

CONSTRUÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE O ABORTO NO BRASIL ENTRE 2010 E 2018

Raquel Silva Barretto¹

Ana Elisa Bastos Figueiredo²

Resumo: Este artigo analisa produções científicas sobre o aborto no Brasil. A busca por publicações ocorreu entre os meses de abril e maio de 2018 em bases virtuais relevantes para as ciências sociais e da saúde. A única delimitação foi a definição do país, restringindo os achados ao Brasil. A busca resultou em 389 publicações datadas desde 1964. As pesquisadoras optaram por dividir as publicações em três períodos e trabalharam com o último, por ter apresentado o maior número de artigos (64). As publicações foram divididas em subcategorias conforme o âmbito da abordagem: política; judicialização; perfil principal das mulheres que abortam no Brasil e suas vulnerabilidades; direitos humanos; questões emocionais; moralidade por parte dos profissionais de saúde e religião. As duas últimas foram as mais exploradas. Este trabalho servirá de subsídio para outros pesquisadores, uma vez que o tema vem ganhando cada vez mais espaço nos discursos sociais e científicos.

Palavras-chave: Aborto; publicações; moralidade.

Abstract: This article aims to analyze scientific productions about abortion in Brazil. To this end, publications on the theme were searched on virtual social and health sciences databases between April and May 2018. The only inclusion criteria concerned the country of production, restricting the findings to Brazil. The search returned 389 works published up from 1964, which were grouped into three time frames. For presenting the largest number of articles (64), the period ranging from 2010–2018 was selected, and articles were divided into subcategories: politics; judicialization; main profile of women who have abortions in Brazil and their vulnerabilities; human rights; mental health; morality by health professionals; and religion – the final two being the most explored. This study will contribute for further research, for the topic has been gaining more and more space in social and scientific discourses.

Keywords: Abortion; publications; morality.



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

1 Doutoranda em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP / Fiocruz, Brasil. E-mail: quelbarretto29@hotmail.com. Orcid: 0000-0002-9571-473X

2 Doutora em Ciências da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/Fiocruz, Brasil. E-mail: aebfigueiredo@yahoo.com.br. Orcid:0000-0001-7207-0911

1 Dimensões do aborto

O aborto é um tema de extrema complexidade, pois se situa em uma “zona de conflito” entre diversas áreas e atores sociais. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2003 estimaram (até o referido ano) a ocorrência de 22 milhões de abortos no mundo em condições consideradas inseguras. Desse número, cerca de 47 mil resultaram no óbito de mulheres; entre as que sobreviveram, cerca de 5 milhões apresentaram algum comprometimento físico ou mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2003).

No Brasil, o aborto é considerado crime, estabelecido nos artigos 124 ao 127 do Código Penal (BRASIL, 1940). Já o artigo 128 prevê algumas possibilidades para a sua realização legal nos casos de: (1) não haver outro meio de salvar a vida da gestante e (2) a gravidez ser resultante de um estupro.

A última e mais recente possibilidade diz respeito à interrupção por anencefalia. Diante dessas três situações, o aborto, autorizado por ordem judicial, pode ser realizado por médicos e equipes preparadas, em hospitais referenciados. A equipe não se sujeita a nenhuma punição, embora a objeção de consciência seja um problema rotineiro.

Para além das questões dos abortos legais, a problematização dos abortos induzidos vem ganhando espaço, uma vez que não há como negar sua ocorrência. A prova de que esses abortos são realizados está em diversos estudos. Um deles, partindo da análise dos dados de internações por abortamento a partir do Serviço de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) concluiu que, em 2005, foram registrados 1.054.242 casos. A maioria deles ocorreu nas regiões Sudeste e Nordeste, com uma taxa anual estimada em 2,07 por 100 mulheres de entre 15 e 49 anos (BRASIL, 2009).

Em 2010, foi realizada a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) em domicílios urbanos brasileiros, abrangendo mulheres de 18 a 39 anos. Foram combinadas técnicas de urna e questionários aplicados por entrevistadoras face a face e 2.002 mulheres responderam às questões fechadas. Como resultado, verificou-se que, ao completar 40 anos, uma em cada cinco afirmou ter realizado um aborto. Das 2.002 mulheres participantes, 15% afirmaram ter passado por pelo menos um aborto na vida e metade delas o fizeram por vias medicamentosas. Os pesquisadores cogitaram que a outra parcela tenha envolvido métodos mais precários e que metade desses casos resultou em internações (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

Conforme descreveu Aguiar (2015), no ano de 2013, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde (MS), incluiu pela primeira vez em uma pesquisa nacional de saúde por amostra em domicílios uma pergunta referente ao tema. Segundo este levantamento, mais de 8,7 milhões de brasileiras na faixa etária dos 18 aos 49 anos fizeram algum procedimento de aborto na vida, dos quais 1,1 milhão foram provocados. O instituto chama a atenção para o fato de que os números podem ser ainda maiores, uma vez que nem todas as mulheres assumem o procedimento, por ser considerado ilegal.

Diniz, Medeiros e Madeiro (2017) chamaram a atenção para o fato de o fenômeno que é frequente entre todas as mulheres, contudo, afirmaram haver uma heterogeneidade quando o assunto envolve determinantes sociais e perfis sociodemográficos, que serão aprofundados ao longo das discussões.

2 Metodologia

Este artigo consiste em uma pesquisa bibliográfica que integra uma investigação de doutorado, realizada desde 2017 no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arôuca (ENSP/Fiocruz). Como um recorte do projeto maior, este artigo se propõe a conhecer as produções científicas brasileiras relacionadas ao tema.

