

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO
Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho

Kimberly Andrade

ABORTO NA AGENDA GOVERNAMENTAL DO BRASIL E DO URUGUAI: A
INFLUÊNCIA DOS ATORES SOCIAIS

Belo Horizonte

2020

Kimberly Andrade

ABORTO NA AGENDA GOVERNAMENTAL DO BRASIL E O URUGUAI: A
INFLUÊNCIA DOS ATORES SOCIAIS

Projeto apresentado ao Curso de Graduação em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental.

Orientador: Profa. Dra. Maria José Nogueira

Belo Horizonte
2020

A554a Andrade, Kimberly.
Aborto na agenda política do Brasil e do Uruguai
[manuscrito] : a influência dos atores sociais / Kimberly
Andrade. – 2020.
[3] 94 f. : il.

Monografia de conclusão de Curso (Graduação em
Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de
Governos Professor Paulo Neves de Carvalho, 2020.

Orientadora: Maria José Nogueira

Bibliografia: f. 65-69

1. Saúde pública – Minas Gerais. 2. Políticas públicas –
Minas Gerais. 3. Aborto – Minas Gerais. 4. Reprodução
humana. 5. Mortalidade materna. I. Nogueira, Maria José. II.
Título.

CDU 614(815.1)

Kimberly de Andrade

Aborto na agenda política do Brasil e do Uruguai: a influência dos atores sociais

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Administração Pública.

Aprovada na Banca Examinadora



Prof.^a Maria José Nogueira (Orientadora) – Fundação João Pinheiro



Prof.^a Daniele Goes Paraiso Lacerda. (Avaliadora) – Fundação João Pinheiro



Prof. Marcos Assis. (Avaliador) – Fundação João Pinheiro

Belo Horizonte, 10 de Agosto de 2020

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a oportunidade de concluir um curso superior em uma instituição pública de qualidade, aos meus professores e mestres nessa trajetória, à minha orientadora Maria Jose Nogueira e à minha família que sempre investiu na minha educação e me ensinou o valor do conhecimento. Agradeço a oportunidade de trabalhar um tema tão relevante para a vida e saúde das mulheres na esperança de que pesquisas como esta possam num futuro próximo conceder a todas as mulheres uma existência plena e o direito de escolha.

“Vivi num mundo de homens guardando em mim o melhor da minha feminilidade. Não desejei nem desejo nada mais do que viver sem tempos mortos.”

(Simone de Beauvoir)

Resumo:

O abortamento representa grave problema de saúde pública, que envolve questões legais, econômicas, sociais e psicológicas. O presente trabalho é um estudo qualitativo que teve como objetivo geral identificar e analisar como os atores envolvidos com a temática influenciam na entrada do tema para a agenda governamental e há uma breve comparação com o caso uruguaio que é um caso de sucesso na América Latina devido a redução da mortalidade materna a zero após a legalização do aborto. Atualmente, os números de abortos realizados no Uruguai se assemelham proporcionalmente aos países escandinavos e como a maioria dos países que permitem a prática são desenvolvidos, isso torna o Uruguai uma referência na política pela proximidade com o Brasil, bem como pelos resultados alcançados ainda que não seja um país desenvolvido. As entrevistadas são pesquisadoras do tema e para a coleta de dados, utilizamos a entrevista semiestruturada. Dentre os aspectos que permeiam o tema foi feita um resgate histórico da legislação brasileira acerca do tema e uma análise de como os atores: movimento feminista, sociedade civil, entidades religiosas e comunidade médica se relacionam com a pauta do aborto.

Palavras-chave: Políticas públicas, aborto, agenda governamental, mulheres em situação de abortamento, mortalidade materna.

Currículum:

El aborto representa un grave problema de salud pública, que involucra problemas legales, económicos, sociales y psicológicos. El presente trabajo es un estudio cualitativo que tuvo como objetivo identificar cómo los actores involucrados en el tema influyen en la entrada del tema en la agenda gubernamental y hay una breve comparación con el caso uruguayo que es un caso de éxito en América Latina en la reducción de la mortalidad cero después de la legalización del aborto. Actualmente, el número de abortos realizados en Uruguay es proporcionalmente similar a los países escandinavos y, como la mayoría de los países que permiten la práctica se desarrollan, esto hace de Uruguay una referencia en política debido a su proximidad a Brasil, así como a los resultados logrados, aunque todavía no es un país desarrollado. El estudio se realizó en Belo Horizonte y los entrevistados son investigadores sobre el tema. Para la recopilación de datos, utilizamos la entrevista semiestructurada. Entre los aspectos que impregnan el tema, se realizó una revisión histórica de la legislación brasileña sobre el tema en los últimos 40 años y un análisis de cómo los actores: movimiento feminista, sociedad civil, entidades religiosas y la comunidad médica están relacionados con la agenda del aborto.

Palabras clave: Políticas públicas, aborto, agenda gubernamental, mujeres sometidas a aborto, mortalidad materna.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	3
2	Referencial Teórico	7
2.1	Contextualização	7
2.2	Legislações brasileiras em relação ao aborto.....	13
2.3	Estado, sociedade civil e a pauta do aborto.....	21
3	Lições a serem aprendidas: o caso uruguaio	33
3.1	Políticas públicas sobre a saúde reprodutiva das mulheres no Uruguai e no Brasil	33
3.2	Atuação da comunidade médica no Brasil e no Uruguai	41
4	Discussão e Resultados	46
4.1	As entrevistadas	46
4.2	Categorização das falas.....	47
4.3	Tema: CLANDESTINIDADE	48
4.4	Tema: ATORES ENVOLVIDOS.....	54
4.5	Tema: CONTEXTO POLÍTICO	61
5	Considerações finais	64
	REFERÊNCIAS	67
	Anexo I: Transcrição das entrevistas	72
	Entrevista Ana LabanderaMonteblanco.....	72
	Entrevista Paula Gonzaga.....	79

1 INTRODUÇÃO

A temática do aborto ao longo dos tempos e em vários contextos sempre mobilizou os atores sociais em torno de debates e discussões, longe de uma posição unânime, o tema é envolto de muitas nuances e sempre envolveu polêmicas e discursos polarizadores, por exemplo, em torno da legalização ou não da prática. Na América Latina, em que a prática é legal apenas no Uruguai, Guiana Francesa, Cuba e Porto Rico, há muitas nuances que determinam a entrada do tema para a agenda governamental. Vale ressaltar que de acordo a relação que a sociedade civil (movimentos sociais, igreja, grupos organizados, etc) estabelece com o Estado (Poder Legislativo, Judiciário, etc) e também de acordo com o processo político do país, essa pauta entrará, de maneiras divergentes para a agenda governamental.

No Brasil, a pauta do aborto é debatida pelos atores sociais em um contexto que envolve direitos humanos e saúde pública. De acordo com Borsari et al. (2013), no caso brasileiro, o aborto ainda se destaca como grave problema de saúde pública, pois além de ser um evento natural frequente na obstetrícia, também é amplamente praticado de forma induzida contabilizando cerca de aproximadamente um milhão e quinhentos mil abortos espontâneos e inseguros no período de um ano. Ainda segundo Borsari et al. (2013), a taxa para aborto provocado é de 3,7 para cada 100 mulheres, e 4% para mulheres em idade fértil no período de um ano. Diante disso, é perceptível que a ilegalidade não coíbe a prática, mas a coloca dentro de um cenário de clandestinidade e perpetua as iniquidades socioeconômicas.

Em relação à agenda governamental, ela será entendida como as pautas de atenção e discussão do Congresso Nacional, sendo essa discussão pejorativa ao aborto ou pró-aborto, uma vez que o objetivo do trabalho perpassa por analisar como os atores sociais influenciam para que a discussão seja pejorativa ou construtiva. Portanto, segundo Rocha (2006), os direitos das mulheres entraram na agenda governamental do Executivo e do Legislativo no Brasil na década de 80 e foram assegurados na Constituição de 1988. Esse fato se deu devido à maior atuação da sociedade civil revelando a influência que a mesma possui na agenda governamental, o que justifica, em nosso estudo, o diálogo com atores da mesma. O

assunto é de grande relevância uma vez que o aborto é uma questão de saúde pública que afeta a saúde reprodutiva e os direitos humanos, especialmente, de mulheres de baixa renda. Um levantamento feito pelo Ministério da Saúde, mostrou que de 2008 a 2017, foram provocados entre 9 e 12 milhões de abortos no Brasil e nesse mesmo período, o SUS gastou cerca de R\$ 486 milhões com internações por aborto inseguro (COLLUCCI; FARIA, 2018). A questão socioeconômica em torno do aborto deixa mulheres de baixa renda com maiores riscos e vulnerabilidade. Segundo Borsari et al. (2013), os contextos socioeconômicos e culturais podem ser mais determinantes nas escolhas reprodutivas, pois mulheres com nível socioeconômico melhor tendem a utilizar recursos privados para realização do aborto, e as mulheres economicamente menos favorecidas tendem a se sujeitar a abortos inseguros, com posterior hospitalização ou não no SUS. Também é relevante a escolaridade das mulheres, uma vez que menor escolaridade está associada à gravidez indesejada e à prática de aborto, ou seja, mulheres com maior escolaridade têm menores chances de gravidez indesejada, mas, uma vez grávidas, têm maiores chances de interromper uma gestação do que mulheres de menor escolaridade (BORSARI et al., 2013). Deste modo, a desigualdade social agrava ainda mais as mortes relacionadas à reprodução, uma vez que existem abortos clandestinos realizados por pessoas sem capacitação para tal, em ambientes com péssimas condições sanitárias.

No que se refere aos casos amparados por lei no Brasil, constam no Art. 128º do código penal de 1940 e foi incluso, em 2012, por decisão do Supremo Tribunal Federal, o caso de feto anencéfalo por meio da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54. Atualmente, é permitido no Brasil, o aborto em casos de estupro, que cause risco à vida da gestante e em caso de feto anencéfalo, sendo que no primeiro caso, o procedimento pode ser realizado até a 20ª semana de gestação e nos dois últimos casos até a 22ª semana. A mulher se submete a um aborto ilegal pode cumprir pena de 1 a 3 anos e quem realizou o procedimento pode cumprir pena de 1 a 4 anos se houve consentimento da gestante, e se não houve, de 3 a 10 anos.

A partir do que foi exposto, revela-se a importância de revisar a discussão sobre aborto no debate sobre a efetivação dos direitos humanos na sociedade brasileira. O tema aborto envolve valores e dogmas religiosos e sua prática passa por diferenças socioeconômicas, culturais, étnico-raciais e regionais, portanto o

interesse pelo tema se deu em função da necessidade de trazê-lo para um amplo debate público. A sociedade poder se manifestar sobre a atual legislação sobre o assunto, é coerente com nossas bases democráticas e do ponto de vista da saúde pública, a morte de mulheres em plena capacidade reprodutiva em abortos inseguros é insustentável e precisa ser discutida. A partir disso, foi construído o problema de pesquisa que é “Quais foram as influências determinantes para a forma como o aborto entra para agenda governamental?” partindo da hipótese de que os atores sociais influenciam essa entrada. Desse modo, o objetivo deste estudo é identificar quais os atores chaves se destacaram nas discussões e debates referentes à temática do aborto desde a década de 1980 até os dias atuais bem como, analisar a influência dos mesmos para a entrada ou não da temática para a agenda governamental brasileira. Para cumprir tal objetivo o presente trabalho buscou: fazer um breve resgate histórico da legislação brasileira que trata do aborto; analisar a entrada do tema para agenda governamental no Brasil e Uruguai e por fim, apresentar pontos chave do sucesso da política de aborto no Uruguai como lições a serem aprendidas.

Para fazer contraponto com a realidade brasileira será usado como pano de fundo a experiência uruguaia, devido à proximidade geográfica e de processos históricos dos países, bem como pelo fato de que o Uruguai possui como religião predominante o catolicismo, segundo o Instituto Nacional de Estatística do Uruguai, assim como o Brasil, de modo que os dois países podem sofrer influências religiosas do mesmo tipo em seu processo político. Além disso, o Uruguai se tornou referência na política sobre aborto na América Latina, uma vez que reduziu a mortalidade materna por complicações decorrentes de aborto a zero e pelo fato de que os países que permitem a prática são, em sua maioria, países desenvolvidos. No momento em que houve a legalização, o número de aborto realizados no Uruguai subiu devido à notificação correta, e não mais de somente estimativas, e ao fato de que as mulheres que realizariam abortos clandestinos passaram a procurar o serviço legal. Contudo, como a política pública de legalização conta com acompanhamento interdisciplinar de variados profissionais de saúde e estimula à adoção de métodos contraceptivos, atualmente, os percentuais de aborto voluntário no Uruguai são baixos, similares aos dos países escandinavos que têm a prática descriminalizada há 40 anos, conforme Pains (2018).

O período escolhido para o estudo, foi a partir da década de 1980, uma vez que é após a redemocratização do Brasil que a discussão acerca do aborto ganhou visibilidade no Parlamento e no Poder Judiciário (BOUERI, 2018). Ademais, é durante esse período que acontecem as viradas marcantes acerca do tema. É válido ressaltar que contexto dos anos 80 é um reflexo do que houve nos anos anteriores, contudo, devido à delimitação didática, foi feita a contextualização a partir deste período. Conforme Rocha (2006), nesse período, o debate sobre aborto começou a assumir uma nova dimensão refletindo os enfrentamentos mais acentuados entre as feministas e as entidades religiosas, sobretudo a hierarquia da Igreja Católica.

Em relação aos aspectos metodológicos, tratou-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa de cunho exploratório, conforme Marconi e Lakatos (2006) a qualificação do fenômeno almeja analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano e fornecendo análise mais detalhada sobre investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento, etc. Segundo Gil (1999), a pesquisa exploratória têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a tomá-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Quanto aos instrumentos de coletas de dados, foi utilizada a análise documental e entrevistas semiestruturadas com atores chaves que pudessem contribuir para elucidar a temática do aborto nos dois países (Anexo).

A análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema. (LUDKE e ANDRÉ, 1986). Com base em Marconi e Lakatos (2006), a entrevista semiestruturada, também chamada de despadronizada, assistemática, antropológica e livre, é identificada quando o entrevistador tem liberdade para desenvolver as situações em qualquer direção que considerar adequada, sendo, portanto, uma forma de poder explorar mais amplamente a questão que é pesquisada.

Desse modo, a escolha das entrevistadas foi intencional, uma vez que as mesmas foram consideradas com qualificadas para dialogar com as questões deste estudo. Os dados foram coletados entre os meses março e julho de 2020. As entrevistadas concordaram com a revelação das identidades por meio do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram realizadas via online devido a pandemia de Covid-19.

Para análise de dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo na perspectiva de Bardin. Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. O autor considera necessárias três fases para análise: a escolha dos repertórios que é escolher quais entrevistas serão analisadas, a leitura flutuante que é a leitura exaustiva das falas de modo a encontrar pontos em comum para categorizar, a escolha das temáticas que significa escolher quais partes das falas serão formarão temas de análise e, por fim, a categorização que é dividir as falas dentro das temáticas escolhidas.

Por fim, no que tange a escolha do tema, como uma feminista e progressista acredito que o aborto é um direito de todas as mulheres, independente da sua categoria socioeconômica. Na minha história pessoal, minha mãe sofreu quatro abortos espontâneos em sua trajetória e pude perceber como a criminalização do aborto prejudica a todas as mulheres e não somente aquelas que optam por provocar o aborto, devido ao tratamento médico inadequado, curetagens mal feitas e falta de instrução para lidar com mulheres em situação de abortamento seja ele natural ou provocado. Deste modo, como mulher, eu me comprometo a estar ao meu lado e ao lado de todas as mulheres que podem passar por situações semelhantes ao longo da suas jornadas e procurei contribuir para tal através da pesquisa em torno do tema.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Contextualização

O objetivo desse tópico é trazer alguns conceitos importantes para nossa discussão, bem como trazer alguns conceitos importantes para nossa discussão tais como agenda governamental, atores sociais e aborto. No mesmo sentido, almeja-se

traçar um cenário da temática do aborto no que se refere aos aspectos da saúde pública e dos direitos humanos.

Para fins de conceituação, a agenda governamental no presente trabalho será entendida como as pautas que possuem atenção e geram discussão no Congresso Nacional, e essa discussão pode ser negativa ou positiva. A agenda governamental é definida como o conjunto de assuntos sobre os quais o governo, e pessoas ligadas a ele, concentram sua atenção num determinado momento. Desse modo, para que uma questão passe a fazer parte da agenda governamental é preciso que ela desperte a atenção e o interesse dos formuladores de políticas (CAPELA, 2018, p. 28 apud KINGDON, 2003, p. 03).

A agenda governamental segue um processo formado por: “1) surgimento ou reconhecimento de um problema pela sociedade em geral; 2) existência de ideias e alternativas para conceituá-los – originadas de especialistas, investigadores, políticos e atores sociais, dentre outros; 3) contexto político, administrativo e legislativo favorável ao desenvolvimento da ação (MACEDO et al., 2016, p. 597 apud GOTTEMS, PIRES, CALMON et al., 2013, p. 513). Nesse processo, o contexto político no qual uma questão é reconhecida como problema pela sociedade, bem como a postura dos atores sociais em relação a mesma serão importantes para nos informar como essa questão entrará ou não para agenda governamental. O aborto é uma questão bastante emblemática pois envolve opiniões bastantes divergentes e polariza as discussões em torno de atores importantes que circulam na arena política e social. Os atores podem ser indivíduos ou instituições que influenciam os processos de políticas públicas: governamentais (burocratas, juízes, políticos e outros) e não governamentais (grupos de interesse, partidos políticos, meios de comunicação, destinatários das políticas, organizações do terceiro setor, organismos internacionais, pesquisadores, especialistas, associações de classe e outros) (MACEDO et al., 2016, p. 597 apud SECCHI, 2013).

No que tange o conceito de aborto, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aborto é a interrupção da gravidez no máximo até a idade gestacional de 20-22 semanas e peso fetal de 500 gramas. Ele pode ocorrer de maneira natural e espontânea, geralmente por problemas de desenvolvimento do feto, ou pode ser induzido ou provocado. Conforme Borsari et al. (2013), “o aborto é considerado espontâneo quando se inicia independentemente de qualquer procedimento ou mecanismo externo.” O aborto espontâneo geralmente ocorre devido a problemas

de saúde da mulher ou do feto e o provocado quando resulta da utilização de qualquer processo abortivo externo, químico ou mecânico. O aborto induzido pode ter motivação voluntária ou involuntária da gestante, e ser considerado legal ou ilegal a depender do país onde a mulher vive.

Ainda segundo Borsari et al. (2013) “a curetagem pós-abortamento representa o segundo procedimento mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde, superada apenas pelos partos normais”, de acordo com dados do Ministério da Saúde, do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), que revelam registro anual, a partir de 1999, de em média 238.000 internações para realização de curetagem por diagnóstico de aborto.

O aborto induzido pode ser classificado como criminoso ou legal a depender da legislação vigente no país em que foi realizado. Nas situações e sociedades em que a prática é considerada ilegal, o fenômeno está presente de forma clandestina e, em muitos casos, é realizado de forma insegura, pondo em risco a vida de milhares de mulheres. Conforme Kill Aguiar (2018), a prática do aborto inseguro, expressão usada por diversos autores como sinônimo de ilegal, leva cerca de 47 mil mulheres à morte anualmente em todo o mundo.

O aborto é discutido como um problema de saúde pública mundial há anos e em 1967 a Assembleia Mundial da Saúde identificou o aborto inseguro como um problema sério de saúde pública em muitos países. Em 2013, a OMS lançou um guia para unidades de saúde e hospitais explicitando de que forma tornar o procedimento seguro para as mulheres e como deveriam agir os profissionais da saúde.

Uma das problemáticas referentes ao aborto, que emerge como questão de saúde pública, é a sua forma de realização, que ocorre, na maioria das vezes, de maneira clandestina e insegura, provocando várias implicações biopsicossociais à mulher. Além disso, abortar em condições desfavoráveis à saúde é uma violação dos direitos humanos, principalmente para as mulheres com baixo grau de escolaridade, pobres e negras. O ato de abortar de forma insegura pode ser considerado uma injustiça social. Índices de mortalidade decorrentes do aborto, na maioria das vezes, refletem mulheres solteiras ou separadas judicialmente. As desigualdades dos efeitos danosos da clandestinidade e da criminalização do aborto atingem principalmente a parte mais vulnerável da população, de mulheres pobres e negras, com baixa escolaridade; as mais jovens e aquelas com menor acesso à informação (ANJOS et al., p. 505, 2013)

Um estudo sobre a magnitude do aborto no Brasil estimou que 1.054.242 abortos foram induzidos em 2005, sendo que a fonte de dados para esse cálculo foram as internações por abortamento registradas no Serviço de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009). Por se tratar de uma prática ilegal, além da dificuldade de acesso a dados atualizados, há a subnotificação nos números.

Segundo Briozzo (2009), a probabilidade de morrer por aborto na América Latina é cem vezes maior que no mundo desenvolvido, uma vez que a taxa de mortalidade por aborto seja seguro ou inseguro no mundo desenvolvido é de 0,2-1,2 por 100 mil abortos enquanto no mundo subdesenvolvido, excluindo-se a China, é de 330 por 100 mil abortos, sendo que especificamente na América Latina é de 119 por 100 mil abortos.

Embora haja polêmica em torno do tema, o aborto é um evento frequente na vida reprodutiva das mulheres, seja de forma natural ou induzida.

A Pesquisa Nacional de Aborto de 2010 (PNA 2010) demonstrou que, aos 40 anos, aproximadamente uma em cada cinco mulheres alfabetizadas nas áreas urbanas do Brasil já fez pelo menos um aborto. A PNA 2010 utilizou a técnica de urna para garantir o anonimato das mulheres entrevistadas e diminuir a taxa de respostas falsas ou não respostas associadas ao estigma contra o aborto e ao receio de denúncia à autoridade policial (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017, v. 22, p. 653).

A descriminalização do aborto é um tema que perpassa as mais diversas legislações em todo o mundo e tem se tornado uma discussão cada vez mais presente no contexto atual de conquistas emancipatórias femininas.

Motivos sociais ou econômicos conduzem à autorização para o abortamento em 30% das legislações. O abortamento voluntário, por exclusiva solicitação da mulher, é garantido por cerca de 30% dos países, entre eles a Rússia, Holanda, Bélgica, França e Portugal, sendo em sua grande maioria desenvolvidos. (KILL AGUIAR, 2019, p. 38)

Nesse sentido, é notável que a criminalização do aborto atinge em maior instância mulheres pobres e negras realçando ainda mais as desigualdades sociais.

Os números relativos ao aborto são alarmantes e por se tratar de uma questão de saúde pública, cada vez mais países tem levado o assunto para agenda governamental. Como é um tema de repercussões econômicas e sociais o fenômeno vem cada vez mais sendo inserido na agenda governamental nacional e internacional. No Brasil para alguns autores o aborto deve ser tratado como uma questão de saúde pública, não apenas pelos números alarmantes, mas também pela adjetivação do fenômeno como inseguro e clandestino.

Por ser também uma questão de saúde pública, os custos e complicações do aborto são problemas que devem ser debatidos no âmbito dos três poderes. Clinicamente, as mulheres submetidas podem contrair doenças como a AIDS, perda de órgãos internos e hemorragias que podem levar a morte. Conseqüentemente, a maioria dessas mulheres buscam o socorro do SUS, por conseguinte, o amparo do estado. O resultado é que o sistema público acaba precisando disponibilizar remédios para tratamento, centros cirúrgicos (que têm alto custo) e deslocar médicos e enfermeiras. Se feitos com fiscalização, responsabilidade e em lugares equipados, esses procedimentos tornariam menores tanto as complicações, como o próprio dispêndio das correspondentes verbas públicas (FRIEDE, 2018)

Essa situação deriva do fato da ilegalidade do abortamento no país, na maioria dos casos. A morte de mulheres, os atendimentos, os agravos pós-abortamento, as sequelas físicas e emocionais de abortos mal sucedidos, bem como as repercussões psicológicas sobre a saúde da mulher são indicadores que revelam como o aborto faz mal a saúde das mulheres. Pelo ponto de vista econômico o gasto em termos de atendimentos gerados por situações de abortamento revela outra face da magnitude deste problema.

Apenas na América Latina e no Caribe, acontecem 3.700 milhões de abortos clandestinos que revelam uma proporção de 32 abortos para cada 100 nascidos vivos e uma taxa de 29 abortos a cada 1000 mulheres de 15 a 44 anos. No caso do Brasil, um estudo feito a partir de registros hospitalares de internamentos por aborto de 2005, foi estimado o número de 1.054.242 abortos clandestinos realizados, correspondendo a 30 abortos a cada 100 nascidos vivos e a taxa de 20.7 mulheres a cada 1000 de 15 a 49 anos que já praticaram

aborto. (MONTEIRO; ADESSE, 2006 apud ROCHA; ROSTAGNOL; GUTIÉRREZ, 2009, p.220).

No caso dos países em desenvolvimento, essa discussão se faz ainda mais necessária, uma vez que as complicações devido a abortos inseguros afetam principalmente mulheres de baixa renda, aumentando consideravelmente as taxas de morte materna. É também uma causa de morbidade para as mulheres, uma vez que leva em alguns casos à perda dos órgãos reprodutores.

