



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ISABELA VIEIRA DIAS

Aborto (I)Legal:

Um estudo de caso sobre acesso à interrupção de gestação de feto anencéfalo

JOÃO PESSOA

2015

ISABELA VIEIRA DIAS

Aborto (I)Legal:

Um estudo de caso sobre acesso à interrupção de gestação de feto anencéfalo

Trabalho apresentado à coordenação do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba, em cumprimento à exigência para Conclusão do Curso.

Orientadora:

Profª. Dra. Fernanda Lemos

JOÃO PESSOA
2015

Nada, portanto, nos limitava, nada nos definia, nada nos sujeitava; nossas ligações com o mundo, nós é que as criávamos; a liberdade era nossa própria substância.

Simone de Beauvoir

RESUMO

Diante de um contexto histórico-social de controle sobre o corpo feminino, direitos sexuais e reprodutivos não são garantidos mesmo quando assegurados legalmente, a exemplo do direito ao abortamento seguro, interferindo negativamente na saúde das mulheres. Realizou-se, portanto, um estudo de caso sobre a trajetória de uma mulher sertaneja, inserida em um cenário social e economicamente desfavorável, na busca por acesso à interrupção da gestação de feto anencéfalo, prevista como direito constitucional. Objetivou-se problematizar as dificuldades vivenciadas frente a este direito e sua não efetivação. Independente da situação legal, a mulher é punida quando decide realizar o aborto, não encontrando condições de realização do procedimento seguro na rede pública de saúde, punição sentida de forma mais cruel nas classes sociais menos favorecidas.

PALAVRAS CHAVE: aborto legal; interrupção da gestação; anencefalia; saúde da mulher; direitos reprodutivos.

ABSTRACT

Facing historic and social contexts of control over the female body, sexual and reproductive rights are not guaranteed even when provided by law, such as the right of safe abortion, interfering negatively in women's health. Therefore, it was made a case study about the trajectory of a woman from the "sertão" of the state of Paraíba, living in a social and economic unfavorable environment, in the search for access to interruption of pregnancy with anencephalic fetus, predicted as a right. It is aimed problematize the difficulties experienced front of this right and it's not effective. Independent of the legal status, women face a punishment when it decides to have an abortion, not finding conditions for achieving safe procedure in the public health system, punishment felt crueler in the lower social classes.

KEYWORDS: legal abortion; interruption of pregnancy; anencephaly; women's health; reproductive rights.

INTRODUÇÃO

O patriarcado, regime da dominação-exploração das mulheres pelos homens, não abrange apenas a família, mas atravessa a nossa sociedade como um todo, sendo esta dominação reinante em todas as instituições sociais e impregna também o Estado (Saffioti, 2004). Historicamente, o patriarcado vem naturalizando os papéis a que se subordinam as mulheres e apresentando-se, em uma de suas muitas formas, pelo controle do corpo, da sexualidade e da capacidade reprodutiva feminina. Controle este que, apoiado em razões filosóficas e religiosas, exalta a maternidade e priva as mulheres do direito ao abortamento.

“Neste processo, a condição reprodutiva das mulheres deixa de ser um potencial, um direito, para transformar-se em um dever, inscrito em seu corpo e em sua subjetividade” (Villela; Barbosa, 2011: 23). Dessa forma, ao naturalizar a maternidade como função social é negada a autonomia feminina de dissociar a sexualidade da reprodução. Na busca dessa autonomia, mulheres e movimentos feministas¹ lutam pelo direito de decidir e ter acesso ao abortamento seguro, no sentido de tomar a maternidade não como um dever, mas como um direito das mulheres a ser respeitado e protegido.

De acordo com Villela e Barbosa (2011, p.22), as instituições que atuam de forma mais direta na regulação do corpo das mulheres têm sido a medicina² e o direito, ao criarem a figura do “instinto materno” e, regras e leis de acordo com as definições médicas, respectivamente. Tais instituições reiteram suas regras por meio da legitimação religiosa, que há milênios apresenta um longo e duradouro processo de dominação dos corpos femininos.

¹ Segundo Villela e Barbosa (2011, p.50), para o feminismo, as mulheres não seriam determinadas pela natureza, pela biologia ou pela psicologia para serem mães, embora tivessem essa capacidade. De forma que a maternidade não deve se constituir em sacrifício para as mulheres, como frequentemente acontece, já que a produção de seres humanos é útil e necessária para toda a sociedade.

² Apesar de historicamente o discurso médico apresentar-se de forma a induzir um regramento sobre o exercício da sexualidade e controle da reprodução, no ano de 2013, o Conselho Federal de Medicina se posicionou em nota pública a favor da autonomia da mulher em caso de interrupção da gestação até a 12^o semana de gestação.

