão na agenda pública. Para além dos dados, indicamos fontes especializadas de forma a colaborar com possíveis matérias/reportagens.

Esperamos assim contribuir com a imprensa em sua cobertura e também reforçar oportunidades de interlocução.

Recife, fevereiro de 2011

Paula Viana (Secretária Executiva das Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro)

1. Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro

As **Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro** constituem uma coalizão feminista de redes, organizações e ativistas que trabalham pelos Direitos Humanos das mulheres. Seus objetivos têm sido:

- impulsionar a agenda dos direitos reprodutivos no Brasil
- defender uma revisão legislativa para garantir às mulheres o direito ao aborto seguro
- impedir retrocessos no exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

Criadas em 2004, as **Jornadas** trabalham sobretudo em defesa da legalização do aborto no Brasil. Embora não punível quando a gravidez representa risco de morte para a gestante ou quando resulta de um estupro, esses permissivos mostram-se insuficientes. As Jornadas defendem a legalização do aborto como parte do conjunto vigente de políticas públicas que permite a homens e mulheres exercerem suas escolhas na área da reprodução. Políticas para garantir o Direito à saúde e ao planejamento familiar, conquistado na Constituição de 1988, e regulamentado por leis e normas técnicas que asseguram o acesso a informação e aos métodos anticonceptivos, seja para as pessoas que optam pela manutenção de uma gravidez, ou para as que decidem abortar.

Mesmo considerada ilegal, a prática do aborto voluntário é comum no país, muitas vezes em condições arriscadas para a vida e saúde das mulheres, fazendo da questão um problema de saúde pública e confirmando a necessidade de revisão da lei punitiva de 1940. A defesa da legalização do aborto voluntário encontra respaldo nas entidades médicas, nos profissionais de Saúde e da área do Direito, e em diversos movimentos sociais. O tema vem sendo também tratado de forma positiva por profissionais de Comunicação.

As **Jornadas** atuaram nas duas Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres (2004 e 2007), levando a discussão sobre esta mudança legislativa para as conferências estaduais preparatórias, e participando dos debates que permitiram aprovar esta reivindicação nas conferências nacionais.

Após a primeira conferência, em 2004, foi de autoria das **Jornadas** uma Proposta de Anteprojeto de Lei para legalizar o aborto, apresentada como subsídio ao trabalho da Comissão Tripartite (2005), criada pelo Governo com esta finalidade. As **Jornadas** atuaram também na 11ª Conferência Nacional de Direitos Humanos (2008), na qual foi aprovada recomendação pela legalização do aborto, em nome do respeito à autonomia das mulheres.

Outras linhas de ação incluem a realização de pesquisas científicas sobre a realidade do aborto no Brasil, atividades para estender e popularizar o debate sobre o tema, e ações de comunicação para contribuir na criação de um contexto receptivo à reforma legal.

COMPOSIÇÃO DAS JORNADAS:

Coordenação Política (2009/2010)

- Grupo Curumim/ PE - Paula Viana/ Secretária Executiva
- Católicas pelo Direito de Decidir/ Brasil - Maria José Rosado Nunes
- Comissão de Cidadania e Reprodução/ Brasil - Margareth Ailha
- CFEMEA/ Centro Feminista de Estudos e Assessoria/ DF - Natalia Mori
- Ipas Brasil - Beatriz Galli
- Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Rosa de Lourdes

Participantes

Redes e articulações políticas nacionais e regionais

- Articulação de Mulheres Brasileiras/ AMB
- Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras
- Associação Brasileira de ONGS/ ABONG
- Católicas pelo Direito de Decidir Brasil/ CDD Brasil
- Fórum de Entidades Nacionais de Direitos Humanos/ FENDH
- Liga Brasileira de Lésbicas/ LBL
- Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia/ MAMA
- Movimento de Adolescentes do Brasil
- Movimento Nacional dos Direitos Humanos/ MNDH
- Plataforma DHESCA/ Relatoria de Saúde da Plataforma pelos Direitos Humanos, Econômicos, Sociais e Culturais
- Rede de Homens pela Equidade de Gênero/ RHEG
- Rede de Mulheres no Rádio
- Rede Jovens Brasil Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos/ RJB
- Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos/ Rede Saúde
- Secretaria Nacional de Mulheres Trabalhadoras da CUT
- União Brasileira de Mulheres/ UBM

ONGs e associações locais

- Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento/AGENDE (DF)
- ANIS/ Instituto de Bioética Direitos Humanos e Gênero (DF)
- Associação Cultural de Mulheres Negras/ACMUN (RS)
- Associação Lésbica Feminista Coturno de Vênus (DF)
- Bamidelê – Organização de Mulheres Negras da Paraíba (PB)
- Casa da Mulher Catarina (SC)
- Casa da Mulher 8 de Março (TO)
- Centro da Mulher 8 de Março (PB)
- Centro de Atividades Culturais Econômicas e Sociais-CACES (RJ)
- Centro Feminista de Estudos e Assessoria-CFEMEA (DF)
- CEPIA - Cidadania Estudo Pesquisa Informação Ação (RJ)

- Coletivo Feminino Plural (RS)
- Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde-CFSS (SP)
- Coletivo Leila Diniz - Ações de Cidadania e Estudos Feministas (RN)
- Coletivo de Pesquisas sobre Mulher da Fundação Carlos Chagas (SP)
- Comissão de Cidadania e Reprodução/ CCR
- Criola (RJ)
- Cunha Coletivo Feminista (PB)
- Ecos Comunicação em Sexualidade (SP)
- Fórum de Mulheres Cearenses (CE)
- Fórum de Mulheres da Amazônia Paraense (PA)
- Fórum de Mulheres de Pernambuco (PE)
- Fórum de Mulheres de Salvador (BA)
- Grupo Curumim - Gestação e Parto (PE)
- Grupo de Mulheres Negras Malunga (GO)
- Grupo de Teatro Loucas de Pedra Lilás (PE)
- Grupo Feminista Autônomo Oficina Mulher (GO)
- Grupo Transas do Corpo (GO)
- IMAIS/ Instituto Mulheres pela Atenção Integral à Saúde e aos Direitos Sexuais e Reprodutivos (BA)
- Instituto Papai (PE)
- Instituto Patrícia Galvão Comunicação e Mídia (SP)
- Jovens Feministas de São Paulo (SP)
- Maria Mulher Organização de Mulheres Negras (RS)
- Mídia Radical (DF)
- Movimento de Mulheres do Nordeste Paraense/ MMNEPA (PA)
- Movimento do Graal no Brasil (MG)
- Movimento Popular da Mulher/ MPM
- Mulheres em União/ Centro de Apoio e Defesa dos Direitos da Mulher (MG)
- Mulheres Jovens Trocando Idéias (MG)
- MUSA/ Programa de Estudos em Gênero e Saúde (BA)
- MUSA/ Mulher e Saúde (MG)
- Núcleo de Juventude do CEMINA-REDEH (RJ)
- Núcleo de Pesquisa em Gênero e Masculinidades UFPE (PE)
- Rede de Desenvolvimento Humano/ REDEH (RJ)
- Rede de Mulheres Negras (PR)
- SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia (PE)
- Themis Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero (RS)

Parcerias latino-americanas e globais

- CLAM/ Centro Latino-americano de Sexualidade e Direitos Humanos
- CLADEM Brasil/ Comitê Latino-americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher
- Fórum de Mulheres do MERCOSUL
- Ipas Brasil

2. Legislação e políticas sobre aborto no Brasil

História de uma proibição

A prática consentida do aborto não foi punida no Brasil até 1830, ano do Código Criminal do Império que trouxe a primeira legislação específica sobre o tema. A seção “infanticídio” do capítulo referente aos “crimes contra a segurança da pessoa e da vida” introduziu na legislação brasileira a condenação ao aborto. É importante lembrar que a história do Brasil está marcada pelas relações entre a Igreja Católica e a coroa portuguesa. Quando Portugal começou sua expansão colonizadora, o país ocupava lugar de destaque na Europa e colaborava com a resistência à Reforma Protestante que ameaçava o domínio católico no continente europeu. Essa aliança influenciou o processo de colonização no Brasil, que experimentou importante ocupação pelas quatro ordens religiosas mais importantes então: os jesuítas, os franciscanos, os carmelitas, e os beneditinos.

Quando veio a República, o Código Penal de 1890 manteve a punição das mulheres que praticassem o aborto. Mas estabeleceu atenuantes nas gravidezes decorrentes de estupro, justificadas porque nesses casos o recurso ao aborto visava a “ocultar a desonra própria”. Também adotou a noção de aborto legal e necessário quando não houvesse outro meio de salvar a vida da gestante.

O Código Penal de 1940 trata do aborto no Título I (Dos Crimes contra a Pessoa), Capítulo I (Dos crimes contra a vida), criminalizando a prática em todas as hipóteses com penas de até três anos de reclusão, mas extinguindo a punição se o ato for praticado por médico, para salvar a vida da gestante ou quando a gravidez resulta de estupro. Daí serem consideradas como hipóteses de Aborto Legal.

O Estado não criou serviços para atender a estes casos previstos pela lei penal. E embora o aborto praticado clandestinamente prosseguisse, de modo geral, como parte de um cotidiano “secreto” das mulheres, a sociedade brasileira conviveu com esta lei restritiva, sem maiores contestações, até a década de 1970. A partir de então, a emergência do movimento feminista contemporâneo – sintonizado com os acontecimentos na Europa e nos Estados Unidos – fez do aborto um tema cada vez mais público. Com a transição democrática, a partir da década de 1980, saúde, aborto e violência sexual apareceram como pautas prioritárias da agenda feminista no país.

Uma longa luta legislativa

A primeira iniciativa de reforma legal aconteceu em 1983, quando um projeto de lei pela legalização do aborto foi apresentado à Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados e rejeitado. Em 1985, no Rio de Janeiro, a Assembléia Legislativa aprovou projeto de lei que obrigava o serviço público de saúde a oferecer o procedimento nos dois casos previstos pelo Código Penal. O então governador do estado – que num primeiro momento havia sancionado – vetou o projeto. Mas a proposta de assegurar na rede pública de saúde o acesso ao aborto nos casos de risco de morte e estupro foi retomada pela administração da cidade de São Paulo, que criou no Hospital Municipal do Jabaquara, em 1990, o primeiro serviço público de saúde para atender casos de aborto legal. A crescente obtenção de diagnósticos da malformação fetal grave a partir do primeiro mês de gravidez, por meio de ultrassonografia ou de ressonância magnética, também possibilitou avanços de jurisprudência e a partir de 1990 juizes passaram a conceder liminares autorizando a interrupção da gravidez nessas circunstâncias.

Normas técnicas aprovadas pelo Ministério da Saúde entre 1999 e 2005 foram instrumentos fundamentais para a implantação e humanização de serviços de aborto (ver capítulo Normas Técnicas do Ministério da Saúde sobre Aborto). Embora tenham sido formuladas a fim de orientar os serviços de saúde no atendimento ao aborto legal e no melhor atendimento de mulheres em situação de risco por abortamento inseguro¹, foram recebidas com indignação pela Igreja Católica.

Diferentemente de outros países católicos que, entre os anos 1980 e 1990, experimentaram reformas constitucionais, a Constituição Brasileira de 1988 não adotou o princípio de respeito à vida desde a concepção. Em 1995 foi mais uma vez debatida e derrotada proposta de emenda constitucional que visava a incluir este princípio no preâmbulo da Constituição. Ainda hoje persistem propostas com este teor.

É importante sublinhar que na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo 1994) reconheceu-se o aborto como grave problema de saúde pública. Um ano mais tarde, na Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing-1995), foi adotada a recomendação de que os países

¹ Aborto inseguro – aquele que é praticado em condições precárias e inadequadas, por pessoal com insuficiente habilitação, ou ambas as condições.

revissem as leis que punem as mulheres que recorrem à interrupção voluntária da gravidez. Embora o Brasil seja signatário, sem reservas, dos Programas de Ação acordados nas duas conferências e reafirmados em conferências posteriores (de monitoramento da implementação dessas plataformas), a descriminalização do aborto ainda enfrenta fortes resistências dos setores mais conservadores da sociedade.

Na década de 1990 foram apresentadas no Congresso Nacional 23 proposições sobre aborto, seja ampliando ou restringindo os permissivos legais, seja com o objetivo de facilitar ou barrar o acesso aos serviços de saúde no caso dos dois permissivos vigentes. O balanço mostra que, destas propostas, pouco mais de 50% foram favoráveis à liberalização do acesso ao aborto.

Neste período, a única proposta aprovada sobre aborto foi na área trabalhista. A Lei 8921/94 alterou o texto da Consolidação das Leis do Trabalho para garantir o abono das faltas em decorrência de abortamento, independentemente de ser espontâneo ou voluntário. Antes só era permitido o abono nos casos de aborto “não criminoso”.

Em 2001, a então deputada Jandira Feghali (PCdoB/ RJ), responsável pela relatoria do conjunto de projetos que propunham alteração do Código Penal, apresentou um substitutivo ao Projeto de Lei (PL) 1135/91, com parecer favorável à aprovação de todas as propostas liberalizantes e rejeição dos projetos restritivos.

Paralelamente, o mundo vem testemunhando o franco recrudescimento de opiniões conservadoras em relação ao aborto. No Brasil, esta onda foi impulsionada pela visita do papa João Paulo II, em outubro de 1997. Em dezembro do mesmo ano, grupos pró-vida conseguiram impedir um aborto autorizado judicialmente no caso de uma adolescente vítima de estupro que já estava internada em maternidade pública do município do Rio de Janeiro para a realização do procedimento.

Após as eleições de 2002 a composição do Congresso Nacional apresentou parcela de 30% de parlamentares que se identificavam com a plataforma religiosa. Paralelamente surgiu e cresceu uma rede de inspiração religiosa que reúne organizações da sociedade civil contra o direito ao aborto, atuando nos estados e municípios e usando os meios de comunicação, inclusive a internet, como veículo de propagação de idéias. Pesquisas de opinião denotam um aumento percentual do grupo contrário à descriminalização do aborto, particularmente entre jovens, e entre camadas menos favorecidas e com menor nível de educação formal.

A partir deste mesmo ano, multiplicam-se denúncias anônimas contra mulheres que recorrem ao aborto clandestino. No Rio de Janeiro, uma jovem grávida de seis meses e em processo de abortamento foi denunciada pela médica que a atendeu e em seguida algemada na cama do hospital, de onde saiu para a prisão. A Promotoria de Justiça acusou a jovem de “homicídio qualificado”, mas o Ministério Público pediu a desclassificação dessa denúncia criminal, conseguindo a substituição para “crime de aborto”. Ela teve o benefício da suspensão do processo (art. 89 da Lei nº 9.099/95).

A despeito dessas condições desfavoráveis, entre 2004 e 2005 surgiram oportunidades de reforma legal e jurídica e o debate instalou-se de maneira mais ampla no país. Duas vertentes permitiram essa abertura: o debate sobre antecipação terapêutica do parto nos casos de anencefalia fetal (ver capítulo Anencefalia) e o processo político que resultou no Projeto de Lei formulado pela Comissão Tripartite para a Revisão da Legislação sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez, coordenada pela então Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM).

Composta por seis representantes do Executivo, seis do Legislativo e seis da sociedade civil, em 1º de agosto de 2005 a Comissão Tripartite encerrou seu trabalho, concluindo a elaboração de uma proposta de anteprojeto de lei para descriminalizar o aborto no Brasil, a ser encaminhada ao Congresso Nacional pela Presidência da República.

As fortes pressões da CNBB levaram o Executivo a recuar. Foi necessária a pressão dos segmentos que lutam pela revisão da lei para que o texto da Comissão Tripartite fosse entregue pela ministra da SPM nas mãos da deputada Jandira Feghali. Em 2007, o PL 1135 – com nova redação que incorporava o conteúdo do anteprojeto da Comissão Tripartite – foi posto em debate em audiências públicas, nas quais o Executivo teve uma presença tímida.

Em 2005 foi criada a Frente Parlamentar Mista em Defesa da Vida contra o Aborto, e nos anos seguintes outras três frentes similares ganharam espaço no Congresso Nacional. Estes são grupos com base política confessional, representando interesses da hierarquia católica e de segmentos evangélicos e da comunidade espírita. Embora contradizendo o princípio do Estado laico, a presença desses grupos não tem gerado controvérsias, resultado da influência da moral cristã na história política e social do Brasil.