No Brasil, 250 mil internações/ano no Sistema Único de Saúde (SUS) são consequentes a abortos clandestinos com intercorrências. O aborto clandestino é a terceira causa de morte materna no Brasil, ceifando vidas das mulheres mais pobres. (MATTAR, 2012, v. 64, p. 44)

De acordo com Martins e Mendonça (2005), os índices de mortalidade decorrentes do aborto, na maioria das vezes, refletem mulheres solteiras ou separadas judicialmente. As desigualdades dos efeitos danosos da clandestinidade e da criminalização do aborto atingem principalmente a parte mais vulnerável da população, de mulheres pobres e negras, com baixa escolaridade; as mais jovens e aquelas com menor acesso à informação. Além disso, quando se trata da razão de mortalidade materna por aborto, em relação às mulheres negras, obtém-se 11,28/100 mil nascidos vivos, ou seja, duas vezes mais do que em relação às mulheres brancas. Sendo assim, o ato de abortar de forma insegura pode ser considerado uma injustiça social (ANJOS; SANTOS; SOUZAS; EUGÊNIO, 2013).

No que tange as mulheres que recorrem ao aborto no Brasil, percebe um perfil de mulheres entre 20 e 29 anos, em união estável, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos. Estima-se que 1.054.242 abortos foram induzidos em 2005, sendo a fonte de dados para esse cálculo as internações por abortamento registradas no Serviço de Informações Hospitalares do SUS. A maior parte dos casos aconteceu no Nordeste e no Sudeste do País, com taxa anual de aborto induzido de 2,07 por 100 mulheres entre 15 e 49 anos (BRASIL, 2009).

Além disso, as internações por abortamento clandestino sobrecarregam o Sistema único de Saúde brasileiro, se tornando uma questão de saúde pública que possui influência na vida de todos os cidadãos.

O problema do abortamento no Brasil revela fortes desigualdades sociais e regionais. Em alguns estados das regiões Norte e Nordeste, as taxas de abortamento são maiores e os índices de redução, menos elevados. No país, são realizadas cerca de 240 mil internações por ano no SUS, para tratamento de mulheres com complicações decorrentes de abortamento, o que gera gastos anuais, em média, de 45 milhões de reais (ANJOS et al., 2013, p. 498)

A Pesquisa Nacional do Aborto (PNA, 2010), nos ajuda a demonstrar como a prática é comum na vida reprodutiva das mulheres, de modo que estima-se que 15% das mulheres brasileiras já realizaram pelo menos um aborto. Cerca de 416 mil mulheres brasileiras interromperam uma gravidez em 2015. Além disso, uma em cada cinco mulheres de até 40 anos já fez pelo menos um aborto e 47% daquelas que fizeram um aborto foram internadas para finalização do procedimento. Cabe destacar que menos de 1% dos abortos realizados são legais, sendo que esse percentual representa 0,4% do total, ou seja, 1.667 procedimentos (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

A ilegalidade leva as mulheres a recorrerem a métodos inseguros de interrupção, e não a deixarem de abortar, sendo assim, gera-se um número elevado de internações no SUS devido a riscos inerentes à clandestinidade. Dados oficiais de 2004 mostram que cerca de 240 mil internações no SUS referem-se à curetagem pós-aborto e dados contidos no dossiê Aborto, Mortes Preveníveis e Evitáveis evidenciam que o SUS já realiza investimentos vultosos na atenção às mulheres em processo de abortamento, espontâneo ou inseguro. (ANJOS; SANTOS; SOUZAS; EUGÊNIO, 2013)

2.2 Legislações brasileiras em relação ao aborto

Para melhor visualização acerca das legislações, foi elaborado um quadro que antecede o que será desenvolvido neste capítulo:

Legislações sobre aborto de 1940 até os dias atuais

1940	1949	1969	1970	1979	1990	2012	Hoje
Código penal que permite aborto nos casos de risco à vida da mãe e gravidezes resultantes de violação	Projeto de Lei por um sacerdote da Igreja Católica e deputado para suprimir os casos de aborto previstos em lei	Executivo decreta novo código penal que aumenta a pena para mulher que pratica o aborto, mas reduz para os casos de "defesa da honra", porém não entra em vigor	Movimento feminista começa a se manifestar pela reforma do código penal em relação ao aborto	Aprovaçã o de um projeto de lei sobre planejamento familiar	Surge no Brasil uma proposta de descriminalizaç ão em algumas circunstâncias que foi o projeto de lei 1135/91. Ele voltou a ser discutido em 2005, 2007 e 2008	O Poder Judiciário deliberou positivamente para o aborto de fetos anencéfalos (casos de absoluta inviabilidade extra-uterina)	O aborto é crime previsto pelo Código Penal nos artigos 124, 125 e 126, com penalidade para mulher e para o médico que praticou o ato, a não ser nos casos de risco para vida da gestante, feto anencefalo, gravidez resultante de estupro ou violência sexual

Elaboração própria, Fonte: Boueri (2018); Kill (2018); Rocha, Rostagnol e Gutiérrez (2009), Rocha (2006).

No período entre 1940 e 1980 a discussão acerca da temática relativa ao aborto é muito incipiente no Congresso com fortes influências cristãs, contudo as manifestações de integrantes da Igreja Católica em relação ao aborto eram mais no sentido de se defender de provocações dos grupos pró-aborto do que propositivas, se tivermos como referência a sua influência no Congresso Nacional (ROCHA, 2006). No Brasil, o primeiro Projeto de Lei sobre o assunto foi em 1949 apresentado pelo deputado Monseñor Arruda Câmara que buscava suprimir o Código Penal de 1940 o Art 128º que permitia a prática em duas situações: risco de vida da mãe e em gravidezes resultantes de uma violação.

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

A apresentação desse documento foi logo após a abertura do Congresso após o fim do Estado Novo. A Igreja se constituiu posteriormente um dos principais atores políticos nessa discussão (BOUERI, 2018).

No Brasil, entre 1950 e 1970 surgiram projetos de leis pioneiros favoráveis à descriminalização ou legalização do aborto, mas somente em 1979 foi aprovada uma proposta que tangenciava o tema, por se tratar de planejamento familiar e controle de natalidade. Isso revela uma cautela e falta de espaço para falar abertamente sobre o aborto clandestino e suas consequências, em parte devido à influência de valores religiosos.

Quanto à discussão no Legislativo, 13 projetos de lei foram apresentados, porém a maioria voltava-se para a liberação da divulgação dos meios anticoncepcionais na Lei das Contravenções Penais, não estando, portanto, no centro do debate sobre a questão do aborto. Esses projetos confirmavam a vedação de anúncio referente à prática do aborto e atualizavam a multa para essa divulgação. Mesmo assim, quatro projetos dessa época foram pioneiros: um deles em relação à descriminalização do aborto e os outros três acerca da ampliação das possibilidades da prática do abortamento. Dois destes, inclusive, chegaram a ser discutidos e rejeitados nas comissões técnicas. (ROCHA, 2006, p. 370)

Ainda segundo Rocha, Rostagnol e Gutiérrez (2009), no período de 1940 até 2009 foram apresentados no total 109 propostas, incluindo projetos de lei, projetos de decreto, Propostas de emendas legislativas e constitucionais (informações até 31 de maio 2008). Iniciativas que tiveram boa participação da Câmara dos Deputados, menor participação do Senado Federal e menos ainda do poder executivo. Até o início dos anos 90, eles foram apresentados 31 proposições e, neste conjunto, mais refletiam uma posição contra a prática de aborto, embora a partir de 1965 eles já aparecessem projetos pioneiros, favoráveis à descriminalização e / ou legalização do aborto.

Durante a ditadura, a discussão sobre o aborto foi feita em dois momentos, sendo o primeiro nos anos mais rigorosos do regime (1964-1979) e o segundo no momento de abertura política e fim do governo militar (ROCHA, 2006).

No primeiro momento analisado – 1964 a 1979 –, as discussões públicas sobre o assunto eram escassas. Na esfera do Estado, o Executivo chegou a decretar um novo Código Penal em 1969, que acabou não entrando em vigor e teve desdobramentos até 1978: mantinha a incriminação do aborto, com exceção dos dois permissivos do código anterior, mas alterava as punições, introduzia controles do Estado para o aborto permitido por lei e aumentava a pena para a mulher que provocasse o auto-aborto, ou que permitisse

que alguém o fizesse, embora a reduzisse na situação da denominada defesa da honra. Refletia, assim, a ausência de um debate democrático sobre o tema (ROCHA, 2006, p. 370)

Em relação à sociedade civil brasileira, conforme Rocha (2006), a participação era restrita não havendo segmentos da sociedade civil dedicados direta e/ou publicamente a esse tema até a década de 1970. O movimento feminista organizado, conforme Pimentel e Villela (2012), ao fim da década de 1970 começou a se mobilizar pela reforma do Código Penal em relação ao aborto, uma vez que para esse movimento o aborto sempre foi uma questão prioritária dos direitos humanos das mulheres.

Para as mulheres feministas, o direito ao aborto, a escolha de ter ou não ter filhos e o livre exercício da sexualidade eram, e ainda são, requisitos básicos e necessários de justiça social e para a consolidação das democracias. A introdução da defesa da legalização do aborto na agenda governamental definiu fronteiras entre o movimento feminista e o movimento de mulheres, mais voltados para a garantia de acesso a equipamentos sociais que para a conquista de autonomia. (PIMENTEL; VILLELA, 2012, p. 20)

Ainda na década de 1970, a Igreja Católica reaparece na discussão por meio das mulheres cristãs (PIMENTEL; VILLELA, 2012) e as feministas definem como estratégia tratar o assunto como uma reivindicação voltada para a saúde integral das mulheres, de modo a estabelecer um diálogo saudável.

No mundo sindical, a Comissão de Mulheres da Central Única dos Trabalhadores propõe incorporar na sua agenda a luta pela legalização do aborto, posicionamento que reverbera para outras centrais sindicais. Outros parceiros também se aproximam, como partidos políticos e associações profissionais, a exemplo da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) (PIMENTEL; VILLELA, 2012, p. 20)

Na década de 1990, surge no Brasil uma proposta de descriminalização em algumas circunstâncias que foi o projeto de lei 1135/91. Esse projeto voltou a ser discutido novamente em 2005, 2007 e 2008. Entre 1990 e 2000 foram apresentadas ao todo, 23 propostas ao Parlamento, sendo cerca de 70% delas, de alguma

maneira, favoráveis à permissão do aborto. Nesse período, da década de 90, foi aprovada uma lei que passa pelo tema, ainda que se aproxime mais de um direito laboral, determinando que não se configura como falta ao trabalho a ausência de alguma funcionária devido à um aborto, independente da legalidade dessa prática.

No Brasil, atualmente o aborto é crime previsto pelo Código Penal nos artigos 124, 125 e 126, com penalidades para a mulher e para o médico que praticou o ato, a não ser quando não há outro meio de salvar a vida da gestante ou é uma gravidez resultante de estupro ou de outra forma de violência sexual. As penas para realização do aborto no Brasil, nos casos que a lei não permite, variam de 1 a 10 anos de reclusão.

Além disso, em 13 de abril de 2012, o Poder Judiciário deliberou positivamente sobre o aborto de fetos anencéfalos, dando direito à mulher de optar em proceder ou não com o aborto em casos de absoluta inviabilidade de vida extra-uterina. (KILL, 2018, p.41)

No caso da gravidez resultante de estupro, há a previsão legal para o aborto mediante somente a solicitação da gestante ou de seu representante legal. Esse tipo de aborto é conhecido como aborto humanitário, sentimental ou ético. Embora a lei não exija, é recomendável que seja apresentado ao médico o boletim de ocorrência da violência sofrida que é tido como evidência. Todos os elementos de convencimento, além do boletim, devem ser usados para ajudar os profissionais da saúde a decidir pela interrupção da gravidez, como o depoimento da vítima e de outras pessoas, avaliação clínica e ecográfica da gestação com cálculo da idade gestacional, entre outros. Vale ressaltar que não se deve obrigar a gestante ou seu representante legal a fazer o boletim de ocorrência, uma vez que ele é apenas a comunicação de um fato à polícia. Pode haver por parte dos médicos temor a uma condenação por realizar aborto em um caso que não houve violência sexual, contudo, é previsto na nossa legislação isenção de pena por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, o que torna a ação legítima (BRIOZZO, 2009).

Se tratando dos casos de estupro, constam as diretrizes para atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) na Portaria nº 1.662 que integra as ações do Programa Mulher: Viver sem Violência. Esse programa foi criado em 2015 por meio de portaria interministerial assinada pelos ministérios da Saúde, da Justiça

e pela Secretaria de Políticas para as Mulheres. De acordo com a portaria, os exames serão feitos em estabelecimentos hospitalares, classificados como serviços de Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Estes estabelecimentos contarão com equipes compostas por enfermeiros, médicos clínicos e especialistas em cirurgias, psicólogo clínico, hospitalar, social e do trabalho, assistentes sociais e farmacêuticos. A capacitação desses profissionais começou em 2014 e os procedimentos previstos no atendimento só poderão ser realizados nos estabelecimentos habilitados que contam com os profissionais capacitados.

Os profissionais da saúde irão atuar conjuntamente com os profissionais da segurança pública de forma complementar e integrada, conforme a Portaria Interministerial nº 288, de 25 de março 2015, quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. Esse modelo de trabalho conjunto permite que as informações e vestígios da violência estejam devidamente registrados, armazenados e disponíveis para os sistemas de segurança pública e de justiça nas situações em que a pessoa em situação de violência decidir registrar posteriormente a ocorrência. Contudo, vale ressaltar que a Norma Técnica do Ministério de Saúde “Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios” ao tratarem da realização de aborto em caso de estupro não exige a apresentação de boletim de ocorrência.

Na saúde, não é necessário o registro de boletim de ocorrência para o atendimento. Se a pessoa não deseja registrar o boletim de ocorrência, sua vontade deverá ser respeitada, sem prejuízo ao atendimento integral à saúde e de todas as orientações necessárias sobre seus direitos. (Ministério de Saúde; Ministério da Justiça, 2015, p.21)

Contudo, é válido ressaltar que o reforço de trabalhar conjuntamente com a segurança pública e insistir para que a vítima registre o boletim de ocorrência pode acarretar em uma conduta julgadora e punitiva por parte dos profissionais de saúde, no caso da não apresentação do boletim.

O atendimento da pessoa em situação de violência nos serviços de saúde dispensa a apresentação do Boletim de Ocorrência (BO). Entretanto, cabe às instituições de saúde, conforme a Lei nº 12.845/2013, Art.3º, III, estimular o registro da ocorrência e os demais trâmites legais para encaminhamento aos órgãos de medicina legal, no sentido de diminuir a impunidade dos(as) autores(as) de agressão. (Ministério de Saúde; Ministério da Justiça, 2015, p.16)

Em relação aos casos de malformações incompatíveis com a vida extrauterina, não é possível a interrupção da gravidez somente com a solicitação da gestante, sendo necessária a obtenção de alvará judicial que tem sido fornecido com base em excludentes de antijuridicidade ou culpabilidade, uma vez que não se pode exigir conduta diversa da gestante devido ao alto risco para o feto após o nascimento (BRIOZZO, 2009).

Em março de 2017, foi ajuizada a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 442 pela Ministra Rosa Weber para discutir a questão dos artigos 124 e 126 do Código Penal, que instituem a criminalização da interrupção voluntária da gravidez, pela ordem normativa vigente. A ADPF foi ajuizada pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) e sustenta que os dois dispositivos do Código Penal afrontam postulados fundamentais como a dignidade da pessoa humana, a cidadania, a não discriminação, a inviolabilidade da vida, a liberdade, a igualdade, a proibição de tortura ou o tratamento desumano e degradante, a saúde e o planejamento familiar das mulheres e os direitos sexuais e reprodutivos.

Em novembro do mesmo ano, a ministra indeferiu pedido de medida cautelar de urgência que visava à suspensão de prisões em flagrante, inquéritos policiais e andamento de processos ou decisões judiciais baseados na aplicação dos artigos 124 e 126 do Código Penal a casos de aborto voluntário realizado nas primeiras 12 semanas de gravidez. Em resposta ao pedido, a Presidência da República, na Michel Temer, disse que existe um “desacordo moral razoável” sobre a questão na sociedade brasileira, devido a ausência de consenso mínimo acerca das concepções morais, filosóficas e mesmo religiosas sobre a matéria. Por isso, defendeu que o espaço adequado para discutir e decidir politicamente a matéria é o Poder Legislativo, responsável “por tutelar o pluralismo político, premissa para a legitimidade das decisões políticas majoritárias”.

O Senado Federal, por sua vez, esclareceu que os artigos questionados na ADPF não foram objeto da reforma legislativa empreendida no Código Penal (Lei 7.209/1984) e destacou que o artigo 2º do Código Civil de 2002 assegura direitos ao feto viável. A Câmara dos Deputados também seguiu a mesma linha alegando que a descriminalização, se for o caso de ocorrer, deverá ser por intermédio do Poder Legislativo, e ressaltou que ao analisar o Projeto de Lei 1.135/1991, a Câmara considerou a proposta “inconstitucional e inoportuna”.

Países com legislações restritivas ao aborto têm taxas de aborto inseguro mais altas e, correspondentemente, taxas de mortalidade por aborto também mais altas. O status jurídico restritivo do aborto influencia na incidência de abortos inseguros quando a mulher precisa recorrer ao aborto. (BRIOZZO, 2009, p. 207)

O capítulo “Dos Crimes contra a Vida” prevê o aborto como crime e define as penas no caso do aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento (art.124), aborto provocado por terceiros – sem consentimento da gestante (art.125) ou com seu consentimento (art.126). Também prevê aumento das penas nas situações de abortamento induzido por terceiros quando, deste ato, resultar lesão corporal de natureza grave ou morte da gestante (art.127). Por fim, um único dispositivo (art.128) dispõe sobre a não punição da prática do abortamento quando provocado por médico. Nesse caso, nas situações do denominado aborto necessário – se não há outro meio de salvar a vida da gestante – e do aborto de gravidez resultante de estupro (ROCHA, 2006). Atualmente também é legalizado o aborto nas situações de anomalia fetal grave, incompatível com a vida extrauterina.

Art. 124 – Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lhe provoque: Pena – detenção, de um a três anos.

Art. 125 – Provocar aborto, sem o consentimento da gestante: Pena – reclusão, de três a dez anos.

Art. 126 – Provocar aborto com o consentimento da gestante: Pena – reclusão, de um a quatro anos. Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência. (BRASIL, 1988)

A expectativa da punição deveria, supostamente, desencorajar a prática do aborto no país. Entretanto, não tem tido esse efeito, não impedindo que gestantes de gravidez indesejada abortem. Logo, a criminalização, não impede, mas aumenta o risco pelo constrangimento e solidão as mulheres que decididas a realizar a prática, realizam de forma clandestina e insegura.

Por fim, é um fator relevante a ser ressaltado, conforme Briozzo (2009), quando os países possuem legislações liberais que se acompanham de políticas educativas sobre saúde sexual e direitos sexuais e reprodutivos, há uma tendência a diminuição dos números de abortos provocados. Tomando como exemplo a Europa Ocidental e Oriental, a taxa de abortos provocados é consideravelmente mais alta na Oriental, sendo que em ambas o aborto é legalizado, e ainda, na América Latina onde o aborto é proibido por lei na maioria dos países, exceto Cuba, Uruguai e Guiana, as taxas são ainda maiores do que na Europa Oriental. Isso pode ser associado a maior número de gravidezes indesejadas devido à restrição em relação às informações relativas a direitos sexuais e reprodutivos e a falta de informação e educação sexual.

2.3 Estado, sociedade civil e a pauta do aborto

Segundo Avritzer (2012), o conceito de sociedade civil possui uma dimensão dualista capaz de expressar duas mudanças trazidas pela modernidade ocidental: a diferenciação entre as esferas econômica e familiar com a abolição da escravidão, e a diferenciação entre Estado e sociedade causada pela especialização sistêmica do Estado moderno. No século XX, o conceito ressurgiu na cena política e social com diferenças em relação ao conceito do século XIX, pois agora envolvendo um significado tripartite, em que a sociedade civil se diferencia tanto do mercado como do Estado (AVRITZER, 2012).

Sendo assim a sociedade civil é vista como um organismo não-estatal ou privado. Nesse tópico o objetivo é lançar luz sobre a relação entre Estado, sociedade civil e a pauta do aborto. Para tal finalidade iremos apontar alguns aspectos das discussões do aborto no interior de dois representantes da sociedade civil: a Igreja e o movimento feminista. A agenda governamental não se restringe ao Executivo, ou seja, não é limitada àquilo que o(a) presidente da república, prefeitos(as) e

governadores(as) fazem. Ela se estende também a outros poderes e grupos sociais. Nesse sentido, diversos agentes podem influenciar a agenda governamental e os grupos de interesse, como a Igreja, se organizam e se articulam para um interesse comum, fazendo pressão para atingir seus objetivos (CHEDID, 2017).

Ambos possuem um papel importante na construção histórica da temática em nosso país e continuam influenciando fortemente a agenda governamental em torno da temática, seja no sentido de pautar e defender um discussão mais ampla em torno da legalização do aborto, por exemplo, pelo movimento feminista que tem sua pauta ancorada nos direitos humanos, na saúde da mulheres e na saúde publicanosentido mais amplo. Seja pelos setores da Igreja que adotam uma postura conversadora e entram na discussão com posturas antilegalistas.

Segundo Silva et al. (2014), a sociedade civil brasileira teve sua formação social marcada pela colonização, escravismo prolongado, herança patrimonialista, coronelista e conservadora de nossas elites, bem como pela inserção periférica no capitalismo mundial, transição não clássica ao capitalismo tardia formação do operariado urbano-industrial com forte influência da imigração europeia e pouca tradição de esquerda. Esse aspecto dificulta ainda mais que haja uma clara delimitação ideológica e uma população politizada, ou seja, as ideologias de direita e esquerda no Brasil ainda não estão separadas de forma clara para a maior parte da população devido à existência de um campo político marcado por coalizões político-partidárias que dificultam uma delimitação das ideologias no entendimento popular.

Conforme Boueri (2018), a redemocratização do Brasil na década de 80 representou um fator fundamental para trazer mais visibilidade para a discussão acerca do aborto no Parlamento e no Poder Judiciário, pois foi um momento de fortalecimento da sociedade civil que passou a ter mais influências nas decisões políticas por meio de mobilizações. Nesse momento, surgiram atores chaves que foram determinantes para que o tema entrasse para a agenda governamental, por exemplo, o movimento feminista que se mostra, até os dias atuais, comprometido com a mudança na legislação. Lemos e Russo (2014) nos chama a atenção, para o fato de que o movimento feminista e de mulheres reivindica o enfrentamento da questão do aborto não apenas enquanto um problema de saúde pública, mas também uma questão de cuidado da saúde das mulheres e principalmente no campo dos direitos humanos, sobretudo nos países onde a interrupção da gravidez

é tipificada como crime como no caso Brasileiro. No mesmo sentido Rocha (2006) destaca papel do Movimento feminista no debate político no que se refere às temáticas do aborto e a aponta para o cenário da relação Estado e sociedade civil no contexto da redemocratização.

Quanto ao Legislativo, sua análise nessa fase da redemocratização política mostra a intensificação do debate no Congresso Nacional, bem como a interrelação da discussão nesta Casa com as esferas do Executivo e do Judiciário e, sobretudo, com segmentos da sociedade civil. Nesse contexto, aumentou a participação de atores políticos e sociais em busca de mudanças liberalizantes na legislação, em grande parte inspirados em uma perspectiva feminista, bem como se ampliou a reação contrária, de conservação ou, mesmo, de retrocesso em relação à lei, quase sempre fundamentada em valores de natureza religiosa. (ROCHA, 2006, p. 373)

O legislativo apresentou cinco projetos voltados para a temática do aborto nesse período de redemocratização da década de 1980, duas delas relacionadas à anticoncepção. Nesse momento, o debate sobre aborto assume uma nova dimensão passa a refletir enfrentamentos mais acentuados entre as feministas e as entidades religiosas, sobretudo a hierarquia da Igreja Católica.

Nas propostas mais diretamente vinculadas à questão do aborto e, especificamente, sobre sua incriminação, havia três projetos de lei: um propondo a descriminalização do aborto e dois a ampliação dos permissivos do artigo 128 desse código – já aparecendo em dois destes, mesmo que indiretamente, a influência do movimento feminista no debate no Congresso Nacional. (ROCHA, 2006, p. 270)

Na década de 80, a discussão política sobre a questão já era bem menos restrita abrindo espaço para a sociedade civil falar abertamente sobre o tema, especialmente porque o movimento feminista autônomo possuía atuação pública.

Em relação à questão do aborto, acentuou-se a atuação do movimento feminista no sentido de enfrentá-la politicamente no país – movimento social este que é o principal ator comprometido com mudanças de mentalidade e institucionais a respeito do assunto (ROCHA, 2006, p.369)

Houve um marco no debate público da questão, que foi um evento realizado no Rio de Janeiro em 1983 e reuniu mais de 300 mulheres ativistas, inclusive entidades e grupos feministas de diversos lugares do país, em prol da saúde, sexualidade, contracepção e aborto. Conforme o documento final desse encontro, o aborto era considerado um direito e demandava informações para as mulheres e serviços públicos para atendê-lo. Logo, graças à sociedade civil já se começava a falar sobre políticas públicas nessa área (ROCHA, 2006).