Segundo o Ministério da Saúde, o abortamento é a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana de gestação, com o produto da concepção pesando menos de 500 g, sendo este eliminado no processo de abortamento (Brasil, 2011). No Brasil, o aborto³ é tipificado como crime no art. 128 do Código Penal Brasileiro, sendo a interrupção da gestação não punível em três situações: quando a gravidez resulta de violência sexual, quando coloca em risco a vida da mulher (de acordo com o Código Penal de 1940, ainda vigente), e em caso de gravidez de feto com anencefalia por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) em abril de 2012 (ANIS, 2012: 15).

Mesmo na presença de tais restrições legais para realização do abortamento, esta é uma prática realizada de forma clandestina por muitas mulheres no Brasil. Diante dos aspectos legais, culturais e religiosos, as mulheres tendem a não revelar seus abortamentos, dificultando o cálculo de sua magnitude (Brasil, 2011). Porém, a despeito dessa dificuldade, os dados mostram que o aborto é vastamente praticado. Em 2005, Monteiro e Adesse (2007) estimaram a realização de 1.054.242 abortos no Brasil, com taxa média de 2,07 abortos/100 mulheres entre 15-49 anos, mais elevada que em países da Europa Ocidental (1,1 aborto/100 mulheres de 15-44 anos), onde há acesso fácil aos contraceptivos e o aborto é legal.

O abortamento, mesmo nos casos previstos por lei, representa um problema de saúde pública, pois, na prática, apesar da existência de serviços de aborto legal⁴, não se encontram condições que garantam o acesso à realização de procedimentos seguros na rede pública para a maioria das mulheres, principalmente para as de classe social menos favorecida. Dessa forma, para maior parte destas mulheres resta recorrer a métodos inseguros de abortamento que frequentemente se complicam e, muitas vezes, resultam em mortes. “A incidência observada de

³ Para a ciência médica, os termos abortamento e aborto não são sinônimos. Abortamento é definido como interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana, e o aborto como produto da concepção eliminado no abortamento (Brasil, 2011). O direito penal define aborto como a cessação da gravidez, antes do termo normal, causando a morte do feto (Nucci, 2014, p. 592). Na linguagem cotidiana a diferenciação raramente é feita. Para facilitar a leitura, os dois termos serão usados indistintamente.

⁴ “Os serviços de aborto legal são unidades de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento das mulheres que engravidaram de violência sexual, cuja gravidez representa risco de vida ou risco à saúde, ou ainda que receberam o diagnóstico de anencefalia fetal” (ANIS, 2012).

óbitos por complicações de aborto oscila em torno de 12,5% do total dos óbitos, ocupando, em geral, o terceiro lugar entre suas causas, observadas as amplas variações entre os estados brasileiros” (Brasil, 2001).

“Pesquisa realizada pela organização não-governamental Católicas pelo Direito de Decidir, no ano de 2005 em 56 hospitais e maternidades, concluiu que a condição de ilegalidade do aborto no país influi negativamente no atendimento aos casos de aborto previstos em lei” (Galli, Gomes e Adess, 2006). A invisibilidade e ilegalidade do aborto torna o tema um *tabu*, pouco discutido, o que resulta na falta de informação da população e também dos próprios profissionais de saúde sobre muitas questões, dificultando o acesso das mulheres ao aborto legal de forma segura na rede pública de saúde.

Tendo em vista o problema de saúde pública que representa a questão do aborto atualmente no Brasil e as dificuldades enfrentadas pelas mulheres para garantia dos seus direitos, o presente estudo aborda a trajetória de uma mulher da periferia do sertão da Paraíba em busca do direito ao acesso a interrupção da gestação de feto com anencefalia⁵ (ocasião prevista em lei).

RELATO DE CASO SOBRE ACESSO À INTERRUPÇÃO LEGAL DE GESTAÇÃO DE FETO ANENCÉFALO

O relato de caso foi feito contando com a contribuição de uma mulher, que a partir de agora nomearemos de JFS, 23 anos, residente e procedente de região periférica da cidade de Aparecida, no sertão da Paraíba. Inserida em um cenário social e economicamente desfavorável, JFS, gestante de feto com anencefalia na ocasião, relata sua trajetória desde o diagnóstico de sua gestação ao parto⁶. O relato foi captado com seu consentimento através de um dispositivo digital de gravação de voz, sem interferências à sua fala, onde a mulher narrou toda a sua história.