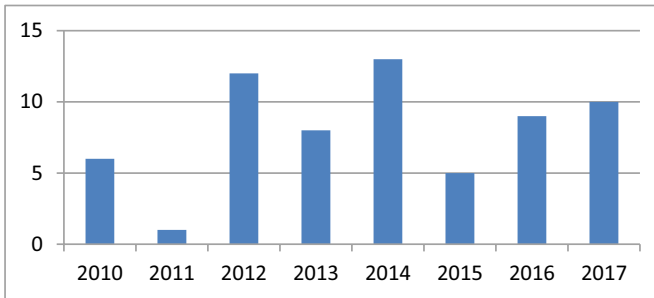
A busca por publicações se deu em bases virtuais relevantes para as ciências sociais e da saúde. Ela foi conduzida por um bibliotecário entre os meses de abril e maio de 2018. Como termos centrais foram considerados: aborto clandestino/induzido/ilegal; religião/religiosidade; moralidade; judicialização; vulnerabilidade social; estresse psicológico; estresse de vida; estresse emocional; e sofrimento psíquico e mental, que resultaram em duas estratégias de busca:

(1) (Aborto OR Abortamento OR Abortivo) AND (Judicialização OR Religião OR Moralidade OR “Princípios morais” OR “Vulnerabilidade social” OR “Risco social” OR “Sofrimento psíquico” OR “Estresse Psicológico” OR “Estresse da Vida” OR “Estresse Relacionado a Aspectos da Vida” OR Angústia OR “Estresse Emocional” OR “Tensão Vital” OR “Tensão da Vida” OR “Sofrimento Psíquico” OR “Sofrimento Mental”);

(2) (Abortion) AND (Judicialization OR Religi* OR Morals OR Morality OR “Social Vulnerability” OR “Social risk” OR Anguish OR “Emotional Stress” OR “Life Stress” OR “Mental Suffering” OR “Psychological Stress” OR “Stress, Psychologic” OR Suffering).

O critério único foi a restrição territorial, que englobou somente o Brasil. Não foram realizados recortes temporais. Da busca resultaram 389 artigos, divididos da seguinte forma entre as bases: PubMed (48), SciELO (56), Scopus (99), Portal BVS (66), Web of Science (58) e Sociological Abstract (62). Os 389 artigos foram analisados e, após exclusões por duplicações (artigos publicados mais de uma vez, em outros idiomas) ou por não terem relação direta com o tema, restaram 128 publicações. Por questões de similaridade temática, os 128 artigos foram divididos em três períodos de publicação (Gráfico 1): o primeiro antecedeu o ano de 2000; o segundo vai de 2000 a 2009; e o terceiro período relaciona as produções a partir do ano de 2010 até a realização da pesquisa (2018). O último período foi o de maior interesse, visto que mantém diálogos e temas mais contemporâneos, além de abranger um número maior publicação. É possível observar no Gráfico 1 a variação no número de produções ao longo de cada ano desse recorte.

Gráfico 1: Variação de produções por ano (3º período)



Fonte: Elaboração própria (2018).

Este último período abrangeu 64 publicações que propiciaram o conhecimento dos discursos contemporâneos sobre o tema, levando em consideração diferentes setores da sociedade. As publicações foram organizadas nas subcategorias: política, judicialização, direitos humanos, vulnerabilidade social e perfil das mulheres, moralidade na visão dos profissionais de saúde, questões emocionais e religião.

3 Discussão das subcategorias

As subcategorias definidas e que emergiram como base para a discussão foram: política; religião; judicialização; direitos humanos; vulnerabilidades; e perfil associado ao aborto; A moralidade e o aborto na visão dos profissionais de saúde; Aborto e questões emocionais.

Política

Enquanto a discussão das décadas anteriores enfatizou posicionamentos do Congresso e do Senado sobre o mérito das situações nas quais o aborto deveria ser legal, entre as publicações que categorizaram a política no terceiro momento, a maioria retratou, sob um olhar crítico, o modo como o aborto foi exposto nas campanhas de 2010 para a presidência nacional (ALMEIDA; BANDEIRA, 2013; FONTES, 2012; LUNA, 2014; MACHADO, 2012; RENNÓ; AMES, 2014). Os artigos trabalharam os debates em rede nacional, noticiários, reportagens e materiais envolvendo a disputa da primeira candidata mulher à presidência, no ano de 2010.

Almeida e Bandeira (2013) mencionaram que, no mesmo ano, o Brasil havia sido palco da 11ª Conferência Regional sobre a Mulher da América Latina e Caribe. No evento, os representantes governamentais assinaram um documento denominado Consenso de Brasília, em que reconheciam a importância de reduzir a morbimortalidade materna e a gravidez na adolescência como um compromisso da saúde pública, garantindo qualidade de vida para as mulheres. Nesse contexto, também firmaram compromissos de revisar as leis que garantiam punição para aquelas que realizavam um aborto, tornando-o mais seguro. No bojo desse movimento, o tema era efervescente em meio à arena de ideias consolidadas entre movimentos sociais, feministas e grupos conservadores, religiosos e pró-vida. Os conservadores estavam presentes não só nas ruas, como também nas bancadas no Senado.

As autoras observaram que tal fato repercutiu na mudança de posições por parte dos candidatos. O do sexo masculino manteve o conservadorismo, já a candidata que anteriormente havia dado declarações favoráveis à despenalização do aborto cedeu às pressões religiosas. Não obstante, o seu relato em anos anteriores sobre a realização de um aborto deu margem para que a esposa de seu adversário utilizasse a informação para reafirmar as suas ideologias. Ramos (2012) confirmou que diversas *fake news* surgiram e tal movimento se propagou em e-mails, mensagens nas redes sociais, cartazes e pichações, e a mídia se dividia entre a neutralidade e o julgamento.

Mikael-Silva e Martins (2016) analisaram o movimento da mídia diante de assuntos que tem repercussão social. Para eles, após os grandes noticiários políticos de 2010, no ano de 2011 os jornais (principalmente na Folha de São Paulo) tentavam silenciar o tema. O ano de 2012 foi marcado pela discussão do aborto em casos de anencefalia e, nesse momento, a área da

saúde teve grande repercussão nos noticiários. Passado tal período, em 2014 o aborto voltou aos noticiários sob a égide das questões sanitárias, feministas, midiáticas, ideológicas e político-religiosas, que continuaram refletindo nos anos posteriores.

Machado (2017) qualificou o momento presente como invadido por forças neoconservadoras, que se espalharam pelos Estados Unidos e chegaram até o Brasil mantendo em seu cerne a ideia de “família tradicional”, com força moralizante e tons religiosos. Biroli (2016) afirmou que essa noção de família convencional, fruto de afetos, com relações que se constituem na esfera privada (do lar), contribuiu para a reprodução da violência, principalmente a doméstica, porque o pensamento patriarcal e paternalista sempre deu aos homens o direito e o poder de decisão sobre o corpo e a vida das mulheres. O que temos hoje é um Estado que continua a reproduzir na esfera pública essas relações, a exemplo dos Parlamentares referidos por Machado (2017), que usam de discursos religiosos para reproduzir a dominação sobre as mulheres.