Quando estas se reuniram e passaram a compartilhar experiências, até então entendidas como individuais, perceberam que problemas como o estupro marital, o assédio cotidiano, a falta do planejamento familiar e o silêncio sobre o aborto eram comuns e, portanto, eram problemas sociais. (CAMARGO, 2019, p. 162)

Como fruto desse entendimento no âmbito coletivo que embasou a mobilização e pressão da sociedade civil, no sentido de pautar políticas públicas específicas para as mulheres, em 1983 é criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism). Sua elaboração contou com a participação de feministas e as diretrizes desse programa foram reiteradas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (ROCHA, 2006).

A realização do programa se deu a partir do diagnóstico apresentado sobre a saúde da população feminina no país, em que se constata a falta de informações a respeito do aborto bem como em seus objetivos programáticos. Sendo assim, o objetivo era de “evitar o aborto provocado mediante a prevenção da gravidez indesejada” (ROCHA, 2006). Além disso, o movimento feminista influenciou a criação de Conselhos e reivindicou às autoridades políticas públicas para enfrentamento das consequências do fenômeno na saúde reprodutiva das mulheres

Com o fim da ditadura militar, em 1985, as mulheres ampliaram sua luta para ocupar espaços políticos na esfera do Executivo e, nesse cenário, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). Logo em seu início, este exerceu um importante papel mobilizador dos movimentos de mulheres, inclusive do movimento feminista, em relação à Assembléia Nacional Constituinte – durante sua preparação, em 1986, e no processo constituinte, em 1987 e

1988. Nesse quadro, destaca-se a Carta das Mulheres, documento dirigido aos constituintes, contendo princípios e reivindicações, entre eles o direito à interrupção da gravidez (questão acordada no processo constituinte para não ser submetida àquela Assembléia) (ROCHA, 2006, p. 371).

Conforme Boris e Cesídio (2007), o movimento feminista possui um papel fundamental na ruptura com a cultura patriarcalista e com a obtenção de conquistas emancipatórias para as mulheres como o direito de votar e trabalhar. Até o século XIX, a mulher era considerada propriedade do pai e, posteriormente do marido, e sua vida era administrada de acordo com os interesses dos mesmos sempre pautados pela castidade e resignação das mulheres.

As concepções acerca da subjetividade e do corpo feminino também acompanharam as modificações políticas, econômicas, históricas e socioculturais, pois, no período patriarcal, a mulher tinha funções voltadas, prioritariamente, para a reprodução e era intensamente submetida ao poder masculino. (BORIS; CESÍDIO, 2007, p. 453)

É notável que a subjetividade e a liberdade corporal das mulheres ou a falta dela era construída com base em valores patriarcais que aprisionavam as decisões femininas acerca do próprio corpo e modo de vida. Conforme Boris e Cesídio (2007), no final do século XIX o sistema patriarcal começou a declinar no Brasil e a emancipação feminina se iniciou com a inserção das mulheres no mercado de trabalho que possibilitou independência financeira e também com a invenção da pílula anticoncepcional que possibilitou o controle da reprodução. Esses dois aspectos ajudaram a construir uma nova subjetividade feminina em que existia a possibilidade de controle dos próprios corpos e do próprio dinheiro.

Nesse momento, o Brasil tornava-se uma federação e elaborava sua própria constituição, podendo eleger seus governantes e todo esse ambiente de evolução também era propício emancipação feminina. Em 2002, o Congresso Nacional e a presidência aprovaram a Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, proposta pelo Ministério da Saúde brasileiro que regulamenta o Planejamento Familiar e estabelece que o Sistema Único de Saúde é obrigado a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, na rede de serviços, assistência à concepção e também à

contracepção. No fim de 2007, foi lançado o Programa Especial de Planejamento Familiar que aspirava contornar a problemática do aborto e foi apoiado por um grupo de feministas que aproveitaram o momento para dar visibilidade à questão do estado laico, do aborto inseguro e dos direitos reprodutivos das mulheres (ANJOS et al., 2013, p.508).

A partir disso, percebemos que no período de 1989 a 2006 o debate se tornou ainda mais ardente na sociedade civil, contando com maior envolvimento público. Nesse contexto, dois atores já mencionados se destacam: o movimento feminista e a Igreja. No caso do movimento feminista, há um posicionamento que busca a mudança da mentalidade acerca do aborto e modificação da legislação em prol do mesmo. Já a Igreja, se posiciona de forma contrária em prol da família e da vida e vem utilizando sua abrangente estrutura para divulgar ideias e exercer pressões.

Ambos os atores têm angariado apoio e constituído parcerias. Algumas dessas parcerias são mais freqüentes: em se tratando do movimento feminista, com outros segmentos do movimento de mulheres e com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia; no que se refere à Igreja Católica, com outras religiões, sobretudo aquelas de denominação evangélica. (ROCHA, 2006, p. 373)

O discurso oficial da Igreja Católica a respeito do ato de abortar é condenativo, sustentada pela argumentação, apoiada na tradição cristã, tendo como seu elemento central a defesa da vida em dois aspectos - a sacralidade da vida humana e a existência de vida no embrião.

Assim, esses dois elementos – a sacralidade da vida humana e a condição de pessoa do embrião – fundam a condenação incondicional do aborto, integrando argumentos de ordem religiosa, moral e biológica. A autoridade da Igreja em questões éticas associa-se à desconfiança em relação aos valores morais da sociedade contemporânea e à proposição da universalidade de princípios estabelecidos como inerentes à natureza humana (NUNES, 2012, p.23).

Segundo Nunes (2012), os documentos encontrados no Vaticano e no Brasil apontam para uma intolerância a qualquer situação de aborto provocado em nome da defesa da vida e da concepção da existência de uma pessoa humana no zigoto e no embrião. Sendo assim, percebe-se que a posição da Igreja no Brasil não diverge do discurso do Vaticano.

A Declaração sobre o Aborto Provocado, de 1974, inicia com a lembrança dessa condenação contínua: “Apoiada na Sagrada Escritura, a Tradição da Igreja considerou sempre que a vida humana deve ser protegida e favorecida desde o princípio, assim como nas diversas fases do seu desenvolvimento. Nessa perspectiva, a ilegitimidade do aborto provocado é um ensinamento constante e sem lacunas, que se pode encontrar nos padres da Igreja, nos teólogos da Idade Média, em diversos documentos do Magistério Episcopal e Pontifício. Todo aborto deve ser absolutamente excluído” (NUNES, 2012 , p.25).

Nos anos 1980 o movimento feminista ganhou força como movimento social no cenário nacional e explorou o uso do corpo feminino para o prazer e o controle da capacidade reprodutiva das mulheres. Nesse momento, a Conferência Nacional de Bispos do Brasil (CNBB) argumentou de acordo com as orientações romanas para restringir a liberdade sexual das mulheres.

Especialmente na primeira década do século XXI cresceram as narrativas a favor e também contrárias ao aborto no Brasil e em muitos países latino-americanos. Em 2005 houve a elaboração e à apresentação naquele ano pelo Poder Executivo ao Legislativo de minuta de projeto de lei em favor da legalização da interrupção da gravidez levando a reação das forças sociais contrárias que passaram a se organizar articulando forças parlamentares e religiosas e buscando expansão e adesão social mais ampla. Segundo Machado (2017), na campanha à Presidência da República em 2010, os dois candidatos receberam fortes pressões das Frentes Parlamentares Evangélicas e “contra o aborto”, como também da Conferência Nacional de Bispos no Brasil (CNBB). A CNBB participa politicamente em relação ao tema aborto devido ao seu próprio espaço institucional na sua relação histórica com o Estado.

Os pronunciamentos do Vaticano, em grande parte, antecederam e acompanharam as movimentações feministas, buscando bloquear,

sem sucesso, os processos de legalização do aborto que ocorreram em várias sociedades europeias: Reino Unido (1967), Dinamarca (1973), França (1975), Itália (1978) e Holanda (1980) entre outros. Nos Estados Unidos, foi a Suprema Corte que considerou constitucional o aborto em 1973 com o julgamento do caso Roe x Wade. A doutrina religiosa católica, a partir da força e da visibilidade do Vaticano no mundo ocidental, se tomou o parâmetro para o confronto com os argumentos dos movimentos sociais seculares pela legalização do aborto. Em 1968, foi publicada a Carta Encíclica *Humanae Vitae* do Papa Paulo VI (MACHADO, 2017, p.13).

Nessa carta os fiéis são estimulados a agir em conformidade com fundamentos religiosos e divinos e assim, deve-se excluir absolutamente o aborto provocado, mesmo que por razões terapêuticas, uma vez que não é tarefa humana a regulação dos nascimentos. Essa conduta é obrigatória a todos os fiéis, mas as sanções se restringem à noção de pecado. À vista disso, começaram a surgir de modo mais relevante desde 2005 movimentações contrárias ao aborto que partem diretamente de políticos, que são também representantes religiosos, no Congresso brasileiro como a Bancada Evangélica, criada em 2003, denominada Frente Parlamentar Evangélica, e de várias outras frentes alinhadas com membros das mais variadas denominações (evangélicas, protestantes históricas, espíritas ou católicas) como a ONG Sem Aborto que promove anualmente a “Marcha pela Vida”.

No que tange a formação da Bancada Evangélica, o processo de elaboração da Constituição Federal de 1988, a ala conservadora brasileira entrava de forma sutil nos assuntos do Estado Laico. A partir desse momento, o conceito de laicidade começa a ganhar novas perspectivas e sentidos.

O processo constituinte também marca a entrada dos pentecostais na política partidária. No início da década de 1980, os evangélicos pentecostais passam a ter uma prática evangelista mais ofensiva e uma participação mais ativa em diversos setores da sociedade, como a pregação em praças públicas, uma inserção cada vez maior nos meios de comunicação, e o início do lançamento das candidaturas (CAMARGO, 2019, p.164).

Um ponto relevante, é que o movimento feminista conforme abordado previamente, não reivindicou direitos sexuais desde o princípio, lutando primeiramente por direitos relacionados à educação das mulheres e independência financeira. Assim, a pauta relativa ao aborto não teve tanta atenção dos movimentos

no momento da Constituição de 1988, mas foi muito evidenciada pelos movimentos religiosos com falas contrárias.

Enquanto os movimentos progressistas negligenciaram a disputa por esse direito, os movimentos religiosos a tornaram prioridade, tanto na esfera estatal, quanto na militância de base. Organizando manifestações contrárias à descriminalização da prática, fazendo propaganda anti-escolha, pressionando candidatos a recuarem seus posicionamentos e propondo leis que restringem ainda mais o aborto, o movimento cristão conseguiu legitimidade na sociedade para justificar ações estatais que afetam os direitos de cidadania de pessoas que podem engravidar, de modo a manter a subalternização desse grupo. (CAMARGO, 2019, p.165).

Desse modo, a falta de atenção à pauta do aborto naquele momento em detrimento de outras pautas também urgentes pelo movimento feminista, pode ter dado abertura para que os movimentos religiosos influenciassem a cultura nacional acerca do aborto até os dias atuais.

O vácuo deixado pelos movimentos feministas e de mulheres e sua sub-representação no Congresso Nacional, aliado às práticas político-culturais dos movimentos religiosos, pode ter influenciado a adoção de condutas abusivas por parte de profissionais de saúde que implementam as políticas de aborto legal, como a recusa em realizar o procedimento, a culpabilização e criminalização das pessoas que abortam. Já na esfera estatal, o resultado do abandono da pauta significou uma hegemonização das proposições com conteúdo anti-escolha no Congresso Nacional. (CAMARGO, 2019, p. 165)

Desde então, os movimentos religiosos usaram da sua voz e dos seus representantes eleitos no Congresso para propor projetos de lei voltados à proibição cada vez mais rigorosa do aborto.

Foram selecionados para análise os projetos dos dois deputados anti-escolha, que mais propuseram sobre o tema: Flavinho (PSC/SP), ligado à Renovação Carismática Católica que assina 7 projetos, e João Campos (PRB/GO), pastor da Assembleia de Deus que assina 5 projetos, totalizando 10 proposições para análise. Em conjunto, as proposições procuram: aumentar a penalidade em caso de aborto ilegal; voltar a criminalizar os casos em que aborto é legal; desestimular o aborto em caso de gravidez resultante de estupro; criminalizar a luta pró-escolha, chamada de “apologia ao aborto”;

criar propaganda contra a descriminalização; e incentivar valores cristãos na educação (CAMARGO, 2019, p. 165).

Conforme Camargo (2019), as argumentações usadas pela ala religiosa contra o aborto com base na inviolabilidade da vida desde a concepção e nas sequelas psicológicas à mulher que pratica o aborto são pensadas numa tentativa de legitimidade laica que é complexa para refutação.

A lógica epistêmica envolta no neointegrismo religioso, de que a religião deve se manifestar na ordem pública sob o discurso da modernidade, torna mais difícil o combate a posicionamentos religiosos, uma vez que a estratégia de recorrer a argumentos próprios dos discursos democráticos e científicos disfarçam seu caráter e conteúdo moral. Ao instrumentalizar a religião deste modo, com fins políticos, a intenção é não só evangelizar e conquistar novos adeptos, mas principalmente ganhar espaço e legitimidade dentro do Estado e suas instituições. A prioridade do neointegrismo religioso é, portanto, fazer com que o Estado adote e transforme em política pública, supostamente de caráter laico, posições na verdade fundadas na moral cristã. (CAMARGO, 2019, p.166)

A argumentação estratégica da ala conservadora se apropria até mesmo do discurso feminista moldando-o para fazer parecer que não estão retirando direitos sexuais das mulheres, conforme o Projeto de Lei 891 de 2015, de autoria do deputado Flavinho (PSB/SP):

Art. 2º - No exercício de sua liberdade, intimidade e autonomia, todas as pessoas têm direito a decidir livremente sobre sua vida sexual e reprodutiva, conforme direitos e deveres estabelecidos pela Constituição Federal, inclusive no que se refere à estrutura do núcleo familiar e, sobretudo, à garantia inviolável da vida do nascituro (BRASIL, 2015).

A partir disso, conforme a análise de Camargo (2019), a justificativa do deputado demonstra que o principal propósito de seu projeto não é garantir direitos às mulheres, mas sim subordiná-los ao direito da expectativa de vida do feto. E em relação aos casos de aborto permitido por lei, o mencionado deputado traz outra preposição:

Em outra proposição (PL 4641/15), Flavinho alega proteger e amparar gestantes de gravidez decorrente de estupro as incentivando a dar continuidade à gravidez e encaminhar os recém-nascidos para adoção. Se autoproclamando defensor de direitos das mulheres e das crianças, o referido deputado não leva em consideração as consequências psicológicas que podem ser acarretadas à pessoa gestante e à criança encaminhada ao orfanato. (CAMARGO, 2019, p. 167)

Ainda conforme Camargo (2019), projetos de lei desse modelo podem criminalizar a luta pró-escolha encarcerando pessoas que auxiliam na realização da prática clandestina, que divulgam informações sobre aborto ou que apenas defendam abertamente sua legalização. Os efeitos disso são reduzir ainda mais o espaço para falar sobre aborto na sociedade brasileira e fomentar uma cultura de recriminação e hostilidade ao tema aborto.

Além da Igreja e do movimento feminista, ainda há na sociedade civil, outros grupos que tangenciam o tema. Um exemplo de grupo contra o aborto são os grupos neonazistas que estão em ascensão no Brasil. Entre 2002 e 2009, o acesso de brasileiros a sites de cunho neonazista cresceu cerca de 170%, sendo a maior parte na região sul do país, segundo Silva et al. (2014) e surgiram grupos como a Ultra-Defesa que se declaram abertamente contra o aborto e a homossexualidade.

A Ultra Defesa, de Mairinque, cidade do interior de São Paulo, de acordo com o seu próprio site, “é uma instituição social, política e reivindicatória de cunho nacionalista e patriota”. Defende a moral, e seus participantes são tidos como homens virtuosos e aguerridos que defendem os verdadeiros valores. Prezam a ordem e a disciplina. Utilizam a saudação romana, pois consideram que a antiga Roma é depositária da verdadeira e original tradição do Ocidente. Defendem “um Estado forte, espiritualista e transcendente”, “valores aristocráticos e guerreiros” de nossa formação cultural e uma “nação viril, comandada por uma verdadeira elite, virtuosa e viril”. Posicionam-se abertamente contra o neoliberalismo, o aborto e a homossexualidade. Defendem as forças armadas, a harmonia entre as classes e a terceira via (um Estado espiritualista e transcendente). (SILVA et al., 2014, p. 432)

A partir do que foi exposto, é necessário dizer que a pauta aborto ganha nuances na sociedade de acordo com a discussão que é feita acerca dela e de quem participa dessas discussões. Desse modo, é notável que uma sociedade com herança patrimonialista, conservadora, escravista e patriarcalista possui

tendências a ter uma discussão em que a Igreja possui maior dominância no debate e na opinião pública.

3 LIÇÕES A SEREM APRENDIDAS: O CASO URUGUAIO

3.1 Políticas públicas sobre a saúde reprodutiva das mulheres no Uruguai e no Brasil

Nesse tópico iremos destacar alguns pontos de destaque, nos dois países, no que se refere às políticas públicas para as mulheres no âmbito da saúde reprodutiva.

Inicialmente, é válido ressaltar que no Uruguai existia espaço para falar abertamente sobre aborto previamente do que no Brasil, uma vez que o aborto já havia sido despenalizado entre 1934 e 1938. Em 1933, o Uruguai sofreu um golpe civil que levou a redação de um novo Código Penal e uma nova Constituição em 1934 em que o aborto era permitido, contudo em 1938 eleições gerais foram realizadas, e novamente elaborada uma nova Constituição que não permitia a prática do aborto e assim foi até 2012. Esse cenário é válido para vários países da América Latina que permaneceram sob a vigência de regimes autoritários, como o Brasil que permaneceu sob a vigência da ditadura de 1964 a 1985. Nesse sentido, é importante destacar que na América Latina foi essencial o fim de governos ditatoriais para que os direitos das mulheres pudessem ser reivindicados.

No cenário latino-americano, destaca-se que a superação dos períodos ditatoriais foi imprescindível para a garantia dos direitos da população feminina. Isso porque, apesar das particularidades de cada sistema político, os governos autoritários que se estabeleceram na América Latina, caracterizaram-se predominantemente pela violência, tortura, cerceamento do direito à liberdade de expressão e por, sistematicamente, violarem as liberdades básicas dos cidadãos (VEDANA; GERVASONI, 2020, p. 282).

Segundo Rocha, Rostagnole Gutiérrez (2009), entre os anos 1978 e 1979, no Uruguai, houve uma iniciativa de legalização em meio à ditadura por iniciativa do Ministro do Interior que criou uma Comissão integrada por membros do Ministério da Justiça que elaborou um projeto estabelecendo o aborto legal por vontade da mulher durante as 12 primeiras semanas de gestação. As hierarquias militares não discutiram o projeto e o descartaram. Houve uma segunda tentativa entre 1984 e

1985 por parte de organizações de mulheres que apresentaram um projeto acerca do aborto antes do Acordo Programático Nacional (que articulou a saída da ditadura) e o tema não foi aceito. Por fim, em 1985 ocorre a primeira iniciativa do parlamento após a ditadura para retomar a legislação de 1934, feita por deputados do Partido Colorado, contudo o debate não prospera.

Nesse contexto, surge no Uruguai entre 1993 e 1994 um projeto de lei de “Regulação da Interrupção da Gravidez voluntária” feito por um deputado da Frente Ampla que definiu como direito de toda mulher decidir sobre a interrupção da gravidez dentro das 12 semanas e de ter acesso ao aborto para além desse prazo em caso de motivos de saúde e outros. O projeto foi aprovado por unanimidade na Comissão de Bioética da Câmara dos Deputados, entretanto, não foi discutido no plenário da Câmara. Em 1998, o projeto é retomado com algumas modificações na declaração explicativa e é aprovado em dezembro de 2002 pela Câmara dos Deputados com o nome de projeto de lei da Defesa da Saúde Reprodutiva. Um ano depois, o Senado vota sua promulgação e vence a não promulgação por 2 votos. O projeto incluía a educação sexual na educação formal pública e o acesso à métodos contraceptivos e alguns políticos argumentaram que não era estratégico votar a favor, por ser um ano eleitoral.

Já no Brasil, o projeto de lei 1135/91 é um dos mais conhecidos e notórios visando à descriminalização do aborto. Foi proposto em 28 de maio de 1991 pelos deputados federais Eduardo Jorge (PT) e Sandra Starling (PT), sendo que só foi votado em 7 de maio de 2008, após um período de discussões que durou 17 anos. Foi retomado no Congresso Nacional do Brasil diversas vezes entre os anos 2000 e 2010 e a Comissão Tripartida de Revisão da Legislação Punitiva do Aborto apresentou um anteprojeto que ampliava as possibilidades para a realização do aborto voluntário inspirado no PL 1135/91, contudo, os dois foram rejeitados em 2008. Além disso, em 2008, foi aprovado um decreto legislativo que incluía assistência aos casos de aborto legal previstos em lei que havia sido rejeitado na Comissão da Câmara dos Deputados anteriormente.

Na redemocratização brasileira, com a entrada das mulheres para movimentos sociais reivindicatórios e para o ativismo pela garantia de seus direitos fortaleceu o movimento feminista no cenário nacional. Entretanto, apesar de a mobilização feminista ter contribuído para o progresso das relações de igualdade nos demais países latino-americanos, o Brasil ainda oferece às suas cidadãs

condições precárias no que se refere à garantia de seus direitos fundamentais, especialmente os sexuais e reprodutivos. Desse modo, o movimento feminista fundamenta sua crítica nas construções sociais de gênero que são discriminatórias e opressivas, e busca fornecer às mulheres força política e social para intervirem como agentes catalisadores de transformações sociais. Esse pensamento foi essencial para fornecer as bases críticas necessárias para questionar as relações de gênero e a cultura patriarcal, bem como para reivindicar direitos sexuais e reprodutivos, conforme Vedana e Gervasoni (2020).

“Todavia, embora as mulheres tenham se mobilizado, historicamente, pela ampliação de seus direitos e pelo fim das violências, o que contribuiu para a construção formal e legislativa do novo sistema político em vigor na América Latina e, portanto, para a garantia dos direitos acima descritos, observa-se que a condição feminina não se encontra devida e integralmente amparada, uma vez que o processo de redemocratização não significou a imediata contemplação dos seus direitos sexuais e reprodutivos (VEDANA; GERVASONI, 2020, p. 284).

Ainda segundo Vedana e Gervasoni (2020), a legislação latino-americana em sua maioria desconsidera os direitos reprodutivos e sexuais da população feminina e pouco avança para o seu reconhecimento e materialização. E especialmente no caso brasileiro, o sistema político-legislativo apresenta maiores dificuldades na efetiva garantia desses direitos devido à implementação de políticas públicas insuficientes e ineficazes para a efetiva autonomia reprodutiva das mulheres. Desse modo, após a redemocratização, o movimento feminista teve como pauta principal as questões relacionadas à saúde das mulheres e conquistaram, conforme apresentado na literatura do capítulo 2.3, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que contou com ajuda do movimento feminista em sua elaboração. De acordo com Vedana e Gervasoni (2020), o PAISM salientava a importância do oferecimento de uma tutela integral à saúde da mulher, desde a adoção de medidas educativas quanto à concepção e contracepção, investimento na capacitação dos profissionais envolvidos nas práticas de controle pré-natal e parto, até a incorporação de temas relacionados a câncer de colo de útero e de mama. É interessante notar que apesar da conquista do PAISM, a temática do aborto não foi tratada diretamente.

O Uruguai foi o segundo o país da América Latina a descriminalizar o aborto em qualquer hipótese, em outubro de 2012 com a lei 18.897, somente após Cuba, onde este já era descriminalizado há várias décadas (KILL, 2018).

Art 1º:(Principios generales).- El Estado garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, de acuerdo a lo establecido en el Capítulo I de la Ley N° 18.426, de 1° de diciembre de 2008.

La interrupción voluntaria de embarazo, que se regula en la presente ley, no constituye un instrumento de control de los nacimientos.

Art 2º: (Despenalización).- La interrupción voluntaria de embarazo no será penalizada y en consecuencia no serán aplicables los artículos 325 y 325bis del Código Penal, para el caso que la mujer cumpla con los requisitos que se establecen en los artículos siguientes y se realice durante las primeras doce semanas de gestación. (REGISTRO NACIONAL DE LEYES Y DECRETOS, 2012)

No caso brasileiro, em 2012 foi incluída a possibilidade de aborto legal para feto anencefálico no Código Penal Brasileiro. A Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 estabelece que o aborto em caso de anencefalia do feto não necessita de autorização do Supremo Tribunal por se tratar de uma antecipação terapêutica do parto, uma vez que o feto anencefálico se sobreviver ao parto, será por poucas horas ou dias. Sendo assim, fica descriminalizado a interrupção da gravidez de feto anencefálico nos artigos 124, 126, 128, incisos I e II do Código Penal Brasileiro como forma de resguardar à vida e à saúde total da gestante, de forma a aliviá-la de sofrimento maior.