⁵ A anencefalia é uma malformação congênita do sistema nervoso central incompatível com a vida, caracterizada por um defeito no fechamento do tubo neural que resulta na ausência da calota craniana e do telencefalo (Rezende, 2008).

⁶ A história aconteceu no período de junho de 2013 a fevereiro de 2014 (desde a descoberta da gravidez até o parto).

JFS relata que descobriu que estava grávida enquanto amamentava seu primeiro filho e fazia uso de contraceptivo oral. Com três meses de gestação realizou a primeira ultrassonografia que visualizou a anencefalia fetal, foi orientada a repetir o exame quando completasse cinco meses de idade gestacional, que detectou a mesma malformação. Foi encaminhada ao médico 1 que a aconselhou a interromper a gestação por risco de óbito fetal intraútero e a informou que não havia chances do seu filho sobreviver.

JFS refere que sua primeira reação foi prosseguir com a gestação. *“Seja o que Deus quiser, se for a vontade de Deus, ele nasce perfeito”*. Ainda com cinco meses de gestação, relata ter sentido dores em baixo ventre, e procurado o Hospital Regional de Sousa (cidade próxima a Aparecida). Na ocasião, o médico 2 que a atendeu referiu que o trabalho de parto não estava próximo, realizou nova ultrassonografia e frente ao problema, perguntou se ela queria realizar a interrupção da gestação, após JFS revelar sua vontade de interrupção, ele acrescentou: *“Não, mas não é assim não, se você quiser retirar tem que ter a ordem do juiz ou então você espera até os nove meses”*.

Em seguida, JFS foi ao fórum da comarca de Sousa, onde foi orientada pelo advogado a pedir permissão à diretora do Hospital Regional de Sousa para a interrupção. Ao procurar a diretora, esta disse que não necessitava de ordem do juiz e fez sua ficha de internação, mas o médico 3 do hospital que lhe atendeu falou: *“Não, não é chegar aqui e tirar de boca não, tem que ter a ordem do juiz”*. Depois de ter sentido as dores, ela refere ter ficado com medo, pois ouviu falar que outra mulher na mesma situação teve sua saúde prejudicada, e por isso resolveu pela interrupção da gestação. *“Eu queria interromper porque eu tava sentindo muita dor na barriga”*. Foi, então, no sexto mês de gestação, ao núcleo de prática jurídica da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), solicitar autorização judicial para realizar o abortamento, onde lhe questionaram se era urgente, e ela disse: *“Sim, estou sentindo dores e estou com medo.”*

Um mês depois, com sete meses de idade gestacional, ela recebeu o alvará do juiz com autorização.

Fez nova ultrassonografia, visualizando novamente a anencefalia fetal, o médico 4 referiu que não tinha mais jeito e a gestação já estava muito avançada. Ela disse: “*Não, nem vou bater mais ultrassonografia, vou só esperar até os nove meses*”. Porém, na vigência de dores em baixo ventre, ela não esperou, ainda com sete meses de gestação procurou o serviço de saúde em busca da interrupção.

JFS relata ter procurado três vezes o hospital, nas situações apresentava-se com queixa de dores e com a ordem judicial em mãos, porém em uma ocasião lhe disseram que não tinha médico e nas outras que não havia vaga no hospital. A enfermeira do hospital acrescentou: “*Mulher, é que é para você não tirar mesmo e esperar até os nove meses*”. E, então, JFS decidiu esperar até os nove meses, porque segundo ela, tinha entendido que era a vontade de deus. “*Ave maria, eu andei tanto, até desistir*”. Referia ter medo de o filho sobreviver e ela se apegar a ele, e sofrer mais, porque sabia que ele não iria viver por muito tempo. “*Eu ficava imaginando coisa ruim e chorava e tudo*”. Relata que tinha medo que deus a castigasse, se ela realizasse o abortamento.

Ao completar nove meses de gestação, procurou o hospital de Sousa, referindo sentir dor, mesmo sem sentir, e foi realizado o parto por cirurgia cesárea, e com 12 horas de nascido, seu filho foi a óbito. Relata que era casada e o marido sabia que a sua gestação era de risco, mas não permaneceu com ela e não deu nenhum apoio, e seu maior ressentimento foi que o pai não foi olhar o filho e não deu nenhuma satisfação. E concluiu: “*Ele foi registrado só no meu nome*”.

DISCUSSÃO

Com a finalidade de demonstrar as reais condições do acesso à interrupção da gestação pelas mulheres que se encaixam nos requisitos necessários ao aborto legal, foi realizado um relato de caso com uma mulher sertaneja, inserida num contexto econômico desfavorecido, que vivenciou uma gestação de feto anencefalo, mostrando, dessa forma, as dificuldades enfrentadas perante o desconhecimento de seus direitos, os julgamentos morais da sociedade e ausência de aparato estatal.

