

## Descriminalização do aborto: um tabu no debate público



Greice Menezes, pesquisadora da Ufba

A última Quinta-Encontros, realizada pela Adufs no dia 19 deste mês, contou com a presença da médica e membro do programa Integrado em Gênero e Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Ufba), Greice Maria Menezes. Durante a exposição, a pesquisadora deu sua posição sobre um assunto que é bastante discutido, mas ainda enfrenta muita resistência na sociedade brasileira: a descriminalização do aborto.

Leia abaixo a opinião completa de Greice Menezes, com base nos dados de pesquisa realizado por sua equipe.

**Adufs: Os dados oficiais apontam que cerca de 850 mil mulheres realizam aborto todos os anos no país. Quais são as condições que essas mulheres enfrentam para realizar esse procedimento?**

**Greice Menezes:** Não sabemos com precisão sobre essas condições, em função da criminalização do aborto. Conhecemos um pouco dos percursos e métodos utilizados por um segmento de mulheres, no caso, a maior parte das brasileiras, a partir de pesquisas realizadas em hospitais, locais onde parte delas se dirige para finalizar um aborto. Estes percursos são múltiplos e tortuosos e envolvem o uso do misoprostol, conhecido como Cytotec (medicamento originariamente indicado para úlceras gástricas que tem sido muito utilizado pelas mulheres desde meados da década de 90 pelo efeito de contração da musculatura uterina), concomitante ou não à utilização de chás. Estas mulheres muitas vezes realizam muitas tentativas até de fato interromper a gravidez. Outra parte das mulheres que chega aos hospitais recorre a aborteiras, com muitas ainda fazendo uso de métodos altamente agressivos, como sonda.

Grosso modo, estes são os percursos de mulheres que recorrem a práticas inseguras para interromper uma gravidez não prevista. Parte delas fará uma ultrassonografia que constatará ter sido o aborto completo. Outra parcela descobrirá que o aborto está incompleto e será obrigada a se dirigir a um hospital\maternidade da rede pública para finalizar o aborto, quase sempre por curetagem.

Estes percursos, na clandestinidade, decorrentes da penalização do aborto, colocam as mulheres em uma situação de muito medo (de ser presa, de estar comprando uma droga falsa e não efetiva, de morrer, de ser maltratada nos serviços de saúde) e, por fim, as aproxima do universo do tráfico de drogas, já que os circuitos de venda destes produtos tem se aproximado daqueles do misoprostol. Como estas pesquisas foram realizadas em áreas urbanas, sobretudo em capitais, conhecemos pouco sobre as mulheres das pequenas cidades, aquela da área rural, indígenas, entre outras.

Há contingente menor de mulheres com condições de arcar com procedimentos em clínicas privadas e, sobre este, conhecemos menos ainda. Há poucos estudos no Brasil. Recentemente uma pesquisadora defendeu sua tese de doutorado no ISC, entrevistando mulheres de camadas médias em Salvador e Recife, e mostrou que a experiência das mulheres que buscam estas clínicas é também heterogênea. Apesar de terem acesso mais direto a procedimentos seguros, quase sempre por aspiração, elas constataam que nem sempre poder pagar caro é garantia de bom atendimento e assistência médica adequada. Há diferentes tipos de clínicas, com variedade das formas de atendimento. Estas clínicas atuam sem controle do Estado e isso coloca as mulheres em uma posição de absoluto desamparo. As mulheres ficam à mercê dos profissionais e não têm seus direitos respeitados. Portanto, a criminalização atinge todas as mulheres, mesmo aquelas de camadas médias.

**Adufs– Mulheres que recorreram ao SUS em decorrência de complicações durante um aborto, relatam maus tratos partindo de profissionais da saúde. Muitas delas não procuram ajuda por medo da condenação. Sabemos que a contrariedade ao aborto é, também, uma questão que ultrapassa o perímetro profissional e alcança o campo da crença. Como políticas públicas podem reverter essa situação? O que é preciso?**

*Greice Menezes:* Pesquisas realizadas também aqui no ISC por alunas da nossa Pós-Graduação, por meio de entrevistas a mulheres internadas nas unidades do SUS, mostram que profissionais ao atenderem as mulheres nos hospitais/maternidades reproduzem estereótipos de gênero, raça e classe e, de forma naturalizada, acabam por rotular as mulheres, atribuindo a elas a exclusiva responsabilidade pelo aborto. Eles/as avaliam que estas são irresponsáveis, pois conhecem métodos contraceptivos, hoje mais acessíveis, mas não os usam. Seus valores morais e religiosos informam este julgamento.