Ainda em 2012, a lei uruguaia estabelece que aborto não pode ser penalizado quando a mulher deseja abortar, por condições pessoais, até 12 semanas de gestação, quando a gestação causa risco grave para a vida da mulher, caso de feto anencefálico e quando a gestação é resultante de estupro (até 14 semanas).

Contudo, um ponto marcante no caso uruguaio é que ainda que o aborto não fosse legalizado, a maioria dos médicos se alicerçava na ética e no sigilo médico para não denunciar mulheres que optaram pelo aborto e chegavam aos hospitais com complicações decorrentes. Isso fez com que se abrissem espaços para a discussão acerca do tema, pois essa segurança deixava as mulheres mais

confortáveis para falar do assunto. Esse comportamento da sociedade civil, especialmente da comunidade médica, construiu um terreno fértil para a regulamentação por meio da lei.

A preocupação dos médicos convertida em ação teve três consequências posteriormente. A primeira delas foi definir os médicos como atores-chaves na legalização do aborto, a segunda foi permitir o desenvolvimento de políticas públicas para mitigar o aborto inseguro mudando a lei vigente, e a última, em consequência das anteriores, foi permitir o hábito de falar sobre o aborto nos ambientes cotidianos e assim, as mulheres puderam manifestar aos seus ginecologistas sua intenção de abortar sem que isso tivesse consequências legais para ela. (ROCHA; ROSTAGNOL; GUTIÉRREZ, 2009, p. 226)

O ginecologista uruguaio Leonel Briozzo, que era vice-ministro de saúde em 2012 (ano da legalização), afirmou em 2018 que eram realizados cerca de 8 mil abortos por ano no Uruguai, um número similar à de países escandinavos comparativamente conforme Pains (2018). É comum que após a legalização aconteça queda no número de abortos após um período, embora logo após a legalização os números aumentem porque as pessoas passam a procurar o meio legal para realizar o procedimento, isso ocorre porque a política pública garante o direito das mulheres ao planejamento familiar e assegura-lhes uma rede de proteção, física e psicológica, que promove a reflexão sobre a prática e assegura tratamento médico especializado àquelas que decidirem prosseguir com o procedimento. É válido ressaltar também que anteriormente à legalização, os números eram somente estimativas, uma vez que não havia registros quantitativos (PAINS, 2018).

Briozzo reconheceu a importância de Pepe Mujica ser presidente na época para que a legalização se tornasse possível, pois Mujica declarou ser inaceitável que morressem mais mulheres por aborto inseguro no país. Além disso, desde 1978 houveram 10 projetos para a legalização do aborto no Uruguai e todos haviam fracassado. Também houve mobilização da sociedade civil e da classe médica que criaram um movimento social com o comprometimento dos profissionais da saúde, e assim criaram a ONG Iniciativas Sanitárias. Por fim, o contexto era favorável a luta por novos direitos, uma vez que foi aprovado o direito à reprodução

assistida, o acesso à fertilização in vitro e outras técnicas e a legalização da cannabis naquele momento.

Assim como no Brasil, houve resistência da ala conservadora, e foi preciso estabelecer um diálogo estratégico com os religiosos que não eram fundamentalistas. Nesse diálogo, destacou-se que ninguém era favorável à prática do aborto e foram expostos dados de outros países que revelavam que o número de procedimentos era maior onde o aborto não era legalizado do que onde era permitido. Também foi exposto como nos países onde é legalizado, a sociedade civil possui mais acesso à educação em saúde reprodutiva e contracepção que evita a gravidez não desejada, assim como às práticas seguras que evitam complicações futuras.

Segundo os dados do Ministério de Saúde Uruguaio, 51% dos abortos são feitos em centro de saúde privados. De acordo com Leticia Rieppi, ex-diretora de saúde sexual e reprodutiva do Ministério da Saúde Pública do Uruguai, com sua experiência nos centros de saúde, percebeu que as mulheres que optam pelo aborto são mulheres jovens de 25 e 26 anos que trabalham e que afirmam poder criar um filho, porém não dois. Além disso, essas mulheres acreditam que não podem deixar o mercado de trabalho, porque não tem quem as respalde. Muitas vezes, são elas que trabalham enquanto seus maridos estão com seguro desemprego, e se engravidam e precisam repousar, não há como manter a família. A prática do aborto, além de ter relação com a condição financeira da mulher, diz respeito também ao sistema de cuidado com elas, pois vivem com angústia. (Baldomir; Roba, 2016).

Conforme Baldomir e Roba (2016), em 2015, dos 9.000 abortos realizados, 1% foram em menores de 15 anos, o que implica em 1,7 abortos por semana a menores de 15 anos. Leticia Rieppi acredita que as gravidezes abaixo de 14 anos devem ser consideradas abusos, pois se tratam de uma população onde o maltrato e a violência pode ser encoberta. Nos últimos 30 anos, o número de gravidezes na adolescência tem se mantido estável, aproximadamente 1,49 a cada mil grávidas. A gravidez na adolescência se deve a várias causas, como o não ingresso a níveis superiores de escolaridade, distorção idade-série, falta de educação sexual, dentre outras. (Baldomir; Roba, 2016).

Ademais, antes da legalização, o Uruguai implementou em 2001 um política de redução de danos em que os médicos orientavam pacientes com gravidezes indesejadas a como realizar um aborto voluntário em casa por meio de

medicamentos de forma técnica. Com isso, muitas mulheres deixavam de realizar o procedimento em clínicas clandestinas e os riscos diminuíram. Ao orientar a mulher na realização do aborto, o médico poderia ser denunciado, contudo o estava respaldado pela confidencialidade médico-paciente e essa política foi ganhando adeptos a medida que os resultados se mostravam eficazes por meio dos dados e conquistou a confiança da Faculdade de Medicina do Uruguai e da Sociedade de Ginecologia. Os resultados da política foram a redução da mortalidade materna por aborto inseguro a zero em 2008 e, conseqüentemente a redução do número de mulheres sob cuidados intensivos por complicações, a redução dos gastos de saúde e o aumento da confiança das mulheres no sistema. (PAINS, 2018)

Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil é tema de políticas de saúde mais recentes, sendo posteriores à década de 80 e a redemocratização. Um exemplo dessas políticas é o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher que em 2004 foi transformada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher foi criado em 1983 no contexto da redemocratização do país e na esteira da Conferência de Alma-Ata (1978), que definiu as bases da atenção primária em saúde. Os movimentos sociais e os movimentos de mulheres, principalmente o movimento feminista, influenciaram a construção do programa (TEMPORÃO, 2012, v. 64, p. 21)

Essa política almeja melhorar as condições de vida das mulheres por meio da garantia de direitos, ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. Se tratando dos casos previstos em lei para realização do aborto legal, no caso de violência contra a mulher, segundo Temporão (2012), o Brasil contava em outubro de 2009 com 481 serviços hospitalares e demais unidades de saúde qualificadas para atender especificamente esse tipo de situação de violência sexual cometida contra mulheres e adolescentes, sendo que destas, 60 unidades realizam o procedimento de aborto.

Em 2008, foram realizados 3.284 procedimentos médicos dessa natureza. Oferecer segurança para as mulheres que têm o direito garantido em lei de interromper uma gestação por consequência de violência sexual representa questão central para o respeito aos direitos reprodutivos. (TEMPORÃO, 2012, v. 64, p. 22)

Para a realização da interrupção de gravidez prevista em lei, no Uruguai, o medicamento misoprostol, que é utilizado em situações obstétricas específicas, foi incorporado como um componente para atenção à saúde que foi essencial para a redução das mortes maternas (TEMPORÃO, 2012). Este medicamento reduz significativamente os riscos da prática do aborto. No caso do Brasil, o medicamento é ilegal, mas foi difundida, por meio das mulheres, a função abortiva do mesmo, de modo que se criou um mercado clandestino para o acesso ao medicamento que gera outros riscos relacionados ao tráfico.

Estudos brasileiros na área da saúde pública evidenciaram que o recurso ao misoprostol é, hoje, o principal meio para se induzir aborto em mulheres no país. Em função do quadro restritivo legal que criminaliza o aborto voluntário, o acesso e, conseqüentemente, o uso seguro desses medicamentos é um grande desafio à saúde pública. Nos países onde não é proibido por lei, o uso de medicamentos à base de misoprostol prescritos e utilizados de forma adequada, associado ao seguimento médico do processo de abortamento, demonstra ser um meio seguro e eficaz de interrupção da gestação indesejada, sendo o aborto medicamentoso a primeira opção para gestações iniciais em mulheres que querem evitar procedimentos cirúrgicos. Tem menos de 5% de falha e, nesses casos, procedimentos médico-cirúrgicos complementares podem terminar o processo com sucesso e segurança (CORRÊA; MASTRELLA, 2012, p.1778)

Vale ressaltar que a ilegalidade da prática no Brasil não a impede, gerando custos e mortes por agravamentos decorrentes de abortos clandestinos.

No Brasil, desde os anos 1980, registra-se em pesquisas a subnotificação das mortes por aborto, apontadas como as mais mal notificadas dentre as mortes maternas. Mais do que isso, a ilegalidade não os têm impedido, mas apenas piorado as condições em que são realizados e agravados os riscos inerentes a essa prática. Nesse contexto, o aborto feito em condições de insegurança representa em nosso país sério problema de saúde pública. Em 2009, foram realizados 200,6 mil atendimentos nos quais a causa registrada era de aborto em condições de insegurança. (TEMPORÃO, 2012, v. 64, p. 22)

3.2 Atuação da comunidade médica no Brasil e no Uruguai

Foi notável no decorrer da pesquisa o papel fundamental e na atuação estratégica que a comunidade médica do Uruguai possuiu na conquista da legalização, pois além de tomar essa pauta para si expondo evidências científicas de mortalidade materna para a sociedade, os médicos queriam fazer parte da solução e não agravar ainda mais este problema de saúde pública. Sendo assim, iniciaram ações ainda na ilegalidade para reduzir essas mortes por meio da orientação e informação dada às mulheres em situação de abortamento. No Brasil, a comunidade médica não tem preponderância em relação ao tema, sendo mais comum a literatura sobre o tema citar o movimento feminista como pró-aborto e a Igreja como contra. Nesse caso, é mais comum que a comunidade médica não seja mencionada ou leve consigo uma carga de ser contra a prática do aborto devido a alguns representantes da classe que se declararem abertamente contra a descriminalização.

Entre 2000 e 2012, o aumento do número de mortes por complicações decorrentes de aborto no Uruguai, levou à uma mobilização da classe médica que se reuniu em Iniciativas Sanitárias Contra o Aborto Provocado em Condições de Risco (ISCAPCR) e o objetivo primário dessas iniciativas foi transformar o aborto em condições de risco em aborto de menor risco. As ISCAPCR, do ponto de vista da política de saúde, procuravam reduzir a necessidade que faz com que as mulheres decidam interromper uma gravidez e recorrem a abortos clandestinos e para isso, foi preciso tratar o problema do aborto ainda no contexto da ilegalidade, incorporando serviços no sistema de saúde, conforme Briozzo (2009). Ainda antes da legalização, as Iniciativas Sanitárias Contra o Aborto em Condições de Risco tiveram impacto notável na redução da mortalidade materna associada ao aborto no país. Em 2004, após a tentativa de legalização ter falhado, o Ministério da Saúde aprova a portaria 369 que se refere aos cuidados pré e pós aborto deixando de fora o procedimento.

A OMS aponta que 21% das mortes maternas (cerca de seis mil/ano) na América Latina têm como causa as complicações decorrentes do aborto inseguro, sob a responsabilidade de leis restritivas ao aborto. No Brasil, a mortalidade materna permanece entre as 10 primeiras causas de mortalidade da população feminina entre 10 e 49 anos. (FERNANDES; GOLLOP; PEDROSO; TORRES, p. 46, 2012)

O protocolo das Iniciativas Sanitárias reduz a possibilidade de mortalidade por meio da disseminação do medicamento misoprostol para causar abortos, que também diminuiu muito as complicações graves pós aborto. No Brasil, esse medicamento também é usado clandestinamente para realização do aborto.

Metade das mulheres brasileiras abortou usando medicamentos. Como o medicamento mais comum para isso é o misoprostol (cujo nome comercial mais conhecido é Citotec®), justamente o recomendado pela Organização Mundial de Saúde para a realização de abortos seguros, é provável que a mortalidade por complicações seja, hoje, menor do que em décadas passadas. Permanecem, no entanto, outros riscos importantes à saúde, o que se nota pelo fato de que metade das mulheres que abortou precisou ser internada para o finalizar, além de efeitos não explorados na Pesquisa Nacional de Aborto, como os sobre a saúde mental. A comparação entre 2010 e 2016 indica que a internação vem diminuindo, o que sugere que, apesar da ilegalidade e da repressão, as mulheres usam cada vez mais métodos com maior segurança para abortar. (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017, v.22. p.259)

Em relação à comunidade médica, durante a graduação de medicina no Brasil, o aborto ainda é discutido menos do que deveria, uma vez que é o evento mais frequente da obstetrícia (MATTAR, 2012).

Considerando que a mortalidade representa apenas uma fração dessa problemática, os dados referentes à hospitalização por abortamento confirmam sua magnitude. A curetagem pós-abortamento representa o terceiro procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde. (BRASIL, 2005, p. 10)

Dessa forma, se faz clara a necessidade de englobar esse tema de forma mais completa e sem preconceitos nos cursos de medicina e demais cursos da área da saúde que formam profissionais que terão contato direto com a saúde da mulher.

O abortamento espontâneo acontece em 15% das gestações clinicamente diagnosticadas. Estima-se que o abortamento provocado por razões socioeconômicas ocorra na frequência de 19 milhões de casos ao ano no mundo. Além deles, devemos contabilizar as interrupções de gestações decorrentes de risco de vida para a mãe portadora de patologia grave, as gravidezes resultantes de violência sexual e as interrupções realizadas em razão

de malformações fetais diagnosticadas no decorrer da prenhez. Assim, podemos notar que o abortamento é o evento mais frequente da obstetria. (MATTAR, 2012, v. 64, p. 44)

Segundo Mattar (2012), a discussão sobre o aborto deve abarcar não somente a técnica médica de diagnóstico e tratamento, mas também aspectos emocionais que tornam o atendimento mais humanizado e consciente da situação de vulnerabilidade social da maioria das mulheres que optam por realizar o procedimento.

Como os docentes da área de saúde não foram sensibilizados para os aspectos sociais e emocionais quando estudantes ou residentes, eles mesmos, nos bancos das escolas, em quase nenhum dos módulos entram nas discussões sobre bioética, responsabilidade social e civil. Além disso, histórica e culturalmente os alunos e residentes dessas áreas veem inculcadas em suas mentes a necessidade de estarem voltados para o ato médico de diagnosticar a doença, operar, tratar e não têm disponibilidade para discussões que envolvam aspectos de natureza social, cultural, emocional. Outro aspecto cultural em relação a esses profissionais em formação é que eles devem adquirir certa frieza e distanciamento dos pacientes para suportarem a dor das doenças. Assim, os estudantes creem que seria benéfico não se envolver com os problemas emocionais dos pacientes. (MATTAR, 2012, v. 64, p. 45)

Um ponto de divergência relevante entre o Brasil e o Uruguai, é a classe médica uruguaia, que se mobilizou em preocupação com os elevados números de mortes por complicações do aborto e se tornou um ator chave para a legalização.

Em 2001, o aumento nas mortes de gestantes por complicações decorrentes de aborto, levou uma parte da comunidade médica, reunida em iniciativas sanitárias, a buscar alternativas que permitiam diminuir a mortalidade. O problema por si só e a pressão social, reacionam a bancada feminina que desarquiva o projeto desempenhando um papel de protagonista da discussão no Parlamento, assim como o papel desempenhado pela Coordenadoria Nacional de Organizações para a Defesa da Saúde Reprodutiva, que, liderada por organizações feministas, alcançou uma ampla e plural base de apoio durante os dois anos de discussão legislativa. (GUITIÉRREZ; ROCHA; ROSTAGNOL, 2009, p. 225)

Foi perceptível nas equipes de saúde do Uruguai uma postura de acolhimento da paciente em situação de abortamento e a consciência de que se tratava de um problema de saúde pública.

O aborto provocado em condições de risco é, antes de tudo, um problema de saúde pública. Apenas secundariamente para nós, como equipe de saúde, se trata de um problema legal, jurídico, religioso, etc. (BRIOZZO, 2009, p. 13)

Desse modo, de acordo com a abordagem das Iniciativas Sanitárias Contra o Aborto Provocado em Condições de Risco, é preciso priorizar a relação médico-paciente clássica ou equipe de saúde-usuária-comunidade em detrimento dos aspectos legais e, principalmente, acerca da perspectiva de denúncia e punição. A atitude punitiva e de desprezo apenas conseguem potencializar os riscos e os danos, segundo Briozzo (2009).

Nós, como equipe de saúde, fazíamos parte do que acontecia, fazíamos parte do problema. Não estávamos cumprindo nossa obrigação ética de não causar danos (princípio da não-maleficência), fazer o bem (princípio da beneficência), respeitar a autonomia e nos predispor à justiça. Nossa falta de ação aumentava o problema, portanto, tínhamos que vencer a inércia e começar a agir sobre essa realidade. (BRIOZZO, 2009, p. 17)

A percepção de Briozzo revela uma forma de pensar muito distante da maioria dos profissionais de saúde brasileiros de cooperação e compromisso com a paciente em situação de abortamento e não com os princípios religiosos ou morais. Além disso, a visão trazida acerca da ética médica e do princípio da beneficência (não causar danos) é associada à paciente, uma vez que os profissionais brasileiros em sua maioria associam ao feto.

Atendê-la antes e depois do aborto não significa que estou induzindo ou colaborando com um delito, senão que estou agindo como nos obriga o dever profissional, que é precisamente recebendo a mulher, escutando-a, oferecendo-lhe apoio através de uma equipe apropriada. Em geral, os problemas existentes neste momento não são os médicos, mas outros, dos quais se origina a decisão de interromper a gravidez. (BRIOZZO, 2009, p. 17)

Nesse trecho, também se torna perceptível a compreensão da complexidade do problema, uma vez que a decisão de interrupção da gravidez engloba muito mais do que o médico pode perceber e optar por dar um tratamento médico sem julgamentos à paciente é uma compreensão também da mulher como sujeito digna de uma existência plena independente da existência de outrem.

Desse modo, as lições aprendidas com o Uruguai foram a de compreender a complexidade do problema de saúde pública no que tange o aborto e promover uma mobilização social em torno deste problema, com movimentos sociais, comunidade médica e população de modo geral, visando a conseguir mudanças na legislação que contribuem para sua resolução. É necessário ressaltar que compreender a complexidade do problema perpassa por uma mudança cultural para que a sociedade abra espaço para discutir sobre aborto de forma construtiva, sem julgamentos de valor moral. Nessa perspectiva, eleger governantes de pensamento progressista que estão dispostos a inserir a pauta aborto em seus governos é de suma relevância.

4 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Nesse tópico serão apresentados os principais resultados do presente estudo com a análise das entrevistas feita a luz da literatura.

4.1 As entrevistadas

As duas entrevistadas são pesquisadoras da área sendo uma delas brasileira e outra uruguaia. A escolha das entrevistadas se deu pela familiaridade com o tema e as entrevistas duraram cerca de quarenta minutos.

A entrevistada uruguaia é Ana Labandera que é médica e Diretora Executiva da ONG Iniciativas Sanitárias do Uruguai no atual momento e também uma das autoras do livro coordenado por Leonel Briozzo, ex-vice ministro de Saúde na época da legalização do aborto no Uruguai, chamado Iniciativas Sanitarias: contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Ela entrou para o grupo de Leonel Briozzo que buscava reduzir os riscos do aborto inseguro em 2002 e a ONG foi fundada formalmente em 2005. Quando Briozzo foi integrar o Ministério de Saúde no Governo Mujica, ela foi nomeada Diretora Executiva que é o cargo que ocupa atualmente, pois anteriormente era Diretora Administrativa. A ONG teve papel crucial na legalização do aborto no Uruguai por ter ações de redução de riscos efetivas ainda no contexto de ilegalidade do aborto, bem como ajudando e subsidiando na construção da política pública após a legalização e treinando cerca de 5200 profissionais de saúde com o seu método para a execução da política.

A entrevistada brasileira é a Paula Rita Bacellar Gonzaga que atualmente é professora da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) e também é psicóloga e pesquisadora do tema desde a graduação. Ela escreveu sua dissertação de mestrado, que fez na Universidade Federal da Bahia (UFBA), no PPGNEIM, com relatos de 22 itinerários abortivos de 12 mulheres. No seu doutorado fez parte de um grupo de estudos chamado Grupo de Estudos sobre Aborto e Psicologia na América Latina (GPSILA) e participou da organização do Primeiro Encontro Nacional de Pesquisa e Ativismo sobre Aborto que ocorreu em setembro de 2017 e o segundo em 2019. Na tentativa de entrevistar uma representante do legislativo, a Paula

Gonzaga foi indicada pela assessoria da mesma para entrevista e foi descrita como uma fonte de informações sobre o tema para esta representante do legislativo e sua assessoria. Por fim, ela é engajada com a causa junto a movimentos feministas.

É importante ressaltar que as entrevistadas concordaram com a revelação da identidade e optou-se por revelar por serem pessoas que representam diversas outras vozes além das próprias, por exemplo, no caso da Ana Labandera é uma pessoa pública que está a frente de movimentos em prol do aborto e no caso da Paula Gonzaga, ela possui uma bagagem muito relevante à temática, uma vez que é uma pesquisadora do tema que possui um contato abrangente com o mesmo e ouviu cerca de 22 itinerários abortivos para o seu trabalho de mestrado. Apesar da percepção das entrevistadas possuir representatividade no que tange experiências relativas aos itinerários abortivos, é válido dizer que somente duas entrevistas não são capazes de refletir todas as nuances e aspectos relativos ao fenômeno do aborto, pois é uma percepção restrita, ainda que amparada pela literatura.

As entrevistas foram realizadas com o objetivo de investigar quem são os atores envolvidos com a pauta nos dois países sendo pró ou contra, quais fatores aumentam os riscos de aborto e como o contexto político e o processo histórico influencia na discussão sobre aborto na sociedade. Não houve período de análise nas entrevistas, pois as entrevistadas ficaram livres para relatar suas experiências ao longo das últimas décadas.

Por fim, não foi inserida na análise das entrevistas a visão contra o aborto, pois o objetivo da análise foi fazer um contraponto com a realidade uruguaia e não um debate entre argumentos pró e contra o aborto.

4.2 Categorização das falas

Para a análise das falas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin e a categorização foi feita de forma manual. Na análise do conteúdo surgiram três temas: clandestinidade, atores envolvidos e contexto político.

A categorização é um processo composto de duas etapas: o inventário e a classificação (Bardin, 2011). Nestas etapas, analisamos as falas das

pesquisadoras e então procuramos organizar as falas dentro das categorias estabelecidas.

Após a leitura das falas, foram construídos três temas e dez categorias, as quais representam a síntese do conteúdo das entrevistas e tiveram como objetivo elucidar as temáticas do estudo. Dentro do tema Clandestinidade, temos as categorias: 1) Riscos relacionados ao abortamento 2) Medo da penalização 3) Hostilidade. Dentro do tema Atores envolvidos, são as categorias: 1) população, 2) comunidade médica, 3) movimento feminista e 4) ala conservadora e por fim, o tema Contexto Político com as categorias: 1) Receptividade e 2) Resistência. Na análise, as citações das falas das entrevistadas podem se tornar extensas e isso se justifica pelo número reduzido de entrevistas, bem como pela análise a ser feita requer contrapor as falas para entender a perspectiva das entrevistadas em contextos diferentes.

4.3 Tema: CLANDESTINIDADE

Na análise das falas referentes ao tema da clandestinidade destaca-se as múltiplas consequências que esse fato gera, assim elencamos as categorias: 1) riscos associadas ao abortamento; 2) medo da penalização jurídica e constrangimento social sentido pelas mulheres em situação de abortamento e 3) Hostilidade ao tema. Ao analisar esta categoria devemos considerar que o pano de fundo são dois contextos diferentes, sendo no Uruguai legalizado enquanto no Brasil é ilegal.

A partir das falas podemos considerar que o caso brasileiro conta com mais riscos do que o uruguaio devido à legalização do aborto no segundo. Além disso, é possível falar abertamente sobre o tema no Uruguai, o que contribui para uma mudança cultural ao lidar com o abortamento que reduz a hostilidade e recriminação, bem como elimina o medo da penalização jurídica e a necessidade de sigilo. Vale lembrar, conforme abordado anteriormente na literatura, que a ala conservadora teve papel crucial para reduzir ainda mais o espaço para falar sobre aborto na sociedade brasileira e fomentar uma cultura de recriminação e hostilidade ao tema. Um exemplo disso são deputados da Bancada Evangélica apresentarem projetos de lei que podem criminalizar a luta pró-escolha encarcerando pessoas que auxiliam na realização da prática clandestina, que divulgam informações sobre

aborto ou que apenas defendam abertamente sua legalização, bem como anular os casos permitidos por lei e aumentar a resistência a uma possível descriminalização (CAMARGO, 2019).