Em 2007 o Brasil recebeu a visita do papa Bento XVI, que tinha na agenda da sua primeira viagem à América Latina o tema do aborto. Em 2008 o governo brasileiro, expressando publicamente sua ambiguidade, apoiou oficialmente a Campanha da Fraternidade, coordenada pela CNBB, que teve

como lema a defesa do direito à vida desde a concepção. Para surpresa de setores comprometidos com a democracia e com o princípio constitucional do Estado laico, ao final de 2008 foi assinado o Acordo Brasil-Vaticano. O documento fortalece a influência cultural e política da Igreja Católica no que diz respeito aos direitos reprodutivos, consolidando o ensino religioso nas escolas e o direito de prestar serviços de assistência espiritual em estabelecimentos de saúde, assistência social e educação – espaços comumente usados pela igreja para sua influência contra a prática do aborto legal e para promover denúncias públicas dos casos de aborto clandestino. Transformado no Projeto de Decreto Legislativo (PDL 1736-2009), o Acordo foi aprovado pela Câmara Federal, também sem debate, em agosto de 2009, de onde deve seguir para aprovação pelo Senado.

A bancada religiosa representa hoje 15% do Congresso Nacional. Embora reduzida numericamente, foram fortalecidas suas alianças com elites políticas conservadoras de diferentes partidos, e este bloco vem demonstrando seu potencial para influenciar as votações legislativas, posicionando-se em lugares estratégicos, como as presidências e relatorias das comissões temáticas prioritárias para sua pauta.

Por outro lado, está retraído o grupo identificado com a luta pelos direitos reprodutivos e o direito ao aborto. Simpatizantes não foram reeleitos/as, e o caso da ex-deputada Jandira Feghali é exemplar. Ao se candidatar ao Senado Federal pelo Rio de Janeiro (Eleições 2006), ela teve sua vitória quase certa revertida através de uma forte de campanha perpetrada por segmento da Igreja Católica no estado.

Grande parte dos/as parlamentares que antes defendia a aprovação do PL 1135 passou a manter distância com relação a este tema, que se tornou cada vez mais difícil no jogo de forças político. Nos debates e votações essas vozes se tornaram omissas.

Foi nessa conjuntura que, em 2008, após 17 anos de tramitação, o histórico PL 1135 foi votado, e rejeitado, pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara Federal (CSSF). Com celeridade, o PL seguiu para a Comissão de Constituição Justiça e Cidadania (CCJ), onde também foi rejeitado em sessão extraordinária convocada exclusivamente para apreciá-lo.

Atualmente o PL 1135 aguarda votação de recurso para ser apreciado pelo Plenário da Câmara Federal. Mas seu texto não coincide com o texto original proposto pela Comissão Tripartite. Trata-se de uma versão simplificada, fruto de negociações entre parlamentares (em audiências públicas ao longo de 2007), que apenas retira do Código Penal os artigos que criminalizam o aborto, sem especificar regras e condições nas quais o procedimento pode ser realizado. Também em 2008 as frentes parlamentares

contra o aborto criaram uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar o comércio ilegal de substâncias abortivas, a prática de aborto em clínicas clandestinas e a ação de organizações feministas que defendem o direito ao aborto legal e seguro, como as **Jornadas**.

Para instalar uma CPI é preciso completar o número de parlamentares integrantes. No caso da CPI do aborto vários fatores têm barrado este andamento, entre os quais a conjuntura eleitoral – que atraiu as atenções parlamentares para outras prioridades –, e o silenciamento dos defensores da CPI diante da sucessão de escândalos envolvendo a cúpula da hierarquia da Igreja Católica: denúncias de pedofilia por parte de clérigos e de omissão do Vaticano; declaração do Papa contra o uso da camisinha para o combate à Aids no continente africano; e declarações desastrosas do arcebispo de Olinda e Recife no caso acontecido com a menina de nove anos da cidade de Alagoinha (PE), grávida de gêmeos. Por outro lado, grupos integrantes das **Jornadas** têm exercido pressão sobre os partidos e bancadas contra a instalação da CPI.

Segundo análise do Cfemea, setenta dos 288 (24%) novos projetos de lei apresentados na atual legislatura (2007-2011) até maio de 2009, tiveram como tema os direitos sexuais e reprodutivos. Somando-se a estes os projetos mais antigos, ao todo o Cfemea monitora hoje 166 proposições organizadas em três eixos principais: 1) direitos do nascituro, ou ser que está por nascer; 2) aborto; 3) planejamento familiar. Destas, 25% são retrógradas em relação a direitos conquistados.

Entre esses 25% há propostas legislativas que tornam o aborto crime hediondo; criam serviços especiais para receber denúncias de aborto clandestino; criam medidas assistenciais para evitar o aborto por estupro; proibem a participação de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar; ou criam cadastro obrigatório de gravidez em todas as unidades de saúde para constituir prova de prática do aborto. Em suas justificativas, expressa-se o caráter condenatório da autonomia reprodutiva das mulheres e de violação de seus direitos humanos - como o direito à vida, à saúde, à privacidade, ao planejamento familiar e à igualdade, entre outros – todos previstos na Constituição Federal e em tratados internacionais.

Merece destaque o caso da rápida aprovação, pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara Federal (CSSF), em maio de 2010 e por maioria de votos, do Estatuto do Nascituro. A proposta confere ao embrião status de pessoa humana, o que significa resgatar o princípio do direito à vida desde a concepção (rejeitado na Constituição de 1988). O texto protege, inclusive, os embriões

fertilizados in vitro. Outras medidas polêmicas nele contidas são: a garantia de acompanhamento psicológico para a mulher que engravidar em consequência de um estupro e concordar em manter a gravidez; encaminhamento para adoção das crianças geradas nessas condições ou identificação do “genitor” para obrigá-lo a pagar pensão alimentícia; ou ainda pagamento de pensão, pelo Estado, para sustentar esta criança. Nos casos de malformação fetal o projeto assegura “todos os métodos terapêuticos e profiláticos existentes para reparar ou minimizar sua deficiência, haja ou não expectativa de sobrevida extra-uterina”. Além de criar situações de conflito do ponto de vista sociocultural, o projeto tem implicações orçamentárias que fogem à alçada do Legislativo.

O Estatuto do Nascituro ainda deve passar pelas comissões de Finanças e de Constituição e Justiça, antes de ser votado no plenário da Câmara e do Senado Federal. Há intensa movimentação - através de campanhas e pareceres legais por parte da comunidade nacional e internacional - para barrar esta proposta. Vale lembrar que, como outras propostas legislativas do mesmo teor, esse Estatuto ameaça a permanência dos permissivos presentes no Código Penal de 1940 e a possibilidade de autorização judicial para o aborto por anencefalia fetal. Além disso, tem o potencial de intensificar as dificuldades de acesso ao tratamento de complicações por aborto inseguro.

Efeitos sobre a vida das mulheres: dois casos emblemáticos

Episódios recentes mostram a extensão das ameaças que pairam sobre mulheres, adolescentes e meninas. Nos legislativos estaduais e municipais começaram a surgir propostas de proibição da anticoncepção de emergência – um grande avanço para impedir a gravidez indesejada e fundamental na abordagem preventiva dos casos de estupro – sob a alegação de ser um método abortivo, o que não tem fundamentação científica. Uma vez aprovadas, essas propostas foram sistematicamente derrubadas porque são inconstitucionais, contrariam resolução do Conselho Federal de Medicina de 2006, e contrariam as normas técnicas do Ministério da Saúde. De qualquer forma as tentativas de proibição têm o efeito de confundir e dificultar o acesso ao método nos serviços de saúde.

Com frequência cada vez maior o estouro de clínicas clandestinas tem gerado flagrantes e prisões de mulheres em diversas cidades. O episódio ocorrido no Mato Grosso do Sul foi emblemático, repercutindo internacionalmente. Em 2007, a Justiça deste estado ameaçou indiciar, por suspeita de prática de aborto, quase 10 mil mulheres atendidas em uma clínica na capital, Campo Grande. Seus prontuários médicos foram ilegalmente apreendidos pela Polícia local, após denúncia feita através de

reportagem televisiva, utilizando o recurso da câmera oculta.

Instaurou-se uma ação coletiva, inédita pelo porte e pela rapidez com que progrediu entre investigação e punição das acusadas. As mais atingidas foram mulheres com baixo respaldo social, financeiro ou político. Sem condições de defesa, várias foram indiciadas e cumpriram a pena alternativa de um ano, prestando serviços comunitários em creches públicas. A dona da clínica se suicidou em 2009, ou pelo menos esta foi a conclusão do inquérito sobre sua morte. Quatro ex-funcionárias foram levadas a júri popular e condenadas em 2010, com penas variando entre um e sete anos de reclusão. Após recurso, essas penas foram reduzidas e poderão ser cumpridas em liberdade.

Em setembro de 2010 a Rede Globo exibiu no Fantástico (um dos programas de maior audiência no país), reportagem sobre clínicas clandestinas de aborto em vários estados, também utilizando o recurso da câmera escondida. Polêmica, esta reportagem suscitou ações policiais contra essas clínicas.

O mecanismo de invasão de clínicas e a forma como se instalam investigações sobre aborto ilegal são questionáveis pelas características de violação da privacidade de pacientes e do sigilo profissional. A privacidade é garantida pela Constituição Federal e pelo Código Brasileiro de Ética Médica (artigo 73). Quanto ao sigilo profissional, o Código Penal brasileiro (artigo 154) estabelece punição de até um ano de reclusão, quando se revela sem justa causa um segredo adquirido no exercício da profissão, causando danos a uma terceira pessoa. O código descreve procedimentos específicos para proteger a privacidade e confidencialidade durante investigações criminais. Assim, um pedido do Poder Judiciário não elimina a necessidade de aplicar as proteções à privacidade. Para seguir a Lei, no caso do Mato Grosso do Sul a Justiça deveria ter nomeado especialista da área médica para manusear os prontuários e fazer um relatório às autoridades. Portanto, foi ilegal o confisco e manuseio dessas fichas pela autoridade policial.

Em 2009, outro episódio marcante, de tentativa de impedir um aborto legal, aconteceu em Pernambuco. No interior do estado, uma menina franzina (32 quilos), de nove anos, engravidou de gêmeos depois de ter sido seguidamente estuprada pelo padrasto. O caso foi encaminhado para um hospital conveniado da Capital para interrupção da gravidez, quando o arcebispo de Olinda e Recife tentou impedir o procedimento, conseguindo influenciar a diretoria do hospital e o pai biológico da criança. A mãe, analfabeta, obteve apoio de organizações feministas, que a ouviram em sua opção pelo abortamento e ajudaram na transferência para um hospital público onde se poderia contar com uma diretoria e

equipe médica mais sensibilizadas. A postura determinada desta equipe foi o que garantiu à menina a interrupção da gravidez. A reação do arcebispo foi de excomungar a equipe médica, as feministas e a mãe da criança, atitude que teve repercussão na mídia nacional e internacional, com reação negativa da opinião pública. Isto obrigou a uma retratação do Vaticano, que qualificou de exagero o ato radical de seu arcebispo.

3. Anencefalia

Ao contrário do que compreendem pessoas de classe média alta do país, segundo uma pesquisa de opinião, o Código Penal Brasileiro não autoriza a interrupção da gravidez nos casos de malformação fetal grave.

Segundo a Organização Mundial da Saúde o Brasil é o quarto país do mundo em partos de anencéfalos, depois do México, Chile e Paraguai. Esta é a segunda malformação mais comum no país. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) apontou, em 2008, uma incidência da ordem de 18 casos para 10 mil nascidos vivos, taxa cinquenta vezes maior que a observada na França. As informações estão em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/351%20revisao.pdf>

Pesquisa publicada em 2009, feita com 1.814 médicos filiados à Febrasgo, indica que entre 9.730 mulheres atendidas nos últimos 20 anos com este diagnóstico, 85% preferiram interromper a gestação. São comuns as ações judiciais para buscar esta autorização, e cerca de cinco mil decisões favoráveis já foram concedidas no país desde que os exames de ultrassonografia, há três décadas, tornaram possível o diagnóstico. Na maioria, são mulheres pobres e usuárias dos serviços públicos de saúde, das quais se exige a autorização judicial como condição para o procedimento. Nem sempre a autorização é concedida, pois esta depende do livre convencimento e interpretação de cada juiz ao analisar o caso.

Quando foi promulgado o Código Penal brasileiro, em 1940, o diagnóstico intrauterino precoce era limitado. Hoje, a lei está defasada diante das possibilidades tecnológicas e acredita-se que, no caso das malformações fetais incompatíveis com a vida extra-uterina, o mesmo espírito que em 1940 autorizou os abortos para os casos de estupro e risco de morte, atenderia as mulheres em mais este permissivo.

O que é anencefalia - Malformação em que não acontece o fechamento do tubo neural, ficando o cérebro exposto. O líquido amniótico afeta a massa encefálica impedindo o desenvolvimento dos hemisférios cerebrais. Isto significa vida vegetativa. O feto anencéfalo é um natimorto cerebral, sem possibilidade de tratamento ou cura. Em mais da metade dos casos o feto perde os batimentos cardíacos ainda durante a gestação, e os poucos que alcançam o momento do parto sobrevivem fora do útero apenas alguns minutos ou horas, com raros casos de sobrevivência de poucas semanas. Hoje o diagnóstico de anencefalia por ultrassom é 100% preciso, podendo a detecção acontecer a partir do primeiro mês de gestação.

Riscos e danos - Levar a termo uma gravidez de feto anencéfalo pode trazer danos não somente à saúde mental, mas também à saúde física da mulher. A Febrasgo afirma que na gestação e parto de fetos anencéfalos é maior a incidência de hipertensão, hemorragias e infecções. São gestações que tendem a se prolongar além das 40 semanas regulamentares e que demandam cuidados especiais, inclusive no pós-parto. A gestante passa pelo procedimento de suspensão da produção de leite materno e, frequentemente demanda apoio psicoterápico assim como sua família, que enfrenta os trâmites para registro de nascimento, registro de óbito e sepultamento da criança.

Em 2004 um caso de requerimento de autorização judicial para a interrupção de gravidez chegou ao Supremo Tribunal Federal. Era uma jovem de 18 anos do município de Teresópolis (RJ), com diagnóstico de feto anencéfalo, cujo parto (seguido da morte da criança sete minutos depois) aconteceu antes que a Justiça chegasse a uma decisão final.

Este caso motivou o Conselho Nacional dos Trabalhadores em Saúde (CNTS) e a organização não-governamental ANIS - Instituto de Bioética Direitos Humanos e Gênero, a apresentar ao STF, em abril de 2004, uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. O objetivo desta ADPF é que o STF defina como constitucional o direito de antecipação terapêutica do parto (interrupção da gravidez) nos casos de anencefalia.

Em julho de 2004 o ministro relator, Marco Aurélio Mello, expediu liminar aprovando a ADPF 54. A aprovação vigorou por três meses, período em que mulheres se beneficiaram da decisão. Mas a CNBB iniciou forte campanha contrária e em outubro a liminar foi cassada pelo plenário do Supremo, sob a alegação de que era preciso analisar a adequação de uma ADPF como instrumento jurídico para tal matéria. Esta confirmação veio seis meses depois, em meio a grande debate público que fez com que o relator solicitasse a realização de audiências públicas para subsidiar o julgamento. Ao todo foram

realizadas quatro sessões, no segundo semestre de 2008, nas quais pela primeira vez na história, o STF ouviu testemunhos pessoais, além das exposições técnicas, científicas e jurídicas sobre o tema. Com 17 depoimentos a favor e nove contrários, a data do julgamento foi adiada e permanece sem previsão.

As audiências sobre a ADPF 54 ocorreram logo após decisão importante do Supremo em tema correlato. Em maio de 2008, com votação apertada (seis votos a cinco) e após dois anos de tramitação, o Supremo considerou constitucional o artigo 5º da Lei de Biossegurança (Lei n.11.105, de 24/03/2005), que regulamenta pesquisas com células-tronco humanas embrionárias e seu uso em terapias. Sancionada em 2005, esta lei foi questionada pelo Ministério Público através do então Procurador Geral da República, Cláudio Fonteles, que entrou com uma Ação de Inconstitucionalidade (ADIN), baseando-se no princípio do direito do embrião à vida. O debate foi considerado histórico e a decisão do Supremo teve amplo apoio da opinião pública e da mídia.

O parecer da Advocacia Geral da União sobre a ADPF 54, em abril de 2009, foi favorável à antecipação terapêutica do parto nos casos de anencefalia, com base na Constituição Federal.

O relator tem afirmado que manterá seu voto e há expectativas de aprovação da ADPF 54. Estes seis anos de espera revelam o desafio jurídico e ético que compõe o cenário mais amplo do debate sobre a descriminalização e legalização do aborto no Brasil. Caso aprovada, a ADPF 54 representará um grande avanço no sentido de garantir: normas do Ministério da Saúde para o atendimento às mulheres que decidem interromper a gravidez nos casos de anencefalia; informação precisa a partir do diagnóstico precoce e possibilidade de decidir em tempo hábil para que o procedimento seja feito no início da gravidez, com menor risco e menos sofrimento; maior incentivo às políticas de prevenção da doença.