A anencefalia é uma malformação do sistema nervoso central originada de um defeito do tubo neural, caracterizado pela ausência da calota craniana e do telencéfalo. “A letalidade em todos os espectros da anencefalia é de 100% e a interrupção da gestação deve ser considerada” (Rezende, 2008). No ano de 2012, o STF decidiu que a antecipação terapêutica do parto⁷ em caso de anencefalia é um direito constitucional da mulher, podendo ser solicitada a interrupção do parto sem a necessidade de autorização judicial, à rede pública de saúde (ANIS, 2012).

Compete ao Conselho Federal de Medicina (CFM) definir os critérios para o diagnóstico de anencefalia. De acordo com o art. 2º da resolução CFM Nº 1.989/2012, de dez de maio de 2012, o diagnóstico de anencefalia é feito por exame ultrassonográfico realizado a partir da 12ª semana de gestação e deve conter duas fotografias demonstrando a ausência da calota craniana e de parênquima cerebral identificável e laudo assinado por dois médicos, capacitados para tal diagnóstico (CFM, 2012).

Ainda nesta resolução, para o CFM (2012), diante do diagnóstico de anencefalia, o médico deverá prestar à gestante todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados, garantindo

⁷ Após a decisão de descriminalizar a interrupção da gestação nos casos de anencefalia, o STF prefere utilizar o termo “antecipação terapêutica do parto” e não “aborto” para denominar a interrupção, com a justificativa de que o feto não possui vida encefálica e inexistente possibilidade de vida extrauterina, considerado um natimorto cerebral. Pois considera o aborto um crime contra a vida, e que a interrupção da gestação de feto anencefálico não configura tal crime. Porém, na prática, para sua realização deve ser tratado como aborto legal e atendido nos serviços de aborto legal.

a ela o direito de decidir livremente sobre a conduta a ser adotada, sem impor sua autoridade para induzi-la a tomar qualquer decisão ou para limitá-la naquilo que decidir. A gestante tem o direito de, livremente, decidir manter a gravidez ou interrompê-la imediatamente, independente do tempo de gestação.

Porém, existem dificuldades para o alcance desse direito nos serviços de saúde como a escassa disponibilidade de informações para as mulheres (como a informação supracitada) sobre seus direitos sexuais e reprodutivos, a falta de insumos que garantam a efetividade das estratégias preventivas escolhidas e a postura dos profissionais de saúde ao lidarem com a questão (Villela; Barbosa, 2011: 78). “Os profissionais da saúde tendem a ser excessivamente precavidos na hora de resolver se a situação cumpre com o embasamento jurídico do abortamento e, conseqüentemente, negam a gestante os serviços aos quais ela tem direito do ponto de vista legal” (OMS, 2013: 94).

No caso em questão, JFS desconhece seus direitos e depende das informações e orientações médicas. O médico 1 apresenta a opção de interrupção da gravidez, porém, ao procurar o hospital da rede pública para realizar o procedimento, JFS encontra algumas barreiras. Recebe, então, orientações diversas, entre elas, é erroneamente orientada por mais de um profissional de saúde da necessidade de autorização judicial para realizar a interrupção. Ela se depara com a recusa dos médicos 2 e 3 em realizar o procedimento mesmo com os laudos das ultrassonografias em mãos e imposição de um obstáculo desnecessário, a busca da autorização judicial. Mesmo tendo o direito de decidir manter ou interromper a gestação sem autorização judicial, não foi assegurada a garantia do exercício do seu direito, havendo limitação na sua decisão. O caso relatado não é um caso isolado de dificuldade de acesso ao aborto legal, pois os estudos mostram que

nos países em que o aborto é permitido em algumas circunstâncias, nem sempre o acesso das mulheres a um atendimento médico seguro para a realização dessa

prática é fácil. No Brasil, por exemplo, em que o aborto em casos de gravidez resultante de estupro não é penalizado, esse serviço não está disponível em todas as unidades - tanto do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto privadas - que atendem mulheres grávidas. Ademais, há profissionais que se recusam a realizar o procedimento, alegando objeção de consciência (Villela; Barbosa, 2011: 7).