Na categoria “Riscos relacionados ao abortamento”, vale destacar que as falas das entrevistadas chamam atenção para o uso do medicamento Misoprostol nos dois contextos e destacam sua relação com os riscos/proteção para a saúde da mulheres.

Bom, aí realmente havendo o Misoprostol foi uma mudança fundamental. Ele fez duas coisas fundamentais, a primeira foi diminuir a mortalidade materna porque a mulher podia auto realizar o aborto e a segunda, foi que a mulher podia auto relatar sua saúde, ou seja, vinha, se informava, ia para sua casa, para sua privacidade e fazia o aborto através da medicação, depois voltava para fazer o controle e aí, nós lhe dávamos opções de contraceptivos. (Ana Labandera)

Aqui no Brasil, as mulheres por meio de uma rede de apoio de troca informal de conhecimento, o que a entrevistada chama de “repertório feminino”, tomaram conhecimento do uso do Misoprostol para realizar o aborto, o que diminui o risco. No entanto, a fala da entrevistada ilustra como a venda proibida no medicamento no Brasil gera o tráfico do medicamento, expondo as mulheres a novos riscos:

É muito comum as pesquisadoras falarem de solidão quando falam de aborto, porque os itinerários abortivos muitas vezes implicam em mulheres que nunca subiram numa boca de fumo terem essa experiência para conseguir o Misoprostol. A gente já tem um avanço nesse sentido, porque ainda que o Misoprostol seja um medicamento de venda proibida no Brasil, desde que ele entrou em circulação, o número de mortalidade materna por abortamento caiu muito, porque as mulheres diminuíram o fazer abortos mecânicos, que são muito mais arriscados que são os abortos com cabide, com agulha, com pinça, todas essas práticas que são altamente perigosas, que aumentam o risco de infecção, o risco de hemorragia, de perfuração uterina, então, existe uma diminuição. Com a entrada do Misoprostol no mercado, as mulheres na América Latina conseguem perceber que o Misoprostol tem um efeito abortivo porque é um medicamento para úlcera e aí elas passam a administrar esse medicamento dentro de um repertório muito feminino né? As mulheres dizem umas para as outras que esse é um medicamento que pode ajudar com a interrupção da gravidez. Só que a partir disso o Misoprostol é proibido e aí a gente vê as mulheres incorrerem em outros riscos né? O risco, por exemplo, da violência e da violência sexual num contexto

onde elas vão precisar lidar com pessoas que podem ser traficantes, são pessoas envolvidas com a criminalidade de uma forma muito direta. Um outro risco, por exemplo, mulheres que tem pouco dinheiro vão investir ou pedir emprestado para comprar uma medicação que pode ser falsificada, pode ser de farinha, pode não fazer efeito. (Paula Gonzaga)

Ainda dentro da categoria “Riscos relacionados ao abortamento”, as dificuldades no acesso à informação e em muitos casos, as informações com conteúdo recriminatório e conservadores em relação ao tema contribuí para aumentar o risco do aborto, a mesma análise é válida para as informações referentes à saúde sexual e reprodutiva, levando em muitos casos a gravidezes não planejadas e indesejadas.

O modelo das Iniciativas Sanitárias procurava remediar este problema e serviu de alicerce para política de aborto seguro e gratuito, e devido ao seu sucesso na redução da mortalidade materna se converteu em lei sendo usado como base para treinar os profissionais de saúde posteriormente à legalização:

Isso hoje se converteu em lei, na lei 7426 que define os direitos de saúde sexual e reprodutiva e foi realmente escrito por nós, porque aí dizemos como devem ser os serviços de saúde sexual e reprodutiva, porque nós que os colocamos adequados, eles tem interdisciplina, ou seja, a mesma consulta conta com ginecologista, parteira e psicólogo, eles atuam conjuntamente e isso é muito bem visto para a mulher que é consultada e digamos que cada disciplina se davam cobertura e se escutavam e conversavam entre si em prol do que a mulher necessitava, ou seja, não temos um protocolo de que se atendam 4 por hora, 5 por hora, se a mulher necessitava uma hora para conversar é uma hora que ela terá para conversar. As mulheres se sentiam escutadas, se sentiam atendidas, sentiam que existiam e que existiam problemas de saúde pública devido ao aborto provocado em condições de risco. Então as mulheres vinham muitíssimo. (Ana Labandera)

É importante ressaltar que os riscos aumentam para mulheres em situação de vulnerabilidade social, de modo que melhores condições socioeconômicas garantem maior segurança ao realizar o aborto conforme exposto na literatura e também na seguinte fala da entrevistada brasileira:

As mulheres tem que ter uma existência plena, de entender a mulher enquanto sujeito que se justifica em si, que a sua existência é legítima em si e isso precisa considerar todas as mulheres, não é,

por exemplo, a sua amiga que mora na Savassi, ela precisa fazer um aborto e eu vou acompanhá-la numa clínica porque posso, porque podemos pagar, mas temos que garantir que a senhorinha de 40 anos que já tem 4 filhos e que mora na Serra tenha esse direito, porque saúde é um direito universal no Brasil. Deveria ser. A gente precisa garantir isso e a gente só vai falar de saúde para mulheres quando a gente entender que o aborto é uma pauta central para mulheres, principalmente, para mulheres que já estão sendo vitimadas por vários outros aspectos das desigualdades sociais e raciais do nosso país. (Paula Gonzaga)

Na categoria “Medo da penalização”, seja ela jurídica ou um constrangimento social, é válido ressaltar que esse medo sentido pelas mulheres é intensificado pela jornada solitária prezando sempre pelo sigilo. Essa solidão apareceu na fala das duas pesquisadoras ressaltando a necessidade de escuta e acolhimento que as mulheres necessitam em seus itinerários abortivos:

Na época de 2002, 2003 o aborto era ilegal e não havia aborto médico. Então, o que nós decidimos foi escrever e realizar uma prática que se chama “Modelo de Redução de Riscos e Danos”. Dessa maneira teríamos um espaço no Hospital onde essas mulheres iam e conversavam conosco. Tínhamos um lugarzinho muito oculto, onde elas vinham, conversavam conosco, falavam sobre o tema, muitas vezes elas queriam se sentir escutadas... trocávamos opiniões, porém elas saíam dali com informação, com informação clara que entenderam, sabendo coisas com que teriam que ter cuidado para não acontecer com elas. E pouco a pouco assim, fomos tomando evidências de como mudava a mulher que passava por aquela consulta e saía com empoderamento da informação, ou seja, agora ela sabia o que iria enfrentar. (Ana Labandera)

Esse constrangimento social foi notado pelas pesquisadoras, de modo que mesmo pessoas intelectualizadas do ciclo social das mulheres, profissionais de saúde, e até mesmo membros de coletivos feministas podem possuir um postura recriminatória ao lidar com o tema como na fala a seguir:

Uma das mulheres que eu entrevistei na minha dissertação de mestrado, quando eu a entrevistei ela é uma advogada e estuda violência doméstica e aí ela fala “eu fiz três abortos, e eu não tenho problema nenhum de ter feito três abortos, mas a minha questão é:

eu não posso falar sobre isso. Porque se eu falo sobre isso numa roda de amigos com meu marido, eu deixo de ser uma mulher bacana, eu deixo de ser uma boa esposa, eu deixo de ser uma boa mãe, eu deixo de ser uma boa advogada, eu deixo de ser uma defensora das mulheres para ser uma assassina. E por mais que os meus amigos tenham uma educação superior, por mais que os meus amigos sejam intelectuais é essa visão que eles têm porque eles operam mentalmente dentro de uma lógica cristã de culpa e castigo.” (Paula Gonzaga).

A recriminação social possui relação com a hostilidade ao lidar com o tema, que compõe a categoria “Hostilidade ao tema”. Essa hostilidade está enraizada na nossa cultura e reforça a clandestinidade e o sigilo das mulheres. Ela agrava até mesmo o acesso ao aborto permitido por lei na percepção de uma das entrevistadas:

Uma pesquisa do IPEA, não lembro agora se de 2015, diz que a gente tem aproximadamente 50.000 casos de estupros notificados, efetivamente no Brasil, naquele mesmo ano se fez mais ou menos 1300 abortos legais, considerando os 3 permissivos legais, então isso significa que muitas mulheres que são estupradas não acessam esse direito. Então eu vejo que hoje a gente tem tantas pautas que muitas vezes o aborto, por ser um tema ainda muito espinhoso acaba sendo relegado. (Paula Gonzaga)

Um dos motivos da hostilidade que compõe a cultura está relacionado a quem é a mulher que aborta no imaginário coletivo, de modo que essa mulher mereça a penalização e a recriminação social:

E aí, eu acho que tem uma outra questão que é fundamental, que é as pessoas sabem o que elas estão defendendo quando elas dizem que são contra o aborto? Porque veja, 1 a cada 5 mulheres no Brasil já abortou ou vai abortar durante a sua idade fértil, isso significa que é impossível que você não conheça nenhuma mulher que abortou. Você conhece. A diferença é que essas mulheres podem não te dizer por não achar que você é alguém confiável, mas que elas existem, existem. E aí, uma vez um coletivo de mulheres, o coletivo de mulheres do levante popular da juventude, a Marcha Mundial de Mulheres, e aí elas fazem uma intervenção nas ruas que é muito interessante. Elas paravam as pessoas e perguntavam “você é contra a descriminalização do aborto?” e aí as pessoas diziam “Sim, tem que ser crime, é assassinato” e elas diziam “Você conhece alguma mulher que abortou?”, as pessoas “sim”, “você quer que essa

mulher seja presa? Você pode denunciá-la agora?” “não”. As pessoas querem que o aborto seja crime, porque elas imaginam que a mulher que abortou é uma mulher que não existe, uma mulher do campo mental e na cabeça dessas pessoas essa mulher transa com todo mundo, passa o carnaval fazendo orgia, é uma ideia de uma associação a conduta sexual como desvalorização moral ridícula, porque a maior parte das mulheres que abortam são mulheres casadas, mulheres que já são mães, são mulheres pobres, cristãs né? Sendo evangélicas ou católicas, então a gente é a favor da criminalização por uma ideia muito deturpada de quem é a mulher que aborta, como se essa mulher merecesse, quando na prática, nenhuma mulher merecia ser criminalizada por isso. E, segundo, as mulheres que abortam são mulheres próximas a nós, todo mundo conhece uma mulher que abortou. (Paula Gonzaga)

A recriminação social está tão enraizada que suscita hostilidade ao aborto até mesmo em espaços em que teoricamente, haveria espaço para falar abertamente sobre o tema.

Em nenhuma dimensão do nosso cenário, nem político, inclusive dentro do movimento feminista ainda, o aborto é uma pauta que suscita alguns ruídos a depender do coletivo que você está, a depender de com quem você dialoga, então ter esse espaço de diálogo com as representantes de Minas Gerais é muito significativo porque estamos finalmente ter algum tipo de escuta que não seja recriminatória nesses espaços. (Paula Gonzaga)

Na opinião da entrevistada, a hostilidade ao falar do tema ocorre devido a aspectos patriarcais enraizados na cultura:

(...) a hostilidade, ela é colocada porque a gente vivencia uma organização social, a partir do marco civilizatório, que impõe uma sacralização da maternidade e uma demonização das mulheres, então a única possibilidade de existência legitimada das mulheres nessa sociedade é a partir de uma vivência de maternidade idealizada e isso está para pouquíssimas mulheres né, está para praticamente nenhuma, porque mesmo as mulheres que são mães muitas vezes elas não consegue atender essa dimensão idealizada do que é o exercício da maternidade e isso produz culpa, isso produz sofrimento mental, isso produz muitas vezes arrependimento inclusive, com a experiência da maternidade. A gente vivencia hoje né, um avanço do conservadorismo mundial, a gente vê né que na maior parte do mundo há uma ascensão de discursos neofascistas e no Brasil a gente desponta como protagonista bizarro nesse quesito. Não é novidade que o aborto seja uma pauta tão hostilizada, não é novidade (Paula Gonzaga).

4.4 Tema: ATORES ENVOLVIDOS

Em relação aos atores envolvidos com o tema, no Uruguai, a entrevistada apontou três pilares essenciais para alcançar a legalização que foram o movimento feminista, a população, especialmente as mulheres, e a comunidade médica. No Brasil, podemos perceber um maior engajamento do tema dos movimentos feministas que são pró-descriminalização e da ala conservadora que é contra. No nosso contexto, a comunidade médica não se mostra de forma relevante e quando é notada, geralmente, é com um discurso contra a descriminalização/legalização devido a valores religiosos. No caso do Brasil, as mulheres brasileiras em sua maioria ainda não se percebem efetivamente como réis no caso do aborto ilegal, e sem essa percepção não criaram a consciência de que são as mais prejudicadas com a criminalização do aborto. Desse modo, foram selecionadas as categorias: População, comunidade médica, movimento feminista e ala conservadora.

Em relação à categoria “População”, no caso uruguaio, o fomento das ações pró-legalização contaram com o apoio da população, especialmente das mulheres:

Bom, temos que ver que com o avanço do tema de legalização do aborto, as mulheres se perceberam como um réu supremo e há muitíssimos anos que o movimento feminista e nós estamos trabalhando para que isso mudasse. O que nós contribuimos foi em nosso lugar como equipe de saúde com evidências científicas. Fomos chamados para a Comissão Nacional de Saúde para dar o apoio com as evidências científicas para mostrar que realmente tivemos impacto nos indicadores de mortalidade materna e porque se instalaram os serviços de saúde reprodutiva do modelo das Iniciativas Sanitárias. Então, uma coisa foi com a outra, quando trabalhamos com a primeira lei de direitos sexuais e reprodutivos estávamos juntos com as feministas, trabalhando conjuntamente porque considerávamos que realmente era uma questão que deveria ser trabalhada nos três pilares que nos sustentamos. Por um lado, os profissionais de saúde estão comprometidos com o tema, por outro lado a comunidade precisa ser empoderada e com mulheres organizadas e por outro lado esse tema é saúde o que responde perfeitamente a evidência e a normativa que tem a ver com os direitos das mulheres. Então, esses três pilares que foi o que nós em nosso modelo adquirimos e com eles a coisa seria sustentada. Se não, evidentemente que se as mulheres não estão inteiradas ou as mulheres não lutam para defender seus direitos, se não vão às consultas ou se o profissional não está comprometido para que a

mulher lute e queira não temer, então não aconteceria [a legalização]. (Ana Labandera)

Já a categoria “Comunidade médica”, da qual a entrevistada Ana Labandera faz parte no Uruguai, teve papel crucial na legalização por se demonstrar incomodada com as taxas de mortalidade materna e fomentarem ações para reduzi-la e trazer um debate pautado por evidências científicas acerca do aborto:

Eu como médica comecei a pensar de que maneira poderia informar as mulheres para que não ocorressem erros, para que não se expusessem a tal ponto de chegarem a morrer por terem feito aborto. Poder cuidar de não irem a esses lugares clandestinos onde não havia a menor assepsia possível. Então, nesse sentido pensamos em fazer um trabalho de pessoa a pessoa, digamos, e pensamos que os médicos podiam dar respostas sobretudo às perguntas das mulheres, porque no Uruguai o aborto era ilegal. Bom, isso foi em 2001, quando a mortalidade materna nesse país, geralmente a primeira causa era aborto provocado em condições inseguras. Tínhamos que optar pela mulher porque tínhamos a maior mortalidade materna porque terminavam morrendo a maioria das mulheres que realizavam aborto clandestino e inseguro. Então, mais ou menos em 2002, 2003 eu me uni ao grupo [de Leonel Briozzo que elaborou as Iniciativas Sanitárias], porque estava muito preocupada porque as mulheres se submetiam a questões tão tãotão... tão terríveis. Alguém tinha que conversar com elas, não para não fazerem o aborto, mas conversar para informá-las sobre quais coisas elas teriam que tomar cuidado, quais coisas já teriam que saber como, de maneira tal que não cheguem ao momento crítico que chegavam quando as mulheres ao hospital. (Ana Labandera)

É notável que a comunidade médica trouxe evidências científicas que revelavam a urgência da legalização, e isso contribuiu para reduzir a resistência da ala conservadora e para entendimento claro por parte da população da laicidade estatal.

O que acontece é que o nosso Estado é laico, isso facilitou muitíssimo e não tivemos que lutar contra princípios religiosos dentro das normativas. Então como é laico, eles não podem opinar sobre o tema político do governo, isso nos favoreceu muitíssimo na realidade que por um lado houve enfrentamento com conservadores, mas tampouco foi muito importante, porque nós pudemos ver o centro do problema e argumentamos com a mortalidade materna, e não com os direitos das mulheres, entende? Quando você argumenta com a mortalidade materna num país como o nosso com um indicador de que é um problema de saúde pública, a Saúde Pública tem que

trabalhar com o Ministério para sair dessa situação. E por outro lado, os enfrentamentos relacionados a direitos, filosofias e crenças não serão escutados, porque as pessoas não podem estar morrendo por isso. O país tem que se fazer claro, é muito difícil que os conservadores ou o que seja venham defender o direito do nascido quando na realidade a mãe morreu muito antes porque decidiu não ter um filho... isso é como, que valor tem a vida se não chegarmos a tempo. Realmente, foi uma posição que tomamos para poder avançar, porque nós não optamos por gritar pelos direitos das mulheres e a liberdade sexual, não. (Ana Labandera)

Na fala da entrevistada também é possível perceber a adoção de uma conduta estratégica por parte dos interessados na legalização de argumentar conforme os dados de mortalidade materna e não clamando pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, que de fato são necessários, mas argumentar com base na mortalidade reduz muito as possibilidades de contra argumentação da ala conservadora e facilita o processo sem demasiada resistência.

No Brasil, em relação aos profissionais de saúde que são a categoria “Comunidade médica”, de acordo com a entrevistada há uma prevalência dos valores pessoais na conduta médica brasileira segundo a entrevistada:

Não é à toa por exemplo que já tem pesquisas apontando que a maior parte dos casos onde as mulheres foram processadas por situação de abortamento, elas foram denunciadas pelos profissionais de saúde né? Ainda em 2015, a gente tem um caso em São Paulo que uma moça de 19 anos procura a Assistência Médica, porque está com hemorragia pós abortamento, o médico denuncia ela, chama a polícia para ela, ela é presa no hospital e quando ela está sendo levada, ele diz para ela “Deus te perdoe, porque eu não posso”. Ué, não é para ele ter que perdoar ninguém, isso é um confusão de qual é o papel dos profissionais de saúde no serviço e a pesquisa revela isso, que os profissionais de saúde ignoram e ignoram no que tange o aborto legal também, o princípio da confidencialidade, passam por cima disso. E muitas vezes inclusive, fazem uso do seu lugar de autoridade para exigir das mulheres uma revelação, uma confissão do que foi feito ou por exemplo, para exigir que elas apresentem boletim de ocorrência nos casos de estupro, uma coisa que não é necessária né? As normas técnicas já indicam que não é necessário apresentar B.O. (Paula Gonzaga)

Em relação à comunidade médica brasileira, conforme a literatura discutida previamente, os profissionais de saúde brasileiros tendem a não ter um pensamento de cooperação e compromisso com a paciente em situação de

abortamento e sim um pensamento com base nos seus princípios religiosos ou morais. No Uruguai essa mentalidade é diferente, segundo o autor, os médicos que se uniram nas Iniciativas Sanitárias não queriam ser parte do problema de mortalidade materna, e sim da solução. Briozzo acredita que os profissionais de saúde precisavam cumprir sua obrigação ética de não causar danos (princípio da não-maleficência), de fazer o bem (princípio da beneficência) e respeitar a autonomia das mulheres em situação de abortamento. No Brasil percebe-se que a visão trazida acerca da ética médica e de não causar danos, não é associada à mulher em situação de abortamento, e sim ao feto.

Na categoria “Movimento feminista”, é interessante ressaltar que na literatura, conforme a bibliografia abordada anteriormente, segundo Camargo (2019) no Brasil houve um vácuo deixado pelas feministas na pauta do aborto em detrimento a outras pautas também urgentes como o direito à independência financeira e à educação. Isso fez com que a ala religiosa tomasse essa pauta para si, criando demasiada resistência a conquistas relacionadas a ela, e adotando uma argumentação estratégica baseada em discursos democráticos disfarçam seu caráter e conteúdo moral o que torna mais difícil o combate a posicionamentos religiosos. Em que em alguns momentos essa fala estratégica se apropria até mesmo do discurso feminista moldando-o para fazer parecer que não estão retirando direitos sexuais das mulheres, mas submetendo alguns dos direitos delas ao do feto. A entrevistada brasileira explica esse vácuo deixado:

O movimento feminista está negociando a pauta aborto a décadas né? Com a escrita da nossa constituição, o movimento feminista teve que optar por qual seria a centralidade da pauta e o aborto naquele momento não passou, porque a gente vivia um contexto de uma mulher morria por semana, uma mulher que eu conhecia, que você conhecia, a gente viveu a campanha “quem ama, não mata” né? A gente viveu a publicação de um livro de uma autora do direito que defendia que para você conseguir a absolvição de um assassino de mulheres, você tinha que destruir a reputação daquela mulher. Então naquele momento, o movimento feminista tinha uma pauta central que era tentar construir espaços seguros para as mulheres vítimas de violência doméstica e de assassinatos. Com isso, a gente só consegue avançar naquele momento é rever os requisitos do aborto legal permitido por lei e aí conseguimos que esses serviços sejam garantidos e eles existam. Só que eles ainda são muito poucos né? (Paula Gonzaga)

Ainda nessa categoria, a entrevistada brasileira reforçou que as taxas de mortalidade materna infelizmente se transformaram num problema de saúde pública devido à descaracterização das mulheres como sujeito. Isso contribui para que a população, especialmente as mulheres, não aja a favor da legalização, porque em sua maioria não se reconhecem como rés na ilegalidade e não enxergam a legalização como um direito reprodutivo.

O aborto é uma questão de saúde pública e no Brasil a gente nem chegou a esse ponto ainda, mas a gente precisa ir primeiro para outro ponto que é: é uma questão de saúde pública porque a gente ainda não considera que é uma questão de garantia da autonomia reprodutiva das mulheres né? A garantia do direito ao aborto legal e seguro é fundamental para a gente garantir a efetividade dos direitos reprodutivos. Direitos que foram elencados em acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário. Então, é uma questão de saúde pública porque a gente construiu uma questão de saúde pública a partir da criminalização, mas efetivamente é, mesmo que não fosse, mesmo que a gente não tivesse nenhuma morte por aborto clandestino, nenhuma internação, ainda assim a pauta do aborto precisaria ser debatida, porque todas as mulheres devem ter o direito de escolher ou não pela maternidade. Maternidade forçada é tortura psicológica, vários acordos internacionais já reconhecem isso, então no Brasil a gente vivencia uma situação tão grave que é: a mulher não é nem considerada indivíduo para a gente debater a autonomia reprodutiva dela. Então, muitas vezes a gente faz o exercício político de reforçar o aspecto de saúde pública, porque efetivamente o aborto é uma das principais causas de mortalidade materna e ainda assim considerando a questão da subnotificação, porque muitas a notificação da mortalidade não é como aborto, é como hemorragia ou perfuração uterina que podem ser indícios de uma interrupção clandestina, então os números podem ser muito maiores do que a gente está pensando e mesmo assim, isso não faz com que as pessoas flexibilizam. (Paula Gonzaga)

Nesse sentido, é interessante lembrar a argumentação estratégica relatada pela Ana Labandera, de que se as mulheres não são vistas como indivíduos de existência plena, argumentar pelos direitos delas não surte efeito e é passível de contra argumentação, portanto é mais estratégico argumentar com dados de mortalidade materna e problemas de saúde pública.