Enquanto a decisão é adiada a situação das mulheres fica como está. Aquelas que optam por interromper a gravidez de um feto anencéfalo, na maior parte das vezes conseguem autorizações judiciais com agilidade. Mas há muitos casos em que juízes/as se recusam a conceder tal autorização, negando os avanços científicos e tecnológicos e indo na contramão de direitos adquiridos pelas mulheres. Estas ficam expostas a danos e riscos a sua saúde física e mental, numa situação que tem sido comparada aos casos de tortura psicológica, já que ficam obrigadas a levar a termo a gravidez de um feto inviável contra sua vontade. Nesta situação são colocadas a um passo do recurso ao abortamento inseguro.

4. Normas Técnicas do Ministério da Saúde sobre Aborto

O atendimento dos casos de aborto por profissionais de saúde – seja aborto legal ou sequelas por abortamento inseguro – está regulamentado por Normas Técnicas do Ministério da Saúde elaboradas e aprovadas a partir do final de década de 1990. São protocolos clínicos direcionados a gestores/as de saúde com orientações fundamentais para garantir a qualidade e humanização deste atendimento.

Norma Técnica de Atenção aos Agravos da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes - Lançada em 1999 e atualizada em 2005, orienta o atendimento de mulheres que sofreram violência sexual determinando que a palavra da mulher deve ser recebida com credibilidade, sua capacidade de fazer escolhas respeitada, e os princípios de sigilo e segredo profissional cumpridos. Pela Norma, o atendimento inclui completa anamnese, profilaxia contra doenças sexualmente transmissíveis (inclusive HIV/ Aids) e a oferta de Contracepção de Emergência, para prevenir uma possível gravidez. O atendimento, multidisciplinar, deve envolver Assistência Social, Enfermagem, Psicologia e Clínica Médica.

Em casos de gravidez, diz a norma que devem ser oferecidas informações sobre os direitos da mulher apresentando as alternativas: interrupção da gravidez, assistência pré-natal ou entrega da criança para adoção. Caso a opção seja pelo abortamento, não é necessário apresentar Boletim de Ocorrência ou autorização judicial, mas apenas um consentimento por escrito, que deve ser anexado ao prontuário médico. Se posteriormente for verificada alguma inverdade no relato, somente a gestante responderá criminalmente.

Seguindo o Código Civil, a norma diz que entre 16 e 18 anos a adolescente deve ser acompanhada pelos pais ou pelo representante legal, que se manifestam “com ela”. Se a adolescente tiver menos de 16 anos, deve ser representada pela mãe, ou o pai, ou representante legal, que se manifestam “por ela”. Caso a mulher não tenha condição de discernimento e expressão de sua vontade (como as deficientes mentais), o consentimento também será dado por representante legal. Em todos os casos, se a mulher ou adolescente não consentirem com o abortamento, este não deverá ser praticado, ainda que seus/suas representantes legais assim o queiram.

Seguindo recomendação da OMS e da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria), a Norma afirma que até 12 semanas de idade gestacional o método de escolha deve ser a AMIU

(aspiração manual intra-uterina), por ser mais seguro, rápido e eficiente. Entre 12 e 20 semanas de idade gestacional recomenda-se o misoprostol (ver Capítulo 5) ou a curetagem. Para qualquer procedimento deve ser garantido o método adequado de alívio da dor. A Norma não recomenda a interrupção da gravidez após 20 semanas de idade gestacional. Nesses casos, há o aconselhamento para o acompanhamento pré-natal especializado e facilitação do acesso a procedimentos de adoção. Esta Norma Técnica está disponível em: http://www.ipas.org.br/arquivos/NT_prevencao_violenca.pdf

Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento Inseguro – Lançada em dezembro de 2004, tem como eixo central a orientação sobre a assistência de qualidade para mulheres em situação de abortamento, espontâneo ou provocado, já que se trata de uma questão de emergência e risco de vida. O objetivo é eliminar episódios de discriminação contra mulheres que buscam os serviços de saúde para tratar das complicações por aborto inseguro. A norma resgata os critérios éticos e legais próprios do atendimento médico, como a obrigatoriedade do sigilo sobre as informações obtidas na consulta, inclusive interdição da denúncia de prática do aborto à Polícia, autoridade judicial ou ao Ministério Público.

A norma estabelece como direito da mulher e dever do profissional de saúde o atendimento humanizado desses casos. Isto se garante com a atenção multidisciplinar e conectada com estruturas de assistência social e comunitária, atenção psicológica e programas de planejamento reprodutivo. O acolhimento e as orientações para as escolhas devem responder às necessidades de saúde emocional e física das mulheres, garantindo-se oferta e informação apropriadas sobre as técnicas disponíveis para seu atendimento, avaliando-se os riscos/benefícios de cada procedimento, e garantindo os procedimentos de alívio da dor.

A equipe deve lidar com as complicações presentes seguindo referenciais éticos, legais e bioéticos, com respeito incondicional à “liberdade da mulher, sua dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de quaisquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento”. O texto desta Norma Técnica está disponível em: http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=56&catid=27

5. Misoprostol: avanços e recuos

O uso do Cytotec® foi aprovado no Brasil em 1985. À base de misoprostol, o medicamento se aplicava ao tratamento de úlcera gástrica e duodenal. Vendido nas farmácias populares, ficou logo conhecido por sua eficácia como método abortivo, pois tem como efeito colateral contrações uterinas. O uso hospitalar do medicamento para indução de parto e tratamento de aborto iniciado (provocado ou espontâneo) ajudou a disseminar este efeito abortivo, e a novidade chegou a bater recordes de vendas no mercado farmacêutico do país, com 81.861 caixas vendidas em maio de 1991. As informações estão no artigo “A Experiência Brasileira com o Cytotec”, de 1992 (<http://www.ieg.ufsc.br/admin/downloads/artigos/08112009-054459barbosaarilha.pdf>).

A partir de 1988 (quando a média de caixas vendidas estava em cerca de 17.400 por mês) iniciou-se acirrada polêmica. A retirada do medicamento do mercado foi defendida entre segmentos conservadores, por razões de ordem moral, e entre instituições da vigilância sanitária, alegando que a busca pelo produto se dava em função de seu efeito colateral. Entretanto, grupos de mulheres defendiam uma discussão aprofundada sobre a prática do aborto e a regulamentação do uso do misoprostol no Brasil. Por sua vez, ginecologistas saíram em defesa da permanência do Cytotec® no mercado, alegando a importância terapêutica do uso hospitalar do medicamento, além de sua contribuição para a realização de abortos ilegais em situações de menor risco.

Em 1991 o Ministério da Saúde, que se mantivera distante do debate, determinou a restrição da comercialização do medicamento na tentativa de conter seu uso abortivo. Na maior parte dos estados passou a ser exigida retenção da receita; no Ceará o produto foi totalmente proibido; no Rio de Janeiro e em Minas Gerais a venda ficou permitida apenas para uso hospitalar; e em São Paulo o uso ginecológico passou a depender de autorização do Ministério da Saúde, conforme diz o artigo.

Sete anos depois, em maio de 1998, a Portaria 344 do Ministério da Saúde aprovou o Regulamento Técnico sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial, incluindo o misoprostol no item C1 dessa lista, que determina a exigência de receita em duas vias. A Portaria especifica, no Anexo 5, que a venda e uso do misoprostol só será permitida em estabelecimentos hospitalares cadastrados junto à Autoridade Sanitária para este fim. Foi nesse mesmo ano que o Ministério da Saúde elaborou a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra mulheres e Adolescentes, incluindo o misoprostol como medicamento indicado para realização do aborto legal.

Em 1999 foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que vem seguindo a abordagem restritiva com o misoprostol. O medicamento hoje registrado na ANVISA e autorizado para o uso obstétrico (exclusivamente no ambiente hospitalar e em apresentação vaginal) é o PROSTOKOS, fabricado pelo laboratório Hebron, de Pernambuco. Este uso permanece indicado e tecnicamente detalhado na atualização (feita em 2005) da Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra mulheres e Adolescentes, e na Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento Inseguro.

A proibição da venda nas farmácias empurrou as mulheres para um crescente mercado paralelo, que vem fornecendo Cytotec® contrabandeado – às vezes falsificado – e a um preço mais alto, levando-as a usar doses menores do que as indicadas para a interrupção da gravidez. Nas grandes cidades, os espaços do tráfico de drogas passaram a ser procurados como fonte de obtenção do medicamento. Parteiras tradicionais de zonas rurais da Região Nordeste relatam que mulheres caminham quilômetros para comprar o remédio. Há ainda um largo mercado que funciona via internet. Neste cenário, o misoprostol se mantém como pauta de destaque no noticiário policial, em detrimento de políticas de informação e de uma discussão séria a respeito da necessidade de supervisão clínica sobre o uso do medicamento.

O sucesso farmacêutico do produto aconteceu não apenas por sua eficácia como método abortivo, mas por ser financeiramente acessível e permitir às mulheres abortarem em casa, com menos riscos para sua saúde e sua vida. Uma vez usado adequadamente (há doses e cuidados clínicos específicos conforme a idade gestacional), o Cytotec® não apresenta complicações para as mulheres, o que foi sugerido por estudos realizados entre meados dos anos 1990 e 2000 que apontaram para uma redução significativa dos casos de morbi-mortalidade materna por aborto induzido. Este dado suscitou novas pesquisas para analisar a correlação entre esta queda e o uso do misoprostol, em substituição aos métodos mais arriscados (sondas, objetos perfurantes e curetagens feitas sem os cuidados necessários). Um desses estudos, realizado em início dos anos 1990, correlacionou um aumento de quase 50% das complicações infecciosas e hemorrágicas do aborto entre o período de máxima comercialização do misoprostol pela rede farmacêutica, e o período posterior, de proibição dessa venda. Informações mais detalhadas estão na pesquisa “Aborto e Saúde pública no Brasil: 20 anos”, da UnB-UERJ, 2009.

Na contramão do reconhecimento dos benéficos do misoprostol para a vida e saúde das mulheres, em 2006 a ANVISA lançou mais uma resolução restritiva (RE no 1050) suspendendo, em todo território

nacional, as publicidades e orientações sobre medicamentos a base de misoprostol em fóruns de discussão, murais de recados e portais na internet. A novidade foi comemorada em jornais religiosos, mas interpretada como barreira ideológica e política ao uso abortivo do medicamento pela comunidade científica, sociedades de ginecologia e obstetrícia e redes feministas.

Em função das evidências científicas a partir de estudos em diversos países, em 2007 o uso do misoprostol foi recomendado pela OMS e orientado pela Federação Latino-Americana de Sociedades de Obstetrícia e Ginecologia (FLASOG) e pelo International Journal of Gynecology and Obstetrics.

Seguindo esta orientação, em junho de 2008 a ANVISA aprovou a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 36, atualizando a regulamentação para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. O misoprostol foi adicionado à Lista de Medicamentos Básicos para Uso Obstétrico (item 7.4.16). Entretanto, foi mantida a Portaria 344 do Ministério da Saúde, de 1998, que exige o cadastramento do Hospital para a compra do produto.

Em outubro de 2008 entidades médicas, especialistas, pesquisadores e ativistas pelos direitos sexuais e reprodutivos se reuniram no simpósio “O papel do misoprostol na prevenção da mortalidade e morbidade materna e neonatal”. No relatório, o grupo denuncia que o processo para este cadastramento pode durar quatro meses, e que esta burocracia tem alimentado a cultura personalista, em que a vontade política de gestores é elemento chave, e pode constituir-se em mais um impedimento. O controle excessivo pela Vigilância Sanitária mais as barreiras de informação inibem também iniciativas de capacitação, esclarecimento e sensibilização dos profissionais de saúde e gestores sobre as indicações e benefícios do misoprostol.

Na “Reunião Técnico-científica sobre Aborto Medicamentoso no Brasil”, promovida em São Paulo pela Comissão de Cidadania e Reprodução em outubro de 2009, foi retomada a perspectiva de que o direito à informação segura e confiável em saúde é parte dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. A experiência com o misoprostol no Brasil foi autopsiada, e as barreiras impostas nessa trajetória analisadas, para concluir que o assunto requer um debate aberto. Se pesquisas comprovam os benefícios do uso do misoprostol para a saúde das mulheres, em suas corretas indicações, inclusive para prevenir a mortalidade e a morbidade materna, isto significa que tais barreiras são inconstitucionais. E, novamente, as mais prejudicadas são as usuárias do Sistema Público de Saúde. Síntese desta Reunião está disponível em: http://www.ccr.org.br/a_destaque_seminario15-16out2009b.asp

Controle da propaganda na internet e abordagem da mídia

Limitar a propaganda do Cytotec na internet é uma ação potencialmente inócua, já que é difícil controlar o universo dos sites que vendem o medicamento. Para esse tipo de controle, seria necessário um esforço que beira a censura e o desrespeito à privacidade. É o que afirma a pesquisadora Magaly Pazello, que participa do atual debate nacional e internacional sobre regulação da rede. Parte dessa agenda é o tema da venda de medicamentos pela internet – com seus riscos e benefícios, uma preocupação que aflige governos, agências nacionais e internacionais especializadas, e sociedade civil.

Pazello publicou este ano um artigo no livro editado pela Oficina Editorial e CCR. Seu texto defende que a Resolução 1.050 da ANVISA deve ser analisada no contexto dessa discussão sobre políticas de conteúdo na rede, e do debate específico sobre cibercrime e liberdade de expressão. Um caso analisado neste debate foi a suspensão dos anúncios de serviço de aborto no Google, relacionada a pressões dos grupos antiabortistas. Há razões ideológicas por detrás da resolução 1.050, explicitadas no artigo: *“A compreensão dos perigos alojados na Internet é um dos dois pilares sobre os quais a ANVISA formulou a Resolução de 2006, sendo o outro a questão da ilegalidade do aborto no Brasil assumida como um tema já resolvido: é proibido e ponto!”*

A postura rígida da ANVISA agrada a setores religiosos e conservadores, mas tem sido questionada por setores médicos, de pesquisa e ativistas dos direitos humanos. Ela contraria compromissos internacionais que o governo brasileiro assumiu, de trabalhar pela descriminalização do aborto por ser esta uma questão de saúde pública.

Outro ponto de análise é o viés ideológico e alarmista de abordagens correntes da imprensa brasileira sobre o Cytotec. Uma reportagem do Jornal do Brasil foi qualificada, em Editorial da Comissão de Cidadania e Reprodução de fevereiro de 2009, como um “desserviço à população”, pela ausência de contextualização e de cuidado em apurar o assunto com fontes de distintas áreas de conhecimento. São matérias que denunciam a venda clandestina do produto (em farmácias e drogarias, no comércio ambulante e pela internet) por facilitar o acesso a meios para praticar aborto, e reconhecem como legítimo o desinteresse da ANVISA pelo aspecto da redução de danos. Não levam em conta, entretanto, que com o misoprostol as mulheres estão morrendo menos e tendo menos sequelas. Isto não é pautado. (O Editorial da CCR está disponível em <http://www.ccr.org.br/uploads/noticias/EditorialCCR4-Fevereiro.pdf>)

6. Dados sobre aborto

No mundo

A estimativa mais recente mostra que, em 2003, 41.6 milhões de gravidezes no mundo terminaram em abortamento. Quase a metade (19.7 milhões) foi de abortamentos provocados e inseguros. Cerca de 97% desses abortos inseguros aconteceram nos países em desenvolvimento, que têm leis mais restritivas ou menor acesso a informação e planejamento familiar. Quatro de cada 10 mulheres que se submetem a abortos inseguros experimentam complicações que requerem tratamento. Muitas não recebem atenção médica. A estimativa é de que por ano, ocorrem no mundo 70 mil mortes maternas derivadas do aborto inseguro. Quase a totalidade desses óbitos está concentrada em países da África, Ásia, América Latina e Caribe.

Os dados estão no relatório do Instituto Guttmacher, Aborto a Nivel mundial: una década de progreso desigual, publicado em 2009 no endereço <http://www.guttmacher.org/pubs/Aborto-a-nivel-mundial.pdf>

América Latina e Caribe

Nas sociedades em que a prática do aborto é criminalizada e cercada de tabus e ameaças, a obtenção de dados esbarra na falta de registros. Os governos não possuem informações precisas sobre o aborto realizado de forma insegura. Em 1992, o Instituto Guttmacher criou uma equação para fazer esta estimativa, baseada no número de internações de mulheres com sequelas de aborto, seja espontâneo ou provocado. Sobre este número aplica-se uma fórmula para descartar os casos de aborto espontâneo e incluir o que se estima serem os casos de aborto inseguro que não resultam em internação.

A última estimativa informa que em 2003 foram realizados 3.9 milhões de abortos inseguros na América Latina e Caribe. É importante notar que houve uma queda de 2,5% comparando com o ano de 1995, quando a estimativa foi de quatro milhões de abortos inseguros na região.