A maior parte dos profissionais não teve nos cursos de graduação qualquer oportunidade de discutir e refletir sobre o aborto. Também mostram desconhecimento da Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento, publicada pelo Ministério da Saúde desde 2005. Nas unidades onde trabalham inexistem protocolos de atenção ao abortamento. Treinamentos ou capacitações sobre aborto nos hospitais-maternidades também são raros. Portanto, para eles, atender as mulheres com estes quadros é incômodo, constrangedor e gera um sentimento de impotência, muitas vezes de rejeição. Elas apresentam uma demanda que supostamente contraria sua missão de salvar vidas. Não se sentem preparados para lidar com o abortamento. Nossas pesquisas mostram como este encontro/desencontro entre mulheres e profissionais não propicia o cuidado do qual elas precisam. Elas chegam já fragilizadas aos serviços, muitas com expectativa negativa quanto ao atendimento que receberão, adotando estratégias de não chamar a atenção e os profissionais, embora reconhecendo o estado de fragilidade emocional das mulheres e seu dever de não julgá-las, terminam por assumir na prática uma postura de distanciamento, sem acolhê-las.

Muitas práticas podem ser caracterizadas como violência institucional, como a violência verbal, uso indiscriminado da curetagem, procedimento não recomendado pela Organização Mundial da Saúde, mas também atitudes de negligência, como inadequado manejo da dor, ausência de informação às mulheres sobre cuidados pós-aborto e

contraceção pós-aborto. Os serviços perdem assim uma valiosa oportunidade de cumprir seu papel de disponibilizar para as mulheres os meios para a prevenção de novos abortos.

Para superar esta situação, uma série de desafios devem ser enfrentados: de superação da discriminação e desumanização do atendimento às mulheres, com os profissionais, independentemente de seus valores morais e religiosos, prestando os cuidados que elas necessitam. Para tanto, é necessária a inclusão da discussão do tema do aborto na formação e educação continuada de profissionais de saúde, com estágios em serviços de aborto nos casos previstos por lei. Deve-se também rever o modelo de atenção ao aborto, retirando as mulheres dos hospitais/maternidades que são espaços destinados às parturientes e seus bebês e oferecendo-lhes assistência em regime de hospital dia. Por fim, nenhuma mudança substantiva ocorrerá sem a descriminalização do aborto, o que implicará um deslocamento da posição de profissionais de saúde e mulheres, no sentido do reconhecimento deste direito reprodutivo.

**Adufs: As políticas públicas de incentivo à prevenção das DST's e gravidez são eficientes?**

*Greice Menezes:* Ainda são insuficientes. Dos exemplos sobre DST, dados recentes mostram aumento da incidência de AIDS entre jovens homossexuais masculinos. A sífilis congênita, condição plenamente evitável, ainda afeta recém-nascidos. Estes são dois indicadores simples da insuficiência da cobertura e da qualidade precária das ações de prevenção, em que pese os avanços dos últimos anos quanto à cobertura do pré-natal e do êxito das ações do Programa Nacional de Controle da epidemia de HIV/AIDS.

Sobre a gravidez, é inadequado pensar “políticas para sua prevenção”. A gravidez por si só não é um problema a ser prevenido. O Estado não deve interferir e nem regular algo que é da esfera privada dos sujeitos. Entretanto, o Estado deve sim, elaborar políticas para prevenção da gravidez indesejada. Assim, devem ser oferecidos meios para garantir informação e acesso aos contraceptivos seguros e reversíveis para todas as mulheres, inclusive adolescentes. Isso inclui a contraceção de emergência, cujo potencial para evitar um aborto é grande. Inclui também a plena implementação da Lei do Planejamento Familiar, que garante às mulheres acesso à ligadura tubária. Estudos mostram que a Lei tem sido usada de modo a dificultar o acesso das mulheres ao procedimento. Mas, um desafio que precisa ser enfrentado é a inclusão dos homens nesta cena, fazendo-os compreender sua responsabilidade na reprodução. A contraceção não é apenas um assunto de mulheres. Por fim, deve ser garantido às mulheres que abortam, informações e recursos para o planejamento reprodutivo. Atualmente, a contraceção pós-aborto é praticamente ausente nas unidades de saúde que atendem as mulheres.