Na categoria “Ala conservadora”, ela está representada no legislativo, principalmente, pela bancada evangélica principalmente, e representada na população por um discurso conservador pautado em valores cristãos que abomina o

aborto. Isso pode ser ilustrado na fala da entrevistada de que o aborto é uma pauta que divide a população:

Então o aborto, ele sempre está na pauta porque ele seria como o que divide as pessoas que são, que estão dentro desse grande compilado do que a gente convencionou chamar “pessoas de bem, famílias de bem, cidadãos de bem” que são uma grande fantasia né? Mas a gente separa a partir desse critério. E aí, quando a gente vê efetivamente isso significa ganhar eleições. Em 2018, isso volta a pauta política porque a gente tem candidatos numa perspectiva conservadora neofascistas explícitos e conseguem agregar com uma parcela do eleitorado que é evangélica, que é conservadora, a partir da concretização dessas dessas pautas né, da afirmação de que essas pautas não vão avançar. (Paula Gonzaga)

Ademais, ainda na categoria “Ala conservadora”, segundo a entrevistada, os valores religiosos presentes na fala dessa categoria contribuem para aumentar os riscos dos abortos, uma vez que um dos atores que é a “População” também integra em parte outro ator que é a “Ala conservadora”:

(...) já tem várias pesquisas que revelam que a maioria das mulheres que abortam são cristãs, sejam evangélicas ou católicas, mas mulheres que vivem de acordo com esse paradigma religioso né? De um deus único, do messias que foi guiado, do Jesus salvador. Isso não impede que essas mulheres abortem, isso apenas implica que elas se sintam mais vulneráveis, mais culpadas, que elas sofram e que elas tenham mais dificuldade em pedir ajuda, porque o seu ciclo social geralmente são de pessoas que reproduzem esse tipo de recriminação. E qual é a consequência desse tipo de isolamento e desse tipo de penalização moral? Efetivamente coloca a mulher num itinerário abortivo de mais risco, porque veja, já existe uma prática que é clandestina, então eu tenho todo o medo de ser penalizada juridicamente, eu também não posso pedir ajuda, então isso significa que o meu acesso à informação ele já é limitado, e se o acesso a informação é limitado, essa mulher pode incorrer em tentativas muito mais perigosas do que ela poderia ter de acesso se isso fosse legalizado ou se minimamente ela pudesse falar sobre isso com algum tipo de abertura, o que no Brasil não é viável. (Paula Gonzaga)

Ressaltando o aspecto de que parte da categoria “População” está dentro da categoria “Ala conservadora”, é perceptível que o Brasil está num contexto de tendência a discursos conservadores e anti-cientificistas, logo de aumento ou

revelação de uma ala conservadora maior que o imaginado. Nesse sentido, a atuação da população é majoritariamente de resistência à pauta invés de facilitador:

A população brasileira, ela está imersa num resgate do que há de pior na nossa formação nacional, o que tem de pior no nosso país, na nossa história, agora é uma onda que nos afoga, é um discurso eugenista, é um discurso de destruição de todo aquele que não cabe dentro do meu modelo ideal e aí é ideal de família, ideal de mulher, ideal de criança. A gente está vivenciando isso, e muitas pessoas não cabem. Quem não cabe? São as mulheres que abortam também. Então, a gente vê, por exemplo, na época que o Eduardo Cunha era presidente da Câmara, ele falou que as mulheres que abortam e recorrem a saúde pública são exploradoras do Estado por recorrerem a isso, então veja, isso tem muita força para população, porque as pessoas efetivamente acreditam que as mulheres estão abortando loucamente, e usando o serviço do Estado para isso. Quando na verdade, os dados não dizem isso. E aí, como que a gente pensa na população para fortalecer os movimentos e a pauta da descriminalização do aborto, hoje no Brasil isso é muito difícil, porque a população está embebida num discurso anticientificista, a população está embebida num ódio a tudo que seja conhecimento acadêmico. (Paula Gonzaga)

A pesquisadora uruguaia, ao falar do caso brasileiro, reconhece a preponderância da ala conservadora ao tratar o tema e discursa acerca da estratégia usada pelo Uruguai para dialogar com esse ator:

(...) o fundamento mais importante para avançar no tema da despenalização é mostrar o aborto como um problema de saúde pública. Primeira coisa. A medida que apresentamos o tema do aborto de maneira social, sociopolítica e o colocamos como algo da saúde pública, acho que esse problema temos que cercar com a saúde pública, mostrar que índices de mortalidade materna são reais. Reais. Por aborto provocado que não os mostram, as mortes por hemorragia ou infecção, mas que não dizem que foi por aborto provocado em condições de risco, mas foi. Há de se fazer uma investigação acerca disto, para mostrar realmente a verdade.(...) O Brasil, que é tão grande, tão lindo, o Brasil na realidade teria que fazer... bom, o que passa é que o Brasil passa por um momento difícil agora para trabalhar o tema na arena política, então creio que a saúde pública teria que realmente fazer esse cargo, de poder olhar a situação das gravidezes indesejadas como um problema de saúde pública e não como um direito humano e nada mais, para que a mulher tenha a possibilidade de não morrer por não querer que sua gravidez siga. (Ana Labandera)

4.5 Tema: CONTEXTO POLÍTICO

No tema Contexto Político estabelecemos as categorias Receptividade e Resistência ao tema. A entrevistada uruguaia ressaltou que o contexto político da legalização foi extremamente favorável no Uruguai, se enquadrando na categoria “Receptividade” a discutir o tema, e isso contribuiu muito para que a legalização se tornasse possível:

Eu creio que temos que ir sempre pelos caminhos de menor resistência para irmos, com evidências, dando passos qualitativamente importantes. Sem dúvida alguma que quanto a isso, Mujica foi fantástico, mas quando a lei se aprovou, pensou que não seria capaz de implementar. Contudo, como os serviços das Iniciativas Sanitárias já estavam instalados pela anterior lei, a lei de direitos e serviços da saúde reprodutiva, então após 15 dias, foi muito rápido Mujica, porque se sancionou a lei e no outro dia já estava assinando. Foi uma vontade política da parte dele e uma ação imediata e favoreceu muitíssimo ser um governo progressista, que defendeu tudo o que estávamos trabalhando. (Ana Labandera)

Vale ressaltar que essa abertura a legalização foi construída ao longo dos anos, uma vez que anteriormente a legalização, já havia ações para minimizar os riscos do abortamento clandestino, como as Iniciativas Sanitárias, que contribuíram para construir a política pública após a legalização e treinar os profissionais de saúde:

(...) logo que legalizou [o aborto] já se podiam fornecer os serviços de interrupção voluntária, porque os serviços da lei 7826 já funcionavam, já funcionava o assessoramento e para anticoncepção. Então, o sistema de saúde do Uruguai já estava preparado, e não houve problema para se implementar a lei que veio em seguida. (Ana Labandera)

A ONG Iniciativas Sanitárias, criada pelo médico Leonel Briozzo e posteriormente Vice-Ministro da Saúde no governo de Mujica, foi pioneira nas ações de redução de riscos. Um ponto relevante que pode ser observado no tema anterior, especificamente na categoria Comunidade Médica, é que os profissionais de saúde do Uruguai se uniram a favor da legalização e não sofreram repressões políticas pelo seu posicionamento ainda num contexto de ilegalidade do abortamento,

revelando novamente um contexto político favorável. No caso brasileiro, o tema apesar de polêmico e de aparecer bastante no debate político, não se discute formas de elaborar uma política de redução de danos e tampouco de legalização.

Ademais, conforme falado anteriormente na literatura, Mujica declarou ser inaceitável que morressem mais mulheres por aborto inseguro no Uruguai. Houve também mobilização da sociedade civil e da classe médica e a criação da ONG Iniciativas Sanitárias anteriormente. Vale ressaltar que também era favorável o contexto de luta por novos direitos, uma vez que foi aprovado o direito à reprodução assistida, o acesso à fertilização in vitro e outras técnicas e a legalização da cannabis naquele momento.

A entrevistada brasileira possui contato com legislativo mineiro e acredita nesse pequeno espaço da política nacional está surgindo espaço para debates acerca do aborto:

(...) eu fiquei conhecendo algumas pessoas que eram do legislativo ou que talvez naquela época não eram do legislativo, mas eram pessoas engajadas no movimento social e essas pessoas né, com as eleições vão compor a Gabinetona, então essa Gabinetona, ela na verdade compõe um movimento muito significativo de mudança dentro do legislativo. Eu penso que não que eu seja uma referência para o legislativo, eu penso que são pessoas engajadas num movimento social e reconhecem as pessoas que estão construindo um debate, e aí no caso do aborto eu sou uma dessas pessoas, e que quando essas pessoas chegam no legislativo ela mantém um compromisso político com os movimentos de manter esse debate, e um compromisso muito honesto de reconhecer que não é a ascensão ao cargo que autoriza muitas vezes um conhecimento profundo dessas problemáticas, então nossa articulação é de somar, de perceber como eu posso contribuir e seguir dialogando porque não é uma temática pacificada né? (Paula Gonzaga)

Contudo, num contexto geral, a entrevistada acredita que o Brasil se enquadra na categoria “Resistência ao tema”:

A gente vivencia hoje né, um avanço do conservadorismo mundial, a gente vê né que na maior parte do mundo há uma ascensão de discursos neofascistas e no Brasil a gente desponta como protagonista bizarro nesse quesito. Não é novidade que o aborto seja uma pauta tão hostilizada, não é novidade. (Paula Gonzaga)

É possível perceber na literatura abordada previamente um avanço do conservadorismo no Brasil com, por exemplo, o aumento de 170% de acesso de brasileiros a sites de cunho neonazista entre 2002 e 2009 ou o surgimento de grupos como a Ultra Defesa.

Desse modo, conclui-se o capítulo identificando que os atores envolvidos são movimento feminista, ala conservadora, população e comunidade médica. O movimento feminista trabalha para que a pauta seja notada e incluída como direito sexual e reprodutivo das mulheres, a Igreja e os conservadores trabalham para que seja garantida a inviolabilidade da vida do feto, a comunidade médica no Brasil não possui um posicionamento relevante, mas no Uruguai trabalhou mostrando evidências científicas e com ações de redução de danos para reduzir a mortalidade materna no país e a população/sociedade civil é dividida entre opiniões pró e contra.

Por fim, após a análise das falas nos temas e categorias citados, foi notável a diferença entre o Brasil e Uruguai, especialmente, no discurso estratégico da comunidade médica, no caso uruguaio e das entidades religiosas, no caso brasileiro. Além desse aspecto há o fato de que no caso brasileiro a Igreja transferiu essa pauta para si fazendo resistência a ela ao longo de anos em que o movimento feminista pouco se pronunciou acerca disso, porque reivindicava outras pautas. Essas questões foram cruciais para a visão sobre o aborto na sociedade brasileira e, conseqüentemente, para a forma pejorativa como ele entra para agenda governamental bem como pelas outras categorias a que o caso brasileiro se encaixou como a de resistência à pauta e ao apresentar uma quantidade maior de riscos para as mulheres em situação de abortamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se iniciou o trabalho de pesquisa, constatou-se que o aborto é um problema de saúde pública uma vez que de 2008 a 2017, foram provocados entre 9 e 12 milhões de abortos no Brasil e nesse mesmo período, o SUS gastou cerca de R\$ 486 milhões com internações por aborto inseguro (COLLUCCI; FARIA, 2018). Além disso, é o evento mais frequente da obstetrícia conforme Mattar (2012). Também é pauta feminista por fazer parte dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

A partir da importância o tema, a presente pesquisa teve como objetivo geral identificar quem eram os atores envolvidos com a temática desde a década de 1980 até os dias atuais e investigar como a influência dos mesmos influencia a entrada da pauta para a agenda governamental e como objetivos específicos: fazer um breve resgate histórico da legislação brasileira que envolve o aborto, construir uma comparação entre Brasil e Uruguai acerca da temática e por fim, apresentar pontos chave do sucesso da política de aborto no Uruguai como lições a serem aprendidas. Nessa perspectiva, constata-se que tanto o objetivo geral quanto os objetivos específicos foram atendidos, porque efetivamente o trabalho conseguiu demonstrar, especialmente na sua comparação com o Uruguai, que quando um determinado ator toma a pauta para si e se pronuncia repetitivamente sobre ela, este mesmo ator consegue manipular a visão da sociedade e, conseqüentemente, a forma como o aborto irá entrar para a agenda governamental. Nesse sentido, a hipótese que gerou a pesquisa de que os atores envolvidos com o tema do aborto influenciam a forma como o tema entra para a agenda governamental foi confirmada, sendo que no caso do Brasil um ator principal nessa influência é a Igreja e no caso do Uruguai, a comunidade médica.

Ademais, os objetivos específicos: fazer um breve resgate histórico da legislação brasileira que envolve o aborto e apresentar pontos chave do sucesso da política de aborto no Uruguai como lições a serem aprendidas foram cumpridos respectivamente no capítulo 2.2 e 3.

O problema de é “Quais foram as influências determinantes para a forma como o aborto entra para agenda governamental?”. No caso uruguaio, a comunidade médica foi um ator que tomou a pauta para si iniciando uma ONG ainda na ilegalidade para informar mulheres em situação de abortamento e apresentando ao

governo evidências científicas acerca do aborto o que teve grande influência na forma como a pauta foi recebida na agenda governamental. Além disso, o contexto político de abertura com a legalização da maconha no mesmo momento e um presidente que se preocupava com as taxas de mortalidade materna em decorrência de abortos inseguros contribuíram para a conquista da descriminalização.

A metodologia utilizada na pesquisa exploratória paracoletas de dados foram uma análise documental (legislações, artigos, entrevistas) e entrevistas em profundidade com atores-chaves que possam contribuir para elucidar a temática do aborto nos dois países, com roteiro semiestruturado. Diante da metodologia proposta, percebe-se que o trabalho poderia ter sido realizado com uma pesquisa mais ampla para analisar os aspectos como: a não denúncia da comunidade médica a casos de violência doméstica, enquanto há denúncia aos casos de abortamento, bem como investigar se há garantia do aborto nos casos previstos em lei, pois poucas unidades que realizam o procedimento no Brasil num contexto em que a contabilização de abortos legais realizados é extremamente desproporcional às denúncias de estupro, por exemplo. Além disso, poderia ter sido feita uma coleta de dados por meio de entrevistas com um número maior de pessoas sendo elas, por exemplo, representantes do legislativo, mulheres que viveram itinerários abortivos no Brasil e no Uruguai, lideranças de movimentos feministas em prol do aborto, dentre outros atores, mas devido à limitação de tempo e geográfica, especialmente no contexto de pandemia, não foi possível. No caso de representantes do legislativo mineiro e representantes políticos vinculados a instituições religiosas, devido à polêmica em torno do tema e em alguns casos em função também de um contexto de disputa eleitoral próxima, as entrevistas foram negadas pelos possíveis entrevistados.

Por fim, é importante esclarecer que o objetivo deste trabalho não foi expor um debate entre visões pró ou contra o aborto, mas apenas fazer uma reflexão acerca dos motivos que levam a tal prática, bem como fomentar uma discussão na sociedade que resultará em políticas públicas visando a uma sociedade mais justa. Ao longo do trabalho, foi possível perceber que as políticas de legalização do caso uruguaio foram políticas completas que contaram com interdisciplina dos profissionais de saúde que iriam auxiliar a paciente, bem como promoveram acesso à educação sexual pela sociedade, e por isso tiveram sucesso em reduzir as taxas de aborto voluntário como consequência da redução das

gravidezes indesejadas. Ainda que ninguém seja a favor do aborto infelizmente a prática é uma realidade, para além das opiniões sobre isso, e é uma realidade que escancara ainda mais as desigualdades socioeconômicas e de acesso à informação, portanto, é preciso que o Estado aja para combater esse problema de saúde pública que faz das mulheres vítimas.

REFERÊNCIAS

ANJOS, Karla; SANTOS, Vanessa; SOUZAS, Raquel; EUGÊNIO, Benedito. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Saúde e Debate**, [s. l.], ano 2013, v. 37, n. 98, ed. 1, p. 504-515, july/sept. 2013. DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000300014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300014. Acesso em: 13 mar. 2020.

ANJOS, Karla; SANTOS, Vanessa; SOUZAS, Raquel; EUGÊNIO, Benedito. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. **Revista Bioética**, Brasília, ano 2013, v. 21, n. 3, ed. 1, p. 494-508, Sept./Dec. 2013. DOI <https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000300014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300014. Acesso em: 13 mar. 2020.

AVRITZER, Leonardo. Sociedade civil e Estado no Brasil: da autonomia à interdependência política. **Opinião Pública**, Campinas, v. 18, ed. 2, p. 383-398, nov 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/op/v18n2/a06v18n2.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

BALDOMIR, Lucía; ROBA, Natalia. Leticia Rieppi "Falta educación sexual en todos": Durante el gobierno de José Mujicatrabajó junto al subsecretario de Salud, Leonel Briozzo, fue encargada de poner en marcha la ley de Salud Sexual y Reproductiva, aprobada en 2012. **El país**, Uruguay, 27 nov. 2016. Información. Disponível em: <https://www.elpais.com.uy/informacion/leticia-rieppi-falta-educacion-sexual-todos.html>. Acesso em: 4 nov. 2019.

Bardin, L.(2011). **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70.

BORIS, Georges Daniel; CESÍDIO, Mirella. Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. **Rev. Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, ano 2007, v. 7, n. 2, p. 451-478, set. 2007. ISSN 2175-3644. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482007000200012. Acesso em: 19 jun. 2020.

BORSARI, Cristina; NOMURA, Roseli; BENUTE, Gláucia; De LÚCIA, Mara; FRANCISCO, Rossana; ZUGAIB, Marcelo. Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioeconômicos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, ed. 1, p. 27-32, jan 2013. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013000100006>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000100006. Acesso em: 1 jul. 2020.

BOUERI, Aline. Portugal, Espanha e Uruguai: o que aconteceu após a legalização do aborto? **Gênero e Número**, [S. l.], p. ., 11 set. 2018. Disponível em: <http://www.generonumero.media/portugal-espanha-e-uruguai-o-que-aconteceu-apos-legalizacao-do-aborto/>. Acesso em: 13 set. 2019.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 891, de 24 de março de 2015**. Estabelece as políticas públicas no âmbito da saúde sexual e dos direitos reprodutivos e dá outras providências. [S. l.], 24 mar. 2015. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1105078>. Acesso em: 6 jul. 2020.

BRASIL. Código penal e Constituição Federal (1988). 45. ed. São Paulo: **Saraiva**, 2007. 638 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf> Acesso em: 22 de jun. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia. **Aborto e Saúde Pública no Brasil**: 20 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 428 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://livroaberto.ibict.br/bitstream/1/693/1/Aborto%20e%20sa%c3%bade%20p%c3%bablica%20no%20Brasil_20%20anos.pdf> Acesso em: 13 de março de 2020.

BRASIL. Ministério de Saúde; Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para Mulheres. **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**: norma técnica, Brasília (DF), v. 1, p. 1-44, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 18 jun. 2020.

BRIOZZO, Leonel (ed.em espanhol). et al. **Iniciativas Sanitarias: contra el aborto provocado en condiciones de riesgo**. 1ª. ed. Campinas: Komedi, 2009. ISBN 978-85-7582-500-6.

CAMARGO, Bruna. Aborto, religião e democracia: o discurso anti-escolha na Câmara dos Deputados. In: GONZAGA, Paula Rita; GONÇALVES, Letícia; MAYORGA, Cláudia. **Práticas acadêmicas e políticas sobre o aborto**: Aborto seguro e gratuito. 1. ed. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, 2019. v. 1, cap. Parte III: Disputando Narrativas sobre Abortamento, p. 158-172. ISBN 978-85-98515-28-1. Disponível em: <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1251/pr%C3%A1cticas%20academicas%20e.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 24 jun. 2020.

CAPELA, Ana Cláudia. Formulação de políticas públicas. **ENAP**: Coleção Governo e Políticas Públicas, Brasília, ano 2018, p. 1-152, Jan-jul. 2018. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3332/1/Livro_Formula%C3%A7%C3%A3o%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas.pdf. Acesso em: 20 ago. 2020.

CHEDID, Samira. Agenda governamental: o que é. **Politize!**, [s. l.], ano 2017, 17 fev. 2017. Disponível em: <https://www.politize.com.br/agenda-governamental-o-que-e/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

CORREA, Marilena Cordeiro Dias Villela and MASTRELLA, Miryam. Aborto e misoprostol: usos médicos, práticas de saúde e controvérsia científica. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.7, pp.1777-1784. ISSN 1413-8123. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700016>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000700016&script=sci_abstract&lng=pt Acesso em: 24 jun. 2020

DINIZ, Débora et al. **Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 25, n. 4, 2009, p. 939-942. Brasília, DF, 2009. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf> Acesso em: 22 de jul. de 2020.

DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016: Artigo Especial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 2016, v. 22, n. 2, ed. 2, p. 653-660, fev/2017 2017. DOI 10.1590/1413-81232017222.23812016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=iso&lng=pt. Acesso em: 3 mar. 2020.

FARIA, Flávia; COLLUCCI, Cláudia. Tire suas dúvidas sobre as regras atuais do aborto no país e o que pode mudar: Supremo avaliará a descriminalização do aborto para gestações de até 12 semanas. **Folha de S. Paulo**, [S. l.], 29 jul. 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/07/tire-suas-duvidas-sobre-as-regras-atuais-do-aborto-no-pais-e-o-que-pode-mudar.shtml>. Acesso em: 13 set. 2019.

FERNANDES, Maíra; GOLLOP, Thomaz Rafael; PEDROSO, Daniela; TORRES, José Henrique. Os crimes contra a vida na reforma do código penal: uma visão médico-jurista. **Ciência e Cultura: Aborto/Artigos**, São Paulo, ano 2012, v. 64, n. 2, p. 46-48, abril/junho 2012. DOI <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252012000200019>. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v64n2/a19v64n2.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2019.

FRIEDE, Reis. Aborto: uma questão de saúde pública. **Jus.com.br**, [s. l.], ano 2018, 04 2018. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/65271/aborto-uma-questao-juridica-e-de-saude-publica>. Acesso em: 20 ago. 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas 2010.

KILL AGUIAR, Brunno Henrique et al. A legislação sobre o Aborto nos Países da América Latina. **Comunicação em Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 29, n. 01, p. 36-44, apr. 2019. ISSN 1980-5101. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/articloe/view/133>>. Acesso em: 15 oct. 2019.

LEMOS, Adriana; RUSSO, Jane Araújo. Profissionais de saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde. **Interface (Botucatu)** [online]. 2014, vol.18, n.49, pp.301-312. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0754>.

LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACEDO, Alex; ALCÂNTARA, Valderi; ANDRADE, Luís Fernando; FERREIRA, Patrícia. O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, ano 2016, v. 14, ed. 10, p. 593-618, Jan-jul. 2016. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cadernosebape/article/viewFile/17188/61348>. Acesso em: 20 ago. 2020.

MACHADO, Lia Zanotta. O aborto como direito e o aborto como crime: o retrocesso neoconservador. **Cadernos Pagu: DOSSIÊ CONSERVADORISMO, DIREITOS, MORALIDADES E VIOLÊNCIA**, Campinas, ano 2017, v. ., n. ., ed. ., p. 1-48, 6 jul. 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/18094449201700500004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332017000200305. Acesso em: 10 mar. 2020.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MATTAR, Rosiane. Breve reflexão crítica sobre a inclusão da temática do aborto nos cursos médicos. **Ciência e Cultura: Aborto/Artigos**, São Paulo, ano 2012, v. 64, n. 2, p. 44-45, abril/junho 2012. DOI <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252012000200018>. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v64n2/a18v64n2.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2019.

NUNES, Maria José. O tema do aborto na Igreja Católica: divergências silenciadas. **Ciência e Cultura**, São Paulo, ano 2012, v. 64, n. 2, ed. 2, p. 23-31, abril/june 2012. DOI <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252012000200012>. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252012000200012. Acesso em: 10 mar. 2020.

PAINS, Clarissa. 'Para ser antiaborto é preciso descriminá-lo' diz especialista do Uruguai: De quatro países, médicos pioneiros no debate compartilham experiências. **O Globo**, [S. l.], 21 out. 2018. Sociedade. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/para-ser-antiaborto-preciso-descriminaliza-lo-diz-especialista-do-uruguai-23172965>. Acesso em: 22 out. 2019.

PIMENTEL, Sílvia; VILLELA, Wilza. Um pouco da história da luta feminista pela descriminalização do aborto no Brasil. **Ciência e Cultura: Aborto/Artigos**, São Paulo, ano 2012, v. 64, n. 2, p. 46-48, abril/junho 2012. DOI <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252012000200010>. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v64n2/a10v64n2.pdf> Acesso em: 13 nov. 2019.

REGISTRO NACIONAL DE LEYES Y DECRETOS. **Ley nº 18.987, de 22 de novembro de 2012**. LEY SOBRE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. LEY DEL ABORTO. [S. l.], 30 out. 2012. Disponível em: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>. Acesso em: 17 jul. 2020.

ROCHA, Maria Isabel. A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese. **Revista Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 369-374, julho/dezembro 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n2/a11v23n2.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2020.

ROCHA, Maria Isabel; ROSTAGNOL, Susana; GUITIÉRREZ, MaríaAlícia. Aborto y Parlamento: un estudio sobre Brasil, Uruguay y Argentina. **Revista Brasileira de Estudos da População**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 219-236, jul./dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982009000200005&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 13 set. 2019.

SILVA, Adriana; BRITES, Cristina; OLIVEIRA, Eliane; BORRI, Giovanna. A extrema direita na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 1, ed. 119, p. 407-445, July/sept 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/S0101-66282014000300002>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282014000300002&script=sci_arttext. Acesso em: 1 jul. 2020.

TEMPORÃO, José. Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil: conquistas recentes e desafios prementes. **Ciência e Cultura: Aborto/Artigos**, São Paulo, ano 2012, v. 64, n. 2, p. 21-23, abril/junho 2012. DOI <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252012000200011> Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v64n2/a11v64n2.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2019.

VEDANA, Bruna; GERVASONI, Tássia. OS MOVIMENTOS FEMINISTAS NA AMÉRICA-LATINA E AS PERSPECTIVAS PARA A EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES BRASILEIRAS. **Periódicos UFPB: Revista Ártemis**, [s. l.], v. 29, p. 279-298, jan-jun. 2020. DOI ISSN: 1807 - 8214. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/artemis/article/view/49848/30924>. Acesso em: 20 jul. 2020.