Brasil

Entre 1992 e 1996 o Brasil também registrou esta tendência de queda na estimativa de abortos inseguros. Foram quatro anos em que a taxa passou de 43% dos nascimentos vivos – totalizando cerca de um milhão e meio de abortos inseguros em 1992 – para 31% em 1996. A partir daí a estimativa se

estabilizou, e em 2005 a taxa estava em 30%, com cerca de um milhão de abortos inseguros no ano. Esta taxa varia regionalmente, sendo maior nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, e menor na Região Sul (estimativa elaborada por Ipas Brasil/IMS-UERJ, 2007 baseadas nas intenações por aborto no SUS e na Taxa Bruta de Natalidade do IBGE).

Os estudos apontam como fatores para esta queda a ampliação da oferta e maior eficácia no uso de anticoncepcionais modernos, e a diminuição do analfabetismo funcional de mulheres entre 15 e 49 anos. São fatores socioeconômicos que explicam as disparidades regionais, e que estão comprovados nos resultados da terceira Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 (PNDS 2006/ CEBRAP–Ministério da Saúde).

Um dos indicadores sociodemográficos trabalhados pela PNDS 2006 é a Taxa de Fecundidade Total (TFT). A pesquisa mostra que esta taxa estava em 2,5 filhos por mulher em 1996 e chegou a 1,8 filhos por mulher em 2006, confirmando que a redução foi menos acentuada entre mulheres socioeconomicamente mais vulneráveis. Aponta também que no Brasil ainda há defasagem entre o tamanho desejado da prole e o número de filhos por mulher, sendo esta defasagem (para maior) mais acentuada entre as menos escolarizadas, as negras e as que residem no Norte e no Nordeste.

A pesquisa “Aborto e Saúde Pública no Brasil: 20 anos”, da UnB-UERJ, 2009, sintetiza dados sociodemográficos de pesquisas empíricas sobre aborto feitas ao longo dos últimos 20 anos. Este levantamento constata que 3.7 milhões de brasileiras já recorreram ao aborto e que mais de 70% tratam o procedimento como uma medida de planejamento reprodutivo empregado em último caso, quando os outros métodos falharam.

Outra pesquisa recente, por amostragem, entrevistou 2.002 mulheres entre 18 e 39 anos nas capitais e grandes cidades. A amostra excluiu o Brasil rural e as mulheres analfabetas. As entrevistas foram feitas nos domicílios, com metodologia de urna secreta: as entrevistadas recebiam uma cédula com cinco perguntas, sendo uma delas “você já fez aborto?”. O resultado permitiu afirmar que, em números absolutos, mais de cinco milhões e 300 mil mulheres brasileiras em algum momento da vida fizeram um aborto (“Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna”, realizada pela UnB/ Instituto de Pesquisa Anis e financiada pelo Ministério da Saúde, 2010).

Pesquisa do Instituto do Coração da Universidade de São Paulo, baseada em dados do DATASUS, constatou que a curetagem pós-aborto foi a cirurgia mais realizada pelo SUS, com 3,1 milhões de

registros em um universo de 32 milhões de procedimentos realizados entre 1995 e 2007 (exclui cirurgias cardíacas, partos e pequenas intervenções que dispensam internação). O Ministério da Saúde avalia que essas curetagens são quase absolutamente decorrentes de abortos provocados.

Esses e outros estudos recentes mostram que mulheres de todas as classes sociais vivem a necessidade de recorrer a um aborto em situação de ilegalidade. O fato do aborto ser criminalizado acarreta danos psicológicos e dilemas de ordem moral. Mas não há evidência científica de que todas as mulheres que fizeram aborto tenham sequelas psíquicas. A Associação Psiquiátrica Americana não reconhece a síndrome pós-aborto como um diagnóstico. O que diferencia as mulheres neste confronto é o grau de segurança com que atravessam o processo. Houve mudanças nos métodos a que se recorre para interromper a gravidez, sempre com riscos maiores para as mais desassistidas e despossuídas. Quando buscam os serviços de saúde com sequelas físicas, muitas se deparam com o descaso, o preconceito, a má qualidade do atendimento ou com a morte, na maior parte das vezes evitável.

A pesquisa Anis-UnB de 2010, por exemplo, estimou que 55% das brasileiras que se submeteram a um aborto foram internadas porque tiveram complicações. Este elevado nível de internação, às vezes tendo que permanecer no hospital por dias, atesta o grande impacto que o aborto provocado tem sobre a saúde pública brasileira.

Quem são as mulheres que abortam no Brasil

A pesquisa da UnB-UERJ de 2009 mostra que a maior parte das mulheres que buscam o serviço público com sequelas de aborto inseguro é composta por mulheres pobres, com até oito anos de estudo, que vivem em união estável, católicas, trabalhadoras, com pelo menos um filho, que usam métodos anticonceptivos e jovens (entre 20 e 29 anos).

Já a pesquisa Anis-Unb de 2010 confirmou este perfil com mais detalhamento. Mostrou que 23% das mulheres com até o quarto ano do ensino fundamental fizeram aborto, contra 12% das que concluíram o ensino médio. Mostrou também que a proporção de mulheres que fizeram aborto cresce de acordo com a idade, indo de 6% (dos 18 aos 19 anos) a 22% (entre as de 35 a 39 anos). Confirmou ainda que a maioria dos abortos foi feita por católicas, seguidas de protestantes e evangélicas e, finalmente, por mulheres de outras religiões ou sem religião.

Como as mulheres abortam

A síntese da UnB-UERJ, 2009, aponta que mais da metade das mulheres que declaram ter feito um aborto, o fizeram usando o misoprostol. Em algumas pesquisas esta proporção sobe para 85%. A maior prevalência está no Nordeste e Sudeste. O predomínio do uso de misoprostol aparece nos últimos 15 anos, atestando que este medicamento modificou o cenário do aborto induzido no país.

Os estudos com adolescentes nos anos 2000 mostram que - assim como as jovens adultas (20-29 anos) - as adolescentes usam mais o misoprostol e chás, e praticamente não há registros de métodos perfurantes ou de acesso a clínicas privadas. Mais da metade das adolescentes em todos os estudos declararam o uso do misoprostol como método abortivo.

Confirmando esta tendência, o estudo da Anis-Unb, de 2010, mostra que 48% das mulheres que abortaram fizeram uso de algum tipo de medicamento.

Sobre sequelas, internações e mortes

Nos anos 1990, o aborto induzido se manteve entre a terceira e a quarta causas de mortalidade materna em várias capitais brasileiras, embora tenha havido redução nas sequelas e complicações por métodos abortivos arriscados, comuns nos anos 1980. (UnB-UERJ, 2009).

Nas regiões com piores condições socioeconômicas e precário acesso à saúde, o aborto inseguro é a primeira causa de morte materna. Em Salvador, por exemplo, este problema se registra desde a década de 1990 (Ministério da Saúde - 2004).

No Brasil, quando se considera a taxa de mortalidade materna por gravidez que termina em aborto (por 100 mil nascidos vivos), as mulheres negras estão expostas a um risco três vezes maior do que as brancas. As taxas são de 3.2 para as brancas, 9.4 para as negras, e 5.2 para as pardas (Ipas – 2008).

O DATASUS registrou, entre 2000 e 2007, 1.121 óbitos de mulheres entre 10 e 69 anos que tiveram como causa gravidez terminada em aborto. Estes óbitos tiveram uma concentração de 77% na faixa entre 20 e 39 anos, e de 55% entre as mulheres pretas e pardas.

A síntese de dados levantados em estudos de meados dos anos 1990 e 2000, realizada na Pesquisa UnB-UERJ de 2009 atesta a redução da morbimortalidade por aborto induzido no Brasil. Várias

pesquisas analisam a correlação deste fato com o uso do misoprostol, ao invés de métodos perfurantes ou cáusticos e do recurso a pessoas leigas. Um dos consensos nesses estudos é que o uso desse medicamento em domicílio, e o acesso a assistência hospitalar imediata para curetagem por aborto incompleto, reduziram a gravidade das sequelas.

Esta síntese aponta também algumas lacunas. Pela condição de ilegalidade, não se conhece a magnitude das sequelas e complicações do aborto inseguro. Não há estudos sobre as condições de higiene e segurança do procedimento realizado em clínicas privadas e pouco se conhece sobre a realidade do aborto induzido no universo rural.

Serviços de aborto legal e atendimento humanizado

Não há pesquisas amplas sobre a prática do aborto legal ou sobre metas de humanização do atendimento de mulheres com sequelas por aborto inseguro. Novas unidades atendendo o aborto legal foram sendo implantadas após a primeira experiência de 1990, no Hospital Jabaquara, e hoje são 60 serviços de referência em quase todos os estados, geralmente nas capitais, mas ainda bastante concentrados em São Paulo. Outros hospitais com equipes sensibilizadas também realizam o procedimento. Em 2009, um total de 291 unidades hospitalares realizaram abortos legais. Em comparação com o ano anterior, houve diminuição, pois em 2008, 526 hospitais realizaram aborto legal. Os dados são do Ministério da Saúde.

Uma pesquisa de campo iniciada pela UNIFESP em 2005, sobre o atendimento ao aborto inseguro em três serviços de São Paulo (Hospital Jabaquara, Hospital São Paulo e Maternidade Vila Nova Cachoeirinha) observou que falta divulgação desses serviços. Assim, muitas mulheres não os procuram logo após a violência sofrida por falta de informação. É também comum que relutem em recorrer a esse tipo de atendimento porque pensam ser necessário o Boletim de Ocorrência ou exame pericial no IML, que não buscam por medo dos constrangimentos comuns sofridos ao recorrer à Justiça. A chegada tardia ao serviço compromete as ações profiláticas – para prevenção do HIV-Aids, de outras doenças sexualmente transmissíveis, e da gravidez, com o uso da contracepção de emergência, que deve ser iniciado nas primeiras 72 horas após o estupro (a informação está em “Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos”, 2009).

A pesquisa detectou desinformação nas unidades de saúde como um todo, prejudicando o

encaminhamento aos serviços especializados. Mulheres entrevistadas sugerem a divulgação de medidas que a vítima deve tomar em caso de estupro.

Nos serviços especializados é comum que as equipes tenham medo de revelar que a unidade de saúde onde trabalham é local de referência para o atendimento ao Aborto Legal. Temem as reações adversas e encontram dificuldade em defender o procedimento como parte de uma rotina, que se dá dentro de um rigor ético. Estudo realizado por Ipas Brasil em 2006 mostra que nos serviços de referência a maior parte dos profissionais médicos não realiza o procedimento alegando razões de consciência e de foro íntimo.

Outro problema detectado é a dificuldade de acesso ao misoprostol em muitos serviços. Há médicos/as que se negam a praticar a interrupção da gravidez através da curetagem, mas admitem que aceitariam caso pudessem usar o misoprostol. Pesquisa da CEMICAMP constatou que 50% das/os profissionais entrevistadas/os aceitariam fazer o abortamento nos casos previstos em lei se o procedimento fosse medicamentoso.

Quanto a políticas públicas para minimizar o sofrimento das mulheres em situação de abortamento inseguro constata-se que a maioria dos profissionais não as conhece, e que gestores dos hospitais não se preocupam em divulgá-las. Não se percebem indícios de mudança no sentido da humanização dessa assistência, ainda contaminada pelo conceito de que o aborto é crime e que atender adequadamente se limita a impedir a morte dessas mulheres. É comum o tratamento punitivo com longas esperas e submissão a dores evitáveis. Soma-se a isto que a maior parte dos postos e centros de saúde pública não oferece métodos de planejamento familiar. Muitos desses serviços são ofertados por grupos religiosos (como as Santas Casas de Misericórdia) que, mesmo recebendo recursos públicos se recusam a prestar os serviços previstos em lei.

Estudo realizado por Ipas Brasil e Grupo Curumim em estados com alta incidência de aborto inseguro traz dados que refletem a realidade nacional: *AMIU ignorada* – Embora recomendada pelo Ministério da Saúde como método mais barato, rápido e seguro do que a curetagem (nas 12 primeiras semanas de gestação), a Aspiração Manual Intrauterina ainda é ignorada por equipes médicas. Em Petrolina-PE, entre 2003 e 2007, a Curetagem Pós-Aborto (CPA) foi escolhida como método em 98% dos procedimentos para dar conclusão ao processo iniciado de abortamento. O mesmo foi detectado em municípios como Recife, Rio de Janeiro, João Pessoa, Campina Grande, Salvador, Feira de

Santana, Campo Grande e Corumbá, regiões que atraem grande número de clientes de municípios e estados vizinhos. *Atendimento desumano* – Nesses mesmos municípios, depoimentos de mulheres que procuram os hospitais em situação de abortamento revelam grande frequência de atendimento desumano, longas esperas em jejum e em processo de sangramento, curetagens feitas sem anestesia, atitudes de recriminação e culpabilização das clientes que se submeteram à indução do aborto. *Falhas no programa de planejamento familiar* – No Mato Grosso do Sul ficaram atestadas falhas graves na cobertura, na qualidade do atendimento e na manutenção do estoque de métodos anticoncepcionais, afetando fortemente a zona rural e os estratos pobres da população.

7. Questão e situação do direito ao aborto no mundo

Para analisar o debate sobre aborto no Brasil e na América Latina é preciso situá-lo neste momento em que estão mobilizadas forças conservadoras no plano internacional e também nos contextos locais. Os dois mandatos do republicano George W. Bush na presidência dos Estados Unidos (2000-2008) foram centrais para fortalecer esta tendência, com a política de abstinência sexual e contrária ao aborto, além da reativação da chamada Regra Global da Mordaça (Global Gag Rule). Esta regra proibia o uso de fundos públicos norte-americanos para apoio externo a organizações que trabalhassem positivamente com o tema do aborto, mesmo que só sob a forma de aconselhamento ou participação no debate público a respeito da liberalização. Foi um golpe duro contra ações de saúde reprodutiva e educação sexual em países do hemisfério Sul.

Ao suceder Bush, uma das primeiras ações de Barack Obama foi a suspensão desta regra. Com uma plataforma mais progressista seu governo enfrenta, internamente, o conservadorismo predominante no

Congresso e na Suprema Corte, em particular no tema da autonomia reprodutiva. Embora nos **Estados Unidos** não tenha sido alterada a definição jurídica de 1973 – ano em que o aborto foi legalizado no país –, na prática é cada vez mais difícil o acesso à interrupção da gravidez para mulheres que não podem pagar pelo procedimento. É forte a pressão de poderes legislativos em estados conservadores, que conseguiram aprovar cerca de 50, entre mais de 800 propostas de lei restritivas somente em 2009. Nesse contexto, 25 estados já criaram os chamados “Centros de Gravidez em Crise”. Com ostensiva propaganda sobre serviços de aborto, inclusive via internet, os Centros não oferecem este

atendimento médico e tampouco referenciam para outros locais. O real objetivo é dissuadir as mulheres de interromper a gravidez.

Foi penoso o debate para aprovação da reforma do sistema de saúde, ponto de honra da plataforma de Obama. No início de 2010, seu governo teve que estabelecer uma regra de restrição discriminatória, determinando que os recursos, equipamentos e profissionais do serviço público só podem destinar-se à prática do aborto nos casos de estupro, incesto, ou para salvar a vida da gestante. As restrições se estendem ao mercado de seguro privado, com efeitos esperados de que as companhias de seguro optem por não oferecer cobertura para aborto, para não perder parceria com recurso público (as informações são do Center for Reproductive Rights e podem ser encontradas em http://reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/pub_fac_funding_firewalls_3.10.pdf)

Mesmo a **Europa Ocidental**, onde a maior parte dos países admite o direito ao aborto em diversas circunstâncias desde a década de 1970, é possível identificar tendências regressivas. Na **Itália**, onde o aborto até o primeiro trimestre de gravidez foi legalizado em 1978, o partido do primeiro-ministro Silvio Berlusconi apresentou ao parlamento, em 2004, projeto de lei propondo que o Estado só custeie o primeiro aborto realizado por uma mulher.

Na **Inglaterra**, onde a prática é legalizada desde os anos 1960, uma ação judicial foi movida na mesma época, contra a norma que regula o aborto nos casos de anomalia fetal.

Na **Polônia**, como em todo bloco soviético, o aborto era legal até 1993. Depois da queda do regime comunista e da recuperação da influência católica a lei foi revertida, em 1997, para eliminar a razão socioeconômica da lista de permissivos legais para o aborto.

Reformas legais pós Cairo e Beijing

A atual onda conservadora cresceu como reação ao resultado das conferências do Cairo (1994/ População e Desenvolvimento) e Beijing (1995/ Mulher e Desenvolvimento), cujas plataformas de ação foram um marco no reconhecimento dos direitos humanos – entre estes os direitos sexuais e reprodutivos – como centrais para alcançar a igualdade de gênero. No Cairo, os estados da ONU assumiram o compromisso de encarar o aborto como questão de saúde pública, e em Beijing foram mais longe, comprometendo-se a promover a revisão das leis punitivas para liberalizar a prática do aborto. A ONU, através de instâncias como o Comitê de Direitos Humanos e o Comitê sobre Eliminação da Discrimi-

nação contra as Mulheres/ CEDAW, passou a ser vigilante, cobrando e avaliando relatórios nacionais nesses temas.