A recusa em realizar o aborto legal e a objeção de consciência geralmente não são explícitas, sendo mascaradas por demora ou negligência no atendimento e imputação de obstáculos e sofrimentos desnecessários às mulheres, como no caso relatado. As razões alegadas para a não realização da interrupção legal da gestação estão baseadas em uma diversidade de argumentos, tais como motivos de foro íntimo, religiosas, éticas e “de consciência”. Segundo o Código de Ética Médica, é direito do médico “recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”, salvo em certas circunstâncias: em casos de ausência de outro profissional, em casos de urgência, ou quando a sua negativa possa trazer danos para a paciente. Dessa forma, é dever do médico indicar outro profissional que preste a assistência, caso tenha objeção de consciência; e é obrigação da instituição de saúde garantir o acesso aos serviços de atenção ao abortamento (Galli, Gomes e Adess, 2006). Nesse sentido, a FEBRASGO (2010, p.45) afirma que

é dever do Estado e dos gestores de saúde manter nos hospitais públicos profissionais que não manifestem objeção de consciência e que realizem o abortamento previsto por lei. Caso a mulher venha sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica, em decorrência da omissão, poderá recorrer à responsabilização pessoal e/ou institucional.

Além disso, como discorre Villela e Barbosa (2009, p. 79): “nem sempre as equipes estão satisfatoriamente treinadas para a realização do procedimento; falta conhecimento sobre fluxos de atendimento e rotinas previstos pela Norma Técnica⁸, faltam material e espaço adequados”.

⁸ O ministério da saúde adotou a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes para legitimar e orientar o atendimento ao aborto previsto em lei. A Norma Técnica além de orientar sobre os procedimentos veio para contribuir para a aceitação e garantia da segurança dos profissionais de saúde na prática do abortamento previsto em lei (Soares, 2003).

Estudos mostram a falta de conhecimento dos profissionais de saúde quanto à legislação do aborto e quanto aos documentos necessários para a sua realização. Assim, Almeida (2012) constata que

pesquisas desenvolvidas com obstetras e ginecologistas evidenciam a necessidade desses profissionais terem mais informações a respeito das leis que regulamentam o aborto legal no Brasil, para que as mulheres que dele necessitem possam usufruir desse direito [...] A falta de conhecimento do profissional pode levar a uma conduta inadequada, principalmente em se tratando de aborto, que tem prazo para a sua realização em função do risco que a gestante pode ter.

Tal situação, além de expor desnecessariamente a gestante aos riscos da gestação em si, implica em danos físicos, psicológicos e morais que o dever da gestação de um feto com anencefalia impõe a uma mulher, vivenciadas no caso em questão. Segundo o STF, obrigar a mulher a prosseguir com a gravidez sabendo que o feto não sobreviverá após o parto fere o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana (artigo 1º, inciso III) e afeta o direito à saúde, também previsto na Constituição (artigos 6º e 196), além dos direitos à liberdade e à autonomia. Nesse sentido, afirma Diniz (2007)

A ameaça ao direito à saúde dá-se pela obrigatoriedade de uma mulher manter-se grávida, mesmo contra sua vontade, após o diagnóstico da inviabilidade fetal. O dever da gestação constitui um ato de tortura do Estado contra elas, em que a gravidez passa a ser uma experiência angustiante de luto prolongado [...] Na ausência de recursos médicos capazes de reverter a anencefalia no feto, a única medida que resta ao Estado é proteger a saúde mental e física destas mulheres.

Além disso, conforme assevera Villela e Barbosa (2009, p. 78), citando Soares (2009):

A possibilidade de uma mulher interromper uma gravidez nos casos em que o código penal não a restringe encontra respaldo na diretriz de integralidade que orienta o SUS, segundo a qual deve ser garantido o atendimento às diferentes

necessidades de saúde em todos os níveis do sistema. Considerando a interrupção da gravidez nos casos permitidos por lei como uma necessidade de saúde, o SUS passa a ser responsável pelo seu atendimento.

Em conferências internacionais, como na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo, em 1994, o Estado brasileiro se comprometeu em garantir a assistência ao abortamento nos casos previstos em lei e em melhorar a qualidade da assistência ao abortamento em geral (Soares, 2003). Em 1998, após um longo processo de reivindicação do movimento de mulheres, foi implantado o Programa de Assistência às Mulheres Vítimas de Violência Sexual da Paraíba, que hoje deve atender também os casos de aborto permitidos por lei, incluindo a gravidez com anencefalia fetal. Existem atualmente na Paraíba dois serviços de aborto legal, localizados na capital⁹.

Em 2009, apenas 60 hospitais estavam cadastrados junto ao Ministério da Saúde como serviços de referência para realização do aborto legal, além da quantidade insuficiente para as dimensões do Brasil, há uma má distribuição geográfica dos serviços, estando esses serviços predominantemente concentrados no eixo Rio/São Paulo e na região Sul, e localizados, na maioria dos estados, em suas capitais (Villela; Barbosa, 2011: 79). Dessa forma, não alcançam as mulheres do interior do estado, como no caso relatado, e aquelas que não obtêm a informação quanto à existência desses serviços que, geralmente, são as mulheres inseridas em uma classe social e economicamente inferior, as que mais necessitam dessa assistência do serviço público.