**Adufs: Na Bahia, qual é a real situação enfrentada pelas mulheres que recorrem ao aborto? Há algum destaque em relação à classe e cor?**

*Greice Menezes:* Sim. Pesquisas realizadas na década de 90 e início dos anos 2000 evidenciaram que o aborto era a primeira causa de mortalidade materna em Salvador, diferentemente do que ocorria nas demais capitais brasileiras. Por exemplo, a pesquisa GRAVSD, realizada com cerca de 4600 jovens, moças e rapazes, em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre, mostrou que o aborto era um evento raro na adolescência de jovens mais escolarizada/os e de renda familiar *percapita* alta. Entretanto, quando a

gravidez ocorria nesse momento das suas vidas, terminava mais frequentemente em um aborto provocado. Quanto às jovens e os jovens menos escolarizada/os e de renda familiar *percapita* baixa, a gravidez na adolescência era comum e seu desfecho era tanto um aborto, quanto o nascimento de um filho.

Portanto o aborto integrava a trajetória de jovens, independentemente da posição socioeconômica. Mas eram as jovens mais pobres e menos instruídas aquelas que se submetiam a procedimentos inseguros. A Pesquisa Nacional do Aborto, realizada com uma amostra de mulheres escolarizadas de áreas urbanas do Brasil, evidenciou que o aborto tinha sido declarado entre mulheres de distintos segmentos sociais e de diferentes credos religiosos, ainda que mais frequente entre as menos escolarizadas e mais jovens. Em 2010, a pesquisa GravSus/NE, um inquérito que realizamos com 2808 mulheres internadas em 19 hospitais/maternidades de Salvador, Recife e São Luis, confirmou que, ao chegarem nas maternidades para finalizar um aborto ou tratar suas complicações, eram as mais jovens (18 a 24 anos), negras, as menos instruídas, aquelas nunca trabalharam e que não estavam em união conjugal (ou não tinham parceiro fixo), as que chegavam em piores condições de saúde. Ter se declarado de cor preta foi considerado o único fator para explicar a maior dificuldade de acesso ao serviço relatado pelas mulheres, sugerindo a possibilidade de prática de racismo institucional.

Se analisarmos os dados de mortes por aborto, por exemplo, em Salvador, são as mulheres jovens, negras e de baixa escolaridade, residentes em bairros da periferia da cidade, aquelas que morrem.

### **Adufs: Qual a sua posição em relação ao aborto e a descriminalização do procedimento?**

**Greice Menezes:** Sou favorável à descriminalização do aborto e a sua legalização, isto é a regulamentação da sua prática, com garantia de acesso à atenção na rede pública de saúde. Em países que descriminalizaram o aborto há mais de 50 anos. não se observou uma epidemia de abortos após a lei, mas sim a queda drástica dos quadros de complicações e ausência de mortes a ele relacionadas. Os dados que mencionei anterior apontam para a falência desta Lei de 1940 em proibir a prática do aborto no Brasil. Esta é uma dívida histórica que o Estado brasileiro tem com as mulheres, representando uma violação dos direitos humanos. A criminalização do aborto adotada pelo Estado brasileiro apenas reitera desigualdades sociais, penalizando mulheres pobres, negras e jovens, obrigadas a realizar abortos inseguros, com expressão na morbimortalidade das mulheres. Resulta também em atenção precária e pouco humanizada às mulheres: solidão e não cuidado, com prejuízo também aos serviços de aborto legal. Estes serviços, produto da luta feminista, ainda hoje são pouco frequentes no Brasil, concentrados em grandes cidades e funcionando muitas vezes de forma precária, pela resistência de muitos profissionais.

No contexto brasileiro atual, de forte influência de grupos religiosos em espaços de poder, sobretudo no Parlamento e interferência nas políticas públicas, em desrespeito à laicidade do Estado, é pouco provável que projetos de descriminalização do aborto sejam aprovados. Portanto, em um cenário imediato, as mulheres brasileiras continuarão a abortar e aquelas socialmente mais vulneráveis continuarão a morrer.

Não defendo o aborto, aliás nenhuma mulher o defende, nenhuma delas em 20 anos de pesquisa que realizamos sobre o tema relatou a experiência de forma banal. Mas, defendo que interromper a gravidez de forma segura seja um direito das mulheres. Se políticas de atenção às mulheres forem plenamente implantadas no SUS, com equidade e atenção integral a todos e todas, o aborto será cada vez um evento mais raro.