A partir deste ciclo de conferências registram-se melhorias na distribuição de anticoncepcionais e na atenção à saúde reprodutiva – inclusive oferta de aborto legal e seguro – particularmente em países da América Latina e Ásia. Mais de 20 países do mundo mudaram suas leis sobre aborto, a maior parte para ampliar os permissivos ou legalizar o aborto até determinada idade gestacional. Entre estes últimos, citamos África do Sul (1996), Suíça (2001), Nepal (2002), Portugal (2007) e Espanha (2010).

Na **Cidade do México**, o Poder Legislativo do Distrito Federal legalizou o aborto em 2007. Embora questionada pelo grupo antiaborto na Suprema Corte, a decisão manteve a mudança, permitindo a criação de uma rede de serviços que atrai mulheres de todo o país, já que os estados mexicanos são regidos por códigos penais próprios, a maioria com leis conservadoras. Desde então os hospitais públicos do Distrito Federal já realizaram quase 50 mil interrupções legais da gravidez, segundo informa a Rede pelos Direitos Sexuais e Reprodutivos do México.

Na contramão desta política, os legislativos estaduais vêm aprovando mudanças nas constituições dos estados, para incluir o direito à vida desde a concepção. Isto cria empecilhos para o acesso ao aborto nos casos previstos em lei. Notícias sobre prisões de mulheres por prática do aborto chegam à imprensa, como ocorreu em agosto de 2010 no estado de Guanajuato, aonde 166 mulheres teriam sido denunciadas por pessoal da equipe dos serviços médicos locais, 30 indiciadas, nove condenadas e 14 respondem a processo penal.

América Latina e Caribe

Os únicos países desta região em que o aborto é legalizado são Cuba (onde a conquista se deu nos anos 1960), Porto Rico (regido pelas leis norteamericanas), Guiana (país de influencia anglófona) e Guiana Francesa. Os efeitos da onda conservadora são fortes e, como a África Subsaariana, a região está entre as áreas do mundo com leis mais restritivas, sendo o aborto totalmente proibido em sete países, mesmo que seja para salvar a vida da gestante: Chile, Honduras, Haiti, Suriname, El Salvador, Nicarágua e República Dominicana, país em que houve recente retrocesso.

Na maioria dos outros países o procedimento é permitido quando a gravidez resulta de violência sexual ou representa risco de morte para a mulher. Alguns têm em suas legislações apenas um desses dois

permissivos. É o caso de Venezuela e Paraguai, aonde a prática é permitida somente para salvar a vida da gestante.

Entre os fatores que explicam esta situação está, sem dúvida, a influência sobre as leis e políticas públicas exercida pela Igreja Católica. Na região, o Vaticano programou uma estratégia específica logrando influenciar diretamente revisões constitucionais, para incluir a proteção do direito a vida do feto desde a concepção. Isto aconteceu na Argentina, Bolívia, Colômbia, Chile, Peru, Equador, Honduras, Guatemala, Costa Rica e Nicarágua que tiveram alterações em suas constituições (com variações na terminologia) ou em outras legislações, como códigos de defesa da criança e do adolescente.

Alianças entre Igreja Católica e Poder Executivo vêm surpreendendo segmentos progressistas que apóiam governos de esquerda na região, e lutam pela garantia da laicidade do Estado e direitos de cidadania. Em situações nas quais a influência religiosa alcança também o poder Legislativo e Judiciário, e os meios de comunicação de massa, o debate público sobre aborto como direito e questão de saúde pública é prejudicando, reforçando-se o estigma social e o aspecto moral e religioso comumente associado a esta prática.

Ecos positivos da defesa do direito ao aborto legal e seguro

O esforço sustentado do movimento feminista latinoamericano e caribenho tem feito ecoar na região os argumentos pela legalização do aborto e pelo acesso ao aborto nos casos permitidos por lei.

A Câmara dos Deputados do **Uruguai** aprovou em 2002 um projeto de Lei de Defesa da Saúde Reprodutiva que inclui a descriminalização total do aborto. Embora com 63% de apoio da população, em 2004 a proposta foi rejeitada pelo Senado Federal – por 17 votos contra e 13 a favor, sob pressão religiosa. Ficou mantida a lei de 1938, que considera o aborto crime com atenuantes para casos como estupro, risco para a vida e a saúde das gestantes.

Paralelamente o Ministério da Saúde conseguiu adotar, em outubro do mesmo ano, uma norma técnica para “redução de danos do aborto clandestino”. Este protocolo recomenda aos médicos do serviço público que ofereçam às mulheres que desejam recorrer a um aborto clandestino informações (inclusive sobre o uso do misoprostol) e medidas profiláticas necessárias para evitar riscos à saúde. Em 2008 o projeto de Lei de Defesa da Saúde Reprodutiva retornou à pauta do Parlamento, e desta vez foi

aprovado, ficando assim o aborto legalizado durante o primeiro trimestre de gravidez. Mas este item foi vetado pelo então presidente da República, Tabaré Vazquez, e até hoje o país mantém a Lei de 1938. Recentemente, nova proposta de projeto de lei foi apresentada no Congresso.

Na **Argentina**, onde o aborto inseguro é a primeira causa de morte materna há mais de 20 anos, a lei vigente permite o aborto quando a vida ou saúde da gestante estão em risco, e quando a gravidez é fruto de estupro de mulher ou adolescente com deficiência mental. Em 2006 causou comoção um caso de aborto negado a uma jovem com deficiência que foi violada pelo tio. O episódio criou condições para consolidar uma campanha nacional pela legalização do aborto, que conta hoje com a simpatia de setores políticos e do atual Ministro da Saúde. Recentemente, uma proposta de projeto de lei foi apresentada no Congresso.

Em 2010 o governo atualizou o “Guia Técnico para o atendimento dos Abortos não puníveis”, para permitir aos médicos interromper qualquer gravidez resultante de estupro, sem precisar de autorização judicial e bastando a apresentação de uma declaração da mulher ou adolescente, afirmando que foram vítimas de abuso sexual e desejam abortar. Partidos e setores ligados à Igreja Católica protestaram e o impasse está posto. A mudança será avaliada pelo Conselho Federal de Saúde, e se aprovada, profissionais médicos terão preservado seu direito de objeção de consciência para negar-se a realizar o procedimento, mas os centros de saúde serão obrigados a dispor de equipe profissional para levar adiante a interrupção da gravidez.

Na **Colômbia**, em 2006, a Suprema Corte declarou que não há delito de aborto se a interrupção da gravidez acontece com consentimento da mulher nos seguintes casos: a) quando a continuidade da gravidez implique em perigo para a vida ou a saúde da mulher, certificado por um médico; b) quando há malformação do feto que torne inviável sua vida, devidamente certificada por um médico; c) quando a gravidez resulta de estupro ou ato sexual sem consentimento (devidamente denunciados), de inseminação artificial ou transferência de óvulo fecundado não consentidas, ou ainda de incesto.

Nicarágua: exemplo de aliança Governo-Igreja Católica

Na conservadora Nicarágua o aborto era permitido apenas para salvar a vida da gestante (aborto terapêutico) e mediante autorização de três médicos. Em 2007, à revelia da resistência de organizações do movimento de mulheres, foi aprovada mudança no Código Penal proibindo totalmente qualquer forma de aborto, com sérias punições para as mulheres e médicos envolvidos em procedimentos. Instalou-se uma fase de perseguição e criminalização de qualquer expressão contrária à nova lei, que na prática teve como efeito o crescimento do número de mortes de mulheres e jovens grávidas no país.

A mudança na Lei ocorreu no contexto do processo eleitoral de 2007, que reelegeu Daniel Ortega para a presidência, pela Frente Sandinista de Libertação Nacional. Garantiu esta vitória a aliança entre a Frente Sandinista e o Partido Liberal Constitucionalista, apoiado pela Igreja Católica e por outras confissões cristãs.

Na sequência o Movimento Autônomo de Mulheres apresentou uma denúncia ao Comitê contra a Tortura das Nações Unidas. Em 2010 este Comitê equiparou à tortura a criminalização do aborto em quaisquer circunstâncias, cobrando do Estado medidas para voltar a permitir o aborto terapêutico. Cerca de 72 recursos já foram interpostos para questionar a constitucionalidade do ato, e em abril de 2010 o vicepresidente da Corte Suprema anunciou que reverteria a reforma legal. Mas até o momento não houve mudança. Recentemente foi apresentada ação judicial perante a Suprema Corte alegando inconstitucionalidade da proibição do aborto terapêutico.

Balanço geral 2009

61% da população mundial vivem em países que permitem o abortamento voluntário sem restrições dentro de determinado tempo gestacional (em geral até 12 semanas), ou dentro de um leque amplo de situações; 26% da população mundial vivem em países onde o procedimento é proibido de maneira geral. Os dados são do Center for Reproductive Law and Policy (www.crlp.org), que publicou o quadro Países e Territórios por Região e Razões pelas quais está Permitido o Aborto Legalmente, reproduzido a seguir, em tradução livre para o português, e atualizado.

PAISES E TERRITÓRIOS POR REGIÃO E RAZÕES PELA QUAL ESTÁ PERMITIDO O ABORTO LEGALMENTE, 2008 (*)

RAZÕES	MUNDO DESENVOLVIDO		MUNDO EM DESENVOLVIMENTO	
	Mundo desenvolvido	Mundo em desenvolvimento	África	Ásia e Oceania
Totalmente proibido, ou sem exceção legal explícita para salvar a vida da mulher.	Andorra, Malta, San Marino	Angola, Rep. Centro-africana, Congo (Brazzaville), Rep. Popular do Congo, Egito, Gabão, Guiné-Bissau, Lesoto, Madagascar, Mauritânia, Maurício, São Tomé e Príncipe, Senegal, Somália		Iraque, Laos, Ilhas Marshall, Micronésia, Omã, Palaos, Filipinas, Tonga
Para salvar a vida da mulher	Irlanda	Costa do Marfim, Quênia, Líbia (f), Malau (g), Mali (ac), Nigéria, Sudão (a), Tanzânia, Uganda		Afganistão, Bangladesh, Butão (a,c,e), Brunei, Timor Oriental (d), Indonésia, Ira (d), Kiribati, Líbano, Myanmar, Papua-Nova Guiné, Ilhas Salomão, Sri Lanka, Síria (f,g), Tuvalu, Emirados Árabes (f,g), Geza e Cisjordânia, Iêmen
Para preservar a saúde física (e para salvar a vida da mulher)*	Liechtenstein (e), Mônaco (f), Polónia (a,c,d,f)	Benin (a,c,d), Burkina Fasso (a,c,d), Burundi, Camarões (a), Chade (d), Ilhas Comores, Djibuti, Guiné Equatorial (f,g), Eritreia (a,c), Etiópia (a,c,d,e), Guiné (a,c,d), Marrocos (g), Moçambique, Níger (d), Ruanda, Togo (a,c,d), Zimbábue (a,c,d)		Jordânia, Kuwait (d,f,g), Maldivas (g), Paquistão, Qatar (d), Arábia Saudita, Coreia do Sul (a,c,d,g), Vanuatu
Para preservar a saúde mental (e todas as razões citadas anteriormente)	Nova Zelândia (c,d), Irlanda do Norte, Espanha (a,d) (f)	Argélia, Botsuana (a,c,d), Gâmbia, Gana (a,c,d), Libéria (a,c,d), Namíbia (a,c,d), Seychelles (a,c,d), Serra Leoa, Suazilândia (a,c,d)		Hong Kong (a,c,d), Israel (a,c,d,e), Malásia, Nauru, Samoa, Tailândia (a,d)
Razões de natureza socioeconómica (e todas as razões citadas anteriormente)	Austrália (h), Finlândia (a,d,e), Reino Unido (d), Islândia (a,c,d,e), Japão (g), Luxemburgo (a,d,f)	Zâmbia (d)		Chipse (a,d), Fiji, Índia (a,d,f), Taiwan (c,d,f,g)
Sem restrição quanto às razões, mas com limites gestacionais e de outro tipo.	Albânia, Áustria, Bielorrússia, Bélgica, Bósnia Herzegovina (f), Bulgária, Canadá (k), Croácia (f), República Tcheca (f), Dinamarca (f), Estónia, França, Alemanha, Grécia (f), Hungria, Itália (f), Letónia (f), Lituânia, Macedónia (f), Moldávia, Montenegro (f), Holanda, Noruega (f), Portugal (f), Roménia, Rússia, Sérvia (f), Eslováquia (f), Eslovénia (f), Suécia, Suíça, Ucrânia, Estados Unidos (f)	Cabo Verde África do Sul Tunísia		Arménia, Azerbaijão, Bahrein, Camboja, China (i,k), Geórgia (f), Cazaquistão, Quirguistão, Mongólia, Nepal (f), Coreia do Norte (k), Cingapura, Tadjiquistão, Turquia (f,g), Turcomenistão, Uzbequistão, Vietnã (k)

Notas: * inclui países com leis que fazem referência apenas a indicações de "saúde" ou "terapêuticas", que podem ser interpretadas de maneira mais ampla do que a indicação de saúde física. As exceções e restrições adicionais estão indicadas em parênteses junto ao nome de cada país. Alguns países permitem o aborto em casos de (a) estupro, (b) incesto, (d) malformação fetal ou (e) outras causas. Alguns restringem o aborto impondo requisitos tais como (f) autorização dos pais ou (g) autorização do cônjuge. Alguns países federados (h) possuem leis estaduais a respeito da legalidade do aborto, e a categorização mencionada reflete a situação da maioria das mulheres nestes países. Dois países (i) possuem leis que proíbem o aborto por motivo de sexo, e um (j) proíbe este tipo de aborto no marco de uma lei sobre diagnóstico por imagens do feto que é independente da lei de aborto. Os países que permitem o aborto quando as causas são de caráter socioeconómico estipulam limites à idade gestacional. A mesma regra se aplica para os países que permitem o aborto sem restrição quanto às causas, a maioria dos quais limitam os procedimentos de aborto ao primeiro trimestre de gravidez: os abortos após a idade gestacional especificada continuam sendo lícitos apenas sob as condições estipuladas. Alguns países (k) não especificam limites gestacionais, e os mecanismos de regulação variam. Hong Kong e Taiwan estão incluídos como entidades separadas da China neste informe, porque suas leis são diferentes.

Fonte: *Aborto a Nivel mundial: una década de progreso desigual*. Guttmacher Institute, 2009 (p.60) Em <http://www.guttmacher.org/pubs/Aborto-a-nivel-mundial.pdf>

(*) Tradução: Silvia Mansilla, Revisão e Atualização: Angela Freitas

(†) A situação da Espanha alterou-se em 2010, e o país hoje está na categoria "Sem restrição quanto às razões, mas com limites gestacionais de outro tipo". (Nota da Revisora).

8. Argumentos em favor do direito ao aborto

É uma questão de direitos humanos e cidadania

As mulheres têm competência e dispõem de princípios éticos para decidir sobre sua sexualidade e reprodução. O reconhecimento desses atributos é condição para respeitar os direitos humanos e de cidadania e os direitos sexuais e reprodutivos. Isto significa a possibilidade de as mulheres terem uma vida digna e plena, e de exercerem sua sexualidade livre de discriminação, coerção e violência. Os direitos sexuais e reprodutivos pressupõem liberdades individuais, que só estarão completas se garantidos os direitos à concepção, proteção da maternidade, anticoncepção, e interrupção de uma gravidez não desejada ou não planejada. Neste marco, fica restringida qualquer ingerência e garantido o direito à privacidade, igualdade, não discriminação e direito à Saúde, com responsabilidade do Estado em assegurar as políticas públicas que tornem possível por em prática este marco de cidadania.

A imposição de que as mulheres levem adiante uma gravidez indesejada pela condição de ilegalidade do aborto infringe esse marco, agredindo o bem-estar físico e mental das mulheres que decidem interromper a gestação.

O Estado brasileiro é laico

Desde a proclamação da República, no século XIX, o Estado brasileiro é laico. O princípio de laicidade é um pressuposto da Democracia. Ele garante o respeito à livre associação religiosa, mas não autoriza qualquer denominação religiosa a impor concepções morais sobre as leis e políticas públicas.

Nos países democráticos em que o aborto é legal, o direito de escolha é estendido a todas as cidadãs, independente de sua filiação a qualquer credo religioso. Assim, nenhuma mulher será obrigada a praticar um aborto, mas aquelas que assim decidirem poderão fazê-lo com segurança. Legislações restritivas como a brasileira, inspiradas em princípios morais de fundo religioso, submetem toda a população, que tem a liberdade de adotar ou não qualquer religião, a uma ordem que é própria de religião hegemônica.

A criminalização é inócua

A teoria jurídica contemporânea levanta questionamentos severos quanto à justiça e eficácia da lei

penal como instrumento de proteção da sociedade ou de qualquer bem jurídico. A criminalização do aborto é uma das ilustrações mais contundentes desta ineficácia. É irracional supor que milhares de mulheres que recorrem ao aborto ilegal a cada ano no Brasil sejam condenadas e encarceradas. Ao contrário do que sugerem as posições dogmáticas, a criminalização não funciona como proteção da vida do feto e, sobretudo, significa riscos e danos para as mulheres.