Miguel, Biroli e Mariano (2017), ao analisarem o posicionamento em relação ao direito ao aborto, proferido por deputados brasileiros entre os anos de 1991 e 2014, observaram que a porcentagem de mulheres favoráveis à educação sexual, planejamento familiar e reprodutivo era maior do que a porcentagem de homens. Isso também se aplicou à ampliação de casos em que o aborto poderia ser legal. Já quando as discussões, de forma geral, envolveram o direito de abortar, o número de parlamentares masculinos que se posicionaram contra foi maioria esmagadora. Miguel, Biroli e Mariano (2017) afirmaram que embora o número de mulheres na Câmara seja menor se comparado ao de homens, as taxas foram calculadas com base no número total de mulheres e de homens. Enquanto o principal argumento das mulheres é a “saúde pública” e, em segundo lugar, a religião, no caso dos homens, o discurso tem como foco primário a religião. Determinados segmentos, como os grupos feministas, inserem a negligência do Estado perante a temática como um dos pontos chave das suas críticas.

Religião

Embora pensemos teoricamente em modelos políticos e jurídicos laicos, hoje o que está no cerne da questão é a contestação de como determinados agentes sociais se apropriam do tema da laicidade para fins pessoais.

Longe de ser um processo unilateral e unívoco, a relação entre Estado, esfera pública e as religiões no Brasil comporta tanto iniciativas de forças laicistas no sentido de reverter presenças religiosas no Estado consolidadas ao longo dos anos, quanto de novas ações provenientes das religiões de se apropriar de espaços ainda não ocupados no domínio público, ambos ao mesmo tempo e de forma contraditória [...]. (CAMURÇA, 2017, p. 860).

Nos debates sobre a polaridade entre grupos públicos que evitam quaisquer fragmentos religiosos em esferas da vida pública e o avanço de grupos religiosos para além das fronteiras privadas, foi proposto um mosaico por Camurça (2017) para a visualização das configurações de laicidade no Brasil. Nesse mosaico, quatro cenários estão postos de forma interdependente, isto é, são unidos por laços invisíveis e suas existências se inter cruzam. Dentro dessa configuração, o autor apresentou:

(1) as ações laicas no campo da moral como responsáveis por inibir os direitos de algumas minorias. Ao longo dos anos, determinadas pautas são mantidas pelos evangélicos, católicos e kardecistas. Com exceção de alguns grupos dentro dessas religiões, há frases que articulam movimentos de mulheres, descriminalização e legalização do aborto, união homoafetiva, adoção de crianças por casais homossexuais, regulamentação das profissionais do sexo, ensino de educação sexual e distribuição de métodos contraceptivos nas escolas como um contrasenso ou como ações de dissolução da família. Quando alguma dessas pautas está para ser debatida, os representantes religiosos sensibilizam os praticantes e se articulam para desmobilizar as forças político-jurídicas laicas. Para Camurça (2017), a laicidade não se concretiza nessa arena. As publicações sobre política apresentaram justamente a ocorrência dessa situação, principalmente entre os presidenciáveis que disputaram o segundo turno nas eleições de 2010;

(2) entronização de símbolos nos espaços públicos. O crucifixo e o monumento à Bíblia estão presentes em diversas instituições públicas; exibem uma mensagem ideológico-cristã, que seria uma tentativa de “dominar” aquele espaço com ideias dogmáticas. A bíblia e o crucifixo suscitam disputas entre evangélicos e católicos, já que cada símbolo representa uma religião. Outro domínio religioso no campo público se dá pelo ensino religioso nas escolas e pelas passeatas de diferentes denominações. No mesmo contexto, mas de forma contraditória, há um cenário de contenção religiosa, que perfaz o descrito no ponto 3;

(3) ações para a retirada de símbolos religiosos nos espaços públicos. Embora não sejam tão comuns, algumas medidas judiciais compreendem que os símbolos religiosos contrariam os princípios de laicidade do Estado, o que leva à retirada das estátuas, crucifixos e até mesmo das capelas dos espaços públicos;

(4) ações contra o vilipêndio e a intolerância de ordem religiosa. O judiciário e a polícia em algumas ocasiões tentam coibir perseguições, invasões, depredações e fechamento, principalmente de terreiros. Ainda que a laicidade faça parte de um vocabulário do Estado, o autor afirma a inexistência de separações entre as religiões e os espaços públicos no Brasil, pois, para ele, não há nenhum ato explícito que vise combater o discurso religioso nas instituições públicas.

Silva e Flora (2010) realizaram um estudo que delimitou quatro denominações religiosas: Seicho-No-Ie, mórmon, católica e espírita. Para cada uma dessas religiões, foram entrevistados sete fiéis praticantes, do sexo feminino, com mais de 18 anos, e três líderes religiosos. Como resultado: “todos os participantes veem o abortamento como a interrupção de uma vida, possuindo uma posição contrária ao aborto” (SILVA; FLORA, 2010, p. 194). Somente os líderes das religiões mórmon e espírita defenderam o aborto diante de um risco de vida preeminente para a mulher. Entre as fiéis, os discursos mais liberais vieram de uma mulher espírita, que disse que não era apta ao julgamento de uma mulher que abortasse porque ela mesma poderia recorrer ao aborto em algum momento, mesmo sabendo que esse não era o posicionamento da sua religião. Uma das fiéis mórmons manifestou o respeito à vontade e ao livre arbítrio das mulheres diante da decisão.

Por meio desse estudo, as autoras concluíram que o discurso religioso se sobrepôs à vontade ou às opiniões das fiéis. Diante da religião, assumia-se outra postura identitária e as religiões, mesmo que de forma implícita, tomavam o foco das discussões. Outrora, constataram também que as religiões apareceram como fontes de acolhimento para mulheres que já haviam abortado. Na contramão de outros estudos, a religião representaria, para as autoras, um fator decisivo e de proteção para evitar que mulheres abortassem. Se nesse estudo os posicionamentos católicos pareceram mais conservadores, os autores Melo e Sanches (2015) deram respostas à visão do catolicismo através de um aprofundamento na carta encíclica *Evangelium Vitae*, publicada em 1995 pelo papa João Paulo II. Na carta, o aborto é designado como homicídio ou crime hediondo que representaria riscos para o início

da vida. No artigo de cunho teológico, os autores narraram a condenação papal de qualquer medicamento que visasse acabar com o feto no útero, inclusive o dispositivo intrauterino (DIU) e injeções seriam contraceptivos com essa função. Na carta encíclica, a posição do papa foi bem clara ao relacionar o início da vida humana ao momento da fecundação.