ANEXO I: TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

Entrevista Ana LabanderaMonteblanco

Kimberly Andrade: Primeiro eu gostaria que você me contasse sobre você, sua profissão, como você se uniu à ONG...

Ana Labandera: Sou Ana Labandera, sou obstetra parteira, tenho 40 anos e trabalho como obstetra clínica em uma clínica da mulher de referência em nível nacional e trabalhei sempre aqui fazendo plantões e... Quando começou as Iniciativas Sanitárias, como aqui era um hospital da mulher de referência nacional, as mulheres quando faziam aborto clandestino e tinham infecção ou um sangramento importante terminavam vindo para a emergência do hospital da mulher para ver se podíamos solucionar seu problema. Vinham tarde demais porque temiam ser denunciadas e ir presas. Quando chegavam, chegavam já em situações que não poderíamos recuperar, então estávamos, por exemplo, no bloco cirúrgico e chegavam mulheres em situações muito críticas e morriam ali. Isso sensibilizava qualquer um, em particular, Leonel Briozzo, que fundou as Iniciativas Sanitárias...

KA: Sim, eu estou lendo o livro das Iniciativas Sanitárias escrito por ele, em que você é uma das coautoras...

AL: Exato. Bom. E eu como médica comecei a pensar de que maneira poderia informar as mulheres para que não ocorressem erros, para que não se expusessem a tal ponto de chegarem a morrer por terem feito aborto. Poder cuidar de não irem a esses lugares clandestinos onde não havia a menor assepsia possível. Então, nesse sentido pensamos em fazer um trabalho de pessoa a pessoa, digamos, e pensamos que os médicos podiam dar respostas sobretudo às perguntas das mulheres, porque no Uruguai o aborto era ilegal. Bom, isso foi em 2001, quando a mortalidade materna nesse país, geralmente a primeira causa era aborto provocado em condições inseguras. Tínhamos que optar pela mulher porque tínhamos a maior mortalidade materna porque terminavam morrendo a maioria das mulheres que realizavam aborto clandestino e inseguro. Então, mais ou menos em 2002, 2003 eu me uni ao grupo [de Leonel Briozzo que elaborou as Iniciativas Sanitárias], porque

estava muito preocupada porque as mulheres se submetiam a questões tão tãotão... tão terríveis. Alguém tinha que conversar com elas, não para não fazerem o aborto, mas conversar para informá-las sobre quais coisas elas teriam que tomar cuidado, quais coisas já teriam que saber como, de maneira tal que não cheguem ao momento crítico que chegavam quando as mulheres ao hospital.

KA: O medicamento Citotec ou Misoprostol que também é usado para doenças como gastrite, já era legalizado antes da legalização do aborto no Uruguai?

AL: Não, não, não. Na época de 2002, 2003 o aborto era ilegal e não havia aborto médico. Então, o que nós decidimos foi escrever e realizar uma prática que se chama "Modelo de Redução de Riscos e Danos". Dessa maneira tínhamos um espaço no Hospital onde essas mulheres iam e conversavam conosco. Tínhamos um lugarzinho muito oculto, onde elas vinham, conversavam conosco, falavam sobre o tema, muitas vezes elas queriam se sentir escutadas... trocávamos opiniões, porém elas saíam dali com informação, com informação clara que entenderam, sabendo coisas com que teriam que ter cuidado para não acontecer com elas. E pouco a pouco assim, fomos tomando evidências de como mudava a mulher que passava por aquela consulta e saía com empoderamento da informação, ou seja, agora ela sabia o que iria enfrentar. Conhecimento que nós podíamos dar a ela e que ela saberia quais cuidados precisaria ter independentemente de decidir fazer ou não o aborto. Assim a mulher passava aquele transe de outra maneira, ela saberia melhor o que iria passar e se cuidava muito mais. Aí passamos a ver como um impacto importante. Em 2004, nós fomos ao ministério atrás de ajuda política e ajudamos o Ministério a soltar a Normativa 379/04, onde diz que toda mulher que está com uma gravidez indesejada tem o direito de receber informação, de maneira que a educa sobre os riscos e danos referentes ao aborto inseguro. A partir disso, nós fizemos um protocolo de atenção. O protocolo de atenção era assessoramento, ou seja, nós iríamos assessorá-las de acordo com essa Normativa. Essa Normativa ajudou a nos guiar também, o que fazíamos era comentar como se faziam os abortos, o que se passava nos países onde o aborto era legal, o que aconteceria com ela se os riscos do aborto se concretizassem, o que precisava saber... tudo isso. Quando o Misoprostol chegou ao Uruguai, aí a coisa mudou muitíssimo, porque a mulher já teria como auto realizar o aborto, então o que nós dizemos foi, com base

na evidência científica, trabalhar um protocolo muito mais completo onde também as assessorava da mesma maneira, mas também as assessorava sobre os direitos das mulheres e as mantinha informadas sobre como se usava o misoprostol nos países onde o aborto era legal. Então, nós dávamos toda a informação e a mulher decidia se fazia, se não fazia e já sabia como ia passar. A única coisa que não fazíamos era dar a ela o Misoprostol ou dar a ela a receita para comprá-lo, porque isso seria, digamos, entrar dentro do procedimento do aborto e isso estava penalizado por lei. Mas as mulheres já conseguiam e bom, aí realmente havendo o Misoprostol foi uma mudança fundamental. Ele fez duas coisas fundamentais, a primeira foi diminuir a mortalidade materna porque a mulher podia auto realizar o aborto e a segunda, foi que a mulher podia auto relatar sua saúde, ou seja, vinha, se informava, ia para sua casa, para sua privacidade e fazia o aborto através da medicação, depois voltava para fazer o controle e aí, nós lhe dávamos opções de contraceptivos. Assim, se passou o modelo das Iniciativas Sanitárias. Isso hoje se converteu em lei, na lei 7426 que define os direitos de saúde sexual e reprodutiva e foi realmente escrito por nós, porque aí dizemos como devem ser os serviços de saúde sexual e reprodutiva, porque nós que os colocamos adequados, eles tem interdisciplina, ou seja, a mesma consulta conta com ginecologista, parteira e psicólogo, eles atuam conjuntamente e isso é muito bem visto para a mulher que é consultada e digamos que cada disciplina se davam cobertura e se escutavam e conversavam entre si em prol do que a mulher necessitava, ou seja, não temos um protocolo de que se atendam 4 por hora, 5 por hora, se a mulher necessitava uma hora para conversar é uma hora que ela terá para conversar. As mulheres se sentiam escutadas, se sentiam atendidas, sentiam que existiam e que existiam problemas de saúde pública devido ao aborto provocado em condições de risco. Então as mulheres vinham muitíssimo. Depois com a lei 7426 instalaram serviços em todo país, quem capacitou os serviços? As Iniciativas Sanitárias. Nós capacitamos cerca de 5200 profissionais de saúde para que cada um dos lugares do Uruguai houvesse um serviço de saúde reprodutiva que responderá a temática que tem a ver com o tratamento do aborto medicamentoso e ademais com concepção, para que a mulher não acabasse naquela situação novamente. Esse era nosso método, temos que aproveitar a oportunidade de ter aquela mulher conosco para assessorá-la e discutir sobre métodos contraceptivos e já sair dali com um método contraceptivo para começar a cuidar-se. Então, em 2007 a mortalidade materna em decorrência do aborto chegou

a zero. A zero. Assim nos mantivemos durante muitos anos e creio que só ocorreu uma morte por aborto provocado, mas era um aborto muito grande, a mulher não consultou nenhum serviço, porque era um aborto clandestino e não passou por esses sistema. O Sistema de Saúde do Uruguai realmente por lei só após o ano de 2012 saiu a lei de interrupção voluntária da gravidez e a partir daí toda mulher tem gratuitamente e universal a atenção interdisciplinária para a interrupção, mas a medicação desde a instituição da lei já a tem grátis, ou seja, nesse país se quiser realizar um aborto, não tem qualquer tipo de interferência. Mas agora, em tempos de Covid-19, as Iniciativas Sanitárias têm se ocupado de monitorar que, realmente, em todo país estejam funcionando esses serviços e na realidade, todos os centros estão conseguindo dar sem nenhum problema, na medida que esse se considera um serviço essencial. Bom, te disse muito...

KA: Não, foi muito bom, muito completo...

AL: Ah, tenho que te contar que até o ano de 2010, eu era uma Diretora mais administrativa da ONG e, outra coisa, quando o Leonel passa para o Ministério com a parte de organização estratégica do Ministério de Saúde e se encarrega do Programa Estratégico de Saúde. Ele é do Departamento de Programação Estratégica e foi também vice-ministro de Saúde e aí a mim nomearam Diretora Executiva da ONG neste ano e sigo...

KA: Você me disse que entrou para ONG em 2002, ela existe desde 2002 também ou surgiu antes?

AL: Não, a ONG se fundou formalmente com estatuto e tudo a partir de 2005.

KA: Entendi, então você se uniu ao grupo e está com a ONG desde o início...

AL: Sim.

KA: Em relação aos atores essenciais para a legalização, eu percebi que no Uruguai houve uma contribuição muito grande dos profissionais da saúde, mas além de vocês, quais outros atores você considera que tiveram um papel importante?

AL: Bom, temos que ver que com o avanço do tema de legalização do aborto, as mulheres se perceberam como um réu supremo e há muitíssimos anos que o movimento feminista e nós estamos trabalhando para que isso mudasse. O que nós contribuímos foi em nosso lugar como equipe de saúde com evidências científicas. Fomos chamados para a Comissão Nacional de Saúde para dar o apoio com as evidências científicas para mostrar que realmente tivemos impacto nos indicadores de mortalidade materna e porque se instalaram os serviços de saúde reprodutiva do modelo das Iniciativas Sanitárias. Então, uma coisa foi com a outra, quando trabalhamos com a primeira lei de direitos sexuais e reprodutivos estávamos juntos com as feministas, trabalhando conjuntamente porque considerávamos que realmente era uma questão que deveria ser trabalhada nos três pilares que nos sustentamos. Por um lado, os profissionais de saúde estão comprometidos com o tema, por outro lado a comunidade precisa ser empoderada e com mulheres organizadas e por outro lado esse tema é saúde o que responde perfeitamente a evidência e a normativa que tem a ver com os direitos das mulheres. Então, esses três pilares que foi o que nós em nosso modelo adquirimos e com eles a coisa seria sustentada. Se não, evidentemente que se as mulheres não estão inteiradas ou as mulheres não lutam para defender seus direitos, se não vão às consultas ou se o profissional não está comprometido para que a mulher lute e queira não temer, então não aconteceria [a legalização]. E assim o sistema, se não está também, com normas e tudo mais e a população não exige... Isso tudo tem que estar em harmonia, para que tudo se sustente...

KA: Os três pilares são quais? A população, os profissionais de saúde e as feministas?

AL: Exato.

KA: E você notou se houve resistência de uma ala conservadora, da Igreja ou foi tranquilo o processo?

AL: O que acontece é que o nosso Estado é laico, isso facilitou muitíssimo e não tivemos que lutar contra princípios religiosos dentro das normativas. Então como é

laico, eles não podem opinar sobre o tema político do governo, isso nos favoreceu muitíssimo na realidade que por um lado houve enfrentamento com conservadores, mas tampouco foi muito importante, porque nós pudemos ver o centro do problema e argumentamos com a mortalidade materna, e não com os direitos das mulheres, entende? Quando você argumenta com a mortalidade materna num país como o nosso com um indicador de que é um problema de saúde pública, a Saúde Pública tem que trabalhar com o Ministério para sair dessa situação. E por outro lado, os enfrentamentos relacionados a direitos, filosofias e crenças não serão escutados, porque as pessoas não podem estar morrendo por isso. O país tem que se fazer claro, é muito difícil que os conservadores ou o que seja venham defender o direito do nascido quando na realidade a mãe morreu muito antes porque decidiu não ter um filho... isso é como, que valor tem a vida se não chegarmos a tempo. Realmente, foi uma posição que tomamos para poder avançar, porque nós não optamos por gritar pelos direitos das mulheres e a liberdade sexual, não. Sim, existem esses direitos de liberdade sexual das mulheres blablabla, mas quando nós vimos que nesse país a primeira causa de morte materna é o aborto provocado em condições de risco percebemos que realmente sem alertar sobre isso, as mulheres seguiriam morrendo e essa continuaria sendo a primeira causa. E isso é uma vergonha para o Uruguai, um país de 3 milhões de habitantes ter a mortalidade materna como a que tínhamos por causa de aborto provocado. Nós, com nosso modelo, evidenciamos essa mortalidade e que podíamos intervir para que as mulheres tomem sua decisão informadas, sendo responsáveis e se cuidando para diminuir os riscos. E aí me parece que esse caminho facilitou para que isso acontecesse sem demasiada resistência.

KA: Em relação ao contexto político da legalização, na época o presidente era o Mujica e ele tem opiniões muito progressistas... você considera que isso contribuiu para a legalização?

AL: Sem dúvida alguma. Olha, nós quando começamos em outros governos e vimos que precisaríamos de muita incidência para alcançar os passos que alcançamos antes da despenalização. Eu creio que temos que ir sempre pelos caminhos de menor resistência para irmos, com evidências, dando passos qualitativamente importantes. Sem dúvida alguma que quanto a isso, Mujica foi fantástico, mas

quando a lei se aprovou, pensou que não seria capaz de implementar. Contudo, como os serviços das Iniciativas Sanitárias já estavam instalados pela anterior lei, a lei de direitos e serviços da saúde reprodutiva, então após 15 dias, foi muito rápido Mujica, porque se sancionou a lei e no outro dia já estava assinando. Foi uma vontade política da parte dele e uma ação imediata e favoreceu muitíssimo ser um governo progressista, que defendeu tudo o que estávamos trabalhando.

KA: Então já haviam ações antes da legalização?

AL: Sim, por isso foi logo que legalizou já se podiam fornecer os serviços de interrupção voluntária, porque os serviços da lei 7826 já funcionavam, já funcionava o assessoramento e para anticoncepção. Então, o sistema de saúde do Uruguai já estava preparado, e não houve problema para se implementar a lei que veio em seguida.

KA: Para finalizar, não sei acompanha como está a situação do aborto no Brasil atualmente, ele só é permitido em casos de violação, feto anencéfalo e riscos para a mãe. Quais lições você acredita que podemos aprender com o caso uruguaio?

AL: Me parece que nós fizemos uma excursão até a região e à África com nosso modelo, e o fundamento mais importante é que avançar no tema da despenalização é mostrar o aborto como um problema de saúde pública. Primeira coisa. A medida que apresentamos o tema do aborto de maneira social, sociopolítica e o colocar como algo da saúde pública, acho que esse problema temos que cercar com a saúde pública, mostrar que índices de mortalidade materna são reais. Reais. Por aborto provocado que não os mostram, as mortes por hemorragia ou infecção, mas que não dizem que foi por aborto provocado em condições de risco, mas foi. Há de se fazer uma investigação acerca disto, para mostrar realmente a verdade. O aborto não deve ser somente por violação, ou má formação ou por risco de sua vida. O aborto deve ocorrer quando a mulher decide pelo aborto, porque para ela, é uma opção de vida. Ela não quer abortar, isso é como lógico, não sairão abortando na vida. Mas quando a mulher está grávida e não é uma gravidez intencional, evidentemente que a mulher pense que tenha que fazer, porque ela não quer que essa gravidez siga. E o que nós temos que fazer como profissionais da saúde é

apoiar, entender sua situação e não pôr em cima dela o que nós pensamos, não pôr em cima dela o que nós decidimos. Não somos nada para decidir por ela, nós temos que dar informação para que ela para que ela possa ter a possibilidade de esta informada e lidar com as consequências, entende? Com o Misoprostol, o aborto medicamentoso tornou muito mais fácil para a mulher que antes só poderia fazer o aborto por meio da cirurgia. O Brasil, que é tão grande, tão lindo, o Brasil na realidade teria que fazer... bom, o que passa é que o Brasil passa por um momento difícil agora para trabalhar o tema na arena política, então creio que a saúde pública teria que realmente fazer esse cargo, de poder olhar a situação das gravidezes indesejadas como um problema de saúde pública e não como um direito humano e nada mais, para que a mulher tenha a possibilidade de não morrer por não querer que sua gravidez siga.

KA: Então era isso, muito obrigada pelo seu tempo, pelas suas palavras e sua contribuição.

AL: Por nada querida. Quando finalizar seu trabalho, me mande por e-mail também.

Entrevista Paula Gonzaga

Kimberly Andrade: Bom dia Paula, prazer, que bom que você topou conceder a entrevista... Bom, primeiro eu gostaria que você falasse um pouco sobre você, sua trajetória acadêmica e de pesquisa e seu contato com o tema

Paula Gonzaga: Eu sou de Salvador né, eu fiz minha graduação em psicologia na UFBA, que é a federal da Bahia e eu comecei a estudar sobre abortamento no meio da minha graduação. Na formação em psicologia na UFBA a gente tem 4 matérias de pesquisa e nesse processo de construir um projeto de pesquisa me aproximei de um grupo do instituto de saúde coletiva da UFBA que chama MUSA, e a partir das trocas com esse grupo, de participar de algumas atividades delas, eu comecei a me interessar pela temática e escrevi esse projeto de pesquisa no meu quinto, sexto semestre sobre essa temática. Naquela época me interessava entender como as

psicólogas faziam a escuta e acolhimento de mulheres em situação de abortamento. E isso também num contexto em que eu me aproximei das normas técnicas que prevêm a atuação da psicologia nesse acolhimento, mas isso ainda não era dito na minha formação, não era uma temática da qual nós éramos preparados. E me incomodava muito a ideia de que a gente só poderia aplicar as teorias nesse contexto sem considerar um série de outras questões. Então eu comecei a estudar isso na graduação nesse momento, desenvolvendo meu projeto de pesquisa que era para uma matéria, então eu fiz o projeto em um semestre e no outro eu apliquei. Eu consegui entrevistar 6 psicólogas que trabalhavam em maternidades em Salvador, uma parte do resultado dessa pesquisa integrou um capítulo que eu escrevi para o livro do Conselho Regional de Psicologia anos depois, já depois de ter concluído meu mestrado. E aí eu saio da graduação e faço seleção de mestrado para o Programa de Estudo Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo também com o objetivo de estudar sobre abortamento né? A minha dissertação de mestrado chama “Eu queria ter direito à escolha - Informações discursivas, itinerários abortivos de mulheres de Salvador”, então no meu mestrado eu entrevistei 12 mulheres que ao total tinham vivenciado 22 itinerários abortivos e aí eu estive com essas mulheres para escutar o processo delas, como tinha sido essa experiência, no caso de algumas mais de uma vez, então algumas mulheres tinham interrompido gestações por 2 vezes, por 3 vezes, e uma delas por 4 vezes, então ao todo foram 22 narrativas de itinerários abortivos entre essas 12 interlocutoras da minha dissertação de mestrado. E aí concluindo o mestrado, eu fiz o processo seletivo para o doutorado aqui da UFMG na Psicologia Social e vim para cá querendo estudar sobre abortamento ainda, mas acabou que no meio do doutorado fui desenvolvendo outros trabalhos e a tese propriamente não é sobre isso, apesar que durante o doutorado a gente construiu um grupo, a partir do Conexões e Saberes que é um Núcleo lá da UFMG, ao qual eu sou vinculada, a gente constituiu um grupo que chama Gpsila que é grupo de estudos sobre aborto e psicologia na América Latina e a gente organizou o Primeiro Encontro Nacional de Pesquisa e Ativismo sobre Aborto. Ele aconteceu nos dias 27 e 28 de setembro de 2017, a gente repetiu esse evento em 2019 e aí a gente teve o segundo encontro nacional e nesse segundo encontro a gente lançou um livro que foi das falas e dos trabalhos apresentados no primeiro encontro. Esse livro ele está disponível em PDF né, gratuitamente, porque ele foi lançado pela editora do Conselho Regional de

Psicologia daqui de Minas Gerais, chama “Práticas Acadêmicas e Políticas sobre Aborto” e aí agora, nós estamos com esse grupo construindo o terceiro encontro que vai acontecer virtualmente esse ano... Na metade do meu doutorado eu fui aprovada num concurso público para ser docente no ensino superior na Universidade Federal do Sul da Bahia, então no começo de 2018 né, bem na metade do meu doutorado, eu volto para a Bahia, e estou professora lá desde 2018 onde eu coordeno o Programa Integrado de Pesquisa, Extensão e Criação Janaína Aparecida, onde a gente trabalha com as teorias neocoloniais pensando relações étnico-raciais na saúde, na educação, os modelos de hierarquização propostos a partir do marco civilizatório colonial. Lá eu dou aula em cursos interdisciplinares e no curso de psicologia, eu estou lá então a 2 anos e venho trabalhando essa temática com um conjunto de estudantes de graduação e pós graduação que compõe esse coletivo que eu acabei de mencionar.

KA: Você é também engajada com alguma ONG ou movimento feminista para discutir a temática do aborto?

PG: Então a gente tem alguns espaços de interlocução e diálogo, mas não são espaços institucionalizados né, uma ONG, um coletivo... são espaços mais autônomos de feministas negras, feministas lésbicas, onde a gente vem construindo. Hoje, por exemplo, o Gpsila é um grupo muito mais de articulação feminista do que acadêmica até porque eu não estou mais em Minas Gerais, né.

KA: Eu procurei a assessoria da Andreia de Jesus, porque eu pretendia entrevistar também alguém do legislativo e eles me indicaram você como fonte de informações para eles acerca dessa temática e eu queria que você falasse um pouco desse seu engajamento com o legislativo e como é passar esse embasamento para eles.

PG: Tá... No meu período né, no tempo que eu passei em Belo Horizonte eu tive um engajamento muito significativo com outras intelectuais que pensam a questão do aborto então desde a minha chegada em 2016 eu comecei a participar muito ativamente das cenas dos debates nesses espaços onde a gente colocava a questão do abortamento. Então participei de atividades, por exemplo, em coletivos de ocupações urbanas, em coletivos que estavam pautando a perspectiva do

feminismo lésbico, no próprio Conselho Regional de Psicologia junto com a Letícia Gonçalves, que também acho que pode ser uma boa indicação para o seu trabalho, que é uma pesquisadora daqui de Minas Gerais que tem uma preponderância significativa na temática também. Então a partir disso acabou que eu fiquei conhecendo algumas pessoas que eram do legislativo ou que talvez naquela época não eram do legislativo, mas eram pessoas engajadas no movimento social e essas pessoas né, com as eleições vão compor a Gabinetona, então essa Gabinetona, ela na verdade compõe um movimento muito significativo de mudança dentro do legislativo. Eu penso que não que eu seja um referência para o legislativo, eu penso que são pessoas engajadas num movimento social e reconhecem as pessoas que estão construindo um debate, e aí no caso do aborto eu sou uma dessas pessoas, e que quando essas pessoas chegam no legislativo ela mantém um compromisso político com os movimentos de manter esse debate e um compromisso muito honesto de reconhecer que não é a ascensão ao cargo que autoriza muitas vezes um conhecimento profundo dessas problemáticas, então nossa articulação é de somar, de perceber como eu posso contribuir e seguir dialogando porque não é uma temática pacificada né? Em nenhuma dimensão do nosso cenário, nem político, inclusive dentro do movimento feminista ainda o aborto é uma pauta que suscita alguns ruídos a depender do coletivo que você está, a depender de com quem você dialoga, então ter esse espaço de diálogo com as representantes de Minas Gerais é muito significativo porque estamos finalmente ter algum tipo de escuta que não seja recriminatória nesses espaços.

KA: Inclusive, para o meu trabalho eu entrevistei uma médica do Uruguai para entender melhor como foi a descriminalização lá e uma das diferenças mais fortes que eu percebi foi que lá as pessoas estavam muito abertas ao diálogo e não havia essa hostilidade ao lidar com esse tema como eu percebo que ocorre aqui no Brasil, como você percebe essa hostilidade nos ambientes e até dentro dos movimentos, da comunidade médica, da população? Como você percebeu isso ao longo do seu trabalho?