É uma questão de justiça social

A sociedade brasileira sempre conviveu com a prática do aborto voluntário, como acontece em todos os países do mundo. Criminalizar esta conduta e cultivar a perseguição das mulheres que optam por abortar não resulta em mudança nesse modo de agir, mas traz consequências que se distribuem de modo desigual.

O silêncio e a clandestinidade em torno da prática do abortamento voluntário dificultam o conhecimento do problema e aumentam a probabilidade de práticas inseguras. Disto decorre um quadro de risco para as mulheres, sem possibilidade de controle ou políticas de saúde apropriadas para dirimir possíveis danos.

A pobreza é o principal fator de vulnerabilidade para as mulheres que optam pelo aborto sem condições de obter procedimentos seguros. Há uma desigualdade que atinge especialmente mulheres em extrema pobreza, negras, indígenas e jovens. A pobreza representa também maior exposição ao estigma social, que se traduz em maior vulnerabilidade às denúncias, ao risco de humilhações e aos abusos quando as mulheres recorrem a serviços públicos de saúde em situação de abortamento incompleto.

Por medo de terem cometido uma prática ilícita, muitas evitam, ou tardam em recorrer aos serviços em caso de complicações, colocando a saúde e a vida em risco.

É uma questão de saúde pública

A pesquisa mais recente (Anis/ UnB, 2010) demonstra que, em números absolutos, mais de cinco milhões e 300 mil mulheres brasileiras em algum momento da vida fizeram um aborto.

Realizado solitariamente ou com a ajuda de pessoas mal treinadas, muitas vezes através de

procedimentos equivocados, pouco seguros, ou em condições de higiene inadequadas, o aborto inseguro traz graves riscos à saúde das mulheres. Os serviços de saúde recebem, rotineiramente, casos de perfuração do útero e sérias infecções, registrando sequelas permanentes como a infertilidade e perda do órgão reprodutor.

A curetagem pós-aborto foi a cirurgia mais realizada pelo SUS, entre 1995 e 2007. O Ministério da Saúde reconhece que quase a totalidade desses casos corresponde a sequelas por abortos induzidos.

De acordo com o DATASUS, desde 1990 o aborto induzido se mantém entre a terceira e quarta causa evitável de morte materna nas principais capitais do país. Nas regiões com piores condições socioeconômicas e precário acesso à saúde, a prática ocupa o primeiro lugar entre as causas de morte materna.

É reconhecido, entretanto, que a situação de criminalidade traz problemas de sub-informação, acarretando erros no desenho do perfil epidemiológico da mortalidade materna por abortamento e prejudicando pesquisas para detectar a magnitude e equacionar soluções para o problema.

A solução da questão do aborto está no âmbito da saúde pública, como atribuição do Estado laico e democrático e sem interferência de dogmas religiosos. Com a legalização todas as mulheres que optam por recorrer a um aborto teriam acesso a serviços normatizados e de qualidade, com procedimentos modernos e seguros, e orientação sobre planejamento reprodutivo – inclusive para os homens – de modo a evitar reincidência.

A legalização do aborto não deve ser adotada como medida isolada. Precisa ser acompanhada de políticas amplas e efetivas de saúde reprodutiva que garantam acesso a informações, ao pré-natal, parto, puerpério, assistência à anticoncepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis – inclusive HIV e Aids – e outras necessidades de mulheres e de homens relativas a este campo da saúde.

É uma questão de igualdade e equidade de gênero

A desigualdade entre gêneros, ainda presente em toda a sociedade, também se manifesta na prática sexual. Homens nem sempre admitem a possibilidade das mulheres dizerem não ao sexo, ou de exigirem práticas preventivas. Muitas vezes a gravidez indesejada resulta destas situações de impasse.

As mulheres não engravidam sozinhas, mas na criminalização do aborto a lei vigente isenta os homens de responsabilidade. Isto significa desrespeito ao princípio de igualdade entre homens e mulheres.

O aborto é um procedimento médico que responde a uma necessidade específica das mulheres. Ao negar este acesso, os Estados infringem o princípio de não discriminação em razão do gênero. O Comitê para Eliminação da Discriminação contra a Mulher/ CEDAW das Nações Unidas abraçou este argumento, com o qual tem instado os países signatários da Plataforma de Beijing a rever as leis que punem o aborto.

Há limites na contracepção

A gravidez indesejada, que constitui a causa de muitos abortos, não decorre apenas do sexo forçado ou “irresponsável”, como se costuma dizer. A tecnologia contraceptiva moderna e atualmente disponível tem efeitos colaterais e ainda apresenta limites no que se refere à eficácia. Por fatores diversos, os métodos anticoncepcionais sempre apresentam algum risco de falhar. Impor às mulheres uma gravidez indesejada por falha de um método ou atribuir às mulheres a única responsabilidade pela contracepção é parte da desigualdade de gênero que ainda se verifica na sociedade brasileira.

É uma questão de liberdade sexual

A criminalização do aborto busca forçar todas as mulheres que engravidam a levar a gestação a termo. É uma medida de “maternidade compulsória” cuja lógica é fortemente influenciada pela doutrina católica, que só admite o sexo para a procriação. Esta doutrina prega não apenas a condenação criminal do aborto como a interdição do uso de qualquer método anticoncepcional, exceto os considerados “naturais”. Neste caso, a criminalização sistemática do aborto é uma estratégia moral e legal de controle da sexualidade das mulheres, já que apenas elas engravidam nas relações sexuais.

No imaginário religioso e social acerca do aborto predomina também a idéia equivocada de que as mulheres abortam para se livrar de gestações que resultam de relações sexuais “irresponsáveis”: fora do casamento ou em situação de adultério.

Ao observar que em vários países, como no Brasil, o aborto é permitido no caso do estupro confirma-se este traço de controle. Na origem, esta exceção não tem como objetivo proteger a integridade das mulheres, mas sim proteger a Família como instituição patriarcal, evitando o nascimento de uma

criança cuja existência poderia ameaçar a “honra” e o patrimônio dos Pais, Maridos e Irmãos.

É uma questão de ponderação de interesses e valores

O argumento mais amplamente utilizado para defender a criminalização do aborto é a defesa da vida desde a concepção.

Esta questão foi tratada em decisões constitucionais que sancionaram a legalização do aborto em vários países (como Alemanha, Espanha e Portugal). Uma das premissas deste debate é que a Constituição de um Estado Democrático de Direito, ao reconhecer o pluralismo e a diversidade social, assegura interesses e direitos que podem ser conflitantes na prática das relações sociais, como o direito ao aborto.

A interpretação adotada por essas cortes utiliza o princípio da proporcionalidade, para ponderar o dever de tutela da vida do embrião ou feto pelo Estado, diante do dever de garantia dos direitos da mulher grávida à vida digna e plena – que compreende o direito à autonomia de decisão, privacidade, liberdade e igualdade, bem como o direito à saúde, integridade física e psíquica.

Esse caminho permite equacionar a tensão e solucionar o conflito de interesses e valores, afirmando que os direitos das mulheres à vida plena e digna prevalecem sobre a vida em sua dimensão biológica e potencial do ser em gestação.

O entendimento é de que a proteção jurídica dos direitos do ser em gestação não é homogênea desde a concepção até o nascimento. Há estágios evolutivos entre o embrião, o feto sem viabilidade extra-uterina e o feto com viabilidade extra-uterina, e o grau de proteção jurídica conferido à vida do feto aumenta, na medida em que avança o período gestacional. Assim, a prática do aborto é reconhecida como legal até determinado estágio, fase em que se garante a proteção aos direitos e autonomia de decisão das mulheres.

9. Dúvidas mais comuns

É correto dizer que a Constituição brasileira de 1988, a reforma do Código Civil e o Pacto de São José da Costa Rica (1969) determinam que o direito à vida seja protegido desde a concepção?

Há de fato uma interpretação jurídica conservadora de que a lei brasileira confere personalidade civil desde a fase embrionária e estabelece o direito absoluto de inviolabilidade da vida ao ser humano em gestação. Sustentando-se no princípio da sacralidade da vida e de que o status jurídico de pessoa é adquirido no momento da concepção, este posicionamento desconsidera a matriz de cidadania e direitos humanos fundamentais das mulheres com o objetivo de restringir o direito das mulheres ao abortamento voluntário. A esse argumento aferram-se segmentos religiosos autodenominados “provida”.

O artigo 5º da Constituição Federal brasileira garante a brasileiros e estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, liberdade e igualdade. Mas não há referência ao status do nascituro como pessoa, embora a Igreja Católica, através de representantes de seus interesses na Assembléia Constituinte, tenha proposto uma redação dessas leis para defender o direito à vida desde a concepção, o que implicaria em considerar pessoa o ser humano em estado gestacional. Posteriormente vieram projetos de emenda constitucional com esta finalidade, todos rejeitados, e que têm como principal objetivo a criminalização total do aborto, sem qualquer exceção.

Ao contrário do que quer fazer crer esta interpretação, o espírito contido no novo texto constitucional tornou imperativa a alteração da lei penal que criminaliza o aborto voluntário, para considerá-lo como um direito humano fundamental com base nos princípios da autonomia (inclusive reprodutiva) e da dignidade da pessoa humana. O desafio brasileiro é harmonizar aspectos éticos, políticos, jurídicos e das ciências da vida, para responder adequadamente a uma questão de saúde pública, na linha dos direitos humanos, e não optar pela sua criminalização do aborto, como defendem os segmentos conservadores apoiados pelas vertentes religiosas.

O Código Civil Brasileiro, em vigor desde 2002, mantém a afirmação de que o início da personalidade civil é o nascimento com vida. Ele faz referência à preservação de direitos do nascituro, mas isto não significa que a lei civil tenha conferido personalidade jurídica ao embrião ou feto. Significa, sim, que a norma civil garante ao não-nascido direitos que serão adquiridos no momento do nascimento com vida

(como, por exemplo, o direito de herança e os direitos previdenciários). Esta interpretação se harmoniza com a Constituição Federal, de modo que o Código Civil não pode ser alegado para negar o acesso ao aborto legal, ou mesmo para impedir que, futuramente, se faça a reforma legal descriminalizando ou legalizando o aborto voluntário.

O Pacto de São José da Costa Rica, como é conhecida a Convenção Americana de Direitos Humanos (1969), é um instrumento jurídico que amplia as normas sobre direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e educacionais contidos na Declaração Americana dos Direitos Humanos. Ele tem efeito vinculante, ou seja, os países signatários, ao ratificar o Pacto, são obrigados a tomar medidas para proteger os direitos humanos ali elencados. Em 1992 o Brasil ratificou este Pacto, que no artigo 4º do Capítulo II, sobre Direitos Civis e Políticos, reza sobre o Direito à Vida afirmando:

“Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente”.

Esta redação foi resultado de uma dura negociação sobre a inclusão da proteção da vida desde a concepção. De um lado, estavam os interesses antiabortistas. De outro, o respeito a países com leis que permitem o aborto em determinadas circunstâncias.

A negociação resultou na introdução da expressão “em geral” como condição para que se aceitasse tal inclusão. Assim, os países signatários que admitem o aborto voluntário em algumas circunstâncias (como nos casos de risco de vida e risco à saúde da gestante, ou estupro), poderiam ratificar o Pacto sem conflito com a legislação doméstica.

O que é aborto provocado?

Abortamento é o nome que se dá à interrupção da gravidez antes que o concepto (ou produto da concepção) se torne independentemente viável. A OMS estabelece que esta viabilidade acontece a partir da 20ª - 22ª semana de gravidez e quando o produto da concepção pesa mais de 500g. Denomina-se **Aborto** o produto da concepção eliminado no abortamento. Mas por força do uso, o ato do “abortamento” tem sido denominado como “aborto”.

O aborto provocado, como descrito pelo Comitê de Ética da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia), é a “interrupção da gravidez pelo uso de drogas ou intervenção cirúrgica

após a implantação e antes que o concepto se tenha tornado independentemente viável”. Acima do limite estabelecido pela OMS o término da gravidez é considerado como parto de um bebê prematuro, segundo explicação dos médicos Aníbal Faúndes e José Barzelatto no livro “O drama do aborto: em busca de um consenso” (Editora Komedi, 2004).

Como saber o número de abortos clandestinos realizados?

A metodologia usada na América Latina foi desenvolvida pelo Instituto Guttmacher no início da década de 1990. Para medir a magnitude da prática do abortamento realizado por decisão da mulher – em condições clandestinas e inseguras – o instituto parte do número de curetagens pós-abortamento realizadas no sistema público de saúde. A este número é aplicado um fator de correção para excluir do total os abortamentos espontâneos.

O resultado desta operação matemática é multiplicado por um número que reflete a proporção de casos que não chegam aos hospitais. Em alguns países os especialistas consideram que este número é dois, pois metade das mulheres que abortam clandestinamente não chega aos serviços públicos de saúde depois dos procedimentos. Em outros casos este número pode chegar a cinco, quando se estima que entre cinco mulheres que recorrem ao aborto clandestino, apenas uma busca posteriormente um serviço de saúde.

Por que o aborto deve ser legalizado?

Porque sua legalização é uma questão de igualdade de gênero, justiça social, saúde pública e democracia, representando um ganho para a sociedade, para casais, para homens e mulheres, e para o país.

Qual a diferença entre descriminalização e legalização do aborto?

Descriminalizar o aborto significa que sua prática deixará de ser crime, não podendo o Estado punir quem o realiza.

Legalizar implica em regulamentar a prática do abortamento através de leis positivas, que possam ser traduzidas em políticas que garantam o acesso ao procedimento em estabelecimentos da rede pública e privada de saúde, com profissionais capacitados para realizar a intervenção em condições seguras.

Essas políticas devem incluir a abordagem biopsicossocial, assim como orientação sobre planejamento reprodutivo com acesso à escolha anticonceptiva, entre o leque existente de métodos disponíveis.

Deve haver alguma restrição a este direito?

O aborto forçado, realizado contra a vontade da mulher, deve ser punido. No caso de menores de 14 anos, a decisão pela interrupção da gravidez deve contar com o seu consentimento e com a permissão de pelo menos um responsável pela jovem. Caso este consentimento não seja possível – ou seja negado – o Juizado da Infância e da Adolescência decidirá.

Todas as legislações que autorizam o aborto impõem limites em relação ao tempo gestacional. Na maioria dos casos o aborto por decisão da mulher é permitido até 12 semanas de gravidez. Mas estes limites podem ser alargados em circunstâncias específicas, como quando há risco à vida da gestante, quando a gravidez é resultante de estupro, ou quando há malformação fetal. Nesses pontos há variações entre os países.

O anteprojeto de lei proposto pela Comissão Tripartite em 2005, que terminou engavetado, estabelece o direito à interrupção voluntária da gravidez assegurando a realização do procedimento no âmbito do Sistema Único de Saúde e determinando sua cobertura pelos planos privados de assistência à saúde. Afirma que o procedimento deve ser realizado por médico, nas seguintes condições: até 12 semanas de gestação de modo geral; até 20 semanas de gestação no caso de gravidez “resultante de crime contra a liberdade sexual”; sem prazo gestacional definido no caso de diagnósticos de grave risco à saúde da gestante e diagnóstico de malformação congênita incompatível com a vida ou de doença fetal grave e incurável.

Por que as mulheres abortam?

Quando uma mulher busca interromper a gravidez é por que não deseja ou não pode mantê-la. Particularmente em sociedades como a brasileira, em que esta experiência é vivida na clandestinidade, solitariamente e de forma insegura, ela se torna delicada para todas as mulheres.

As mulheres abortam por que engravidaram numa relação sexual em que não tiveram poder ou autonomia para dizer não. O caso extremo é o estupro, mas em razão do diferencial de poder entre homens e mulheres isto pode ocorrer mesmo quando não há coerção ou violência explícita.

Também decidem abortar porque os maridos ou companheiros não se dispõem a assumir responsabilidades emocionais e financeiras pela criança que vai nascer. Em casos extremos, mas frequentes, os parceiros desaparecem quando informados sobre a gravidez.

No Brasil, muitas mulheres não têm acesso adequado a informações e serviços de anticoncepção. Portanto, engravidam por que não estavam usando um método anticoncepcional, ou o estavam utilizando de maneira incorreta. Há também casos em que a mulher não queria engravidar e estava usando um método anticoncepcional, mas o método falhou.

As mulheres também decidem pelo aborto por falta de condições econômicas ou porque não podem arcar com mais uma responsabilidade, já que têm sobre os ombros uma sobrecarga de tarefas familiares. Muitas abortam por que precisam trabalhar e têm medo de perder o emprego. Ainda faltam no país políticas sólidas de apoio à maternidade: berçários, creches e boas escolas.