Tal posicionamento se mantém em disputa até hoje e atravessa os discursos no campo social, político e da saúde, gerando intensas controvérsias. Luna (2014) avalia as representações dos grupos “pró-vida” como uma “estética do grotesco”, remetendo-se à Bakhtin. Se, para ela, os grupos “pró-escolha” trabalham com produções visuais que dão conta de mensurar o aborto legal como uma atitude que é favorável à autonomia (da mulher) e pouco falam do feto, os grupos “pró-vida”, por sua vez, usam imagens de embriões como fetos, remetem o fenômeno a um assassinato, usam imagens sanguinolentas que incluem pedaços de pernas, cabeças e braços, tentando produzir um choque para o que acreditam ser a “perda da dignidade da vida humana”, “a morte de um anjinho ou inocente”.

Citando a posição do papa, Melo e Sanches (2015) chamam a atenção para o argumento sobre o direito à dignidade do embrião, por este já representar um ser humano, fato que fundamenta as imagens propagadas pelos grupos “pró-vida” em seus discursos, conforme citado por Luna (2014). Outro ponto a ser considerado pelo pontífice seriam as pesquisas com embriões humanos. Seu posicionamento é que deveriam ser evitadas por violarem a vida do embrião. Na carta, o papa convocou a Igreja para zelar pela “dignidade à vida” que, segundo ele, é vontade de Deus, e ir contra a vida desde a criação seria desafiar tal vontade. O posicionamento religioso repercutiu na opinião contrária, por parte de Deputados e Senadores, durante as votações de 2004 e 2005, sobre o uso das células-tronco embrionárias. Conforme apontou Luna (2013) quanto maior a adesão ao conteúdo doutrinário, maior será a possibilidade de alguém se guiar segundo a sua religião.

Gomes e Menezes (2015) mencionaram a presença constante de interferências religiosas sobre a vida e a morte, principalmente na sociedade ocidental moderna. As pesquisadoras descreveram que tanto a eutanásia/ortotanásia quanto o aborto são campos da ciência imersos nos ideais religiosos. Por mais que legislações ou projetos de lei sejam propostos no sentido de avançar em tais questões, o “início ou término” da vida é um campo de tensões e contrariedades entre a ciência e a religião. Para Mitre e Reis (2015),

isso também ocorre com as pesquisas envolvendo células tronco embrionárias no Brasil. Apesar de alguns avanços ao longo da última década, ainda esbarramos em argumentações contrárias ao seu uso na saúde.

Observamos então que no Brasil não existe uma política “neutra”, guiada por conhecimentos científicos, aquém dos julgamentos morais ou “divinos”. O que existe são grupos que entram no embate entre limites e fronteiras do público e do privado. Uma vez que as fronteiras do público são invadidas pelo fundamentalismo religioso, o processo democrático é posto em questão. Quando políticas públicas capazes de promover igualdade de gênero são sufocadas por ideais da família natural e papel tradicional da mulher, os direitos reprodutivos se veem ameaçados, segundo Ruibal (2014). Para a pesquisadora, a igreja se impõe como base de políticas públicas e decisões judiciais na maior parte dos países da América Latina.

No caso do Brasil, os próprios grupos religiosos, principalmente das igrejas neopentecostais, têm representantes em posições executivas e legislativas. Como contraponto aos Estados (não) laicos, as correntes feministas têm ressoado como uma forma de garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Para Ruibal (2014), resultados foram alcançados na Cidade do México e no Uruguai e, além disso, as cortes do México e do Brasil, de alguns anos para cá, se mostraram mais abertas a receber opiniões de atores sociais e utilizar novos mecanismos, como o *amicus curiae* e as audiências públicas. A pesquisadora observa a possibilidade de movimentos integrados, como é o caso de organizações tradicionais de direitos humanos católicas, que fizeram coalizões com grupos feministas. Outro exemplo seria o movimento “Católicas pelo direito de decidir”, que ganhou força na Colômbia, no México e no Brasil com o preceito de uma livre interpretação da religião, ou seja, que determinados pontos de vista religiosos podem ser refutados.

Judicialização

Ao passo que os artigos sobre política vêm acompanhando os fatos sociais desencadeados em determinados períodos, isso também parece ocorrer com as publicações no âmbito da judicialização. Barroso, Benvindo e Osório (2017) citam o Direito Constitucional, mais especificamente a Suprema Corte, que em 2016 foi convocada através do Tribunal para intervir em diversas questões que deflagraram momentos turbulentos na política, na economia e no âmbito social.

Em 2016, uma das decisões proferidas pelo ministro Luís Roberto Barroso se deu com base na inconstitucionalidade da incidência do crime de aborto no primeiro trimestre de gravidez (HC 306 de 29/11/2016). Tratou-se da liberação da prisão preventiva de profissionais que trabalhavam em uma clínica de aborto clandestina. Os motivos que levaram ao habeas corpus foram: (1) a detenção anterior ao julgamento não cumpria a legalidade; (2) houve concordância da maioria (no Primeiro Painel e do ministro) de que criminalizar a interrupção da gravidez no primeiro trimestre é violar direitos fundamentais da mulher, além de violar e causar sequelas principalmente para a parcela de mulheres mais pobres. Para Barroso, criminalizar o aborto é violar também o princípio da proporcionalidade, já que o Estado poderia incentivar medidas mais eficazes no lugar de criminalizar a prática. Segundo ele, a criminalização não tem impacto sobre os altos índices de abortos que continuam ocorrendo e produzindo custos sociais, repercutindo na saúde pública e nos índices de mortalidade.