No Brasil, as desigualdades sociais se refletem na questão da prática do abortamento e como esta é vivenciada pelas mulheres, pois, embora compartilhem a mesma situação ante a ilegalidade da intervenção e a falta de condições de acesso ao procedimento legal no serviço público, as mulheres, a depender de sua classe social, percorrem distintas trajetórias, com uma minoria delas podendo arcar com os custos de um abortamento seguro e sem riscos. Enquanto,

⁹ Os serviços de aborto legal da Paraíba são localizados em João Pessoa, capital do estado. São instalados nas maternidades Frei Damião e Instituto Cândida Vargas.

para a maioria resta recorrer a métodos inseguros que, frequentemente, resultam em complicações e acarretam um considerável número de mortes por abortamento (Brasil, 2011).

Desse modo, constata-se que

vulnerabilidades como desigualdade de gênero, normas culturais e religiosas, desigualdade de acesso à educação, e múltiplas dimensões da pobreza – com a falta de recursos econômicos e de alternativas, a dificuldade de acesso a informação e direitos humanos, a insalubridade, dentre outros – fazem com que o abortamento inseguro atinja e sacrifique, de forma mais devastadora, mulheres de comunidades pobres e marginalizadas (Brasil, 2011).

“Os abortamentos que cumprem com os requisitos de segurança passam a ser um privilégio dos ricos, ao passo que as mulheres de baixa renda acabam recorrendo a práticas tecnicamente não recomendáveis” (OMS, 2013). No caso relatado, JFS não recorreu ao abortamento inseguro¹⁰, mesmo diante das dificuldades que impediram a sua realização de forma segura na rede pública de saúde e da falta de condições financeiras de arcar com a realização do procedimento na rede privada. Porém, diante dos impedimentos, esteve exposta ao risco de realizá-lo de maneira clandestina. De acordo com a literatura, onde há dificuldade de acesso ao procedimento, o número de abortos inseguros é maior. Cecatti (2010) verifica que abortos inseguros ocorrem em países onde as leis são restritivas ao procedimento ou naqueles onde é legal, porém, o acesso das mulheres aos serviços de saúde é dificultado. Dessa maneira, sabe-se que

em países como o Brasil, onde o aborto é criminalizado na maioria das situações, há uma perversidade para com as mulheres, especialmente, às de classe social menos favorecida. Neste contexto, verifica-se que o caráter de ilegalidade do aborto favorece a sua realização de maneira clandestina, e isso é sentido na ausência de serviços e na má qualidade da assistência. Por esse

¹⁰ Um abortamento inseguro é um procedimento para finalizar uma gravidez não desejada, realizado por indivíduos sem as habilidades necessárias e/ou em ambiente abaixo dos padrões médicos exigidos (OMS, 2013). “Os abortos inseguros se caracterizam também pela falta de assepsia dos instrumentos utilizados, pela falta de analgesia ou anestesia e ainda, muitas vezes, pelo potencial tóxico de algumas medicações utilizadas. Desse modo, são procedimentos potencialmente danosos e dolorosos para as mulheres” (Villela; Barbosa, 2011:13).

motivo, a quantidade elevada de abortos induzidos no País pode ser constatada (Gesteira; Diniz; Oliveira, 2008).

No serviço público de saúde, há um grande *déficit* na assistência à saúde das mulheres que decidem abortar. São expressões disso não só a recusa da internação em certos hospitais ou a longa espera para atendimento, como também a demora na resposta às demandas das mulheres somada a desqualificação dos seus sintomas (Brasil, 2011). Na vigência das dores, JFS procura o serviço para a realização da interrupção gestacional, porém é negada a assistência e internação hospitalar mais de uma vez.

Alguns estudos retratam a desumanização no atendimento e discriminação dessas mulheres. Dessa forma, Menezes (2009) afirma:

Os estudos evidenciam como a atenção está centrada em cuidados corporais, muitas vezes de modo técnico e impessoal, com pouca escuta e atenção às necessidades das mulheres. Nas maternidades, identificam-se espaços mínimos para atendimento, com pouca privacidade. Em várias ocasiões, elas esperam longamente a realização da curetagem e raras vezes lhes são fornecidas explicações sobre os procedimentos realizados ou os cuidados requeridos pós-procedimento, inclusive a contracepção posterior.