As mulheres recorrem ao aborto porque a gravidez e o parto põem em risco sua saúde, algumas vezes de maneira extrema.

Outras escolhem o aborto por não se sentirem aptas para a maternidade, seja porque são muito jovens ou por outras razões de ordem pessoal.

Como as mulheres abortam?

Em geral a experiência do aborto é solitária. As mulheres pedem ajuda a familiares ou amigas. Mas ao fazerem isto, em geral enfrentam reações moralistas. Nem sempre os parceiros e maridos são solidários na gravidez indesejada ou na decisão de abortar. No passado, as mulheres brasileiras recorriam com frequência a métodos abortivos extremamente arriscados tais como introdução no útero, através do canal cervical, de objetos pontiagudos como agulhas de tricô, de sondas ou de substâncias ácidas. Estas práticas implicam grande risco de infecção, perfuração uterina e até esterilidade.

Hoje prevalecem dois tipos de recursos. As mulheres que têm condições financeiras buscam clínicas clandestinas, cuja segurança varia de acordo com o preço que possam pagar.

Desde os anos 1980 as mulheres têm crescentemente lançado mão de comprimidos de misoprostol, cuja marca mais conhecida é o Cytotec®. Trata-se de uma prostaglandina para tratamento de úlceras

gástrica que tem efeito abortivo.

Embora a comercialização do medicamento esteja proibida no país desde o início da década de 1990, o Cytotec® pode ser encontrado com facilidade em circuitos clandestinos. Esta opção traz problemas, como a oferta de comprimidos falsificados. Por outro lado, quando mal utilizado este método pode não funcionar ou implicar riscos, como hemorragias. Entretanto seu uso crescente tem efetivamente reduzido a mortalidade e morbidade feminina relacionada ao aborto inseguro no país.

A descriminalização do aborto poderia estimular um aumento da prática?

Em um primeiro momento a sensação pode ser de aumento porque se passa a computar os procedimentos. Mas a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia aponta a tendência de redução do número de abortos a médio e a longo prazos, desde que simultaneamente se ofereça métodos contraceptivos variados e práticas educativas, que contribuirão para evitar a reincidência.

Sabe-se que nos países em que a interrupção voluntária da gravidez é legalizada não acontece aumento significativo do número de casos, a não ser nos primeiros períodos devido ao aumento da notificação. Segundo comparação feita pela Febrasgo, na Holanda, onde o aborto foi legalizado em 1981, a taxa de abortos chegou a cinco para cada 100 mil mulheres, enquanto no Brasil, mesmo com todas as restrições, chega a 20 para cada grupo de 100 mil.

As mulheres que abortam são em sua maioria adolescentes solteiras, que estão em sua primeira gravidez?

Recorrer ao aborto não é uma opção exclusiva das mulheres mais jovens. Boa parte das usuárias do SUS que chegam aos serviços com um aborto incompleto são mais velhas e já tiveram gestações anteriores. Mas há uma tendência ao rejuvenescimento por causa de mudanças no padrão de vida sexual e pelo perfil das práticas anticoncepcionais.

Um dos fatores que contribuíram para a queda da fertilidade no Brasil foi o recurso extremo da esterilização feminina, crescente a partir da década de 1970. Na medida em que uma parcela importante das mulheres mais velhas estão esterilizadas, são as mais jovens que estão em maior risco de uma gravidez indesejada, sobretudo as que têm menos acesso a informação e à anticoncepção. No Brasil o início da vida sexual das mulheres ocorre cada vez mais cedo e faltam ações de saúde e educação que

atendam às dúvidas e necessidades de informação e assistência próprias da adolescência e juventude.

Toda mulher que aborta sofre depressão para o resto da vida?

O estudo “20 Anos de pesquisa sobre aborto no Brasil” não encontrou evidências científicas sobre esta afirmação, muito comum nos discursos antiabortistas.

Recentemente foram publicados em uma das principais revistas de psiquiatria do mundo, o British Journal of Psychiatry, os resultados de um estudo que acompanhou, ao longo de trinta anos, a saúde mental de 284 mulheres que ficaram grávidas. Os autores concluem que não se pode afirmar se há ou não uma relação de causa e efeito entre abortar e sofrer sérios danos psicológicos.

O aborto é uma prática perigosa que põe em risco a saúde e a vida das mulheres?

O aborto realizado de forma clandestina, em condições inseguras, significa um risco de vida para as mulheres. Porém quando praticado com atenção médica adequada é um procedimento simples e seguro.

Os homens devem participar na decisão sobre o abortamento?

A gravidez é resultado de uma relação heterossexual. Se tivermos como referência um princípio formal e abstrato de igualdade, diríamos que os homens têm tanto direito quanto as mulheres de decidir sobre a interrupção da gravidez.

A teoria contemporânea do Direito nos lembra que é sempre necessário contextualizar princípios gerais de Justiça e ponderar os interesses envolvidos. No caso do aborto, deve-se considerar que a gestação ocorre no corpo das mulheres. Os custos biológicos, sociais e econômicos são sempre maiores para elas do que para seus parceiros.

Esta realidade diferenciada é um fator que justifica a primazia de decisão da mulher. A ele se somam as condições de desigualdade entre homens e mulheres, que persistem na sociedade, afetando a autonomia das mulheres no exercício da sexualidade e suas consequências reprodutivas. Nessas circunstâncias, em situação de conflito ou contestação, cada caso deve ser julgado na sua especificidade, considerando-se os diferenciais de poder entre o homem e a mulher.

Quando o aborto é legalizado médicos/as podem ser obrigados a praticá-lo?

Médicos/as têm o direito individual à objeção de consciência. Ou seja, se forem contra o aborto, podem se negar a realizar o procedimento. Entretanto, os serviços públicos de saúde credenciados para receber as mulheres que têm direito a este atendimento são obrigados, pela Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, a trabalhar com uma equipe capacitada, apta e disposta a atendê-las em tempo hábil e dentro dos padrões técnicos, de qualidade e respeito humano. A Norma resgata os termos do artigo 43 do Código de Ética Médica e especifica que:

- É dever do(a) médico(a) “informar à mulher sobre seus direitos e, no caso de objeção de consciência, garantir a atenção ao abortamento por outro(a) profissional da instituição ou de outro serviço”;
- “Não se pode negar o pronto-atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que viole a lei, o código de ética profissional e os direitos humanos das mulheres”;
- “...não há direito de objeção de consciência em algumas situações excepcionais: 1) risco de morte para a mulher; 2) em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro(a) profissional que o faça; 3) quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) profissional; 4) no atendimento de complicações derivadas do abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência”.

10. Anexos

Leituras complementares

DADOS NO BRASIL E NO MUNDO

2010 - Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna.

Débora Diniz (Anis) Marcelo Medeiros (UnB)

Artigo publicado na revista *Ciência & Saúde Coletiva* da Abrasco, vol.15, de junho de 2010. Primeiros resultados da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), financiada pelo MS, que fez um levantamento por amostragem aleatória de domicílios em 2010, entrevistando mulheres entre 18 e 39 no Brasil urbano com a combinação de duas técnicas de sondagem: técnica de urna e questionários preenchidos por entrevistadoras.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/002.pdf>

Release: <http://bit.ly/releasedoartigo>

2010 - Dossiês sobre a realidade do aborto inseguro.

Ipas Brasil, Grupo Curumim e Cfemea (em parceria com organizações locais como IMAIS-BA, Cunha Coletivo Feminista, AMB Rio e Rede Feminista de Saúde)

Foram feitos estudos em municípios com alta incidência de aborto inseguro produzindo dossiês regionais. Estes sintetizam dados epidemiológicos por estado, e trazem o resultado de visitas a unidades de saúde em Recife e Petrolina (PE); Salvador e Feira de Santana (BA); Campo Grande e Corumbá (MS); Rio de Janeiro, Nova Iguaçu, e Duque de Caxias (RJ); João Pessoa e Campina Grande (PB). Apresentam o impacto da criminalização do aborto na saúde das mulheres, detectando desigualdades e discriminação no acesso à saúde em razão de gênero, raça, nível educacional, idade e classe social. Os dossiês estão disponíveis em: <http://www.ipas.org.br/pesquisas.html>

2010 – Autonomia Reprodutiva em questão: relatos de mulheres sobre aborto e estigma em Mato Grosso do Sul.

Ipas Brasil

Traz o contexto e dados sobre o aborto inseguro e a realidade dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil e no estado de Mato Grosso do Sul. Inclui relatos de mulheres entrevistadas, com metodologia de história

oral, e uma análise da discriminação nos seus diferentes níveis.

Disponível em: http://www.ipas.org.br/arquivos/MS_Casos2010.pdf

2009 - Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos.

Maria Isabel Baltar da Rocha e Regina Maria Barbosa (Organizadoras). Núcleo de Estudos de População – Nepo / Unicamp

Resume resultados de seminário realizado em 2007, com capítulos sobre Argentina, Paraguai, Uruguai, Chile e Brasil; faz um histórico do marco legal brasileiro e traz elementos para a discussão da legalização no marco jurídico e da bioética.

Disponível em <http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/aborto/aborto.pdf>

2009 - Aborto a Nivel mundial: una década de progreso desigual.

Instituto Guttmacher

Informa sobre a situação do aborto no mundo, atualizada com base em informações de instituições internacionais como a OMS. Avalia mudanças da última década sobre legalidade, riscos e acesso aos serviços de aborto no mundo. Resume a evolução das políticas e traz dados comparativos sobre incidência do aborto inseguro, gravidez não planejada e anticoncepção.

Disponível em espanhol em: <http://www.guttmacher.org/pubs/Aborto-a-nivel-mundial.pdf>

2009 - Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos.

Ministério da Saúde

Relatório do estudo coordenado por Debora Diniz (UnB) e Marilena Corrêa (UERJ), e financiado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do MS. O estudo sintetizou 2.109 fontes de língua portuguesa sobre aborto no Brasil, examinando em profundidade as que compõem o universo das fontes com evidências empíricas sobre aborto, por conter dados primários ou secundários. Enfoca o perfil e trajetória do aborto, complicações e sequelas, aborto e adolescência, e misoprostol, como desafios de saúde pública impostos pela ilegalidade do aborto no Brasil. Ficaram de fora o tema do aborto legal e do aborto por anomalia fetal por escassez de estudos sistemáticos com evidências, e não por menor importância para esta abordagem.

Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf

2009 - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher.

CEBRAP e Ministério da Saúde

Análises preliminares da terceira PNDS, com dados comparativos (2006/1996) sobre fertilidade, fecundidade e anticoncepção no Brasil.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf

2008 - Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social.

Mario Monteiro (IMS-UERJ), Leila Adesse (Ipas Brasil) e Jacques Levin (DATASUS e IMS-UERJ)

Artigo publicado na Revista Radis - Comunicação em Saúde, Nº 66. Sintetiza dados da mesma pesquisa, financiada pelo Ministério da Saúde. Dimensiona a prática do aborto inseguro no país com base em dados do DATASUS até 2005, apresentando tabelas e gráficos. Analisa problemas de subnotificação e do constrangimento e medo que rodeia esta prática, considerada crime.

Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/66/capa.html>

2008 – Relatório Processos judiciais envolvendo abortamento: Negação dos direitos reprodutivos das mulheres em Mato Grosso do Sul.

Ipas Brasil

Relatório que resultou da documentação produzida sobre o caso emblemático do Mato Grosso do Sul, por um grupo de entidades e redes de promoção e defesa dos direitos humanos reprodutivos das mulheres. O foco é a preocupação com a postura de autoridades desse estado, que continuam violando os direitos humanos previstos nos tratados internacionais sobre a matéria, ratificados pelo Brasil, e as garantias asseguradas pela Constituição Brasileira. O texto documenta os incidentes ocorridos, traz entrevistas e matérias jornalísticas, instando autoridades competentes a adotarem medidas para suspender as investigações e o processo contra as mulheres pela prática de aborto no estado.

Disponível em: http://www.ipas.org.br/arquivos/RelatorioMS_FINAL.pdf

2007 - Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais.

Ipas Brasil/ Instituto de Medicina Social-UERJ, Ministério da Saúde

Síntese dos resultados de pesquisa que dimensiona a prática do aborto no Brasil e Grandes Regiões, identifica áreas de maior incidência e grupos populacionais mais expostos aos riscos de sequelas e de morte em consequência do aborto inseguro.

Disponível em: http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf

1997 - Atualizando os dados sobre a interrupção voluntária da gravidez no Brasil.

Angela Freitas e Sonia Corrêa

Explica a fórmula criada pelo Instituto Guttmacher para estimar o número de abortos inseguros, com base nas internações hospitalares. Artigo publicado na revista Estudos Feministas, volume 5, n. 2.

Disponível em: <http://www.ieg.ufsc.br/admin/downloads/artigos/12112009-104300correafreitas.pdf>

SOBRE ANENCEFALIA E ADPF 54

2010 - Anencefalia: Causas de uma malformação congênita.

Miryan Vilia Lança Alberto (USP), Alvaro Carlos Riveros Galdos (USP), Maria Angélica Miglino (USP), José Manoel dos Santos (Faculdade de Medicina do ABC).

Artigo publicado na revista Neurociência. Sintetiza resultados de estudos sobre esta malformação congênita, abordando fatores causadores da doença (genéticos, nutricionais e ambientais) e a incidência no Brasil (18 casos por 10 mil nascidos vivos), bem maior do que em países desenvolvidos.

Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/351%20revisao.pdf>

2009 - A magnitude do aborto por anencefalia: um estudo com médicos.

Débora Dinis e Janaína Penalva (Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero); Anibal Faúndes (Universidade Estadual de Campinas) e Cristiano Rosas (Comissão Nacional de Violência Sexual da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia-(Febrasgo).

Artigo sobre a magnitude da assistência médica em casos de gravidez de feto com anencefalia, com base em pesquisa empírica com 1.814 médicos. Descreve o que é anencefalia, contextualiza o debate em curso no Supremo Tribunal Federal, mostra a experiência cotidiana nos serviços de saúde e o desafio ético pela

ilegalidade do procedimento médico de interrupção da gestação nesses casos. Disponível em:

http://www.febrasgo.org.br/?op=300&id_srv=2&id_tpc=5&nid_tpc=&id_grp=1&add=&lk=1&nti=332&lnti=S&itg=S&st=&dst=3

2009 - Alegações Finais da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS) no processo da ADPF nº. 54/2004 (sobre anencefalia) que tramita no Supremo.

Texto original assinado pelo Dr. Luiz Roberto Barroso.

Retoma os argumentos jurídicos que sustentam a dispensa de autorização judicial para interromper uma gravidez de feto anencéfalo e analisa o resultado das audiências públicas realizadas em 2008. Disponível em:

[http://redir.stf.jus.br/paginador/paginador.jsp?docTP=TP&docID=351794#PETI%C7%C3O%20\(35305/2009\)%20-%20CNTS%20-%20apresenta%20alega%E7%F5es%20finais](http://redir.stf.jus.br/paginador/paginador.jsp?docTP=TP&docID=351794#PETI%C7%C3O%20(35305/2009)%20-%20CNTS%20-%20apresenta%20alega%E7%F5es%20finais)

2009 - Anencefalia: tendência de voto no STF favorece direito de decidir.

Portal da Agência Patrícia Galvão.

Entrevistas gravadas com especialistas e artigos que trazem um panorama sobre a ADPF 54 e a importância desta decisão para a saúde e direitos reprodutivos. Disponível em:

http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=89&catid=47

2008 - Aborto na Suprema Corte: o caso da anencefalia no Brasil.

Debora Diniz (UnB) e Ana Cristina Gonzalez Vélez (OMS, Fundação Ford, UNFPA)

Artigo publicado na Revista Estudos Feministas vol.16 no.2. Analisa o desafio jurídico e ético que a ADPF 54 trouxe para o debate sobre direitos reprodutivos no Brasil. Mostra que o debate sobre aborto provoca os fundamentos constitucionais da laicidade do Estado brasileiro, expõe a fragilidade da razão pública em temas de direitos reprodutivos e analisa como decisões deste campo têm extrapolado do Legislativo para o Judiciário. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000200019&lng=en&nrm=iso

2008 - Aborto e Religião nos Tribunais Brasileiros.

Tamara Gonçalves e Thaís Lapa.

Resultados da pesquisa realizada pelo Instituto para a Promoção da Equidade (Ipê), CCR/PROSARE/CEBRAP. Mapeia os casos de aborto levados aos tribunais entre 2001 e 2006; avalia decisões da Justiça; identifica tendências e posicionamentos do Poder Judiciário e a influência religiosa e feminista sobre os argumentos expressados. Mostra que mulheres estão “susceptíveis às recusas de autorizações judiciais para interrupção de suas gestações por motivos pessoais, com fundamentação religiosa.”

Disponível em:

http://www.ccr.org.br/uploads/noticias/330_aborto_e_religi%C3%A3o_nos_tribunais_brasileiros.pdf

Reportagens e artigos publicados no blog Mulheres de Olho.