Sabe-se que entre alternativas pautadas por integrantes do movimento feminista, profissionais da área de saúde e pesquisadores favoráveis à realização do aborto pelo SUS, o uso de medicação é apontado como uma das mais seguras e viáveis. Corrêa e Mastrella (2012), assim como Zordo (2016), descreveram a utilização do misoprostol como paradoxal, já que é uma medicação capaz de reduzir as mortes maternas mas que não é disponibilizado em razão de sua criminalização.

Diniz e Castro (2011) avaliaram a repercussão desse medicamento em noticiários de jornais de grande circulação nacional ao falarem sobre o aborto. A medicação entrou nos boletins policiais, no enquadramento de medicamentos de gênero – mesmo tendo registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e sendo reconhecida pela OMS, está no mesmo parâmetro daquelas que propiciam mudanças corporais e estéticas, que visam o emagrecimento ou prometem resolver casos de disfunção erétil, mas não possuem eficiência comprovada. Sobre as vendas e a distribuição, os noticiários situaram os homens como principais “pontos de apoio” para as mulheres que buscaram a medicação. Os mesmos que comercializavam também ensinavam e davam informações sobre como deveria ser administrada e o que as usuárias poderiam esperar a partir do uso.

Diniz e Castro (2011) chamaram a atenção para o fato de as próprias reportagens se dedicarem mais a criminalizar esses homens (pelo tráfico de medicações de gênero) e pouco narrarem sobre as questões sociais envolvendo as mulheres que recorrem ao mercado paralelo. Em casos apresentados na

mídia, as pesquisadoras problematizaram o quanto a sociedade é moralizante e essas opiniões refletem as decisões proferidas pela justiça. Nesse âmbito, Costa (2013) relatou uma situação que teve grande repercussão nos veículos de comunicação durante o ano de 2007. Tratou-se de uma clínica clandestina, situada em Campo Grande (MS), que após denúncias foi protagonista de um cerco policial que culminou na prisão dos funcionários e apreensão de um arquivo contendo dados de 10 mil mulheres.

A pesquisadora acompanhou o decorrer da situação, que envolveu o julgamento dos profissionais atuantes na clínica e a decisão frente aos nomes que estavam nos arquivos. Durante o julgamento, dois profissionais afirmaram trabalhar na clínica realizando procedimentos permitidos por lei, envolvendo a retirada de cistos, pequenos procedimentos e inserção de dispositivos intrauterinos (DIU). A terceira profissional (uma psicóloga) que foi filmada na reportagem alegou que atendia mulheres e casais e não era seu dever convencê-los ou modificar suas ideias, mas conhecer o perfil e realizar uma triagem. Por fim, a médica que foi julgada afirmou que sim, trabalhava na clínica e realizava abortos de forma clandestina.

Ao longo das defesas, era relatada a preocupação com o sigilo desses quase 10 mil nomes de mulheres que não seriam preservadas e teriam que responder criminalmente na justiça, indo contra a lógica do sigilo médico. Como sentença, foram determinadas penas de reclusão para os envolvidos, variando de um ano e três meses a sete anos. Em um momento subsequente, as penas foram reduzidas pelo Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul. Para Costa (2013), o poder punitivo e coercitivo não parou por aí. As 10 mil mulheres tiveram os seus dados e sigilo violados perante a mesma justiça que os garante como direitos individuais. A isso ela denominou de “forças da inquisição”. Ela correlacionou Campo Grande e o estado do Mato Grosso do Sul como mantenedor de amplos ideais religiosos e conservadores que se apresentam em diversas áreas, entre elas, a justiça.

A fim de conhecer como seria o pensamento e a influência de tais fatores (religião e moralidade) para a concepção do aborto por parte de importantes especialistas da área jurídica, Duarte et al. (2010) realizaram no período de 2005 a 2006 um estudo sobre a opinião de juízes e promotores de justiça brasileiros sobre o aborto. Os autores conseguiram através de um questionário o total de 4.107 respondentes, entre os quais 2.614 eram promotores e 1.493 eram juízes; a maioria do sexo masculino, trabalhava nas regiões Sul ou Sudeste, vivia em um relacionamento e tinha até dois filhos.

Como resultado, 12% dos respondentes afirmaram ter vivenciado um aborto em algum momento, 86,5% disseram não ter religião e 75% se mostraram favoráveis à descriminalização do aborto. Para os respondentes, em diversas circunstâncias os abortos deveriam ser permitidos, entre elas: a anencefalia, risco de morte para a gestante, gestações provenientes de estupro e, ainda, malformações graves incompatíveis com a vida uterina e prejuízos à saúde física e mental das mulheres. A pesquisa demonstrou que os participantes estão atualizados nos debates sobre o tema. Embora os resultados não possam ser generalizados, os entrevistados atuantes na justiça mantêm menos conservadorismo em suas falas do que outras classes, entre elas os políticos e os médicos ginecologistas obstetras – o que se confirma ao longo da nossa análise. Um dos fatores levados em consideração foi o distanciamento da maioria dos respondentes de posições religiosas. Ainda assim, frente à criminalização do aborto, Duarte et al. (2010) deram importância à análise de cada caso em separado, o que significa que os promotores ou juízes avaliam cada situação, dentro de histórias singulares.

Direitos humanos

Embora possamos ver alguns avanços, os direitos humanos no Brasil ainda enfrentam retrocessos. Para Corrêa (2010), a interseção entre direitos humanos e o tema do aborto é relativamente nova, ganhando força principalmente em 2005, quando foi apresentada ao Congresso uma lei que visava descriminalizá-lo. A decisão coincidiu com a vinda do papa ao Brasil e acabou rejeitada no próprio Congresso. Entre tantos grupos críticos, emergiram as vozes dos “direitos humanos”, que repercutiram no III Programa Nacional para o Desenvolvimento dos Direitos, que partindo do I Plano Nacional de Política da Mulher (BRASIL, 2004) apelou para a descriminalização do aborto como uma garantia de autonomia sobre seus corpos. O programa ganhou visibilidade e foi desconsiderado no ano de 2010, principalmente pelos ministros da Agricultura e da Defesa.