JFS vivencia uma assistência inadequada nos serviços de saúde atrelada ao desconhecimento sobre os casos em que a legislação concede o direito ao aborto e/ou como efetivá-lo, submetida, dessa forma, a obstáculos impostos que a levam desnecessariamente a buscar o judiciário, arcar com o atraso do processo e, mesmo assim, não conseguir garantir seu direito ao abortamento assegurado pela lei, que deveria este ser garantido pelo Estado.

No sentido de garantir esse direito às mulheres, para facilitar o atendimento ao aborto legal nos hospitais públicos surge a portaria Nº 415, de 21 de maio de 2014, que inclui o procedimento interrupção da gestação/antecipação terapêutica do parto previstas em lei e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. De acordo com portaria, a interrupção da gestação deve ser realizada em

conformidade com as Normas Técnicas do Ministério da Saúde.

Porém, após uma semana que entrou em vigor, a portaria 415 foi revogada devido às pressões religiosas, que passaram a denominá-la de *legalização do aborto*, considerando que esta ampliava as possibilidades do aborto no Brasil. O que demonstra a frágil laicidade do Estado brasileiro, que permite que dogmas religiosos não influenciem apenas a ética privada, mas que fundamentem políticas públicas de saúde.

O discurso religioso anti-aborto culpabiliza a mulher que recorre a sua prática, independente da sua situação, contribuindo para ocultar uma dramática realidade de dificuldade de acesso ao abortamento seguro. “A discriminação e os agravos à saúde impostos às mulheres, por razões culturais, legais e religiosas que envolvem a questão do aborto, têm contribuído para a precariedade da assistência e aumento da mortalidade e morbidade por esta causa” (Brasil, 2001).

Diante de um contexto de controle do corpo feminino e de suas vontades, através de um modelo de tradições religiosas e patriarcais, a escolha por um processo de interrupção de gestação (mesmo que previsto legalmente e de feto inviável) em seu próprio corpo não foi assegurada a JFS. “Ou seja, a discussão sobre o direito ao aborto inclui não só o viés legal e jurídico, mas diversos aspectos socio-culturais que configuram o cenário no qual as ações voltadas à garantia do direito acontecem” (Villela; Barbosa, 2011: 77). Além de tratar da privação da autonomia da mulher, o caso relatado é um exemplo das condições reais de acesso ao abortamento previsto em lei que se apresenta como um descaso na saúde pública, devendo o aborto ser tratado também como questão de saúde.

CONCLUSÃO

No decorrer dos séculos, tem sido construído um modelo social predominante que vem impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua própria história. Submetida às vontades masculinas, da igreja e do Estado, em um contexto de exaltação da maternidade, a mulher é privada da liberdade de decidir sobre seu próprio corpo e de vivenciar a sexualidade separada da reprodução. Modelo sentido quando torna-a a exclusiva responsável pela reprodução humana e não lhe dá acesso a direitos reprodutivos.

Após longa trajetória das mulheres e movimentos feministas de busca por direitos sexuais e reprodutivos, vivenciamos uma conquista em abril de 2012, quando a interrupção da gravidez em caso de anencefalia passou a ser direito constitucional da mulher, cabendo a gestante a decisão de prosseguir ou não com a gestação. Porém, mesmo após esse avanço, visualizamos uma situação de ‘impedimentos’ ao acesso desse direito, sendo vivenciados: a falta de informação por parte das mulheres sobre o direito ao aborto previsto em lei e/ou sua efetivação, falta de treinamento profissional, falta de profissionais dispostos a realizar o aborto, resistência dos profissionais, serviços de aborto legal insuficientes, além de imposições que atrasam e/ou impedem a realização do procedimento, como o encaminhamento dos casos para o judiciário.

Tal negligência afeta, principalmente, as mulheres de classe social menos favorecida, geralmente desinformadas e sem condições financeiras para arcar com o procedimento na rede privada, e as expõe aos riscos da realização do aborto de maneira insegura ou de prosseguir com uma gestação que implica em danos à dignidade e integridade física e mental.

O aborto "legal" deve ser questionado, pois o fato de ser legalizado vem a significar uma regulamentação que possibilite a realização segura do procedimento por todas as mulheres, visto que o que acontece na realidade é bem diferente, sendo, na maioria das vezes, vivenciado como ilegal. Não existe o mínimo de regulação e aparato para a realização de um direito garantido. É

claro perceber que a lei já não vem mais atingindo o seu propósito, desatendendo ao princípio constitucional da adequação social.