Instituto Patrícia Galvão

2009 - Julgamento da ADPF 54

<http://www.mulheresdeolho.org.br/?p=518>

2008 - O histórico debate sobre anencefalia

<http://www.mulheresdeolho.org.br/?p=180>

2008 - Anencefalia entra em pauta com STF dividido

<http://www.mulheresdeolho.org.br/?p=487>

2008 - Viver uma gravidez sem esperança é acordar e dormir no desespero

<http://www.mulheresdeolho.org.br/?p=490>

2008 - STF - a última trincheira

<http://www.mulheresdeolho.org.br/?p=493>

2008 - “Entrevista de Marco Aurélio é um marco”

<http://www.mulheresdeolho.org.br/?p=494>

2008 - Anencefalia - de Ministro a mulheres populares no STF

<http://www.mulheresdeolho.org.br/?p=509>

Anencefalia: o debate no Supremo Tribunal Federal e as suas implicações para a prática e assistência em saúde.

Ipas Brasil.

O que é anencefalia, dados estatísticos, os princípios em debate no STF, os avanços para a prática médica que dependem da decisão que está nas mãos do Judiciário. Disponível em:

http://www.ipas.org.br/arquivos/FactSheet_Anencefalia.pdf

SOBRE MISOPROSTOL

2010 - Internet, ANVISA e Misoprostol: uma combinação fatal contra o acesso à informação

Magaly Pazello (artigo/ p. 81-119)

Publicado no livro organizado por ARILHA, M.; LAPA, T. S.; e PISANESCHI, T. C., Aborto Medicamentoso no Brasil. São Paulo: Oficina Editorial/ Comissão de Cidadania e Reprodução-CCR, 2010.

2009 - A Experiência Brasileira com o Cytotec®

Regina Barbosa e Margareth Arilha.

Trabalho apresentado em Congresso da Sociedade para o Avanço da Contracepção em Barcelona (1992). Estuda a disseminação e uso do Cytotec® no Brasil, traz quadro comparativo entre países, mostrando quando se deu a aprovação do medicamento. Analisa o sucesso do método abortivo entre as mulheres, e as contradições que isto representa no contexto da ilegalidade.

Disponível em: <http://www.ieg.ufsc.br/admin/downloads/artigos/08112009-054459barbosaarilha.pdf>

2009 – Reunião Técnico-Científica sobre o Aborto Medicamentoso no Brasil

Comissão de Cidadania e Reprodução – CCR

Síntese das principais apresentações do seminário realizado pela CCR em São Paulo, 16 de outubro de 2009. As palestras abordaram aspectos médicos, jurídicos e de direitos reprodutivos e direito a informação contidos na política brasileira sobre o uso e divulgação do misoprostol.

Disponível em: http://www.ccr.org.br/a_destaque_seminario15-16out2009b.asp

2008 - O papel do misoprostol na prevenção da mortalidade e morbidade materna e neonatal

Febrasgo, Pathfinder do Brasil, Católicas pelo Direito de Decidir

Relatório do Simpósio que reuniu, em outubro de 2008, entidades médicas, especialistas e pesquisadores/as sobre o uso do misoprostol na ginecologia e obstetrícia, e ativistas pelos direitos sexuais e reprodutivos. Informa sobre a trajetória do misoprostol no Brasil, os benefícios de seu uso para a saúde ginecológica e obstétrica, a proibição de sua venda em farmácias e determinação do uso exclusivo em hospitais, as regulamentações restritivas da ANVISA. Questiona o rigor dessa política e o nível de desinformação sobre o medicamento entre profissionais médicos.

<http://www.febrasgo.org.br/extras/downloads/artigos/relatorioSimposioMisoprostol.pdf>

SOBRE EFEITOS DO ABORTO VOLUNTÁRIO NA SAÚDE MENTAL

2009 - Aborto faz bem ou mal para a saúde mental?

Marcelo Medeiros (IPEA).

Artigo publicado na seção de Opinião do Correio Braziliense. Comenta que as pesquisas não são conclusivas a este respeito. Cita estudo recente publicado no British Journal of Psychiatry, realizado na Nova Zelândia por David Ferguson, John Horwood e Joseph Boden, acompanhando por 30 anos a saúde mental de 284 mulheres que ficaram grávidas.

http://www.anis.org.br/informe/visualizar_informes.cfm?IdInformes=118

Fontes para consulta

Secretaria Executiva das Jornadas

www.jornadaspeloabortolegal.wordpress.com

Email: jornadas.secretaria@gmail.com

Coordenação Política das Jornadas

Paula Viana - enfermeira

Secretária Executiva

Coordenadora do Grupo Curumim Gestação e Parto - www.grupocurumim.org.br

Email: paulaviana@grupocurumim.org.br

Tel: 81-34272023

Abordagem: aborto e saúde, políticas públicas, mortalidade materna.

Maria José Rosado - socióloga

Católicas pelo Direito de Decidir/ Brasil - www.catolicasonline.org.br

Email: mjrosado@uol.com.br

Tel: 11- 35413476

Abordagem: aborto e questões éticas, filosóficas, morais e religiosas; mulheres na Igreja católica; pensamento católico sobre sexualidade e reprodução.

Margareth Arilha - psicóloga

Comissão de Cidadania e Reprodução - www.ccr.org.br

Email: arilha@hotmail.com

Tel: 11-55740399

Abordagem: diálogo político, pesquisa e comunicação.

Natalia Mori

Centro Feminista de Estudos e Assessoria – CFEMEA – www.cfemea.org.br

Email: natalia@cfemea.org.br

Tel: 61-32241791

Abordagem: diálogo político-legislativo sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos; poder e participação política das mulheres.

Beatriz Galli - advogada

Ipas Brasil – Rio de Janeiro - www.ipas.org.br

Email: gallib@ipas.org

Tel: 21-25321930

Abordagem: direitos humanos, sexuais e reprodutivos; mortalidade materna e aborto inseguro.

Rosa de Lourdes – assistente social

Rede Feminista de Saúde - www.redesaude.org.br

Email: rdelourdes@uol.com.br

Tel: 11-38722789

Abordagem: SUS e mulheres; controle social; defesa da legalização do aborto; direitos humanos das mulheres.

Assessoras de Comunicação

Nataly Queiroz - jornalista

Grupo Curumim Gestação e Parto - www.grupocurumim.org.br

Email: jornadas.abortolegal@gmail.com

Tel. 81-94808095

Evanize Sydow - jornalista

Ipas Brasil - www.ipas.org.br

Email: evanizesydow@terra.com.br

Tel: 21-82229310/ 21-76993665

Fabiana Paranhos - jornalista

ANIS - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero – www.anis.org.br

Email: f.paranhos@anis.org.br

Tel: 61-33431731

Eunice Borges - jornalista

Cfemea - www.cfemea.org.br

Email: eunice@cfemea.org.br

Tel: 61-32241791

Vera Daisy Barcellos - jornalista

Rede Feminista de Saúde – www.redesaude.org.br

Email: veradaisyb@yahoo.com.br; comunicarede@redesaude.org.br

Tel: 51-91356435 / 51-32120630 (à tarde)

Kristina Lima - jornalista

Cunhã Coletivo Feminista - www.cunhanfeminista.org.br

Email: Cristina@cunhanfeminista.org.br - kristinalima1122@gmail.com

Tel. 83-88880896/ 83-32415916

Para o tema descriminalização e legalização do aborto

Aníbal Faúndes - médico

CEMICAMP- www.cemicamp.org.br

Email: afaundes@uol.com.br

Tel: 19-32892856/ 19-81223408

Abordagem: serviços de aborto legal; aborto e prática médica.

Carmen Hein de Campos - Mestre em Direito

Cladem Brasil - www.cladem.org

Email: charmcampos@yahoo.com.br

Tel: 51-32735524

Abordagem: direitos humanos e aborto; violência contra mulheres e adolescentes.

Cristião Fernando Rosas - médico

Secretário da Comissão de Violência Sexual e Interrupção da Gravidez Prevista em Lei/ Febrasgo

Email: cristiao@terra.com.br

Tel: 11- 92366894/ 11-32597599

Abordagem: serviços de aborto legal; aborto e prática médica.

Debora Diniz - antropóloga

ANIS - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero – www.anis.org.br

Email: anis@anis.org.br

Tel: 61-33431731

Abordagem: aborto e bioética.

Eleonora Menicucci – Pro-reitora de Extensão/UNIFESP (sanitarista)

Email: leomenicucci@uol.com.br

Tel: 11-91969413/ 11-73020303

Abordagem: saúde pública; serviços de aborto legal; mulheres e experiência do aborto.

Flávia Piovesan – Professora PUC/SP (Doutora em Direito)

Email: piovesan@dialdata.com.br

Tel: 11-38159894/ 11-99975003

Abordagem: direito constitucional.

Jacira Melo - especialista em comunicação

Agência Patrícia Galvão - www.agenciapatriciagalvao.org.br/

Email: ipgalvao@uol.com.br

Tel: 11-32665434/ 11-76189731

Abordagem: aborto e meios de comunicação.

Leila Adesse - médica

Ipas Brasil - www.ipas.org.br

Email: ipas@ipas.org.br

Tel: 21-25321930

Abordagem: atendimento ao aborto legal; saúde pública.

Leila Linhares Barsted – advogada

Cepia - www.cepia.org.br

Email: barsted@cepia.org.br

Tel: 21-25586115/ 21-22052136

Abordagem: direitos humanos e direitos reprodutivos.

Máira Fernandes - advogada

OAB - RJ

Email: mairacf@gmail.com

Abordagem: direito constitucional.

Maria José de Oliveira Araújo - médica

Representa a Rede Feminista de Saúde na Plataforma Dhesca Brasil- www.dhescabrasil.org.br

Email: mazesalvador@gmail.com

Abordagem: saúde pública e políticas públicas.

Maria Luiza Heilborn - antropóloga

Centro Latino Americano de Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM) www.clam.org.br

Email: centro@ims.uerj.br

Tel: 21-25680599

Abordagem: direito de escolha e maternidade voluntária; direitos sexuais.

Miriam Ventura - advogada

Email: venturaadv@easyline.com.br

Tel: 21-25430666/21-96169304

Abordagem: projetos de lei e debate filosófico sobre legislação; ONU e Direito Internacional; aborto entre jovens/ adolescentes.

Olímpio Moraes – médico

Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros / UFPE-Febrasgo

Email: olimpiomoraes@yahoo.com.br

Tel: 81-96152188

Abordagem: serviços de aborto legal; aborto e prática médica.

Rivaldo Mendes - médico

Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros / UFPE-Febrasgo

Email: rivaldomendes@uol.com.br

Tel: 81-34522000/ 81-31827700

Abordagem: serviços de aborto legal; aborto e prática médica.

Sílvia Camurça - socióloga

Articulação de Mulheres Brasileiras - www.articulacaodemulheres.org.br

Email: silvia@soscorpo.org.br

Tel: 81-30872086

Abordagem: luta pelo direito ao aborto e movimentos sociais.

Thomaz Rafael Gollop - médico

Grupo de Estudos sobre Aborto-GEA/ Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência-SBPC

Email: trgollop@usp.br

Tel: 11-55354320 / 11-37473108/ 11-99711214

Abordagem: medicina fetal; anencefalia.

Roberto Arriada Lorea - Juiz de Direito; antropólogo

Email: lorea@tj.rs.gov.br

Tel: 51-32106719/ 51-91173932

Abordagem: projetos de Lei e debate filosófico sobre marco legal.

Telia Negrão - jornalista

Secretária Executiva da Rede Feminista de Saúde - www.redesaude.org.br

Email: teliabr@gmail.com

Tel: 51-32124998/ 51-81003878

Abordagem: direitos sexuais e reprodutivos; América Latina e Caribe.

Contatos nos estados

BAHIA

Carla Batista - educadora

Email: carlagisele.batista@gmail.com

Tel: 71-92644362

Abordagem: mulheres e experiência do aborto

Cecília Sardenberg - antropóloga

Diretora do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher/ UFBA

Email: ceciliasard@yahoo.com.br; cecisard@ufba.br

Tel: 71-33363977/ 71-91375477

Abordagem: aborto e aspectos sociodemográficos, raciais, filosófico e moral; meios de comunicação.

Maria Eunice Xavier Kalil - médica sanitária

Fórum de Mulheres de Salvador/ IMAIS

Email: mabice@terra.com.br

Tel: 71-32376739/ 71-99631535

Abordagem: saúde pública; mulheres e experiência do aborto.

Maria Helena Souza da Silva

Tel: 71-33515689/ 71-91467765

Email: lenamail@terra.com.br

Abordagem: mulheres e políticas públicas

DISTRITO FEDERAL

Kauara Rodrigues - cientista política

CFEMEA – www.cfemea.org.br

Email: kaura@cfemea.org.br

Tel: 61-32241791

Abordagem: diálogo político-legislativo sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos; poder e participação política das mulheres.

Lisandra Arantes - advogada

Email: lisandrarantes@hotmail.com

Tel: 61-92716818

Abordagem: aborto no Congresso Nacional

MATO GROSSO DO SUL

Alexandra Lopes da Costa - Socióloga

Articulação de Mulheres Brasileiras no Mato Grosso do Sul

E-mail: alexasociais@yahoo.com.br

Tel: 67-96086373

Abordagem: Relações de gênero, violência, aborto e a questão das drogas.

Nathalia Eberhardt Ziolkowski - socióloga

Integrante da Articulação de Mulheres Brasileiras no Mato Grosso do Sul

Email: naticiso@yahoo.com.br

Tel: 67-84399001

Abordagem: direitos reprodutivos, aborto, estudos de gênero.

MINAS GERAIS

Maria Elvira Salles Ferreira - empresária

Fórum de Mulheres do Mercosul - forummulheresmercosul.blogspot.com

Email: mariaelvirasalles@hotmail.com – forumdemulheres@hotmail.com

Tel: 31-32917979/ 31-99551280

Abordagem: aborto como direito.

PARAÍBA

Gilberta Soares – Mestre em Psicologia Social - UFPB

Cunhã Coletivo Feminista

Email: gilberta@cunhanfeminista.org.br

Tel: 83-32416595/ 83-32415916/ 83-99881456

Abordagem: saúde pública; direito de escolha e maternidade voluntária.

PERNAMBUCO

Benita Spinelli – enfermeira

Tel: 81-99785837

Email: benitaspinelli@hotmail.com

Abordagem: saúde integral, saúde da mulher e políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres.

Jorge Lyra - Doutor em saúde pública; psicólogo

Instituto PAPAI – www.papai.org.br

Email: jorgelyra@papai.org.br

Tel: 81-32714804/ 81-99226868

Abordagem: feminismo, gênero e saúde; homens, masculinidades e políticas públicas.

Maria Betânia Ávila - socióloga

SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia - www.soscorpo.org.br

Email: betania@soscorpo.org.br

Tel: 81-34452086

Abordagem: questões sociodemográficas; aspecto filosófico e moral.

SANTA CATARINA

Clair Castilhos - médica sanitária

Casa Mulher Catarina - Rede Feminista de Saúde

Email: Clair.castilhos@gmail.com

Tel: 48-2332516/ 48-3319388

Abordagem: saúde pública.

RIO DE JANEIRO

Angela Freitas – comunicadora social

Email: angelatf@uol.com.br

Tel: 21-82695110

Abordagem: comunicação e mídia; referência para outros contatos.

Rogéria Peixinho

Articulação de Mulheres Brasileiras/ AMB

Email: rogeriapeixinho@gmail.com

Tel. 21-9122-0133

Abordagem: luta pelo direito ao aborto e movimentos sociais

Schuma Schumacher - pedagoga

Redeh - www.redeh.org.br

Email: schuma@redeh.org.br

Tel: 21-22621704/ 21-99999122

Abordagem: políticas públicas, educação e participação política das mulheres.

SÃO PAULO

Irotildes Gonçalves Pereira - assistente social

Equipe Hospital Jabaquara (atende mulheres vítimas de violência sexual)

Tel: 11-50118809/ 11-91680114

Abordagem: Serviços de aborto legal; mulheres e experiência do aborto

Jefferson Drezett - médico

Centro de Referência da Saúde da Mulher Hospital Pérola Bighton

Email: jdrezett@sti.com.br

Tel: 11-30795938/ 11-81825434

Abordagem: aborto e prática médica.

Sueli Carneiro – pesquisadora; articulista

Geledés Instituto da Mulher Negra - www.geledes.org.br

Email: geledes@geledes.org.br

Tel: 11-33333444

Abordagem: aborto e questão racial e ética.

Wilza Villela - médica

Instituto de Saúde SP

Email: wilzavi@isaude.sp.gov.br

Tel: 11-32932224/ 11-37683238

Abordagem: saúde pública; direitos sexuais; maternidade voluntária.



JORNADAS PELO
DIREITO AO ABORTO
LEGAL E SEGURO

<http://jornadaspeloabortolegal.wordpress.com>