Ainda sobre conteúdos vinculados aos direitos humanos em documentos oficiais, Albuquerque e Evans (2012) analisaram a apresentação de relatórios por parte do Estado brasileiro para a Organização das Nações Unidas (ONU). Durante a pesquisa, três agentes governamentais responsáveis pelo preenchimento desses relatórios foram entrevistados e apontaram lacunas no campo dos direitos humanos no Brasil, principalmente no âmbito da saúde. A saúde é primordial na garantia dos demais direitos e,

nos relatórios de 2001 e 2007, a ênfase em termos de saúde manteve um foco biomédico, com vistas ao combate às doenças, alocação de recursos e descrição de instrumentos. A lacuna se deu na menção às populações vulneráveis, na descrição de estratégias que impactaram positivamente a população e no diálogo sobre gênero.

O Comitê Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais (CDESC) requisitou ao Brasil dados detalhados sobre mortalidade materna e aborto, além de medidas legislativas para proteger as mulheres de efeitos de abortos induzidos. Essas informações constaram nas pendências e questionamentos do CDESC ao Brasil e o órgão demonstrou preocupações, dadas as altas taxas de abortos induzidos. A resposta do Brasil a tais pendências não conseguiu estruturar uma relação necessária entre saúde pública e direitos humanos. Os requisitos da ONU não têm sido cumpridos com efetividade. Para Corrêa (2014), quando falamos sobre a questão dos direitos sexuais e reprodutivos, temos empecilhos assim como a China, África do Sul, Índia e Rússia. Nos dois últimos, o aborto também aparece como um problema. Embora sejam nações diferentes em termos de economia e cultura, na Índia há questões que envolvem o aborto seletivo, que é o aborto feito quando as mulheres descobrem que o feto é do sexo feminino. Na Rússia, a proximidade com a problemática brasileira é mais semelhante, visto que grupos extremistas contrários ao aborto vêm ganhando força e, mesmo sendo permitido (ponto que difere do Brasil), esse direito das mulheres se vê ameaçados frente a esses grupos.

Corrêa (2016), reafirmou que o Brasil vive um momento de extrema complexidade, no qual diante de grupos extremistas (principalmente os fundamentalistas religiosos) vêm surgindo os grupos feministas com diversas pautas, entre elas o aborto. Corrêa criticou o fato de nem sempre as pautas se articularem e de os grupos fora desse cotidiano não se atentarem para o debate (que não deve ser restrito apenas às feministas). Ela exemplificou com os pesquisadores da área da violência que invisibilizam o assunto, como se não lhes dissesse respeito, e assim seguem o modelo colonial científico. A pesquisadora chamou a atenção para a seletividade das bandeiras: grupos que articulam a defesa das causas LGBTQ+, ao se depararem com a questão do aborto, não se manifestam. Há então uma lógica de ruptura entre as lutas.

Os movimentos feministas têm obtido conquistas importantes ao longo das décadas. Segundo Vieira Júnior (2014), o cenário de proibicionismo do aborto no Brasil começou a ser debatido na década de 1970, influenciado pelos acontecimentos nos Estados Unidos e na Europa. No início dos anos 1980,

as feministas falavam sobre a contracepção e o direito de livre escolha da maternidade. O autor pontua essa luta como antiga e, assim como foi pontuado por Corrêa (2016), outras conquistas têm sido traçadas, então seria hora dessa questão, que sempre se mostrou tão central no feminismo, vencer as barreiras em diversos âmbitos, alguns deles inclusive trazidos para este artigo, como o político, o religioso e moral.

Vulnerabilidades e perfil associado ao aborto

No período escolhido para esta pesquisa, houve maior necessidade de conhecer a realidade das mulheres que abortam no Brasil. Alguns estudos locais exploraram aspectos importantes: a adolescência foi muito enfatizada, como exemplo, Cerqueira-Santos et al. (2010) apontaram para a emergência das taxas de gravidez entre adolescentes, de que uma parcela resulta em abortos. Mitchell et al. (2014) realizaram uma pesquisa importante com foco em estudantes de 12 a 21 anos de escolas públicas do Rio de Janeiro e concluíram que o conhecimento sobre os métodos abortivos era raso e inconsistente, e que se deu diante da perspectiva de gênero e dos espaços sociais: adolescentes do sexo feminino deram uma gama maior de respostas, assim como aquelas que tiveram proximidade com alguém que realizou aborto.

Porto e Sousa (2017) publicaram recentemente o resultado de uma pesquisa na qual visaram conhecer os itinerários abortivos de mulheres do Rio Grande do Norte (RN), e os resultados ratificaram um dos pontos apresentados por Mitchell et al. (2014) sobre o pouco conhecimento dos métodos abortivos; fato este que pode ser comprovado no início da publicação, quando Porto e Sousa (2017) explicaram que antes das duas jovens entrevistadas utilizarem o Cytotec, elas haviam tentado o aborto com chás e outras substâncias. Outra questão relevante foi o fato de afirmarem que entre as jovens, a que tinha mais conhecimentos sobre os procedimentos aos quais seria submetida após o aborto era a de melhores condições financeiras. A publicação de Diniz e Medeiros (2010) enfatizou o caráter nacional do aborto, delimitando-o não só a uma faixa etária, mas abrindo a possibilidade de as mulheres falarem sobre o tema ao longo das suas vidas.

A pesquisa domiciliar com técnica de urna sobre o aborto no Brasil realizada em 2010 apontou para uma maior ocorrência na faixa etária compreendida entre os 20 e 24 anos de idade. Esses dados reafirmam que as mulheres fazem o aborto para retardar o início da vida reprodutiva. Na contramão dos discursos religiosos, que invisibilizam a ocorrência dos

abortos internamento, a proporção de mulheres que fizeram aborto foi maior entre católicas e evangélicas, contra um número ínfimo mulheres que não responderam ou sem religião declarada. A vulnerabilidade social apareceu quando o aborto teve maior visibilidade e repercussão entre mulheres de baixa escolaridade.

Como complemento, podemos citar uma produção mais recente, de Diniz, Medeiros e Madeiro (2017), que apresentou os dados da PNA de 2016 e os comparou aos encontrados em 2010. Na pesquisa mais recente, o aborto apareceu como um fenômeno frequente entre todas as mulheres. Entretanto, a heterogeneidade entre os grupos sociais chamou a atenção, sendo as mulheres de menor escolaridade, moradoras das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, pretas, pardas e indígenas as que respondem pela maior frequência de abortos.