PG: Olha, a hostilidade, ela é colocada porque a gente vivencia uma organização social, a partir do marco civilizatório, que impõe uma sacralização da maternidade e uma demonização das mulheres, então a única possibilidade de existência

legitimada das mulheres nessa sociedade é a partir de uma vivência de maternidade idealizada e isso está para pouquíssimas mulheres né, está para praticamente nenhuma, porque mesmo as mulheres que são mães muitas vezes elas não consegue atender essa dimensão idealizada do que é o exercício da maternidade e isso produz culpa, isso produz sofrimento mental, isso produz muitas vezes arrependimento inclusive, com a experiência da maternidade. A gente vivencia hoje né, um avanço do conservadorismo mundial, a gente vê né que na maior parte do mundo há uma ascensão de discursos neofascistas e no Brasil a gente desponta como protagonista bizarro nesse quesito. Não é novidade que o aborto seja uma pauta tão hostilizada, não é novidade. Em 2010 as eleições foram definidas a partir de uma polêmica acerca do abortamento né? O segundo turno entre Dilma e Serra. Em 2014, a pauta do abortamento abriu a corrida presidencial né? Quando o Eduardo Campos foi questionado na saída da igreja se ele a favor ou contra ao aborto e aí ele disse “ninguém é a favor do aborto, eu sou um pai e tenho 5 filhos”. Num domingo de Ramos ou um domingo de Páscoa, ele foi questionado na saída da igreja, nesse grande cenário do que é uma família tradicional né? Ele, esse pai de 5 filhos e etc, e pré candidato à Presidência. Então, o que inaugura a corrida presidencial de 2014 é uma pergunta sobre aborto. Então o aborto, ele sempre está na pauta porque ele seria como o que divide as pessoas que são, que estão dentro desse grande compilado do que a gente convencionou chamar “pessoas de bem, famílias de bem, cidadãos de bem” que são uma grande fantasia né? Mas a gente separa a partir desse critério. E aí, quando a gente vê efetivamente isso significa ganhar eleições. Em 2018, isso volta a pauta política porque a gente tem candidatos numa perspectiva conservadora neofascistas explícitos e conseguem agregar com uma parcela do eleitorado que é evangélica, que é conservadora, a partir da concretização dessas dessas pautas né, da afirmação de que essas pautas não vão avançar. Falo, essas pautas no plural, porque tanto em 2010 como em 2014, o aborto ele tem uma centralidade significativa nas eleições, mas logo em seguida a gente vê outra pauta que são os direitos da população LGBT, então são duas temáticas que são muito caras em sociedades como a nossa, né? Conservadoras, fortemente estruturadas a partir dos valores cristãos de organização social. Porque que isso é uma grande falácia? Essa coisa de quem vota e o que a pessoa realmente é, porque efetivamente já tem várias pesquisas que revelam que a maioria das mulheres que abortam são cristãs, sejam evangélicas ou católicas, mas

mulheres que vivem de acordo com esse paradigma religioso né? De um deus único, do messias que foi guiado, do Jesus salvador. Isso não impede que essas mulheres abortem, isso apenas implica que elas se sintam mais vulneráveis, mais culpadas, que elas sofram e que elas tenham mais dificuldade em pedir ajuda, porque o seu ciclo social geralmente são de pessoas que reproduzem esse tipo de recriminação. E qual é a consequência desse tipo de isolamento e desse tipo de penalização moral? Efetivamente coloca a mulher num itinerário abortivo de mais risco, porque veja, já existe uma prática que é clandestina, então eu tenho todo o medo de ser penalizada juridicamente, eu também não posso pedir ajuda, então isso significa que o meu acesso à informação ele já é limitado, e se o acesso a informação é limitado, essa mulher pode incorrer em tentativas muito mais perigosas do que ela poderia ter de acesso se isso fosse legalizado ou se minimamente ela pudesse falar sobre isso com algum tipo de abertura, o que no Brasil não é viável. É muito comum as pesquisadoras falarem de solidão quando falam de aborto, porque os itinerários abortivos muitas vezes implicam em mulheres que nunca subiram numa boca de fumo terem essa experiência para conseguir o Misoprostol. A gente já tem um avanço nesse sentido, porque ainda que o Misoprostol seja um medicamento de venda proibida no Brasil, desde que ele entrou em circulação, o número de mortalidade materna por abortamento caiu muito, porque as mulheres diminuíram o fazer abortos mecânicos, que são muito mais arriscados que são os abortos com cabide, com agulha, com pinça, todas essas práticas que são altamente perigosas, que aumentam o risco de infecção, o risco de hemorragia, de perfuração uterina, então, existe uma diminuição. Com a entrada do Misoprostol no mercado, as mulheres na América Latina conseguem perceber que o Misoprostol tem um efeito abortivo porque é um medicamento para úlcera e aí elas passam a administrar esse medicamento dentro de um repertório muito feminino né? As mulheres dizem umas para as outras que esse é um medicamento que pode ajudar com a interrupção da gravidez. Só que a partir disso o Misoprostol é proibido e aí a gente vê as mulheres incorrerem em outros riscos né? O risco, por exemplo, da violência e da violência sexual num contexto onde elas vão precisar lidar com pessoas que podem ser traficantes, são pessoas envolvidas com a criminalidade de uma forma muito direta. Um outro risco, por exemplo, mulheres que tem pouco dinheiro vão investir ou pedir emprestado para comprar uma medicação que pode ser falsificada, pode ser de farinha, pode não fazer efeito. Então, o acesso a medicação, ele é tão dificultado

que por mais que a medicação em si não promova um grande risco como essas outras técnicas mecânicas, o acesso à medicação implica em outros riscos né? Então, a gente vivencia uma situação em que a clandestinidade, por mais que a gente não tenha número gritantes de penalização jurídica, a gente vê a partir das pesquisas que os itinerários abortivos das mulheres já são de penalização, as mulheres são penalizadas no exercício do seu direito de decidir. Seja para conseguir a medicação, seja porque a experiência é solitário e você não pode compartilhar, seja porque muitas vezes se você compartilha, você é execrada né? Uma das mulheres que eu entrevistei na minha dissertação de mestrado, quando eu a entrevistei ela é uma advogada e estuda violência doméstica e aí ela fala “eu fiz três abortos, e eu não tenho problema nenhum de ter feito três abortos, mas a minha questão é: eu não posso falar sobre isso. Porque se eu falo sobre isso numa roda de amigos com meu marido, eu deixo de ser uma mulher bacana, eu deixo de ser uma boa esposa, eu deixo de ser uma boa mãe, eu deixo de ser uma boa advogada, eu deixo de ser uma defensora das mulheres para ser uma assassina. E por mais que os meus amigos tenham uma educação superior, por mais que os meus amigos sejam intelectuais é essa visão que eles têm porque eles operam mentalmente dentro de uma lógica cristã de culpa e castigo.” Então essa mulher, ela aborta primeiramente numa relação onde ela já tinha uma filha, depois numa relação em que ela era submetida à violência e a terceira vez com o companheiro atual quando ela deu a entrevista, e ainda assim há esse silenciamento, porque ela não pode falar disso abertamente, porque ela precisa se envergonhar de uma coisa que ela não se arrepende e efetivamente, a gente maneja a culpa das mulheres para ganhar votos né? O discurso eleitoral de defesa das crianças é um discurso que operacionalizou, por exemplo, a perseguição da população LGBT nos Estados Unidos na década de 70 né? A campanha “SaveourChildren” que é o que a gente vivencia de novo né? É uma ideia de que a gente precisa, em nome das crianças, perseguir e penalizar todos aqueles que não cabem no modelo heteronormativo burguês branco e cristão de família, e isso é muito a gente né? Assim, são as mulheres que abortam, são as pessoas LGBT, são as mulheres que são mães solo, são as mulheres que são mães divorciadas, então assim, é muita gente e isso implica em sofrimento mental né? Porque a inadequação que a sociedade produz faz com que as pessoas efetivamente sofram, se sintam excluídas, se sintam inadequadas, se sintam fora da possibilidade de uma troca legítima com seus pares,

e muitas dessas pessoas vão canalizar nas suas culpas um reforço a essa lógica policialesca de política que é o que a gente vê hoje no Brasil. Essa lógica da perseguição, da desmoralização das pessoas, da penalização das condutas morais a partir de condutas sexuais, então o que a gente vivencia hoje é muito grave porque já estamos caminhando para uma implosão de qualquer garantia dos direitos humanos. E no que tange o abortamento, essas mulheres estão mais do que nunca correndo riscos, hoje na situação da pandemia mesmo, a gente precisa se perguntar onde é que essas mulheres vão conseguir uma pílula se elas precisarem interromper uma gestação? Como que vai ser a experiência delas se elas chegarem hoje no hospital numa situação de pandemia né? Porque se os profissionais já moralizavam antes, imagina agora. E efetivamente, tem um aspecto que precisa ser considerado, essas mulheres vão continuar abortando, porque para as sociedades que a gente tem conhecimento, todas as sociedades que a antropologia já analisou existem as experiências de interrupção da gravidez, isso é uma realidade reprodutiva da humanidade, não vai deixar de existir, o que vai existir é o risco, o medo, a culpa, a vergonha, a morte. Então assim, proibir a prática não vai coibir que ela aconteça, pelo contrário, vai agravar as desigualdades sociais porque as mulheres né, e aí voltando para a minha pesquisa de mestrado, as mulheres que podiam naquele momento, ou por terem dinheiro ou por conseguirem emprestado 3 mil, 4 mil reais, elas conseguem ir para uma clínica que elas me descrevem como uma clínica normal, que tem recepcionista, que o médico está limpo, que a sala é higienizada, que tem ar condicionado, porque elas podem pagar por um clínica que não é uma clínica escondida, é uma clínica que está numa grande avenida, é uma clínica cara, mas elas podem ir lá e pagar. E aquelas que não podem, ou essas mesmas que em algum momento puderam e antes não puderam, a experiência delas é de risco né? É de tentar conseguir um comprimido numa boca, é de tentar ir na casa de uma vizinha que vai colocar uma sonda no seu canal vaginal e você não sabe o que é que tem naquela sonda e essa mulher vai parar no hospital mal, é por exemplo, provocar o abortamento em casa e ficar aguentando dor e hemorragia sozinha no quarto para os pais não descobrirem. Então é uma trajetória muito perversa, porque a proibição do aborto não vai impedir que ele aconteça, vai agravar o risco das mulheres que já são vulnerabilizadas pelas desigualdades sociais e raciais. Não à toa, a maior parte das mulheres que morrem em decorrência de aborto clandestino são negras e isso não quer dizer que as mulheres negras abortem mais, isso quer

dizer que elas têm menos acesso a um aborto em condições salubres. É por isso que elas chegam no SUS, porque elas não têm condições de chegar num equipamento que sejam efetivo, que seja seguro, que seja limpo.

KA: Pegando essa pauta, como você vê... porque o aborto é uma questão de saúde pública, e eu percebo que no Uruguai, isso foi muito bem entendido pela população, pelos políticos, e aqui no Brasil isso não é entendido dessa forma, fica muito atrelado ao que você disse sobre os valores cristãos de culpa e castigo, então como você vê essa mentalidade em relação a questão da saúde pública?

PG: Aham, tá. O aborto é uma questão de saúde pública e no Brasil a gente nem chegou a esse ponto ainda, mas a gente precisa ir primeiro para outro ponto que é: é uma questão de saúde pública porque a gente ainda não considera que é uma questão de garantia da autonomia reprodutiva das mulheres né? A garantia do direito ao aborto legal e seguro é fundamental para a gente garantir a efetividade dos direitos reprodutivos. Direitos que foram elencados em acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário. Então, é uma questão de saúde pública porque a gente construiu uma questão de saúde pública a partir da criminalização, mas efetivamente é, mesmo que não fosse, mesmo que a gente não tivesse nenhuma morte por aborto clandestino, nenhuma internação, ainda assim a pauta do aborto precisaria ser debatida, porque todas as mulheres devem ter o direito de escolher ou não pela maternidade. Maternidade forçada é tortura psicológica, vários acordos internacionais já reconhecem isso, então no Brasil a gente vivencia uma situação tão grave que é: a mulher não é nem considerada indivíduo para a gente debater a autonomia reprodutiva dela. Então, muitas vezes a gente faz o exercício político de reforçar o aspecto de saúde pública, porque efetivamente o aborto é uma das principais causas de mortalidade materna e ainda assim considerando a questão da subnotificação, porque muitas a notificação da mortalidade não é como aborto, é como hemorragia ou perfuração uterina que podem ser indícios de uma interrupção clandestina, então os números podem ser muito maiores do que a gente está pensando e mesmo assim, isso não faz com que as pessoas flexibilizam. E aí, eu acho que tem uma outra questão que é fundamental, que é as pessoas sabem o que elas estão defendendo quando elas dizem que são contra o aborto? Porque veja, 1 a

cada 5 mulheres no Brasil já abortou ou vai abortar durante a sua idade fértil, isso significa que é impossível que você não conheça nenhuma mulher que abortou. Você conhece. A diferença é que essas mulheres podem não te dizer por não achar que você é alguém confiável, mas que elas existem, existem. E aí, uma vez um coletivo de mulheres, o coletivo de mulheres do levante popular da juventude, a Marcha Mundial de Mulheres, e aí elas fazem uma intervenção nas ruas que é muito interessante. Elas paravam as pessoas e perguntavam “você é contra a descriminalização do aborto?” e aí as pessoas diziam “Sim, tem que ser crime, é assassinato” e elas diziam “Você conhece alguma mulher que abortou?”, as pessoas “sim”, “você quer que essa mulher seja presa? Você pode denunciá-la agora?” “não”. As pessoas querem que o aborto seja crime, porque elas imaginam que a mulher que abortou é uma mulher que não existe, uma mulher do campo mental e na cabeça dessas pessoas essa mulher transa com todo mundo, passa o carnaval fazendo orgia, é uma ideia de uma associação a conduta sexual como desvalorização moral ridícula, porque a maior parte das mulheres que abortam são mulheres casadas, mulheres que já são mães, são mulheres pobres, cristãs né? Sendo evangélicas ou católicas, então a gente é a favor da criminalização por uma ideia muito deturpada de quem é a mulher que aborta, como se essa mulher merecesse, quando na prática, nenhuma mulher merecia ser criminalizada por isso. E, segundo, as mulheres que abortam são mulheres próximas a nós, todo mundo conhece uma mulher que abortou, não importa se é o cara que está defendendo morte a mulher que aborta no Senado, ele conhece uma mulher que abortou, ele pode ter pago para uma mulher abortar um filho dele, inclusive, mas ele não vai admitir isso. Então, a defesa pela criminalização do aborto ela é sedimentada na nossa hipocrisia católica. Nós acreditamos que o que a gente considera como falha moral, e aí eu estou colocando a gente como sociedade brasileira, é um aspecto que deve ser penalizado e defendido publicamente como penalização. Só que na prática, as pessoas evidenciam essas realidades, todo mundo conhece uma mulher que abortou, todas as mulheres em algum momento da sua vida podem ter considerado a possibilidade de interrupção, porque a maternidade não é uma experiência tão tranquila como as pessoas fazem parecer. É uma experiência que vai transformar a vida da mulher, pro bem e pro mal, né? Vai ser uma mudança significativa, e vai ser uma mudança para as mulheres, porque aos homens o direito de negar a paternidade está dado. Os homens podem escolher não ser pais mesmo quando

são progenitores. As mulheres não podem escolher não ser mães e essa é uma pedra basilar na nossa experiência assim, porque a gente não pode só não interromper a gestação como não pode escolher não exercer a maternidade. Se você diz “eu não quero ser mãe” as pessoas reagem com “Qual é seu problema? O que que aconteceu? Qual é o seu trauma?”. Porque é isso, uma ideia de associação direta, simbiótica do ser mãe como se isso fosse um aspecto instintivo, se você é mulher tem que ser mãe. Isso é muito perigoso, porque isso é novamente negar que as mulheres são indivíduos, que as mulheres têm uma existência que se justifica em si. Os homens têm uma existência que se justifica em si, mas na nossa sociedade a existência das mulheres só se justifica por outra. Esse ‘outra’ pode ser o seu marido, o seu filho, mas tem que ter outra existência a quem você se dedica, você não pode existir plenamente.

KA: E para gente finalizar, uma coisa que me chamou atenção na entrevista com a médica do Uruguai foi que ela falou que para a descriminalização do aborto lá foi essencial a articulação de 3 pilares que foram o movimento feminista, a população, principalmente, as mulheres e a classe médica. Como você vê a articulação ou a falta de articulação desses três pilares aqui no Brasil?

PG: Olha, aqui no Brasil a gente tem a classe médica que é majoritariamente conservadora, então a gente não tem uma representatividade da classe médica efetivamente na pauta contra a criminalização do aborto, no entanto, a gente tem representantes dessa classe que se colocam publicamente de uma forma muito efetiva né? O Jefferson Drezett, o Dráuzio Varella, o ex-ministro da saúde, o Temporão, eles falam muito abertamente sobre essa questão e isso é importante, mas eles são figuras muito isoladas, muitas vezes inclusive são rechaçados pela sua própria categoria então isso dificulta muito. E a gente tem um problema ainda mais grave que é existe uma misoginia enraizada na classe médica que reforça a negação da autonomia das mulheres. Um bom exemplo disso é um documento que o conselho federal de medicina expediu em 2018 ou 2019, estou na dúvida agora, mas é um parecer sobre os casos de violência obstétrica e eles concluem que violência obstétrica é uma construção ideológica dos movimentos sociais, eles dizem que não existe violência obstétrica. Eles dizem que nada que se faz naquele ambiente é violência, porque quem sabe o que é necessário é o médico, então isso

é uma negação das vozes, das falas, das narrativas de milhares de mulheres brasileiras que relatam ter sido violentadas né? E violentadas inclusive sexualmente pela repetição do exame de toque, pela exposição do corpo desnecessária. Uma das mulheres que eu entrevistei no meu mestrado, em situação de aborto retido na maternidade pública de Salvador, me narra que um médico chega com um grupo de estudantes de medicina e aí ele fala para os estudantes que é uma boa oportunidade, essa mulher está em situação de abortamento, com dor e sem conseguir expelir o conceito e aí ele fala “olha, uma boa oportunidade, vocês vão aprender a fazer exame de toque” e aí todos aqueles estudantes do grupo fazem exame de toque nessa mulher numa enfermaria coletiva. Então perceba, existe uma autorização ao acesso ao corpo das mulheres que é muito dramática e quando isso se dá pela internalização de que de alguma forma essa mulher merece, e aí merece porque ela provocou, merece porque ninguém mandou ela fazer isso, isso é muito comum. Não é a toa por exemplo que já tem pesquisas apontando que a maior parte dos casos onde as mulheres foram processadas por situação de abortamento, elas foram denunciadas pelos profissionais de saúde né? Ainda em 2015, a gente tem um caso em São Paulo que uma moça de 19 anos procura a Assistência Médica, porque está com hemorragia pós abortamento, o médico denuncia ela, chama a polícia para ela, ela é presa no hospital e quando ela está sendo levada, ele diz para ela “Deus te perdoe, porque eu não posso”. Ué, não é para ele ter que perdoar ninguém, isso é um confusão de qual é o papel dos profissionais de saúde no serviço e a pesquisa revela isso, que os profissionais de saúde ignoram e ignoram no que tange o aborto legal também, o princípio da confidencialidade, passam por cima disso. E muitas vezes inclusive, fazem uso do seu lugar de autoridade para exigir das mulheres uma revelação, uma confissão do que foi feito ou por exemplo, para exigir que elas apresentem boletim de ocorrência nos casos de estupro, uma coisa que não é necessária né? As normas técnicas já indicam que não é necessário apresentar B.O.. E aí quando você me fala dessa articulação da medicina, população e movimento feminista, a gente tem um contexto que é a população brasileira, ela está imersa num resgate do que há de pior na nossa formação nacional, o que tem de pior no nosso país, na nossa história, agora é uma onda que nos afoga, é um discurso eugenista, é um discurso de destruição de todo aquele que não cabe dentro do meu modelo ideal e aí é ideal de família, ideal de mulher, ideal de criança. A gente está vivenciando isso, e muitas pessoas não cabem. Quem não

cabe? São as mulheres que abortam também. Então, a gente vê, por exemplo, na época que o Eduardo Cunha era presidente da Câmara, ele falou que as mulheres que abortam e recorrem a saúde pública são exploradoras do Estado por recorrerem a isso, então veja, isso tem muita força para população, porque as pessoas efetivamente acreditam que as mulheres estão abortando loucamente, e usando o serviço do Estado para isso. Quando na verdade, os dados não dizem isso. E aí, como que a gente pensa na população para fortalecer os movimentos e a pauta da descriminalização do aborto, hoje no Brasil isso é muito difícil, porque a população está embebida num discurso anticientificista, a população está embebida num ódio a tudo que seja conhecimento acadêmico, universidade e é claro que a universidade e academia tem mil problemas, mas a universidade e a academia estão sendo criticadas não é pelo o que elas fazem de errado, estão sendo criticadas pelo o que elas fazem de certo. Então, isso é muito grave, porque a gente vê as pessoas, por exemplo, defendendo pautas e bandeiras absurdas como o terraplanismo, de que as universidades devem ser privatizadas, de que é uma coisa boa que até 2030 a gente tenha não sei quantas pessoas com plano de saúde, e efetivamente, tudo isso fala sobre um projeto de sociedade onde a pauta do aborto não é nem vislumbrada. E isso revela como a nossa formação nacional é medíocre intelectualmente né? A gente tem uma classe média que viveu na universidade durante séculos né? Desde que a universidade existe, mas que não consegue fomentar, por exemplo, políticas públicas a partir do que aprendeu. Então, a gente tem uma tradição de gerações de profissionais de saúde, do direito que foram formados nas universidades e que não fazem nenhum tipo de reflexão sobre que tipo de transformação eles podem construir para a sociedade. E aí a gente vê, por exemplo, as pessoas de classe popular que estava chegando nas universidades transformando as universidades. Já tem pesquisas que indicam que a pluralidade e a magnitude das pesquisas que foram realizadas nas universidades públicas nos 2 últimos anos no sentido de representatividade de problemáticas sociais, mas agora essas pessoas se veem escoraçadas dos lugares de poder, com esse projeto político de reforçar a hegemonia. Como já foi dito pelo nosso anterior ministro da educação de que educação é coisa de elite mesmo, não é coisa de pobre. Então essa ideia de quem é que pode escolher ter filho ou não, quem é que pode estudar ou não, fala muito de que momento é esse que a gente tá vivendo né? Um momento em que a humanidade é novamente negada e é negada explicitamente. E o absurdo disso é

que a gente nega o direito ao aborto das mulheres, e ao mesmo tempo a gente tem casos como aqui em Belo Horizonte de retirada dos filhos das mulheres, então é aquilo que eu falei no início, a ideia da maternidade que poupa pouquíssimas mulheres. E aí, por fim quando você fala da classe médica, população e movimento feminista, o movimento feminista está negociando a pauta aborto a décadas né? Com a escrita da nossa constituição, o movimento feminista teve que optar por qual seria a centralidade da pauta e o aborto naquele momento não passou, porque a gente vivia um contexto de uma mulher morria por semana, uma mulher que eu conhecia, que você conhecia, a gente viveu a campanha “quem ama, não mata” né? A gente viveu a publicação de um livro de uma autora do direito que defendia que para você conseguir a absolvição de um assassino de mulheres, você tinha que destruir a reputação daquela mulher. Então naquele momento, o movimento feminista tinha uma pauta central que era tentar construir espaços seguros para as mulheres vítimas de violência doméstica e de assassinatos. Com isso, a gente só consegue avançar naquele momento é rever os quesitos do aborto legal permitido por lei e aí conseguimos que esses serviços sejam garantidos e eles existam. Só que eles ainda são muito poucos né? Na Bahia que é um estado imenso, a gente tem 2 serviços de aborto legal, sendo que um praticamente não funciona, praticamente não faz aborto, fora que os números de aborto legal são ínfimos. Uma pesquisa do IPEA, não lembro agora se de 2015, diz que a gente tem aproximadamente 50.000 casos de estupros notificados, efetivamente no Brasil, naquele mesmo ano se fez mais ou menos 1300 abortos legais, considerando os 3 permissivos legais, então isso significa que muitas mulheres que são estupradas não acessam esse direito. Então eu vejo que hoje a gente tem tantas pautas que muitas vezes o aborto, por ser um tema ainda muito espinhoso acaba sendo relegado. E o aborto é espinhoso, mas é um tema fundamental, é um tema basilar para pensar feminismo na sua radicalidade. E aí eu estou falando radicalidade, mas não feminismo radical de internet, essas feministas transfóbicas que ficam falando essas coisas não, porque esse movimento não é nem pautado no feminismo radical da década de 70 né? É uma interpretação que está sendo colocada aí, mas não é disso, eu estou falando feminismo na sua radicalidade que é: as mulheres tem que ter uma existência plena, de entender a mulher enquanto sujeito que se justifica em si, que a sua existência é legítima em si e isso precisa considerar todas as mulheres, não é, por exemplo, a sua amiga que mora na Savassi, ela precisa fazer um aborto e

eu vou acompanhá-la numa clínica porque posso, porque podemos pagar, mas temos que garantir que a senhorinha de 40 anos que já tem 4 filhos e que mora na Serra tenha esse direito, porque saúde é um direito universal no Brasil. Deveria ser. A gente precisa garantir isso e a gente só vai falar de saúde para mulheres quando a gente entender que o aborto é uma pauta central para mulheres, principalmente, para mulheres que já estão sendo vitimadas por vários outros aspectos das desigualdades sociais e raciais do nosso país.

KA: Perfeito, Paula. Eu acho que a entrevista foi muito completa, muito rica, muito obrigada, vai ajudar muito. Agora saindo do tema um pouco, você teria uma médica engajada com o tema, para me indicar para conceder uma entrevista?

PG: Médica não, mas eu te indicaria conversar com a Letícia Gonçalves que ela é psicóloga e é doutora em bioética e ética aplicada e a pesquisa dela é sobre aborto. E tem a Paula Viana que é uma enfermeira de Recife e é uma figura importante no debate. É um bom nome também.

KA: Beleza, muito obrigada.

PG: Obrigada você querida, bom trabalho, sucesso nesse processo de escrita e aí quando o trabalho estiver fechado me envie para eu conhecer também.