Acontece que essa legalidade restrita à impossibilidade da realização segura do procedimento abortivo, condena socialmente às mulheres de maneira geral, atingindo não só as mulheres que procedem às possibilidades ilegais, mas também às mulheres que estão amparadas legalmente, tendo em vista que a prática de tal procedimento se encontra integralizada de vício social, em razão de todo um histórico patriarcal de dominação do corpo feminino. Dessa forma, a mulher que decide pela interrupção da gestação, seja esta prevista ou não legalmente, é sempre penalizada pelo Estado, mesmo que indiretamente por um contexto de ausência estatal.

O acesso ao abortamento legal seguro deve ser um direito garantido pelo Estado e significa respeito à autonomia das mulheres e aos direitos civis, sexuais e reprodutivos. Mas, esse mesmo Estado, ao invés de garantir minimamente um serviço qualificado que atenda e proteja todas as suas cidadãs, propõe-se a criminalizar ainda mais a prática através do acesso escasso aos serviços de aborto legal e à realização do abortamento de forma segura.

Dessa forma, expõe-se a necessidade de ampliar o acesso das mulheres aos direitos legalmente adquiridos, investindo em ações que garantam o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Trata-se, portanto, de ampliar o acesso à saúde de qualidade de forma a respeitar a autonomia e liberdade das mulheres de decidirem sobre seus próprios corpos e suas vidas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Margareth. **Legislação brasileira relativa ao aborto**: o conhecimento na formação médica. In: Rev. bras. educ. med., v. 36, n. 2. Rio de Janeiro, jun. 2012, pp. 243-248.

ANIS, Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. **Aspectos éticos do atendimento ao aborto legal** - perguntas e respostas. Brasília: Letras Livres, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **PORTARIA Nº 415**. Maio 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0415_21_05_2014.html Acesso em: 21 abr 2015

CECATTI, José Guilherme et al . **Aborto no Brasil**: um enfoque demográfico. In: Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v. 32, n. 3. Rio de Janeiro, Mar. 2010, pp. 105-111.

CFM. **Resolução Conselho Federal de Medicina 1.989/2012**. D.O.U Seção I. Brasília, Maio 2012, pp 308-309.

CISNE, Mirla. **Gênero, divisão sexual do trabalho e serviço social**. 1. ed. São Paulo: Outras expressões, 2012.

DINIZ, Debora; VÉLEZ, Ana Cristina. **Aborto e razão pública**: o desafio da anencefalia no Brasil. In: Mandrágora - Gênero, Religião e Políticas Públicas 13/13. São Bernardo do Campo: UMESP/NETMAL, 2007, pp. 22-32.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Manual de Orientação**: Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério. São Paulo: 2010.

GALLI, Beatriz; GOMES, Edlaine; ADESSE, Leila. **Representações sobre o aborto em serviço de referência**: entre direitos e deveres na atenção. In: Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva de Ipas Brasil [informativo on-line], n.25. Set. 2006.

GESTEIRA, Solange; DINIZ, Normélia; OLIVEIRA, Eleonora. **Assistência à mulher em processo de abortamento provocado**: discurso de profissionais de enfermagem. In: *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 21, n. 3. São Paulo, jul./set. 2008, pp. 449-453.

MAIA, Mônica Bara (org). **Direito de decidir**: múltiplos olhares sobre o aborto. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

MENEZES, Greice; AQUINO, Estela. **Pesquisa sobre o aborto no Brasil**: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. In: *Cad. Saúde Pública*, v. 25, supl. 2. Rio de Janeiro, 2009.

MONTEIRO, Mario; ADESSE, Leila. **Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões**. In: Anais do 15º Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2006.

Nota pública do Movimento Nacional da Cidadania pela Vida – Brasil sem Aborto – sobre a REVOGAÇÃO da Portaria 415/2014. Disponível em: <http://www.brasilsemaborto.com.br/index.php?action=noticia&idn_noticia=343&cache=0.693223704903003> Acesso em: 21 de abr 2015.

NUCCI, Guilherme. **Manuel de Direito Penal**. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

PEREIRA, Irotilde G.; et al. **Aborto legal**: implicações éticas e religiosas. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2002.

REZENDE, Jorge; MONTENEGRO, Antonio Carlos. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. 1. ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SOARES, Gilberta Santos. **Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil**: desafios, conflitos e significados. In: Cad. Saúde Pública, v. 19, supl.2. Rio de Janeiro, 2003, pp. S399-S406.

VILLELA, Wilza; BARBOSA, Regina Maria. **Aborto, saúde e cidadania**. São Paulo: UNESP, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Abortamento seguro**: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2. Ed. Geneva: 2013

_____. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Federal - ADPF54. Relator: ministro Marco Aurélio. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/adpf54.pdf>> Acesso em: 02 abr. 2015.