Anterior à última PNA, a publicação de Santos et al. (2016) objetivou conhecer o perfil sociodemográfico das mulheres que haviam abortado em Salvador. Para tal, contou com o apoio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na realização da coleta de dados através de questionários estruturados e semiestruturados. A análise dos dados reforçou o que foi anteriormente exposto por Diniz e Medeiros (2010) e foi reiterada pela PNA de 2016, no que tange ao perfil das mulheres que abortaram na região Nordeste: entre as 350 mulheres participantes do estudo 110, confirmaram a realização de ao menos um aborto; As que relataram ter feito um aborto eram majoritariamente pobres, com menores índices de escolaridade (se comparadas às que disseram não ter feito), pardas, negras e indígenas, que estavam em um relacionamento estável, católicas ou evangélicas. O perfil indicou predominância de mulheres socialmente desfavorecidas.

Nonnenmacher et al. (2014), ao entrevistarem 31 mulheres de São Paulo e do Rio Grande do Norte que induziram o aborto, verificaram o relato de falta de participação ou ausência dos parceiros como um ponto fundamental no seu processo decisório. Diante do que foi apresentado até então, podemos acrescentar mais um dado ao perfil que contribui diretamente para a decisão: a negligência do parceiro perante a mulher e o processo decisório. Mesmo que uma parcela delas fosse casada ou vivesse em relação estável, elas alegaram a distância dos parceiros em relação ao posicionamento de levarem adiante a gestação, fato que se inter-relacionou às condições financeiras e econômicas, presença de um ou mais filhos e impossibilidade de levar uma gestação à frente por motivos pessoais.

A moralidade e o aborto na visão dos profissionais de saúde

Se os argumentos sobre o tema refletem majoritariamente uma lógica social moralizante, de cunho religioso, para além dos políticos e juristas, um achado essencial na presente busca bibliográfica refletiu o posicionamento dos estudantes e dos profissionais de saúde. Fernandes et al. (2012) organizaram um estudo sobre o conhecimento dos estudantes de medicina brasileiros referente ao aborto medicamentoso. No total, 874 alunos de três universidades de medicina do estado de São Paulo preencheram um questionário estruturado, com 12 afirmações sobre o uso do misoprostol. Desse número, apenas 8% apresentaram conhecimentos corretos e satisfatórios sobre o seu uso e efeito. O estudo apontou para a urgência da inserção do tema nos currículos de medicina.

Outro trabalho semelhante foi realizado por Darzé e Azevêdo (2014). No estudo transversal, foram aplicados questionários para um grupo de 174 estudantes de medicina da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Diferente do que ocorrera em universidades paulistas, o propósito consistiu em avaliar o conhecimento dos estudantes sobre o tema, envolvendo as situações em que era permitido e as complicações decorrentes do “aborto inseguro”. Do total, 59,8% foram considerados bem-informados. Da amostra, 45,4% disseram ter conhecido alguém que se submeteu ao procedimento de forma clandestina. Sobre as complicações, mais de 90% mencionaram o óbito e as hemorragias; a infertilidade foi citada por 72,4%; as infecções, por 88,5%, e as complicações em gestações seguintes foram referidas por 70,1%. Os autores verificaram que o conhecimento sobre a ocorrência do fenômeno aumentou conforme o tempo de permanência na universidade.

Ainda na Bahia, mais especificamente em Salvador, foi proposto um estudo no ano de 2009 que visou examinar a percepção e a experiência de profissionais de saúde, principalmente dos ginecologistas-obstetras, sobre o contraste entre o aborto previsto em lei e o clandestino. A amostra reuniu 45 profissionais, entre os quais 22 eram ginecologistas-obstetras. Dois hospitais foram escolhidos como campos da pesquisa. Um deles realizava o procedimento legalmente e o outro não. Ao longo do estudo, Zordo (2012) percebeu que o aborto é fruto de impasses e processos burocráticos mesmo no âmbito legal. No hospital de referência para o aborto legal, entre os anos de 2002 e 2008, cerca de 89 mulheres tentaram realizá-lo por consequência de estupro. Desse número, destacaram-se 40 mulheres que não conseguiram, uma vez que a espera pelos trâmites fez com que ultrapassassem o tempo de gestação

em que o procedimento é permitido. Os próprios ginecologistas-obstetras achavam relevante que antes do aborto as mulheres passassem pelo comitê de ética, por consultas com psicólogos e assistentes sociais. Contudo, quando o assunto era o aborto induzido, o papel dos psicólogos e assistentes sociais na visão dos médicos era outro: o de fazer com que as mulheres aceitassem se submeter aos exames necessários, que de fato comprovariam a indução do aborto.

Ainda sobre o aborto legal, alguns poucos entrevistados sugeriram que era necessária a comprovação do estupro, já que “as mulheres poderiam mentir”. Nesse mesmo hospital, uma profissional da área, que seguia os preceitos religiosos, disse ter tentado convencer uma das pacientes a não abortar. No hospital onde o procedimento não é realizado, os profissionais se mostraram ainda mais conservadores, inclusive em relação às condições em que o aborto era permitido legalmente. Nas entrevistas, Zordo (2012) reuniu algumas falas sobre as atitudes punitivas dos ginecologistas-obstetras. Entre elas, os profissionais lembraram que as pacientes ao darem entrada após um aborto induzido algumas vezes eram deixadas sangrando por um tempo. Vários médicos narraram o caso de uma paciente que foi esquecida em outra unidade e morreu.

Para a maioria dos entrevistados, as mulheres pobres que tinham muitos filhos, assim como as adolescentes/jovens, eram irresponsáveis, já que na visão deles, elas poderiam ter utilizados métodos para evitar as gestações. Entre as motivações para abortos legais que não ocorreram, foi situada a objeção de consciência. Por não conhecerem a legislação, não se sentiram preparados academicamente falando ou se oporem religiosamente ao procedimento, alguns médicos relataram que eles e suas equipes desistiram de fazer o aborto em determinadas situações e, em algumas delas, as pacientes já estavam no centro cirúrgico e precisavam descer para a enfermaria, já que ninguém realizaria o procedimento.

Os casos narrados acima não foram exclusivos de apenas um estudo. Outra pesquisa conduzida por Madeiro e Rufino (2017) entre junho de 2012 e novembro de 2013 demonstrou desrespeito e abusos por parte dos profissionais de saúde de um hospital público de Teresina (PI), diante de mulheres internadas em decorrência de abortos induzidos malsucedidos. Das 78 mulheres que participaram da entrevista, 26 alegaram ter sofrido algum ato violento durante a internação. A ameaça de denúncia foi feita para todas. Mesmo entre as mulheres que julgaram o atendimento como positivo, a discriminação também esteve presente em alguns casos. Algumas comentaram sobre o medo de o aborto

ser descoberto ou de os médicos encontrarem restos de comprimido vaginal. Uma delas relatou que, diante da descoberta, o médico disse que seria “bonzinho e não faria nenhuma denúncia”. Um dos profissionais interpelou outra paciente sugerindo que ela “orasse muito e se arrependesse dos seus atos”.

Grande parte das mulheres narrou coação e pressão dos médicos até que elas assumissem que induziram o aborto. Os pesquisadores descreveram as narrativas como “perturbadoras” e, diante de todas elas, ressaltaram a importância do cuidado voltado para a lógica científica, da humanização dos atendimentos diante de abortos, do aprimoramento de políticas públicas e da sensibilização dos profissionais para as questões de gênero, para além das suas crenças pessoais.

Sobre a moralidade expressa nas opiniões e atitudes médicas, Lucchetti et al. (2014) afirmaram que a contrariedade em relação ao aborto pode ser relativizada já entre os universitários, e dois fatores determinam tal mentalidade: um deles é a posição religiosa e a outra, a influência da própria universidade. Ou seja, universidades mais novas e públicas localizadas em centros urbanos, menos tradicionais e que têm um corpo docente menos conservador contribuem com egressos mais favoráveis à compreensão de posições éticas contraditórias; o mesmo ocorre com universitários menos religiosos.

Tais achados sobre religião também foram confirmados na pesquisa de Madeiro e Rufino (2017) sobre objeção de consciência por parte de estudantes de medicina no Piauí. A objeção de consciência tem sido apontada como um problema. Ela está imersa em dois campos que se tornaram conflituosos: a medicina e os direitos humanos. Uberoi e Galli (2017) compreendem que enquanto há uma ética que preserva o direito à liberdade, à consciência e às posições pessoais dos profissionais de saúde, também há a obrigatoriedade de esses profissionais zelarem pela proteção e integridade dos seus pacientes. Os organismos de direito humanos em nível internacional têm tentado encontrar um equilíbrio no estabelecimento de diretrizes que garantam o direito das mulheres. Faúndes, Duarte e Osis (2013) reconheceram a objeção de consciência como um direito legítimo dos médicos, diante de ações que acreditam ser contra seus princípios. Os autores compreendem que por razões morais, a objeção seria um disfarce contra julgamentos e estigmatizações provenientes de indivíduos que são contrários à realização do aborto. Para os pesquisadores, algumas medidas são necessárias para garantir o acesso à informação aos profissionais. À medida que eles são capacitados para uma

compreensão mais profunda do problema, torna-se possível romper com as questões pessoais. Trabalhos nesse sentido vêm ocorrendo no exterior, com destaque para o grupo da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), no Reino Unido.

Em nível nacional, Cacique, Passini e Osis (2013), ao revisarem pesquisas sobre as atitudes, conhecimentos e opiniões de profissionais de saúde publicadas no período de 2001 e 2011, verificaram que as categorias que mais opinam sobre o assunto são os médicos, principalmente ginecologistas e obstetras. Há uma carência quanto à exposição das visões de enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, fato que é questionado já que tais profissionais compõem equipes que lidam com abortos. O estudo de Lemos e Russo (2014) está entre os poucos que narraram a opinião dos enfermeiros e assistentes sociais em relação ao tema. Durante um curso sobre Saúde da Mulher realizado no ano 2000, foi realizada observação participante e entrevistas em grupo, através de dinâmicas, com sete enfermeiras e cinco assistentes sociais. O objetivo era conhecer como as profissionais se comportavam diante de determinados temas, entre eles o aborto. Assim como Lemos e Russo (2014) e Pitilin et al. (2016) concluíram que o conhecimento por parte dos profissionais de saúde é um importante instrumento para a ruptura do preconceito.

De Faria (2012) verificou em seu estudo que as pacientes admitidas em situação de interrupção da gestação passam por vários sofrimentos, inclusive a perda da autonomia, quando são muito novas e a decisão é realizada por familiares. Entre os sofrimentos, Villela e Monteiro (2015) apontaram o estigma como uma barreira vivenciada por profissionais do sexo, mulheres com HIV/aids e mulheres que abortaram. As três categorias enfrentam, ao longo do tempo, dificuldades de acesso ao sistema de saúde.

Diniz (2013) chamou a atenção para o campo de forças políticas e o embate com a saúde pública, em especial com a área de saúde materno infantil, já que após todas as tensões no campo político, a candidata Dilma Rousseff foi eleita. Em 2011, ela emitiu o Projeto de Lei sobre o “Sistema Nacional de Vigilância e Monitoramento de Registros para a Prevenção da Mortalidade Materna”, que foi altamente criticado por parte dos movimentos feministas dado o teor dos conceitos utilizados. Nele, foi proposto um registro obrigatório de todas as grávidas e gestações no sistema de saúde, além da consideração da inclusão do termo “nascituro”, que significava “crianças não nascidas”. Os grupos de direitos humanos afirmaram que a lei era inconstitucional, e por fim, em 2012, uma medida extinguiu o uso do termo. Apesar da exclusão do

conceito, a medida continuou apresentando fragilidades porque nunca incluiu os conflitos de saúde sexual e reprodutiva e ignorou a necessidade de defender o aborto seguro e legal no Brasil.

Face a essa e outras questões relacionadas acima, Diniz (2013), assim como Faúndes e Miranda (2017), afirma que as mulheres querem ter o direito de optar pelas suas escolhas diante de seus corpos e querem ter o acompanhamento necessário, sem que isso lhes cause um aumento do sofrimento pré-existente. Sendo assim, a criminalização do aborto desencadeia problemas que interferem diretamente na vida das mulheres. Faúndes e Miranda (2017) apontam ainda a criminalização como fonte da discriminação das que chegam aos serviços de saúde por conta de abortos malsucedidos. Santos et al. (2013) enfatizam o aborto como um tema no cerne da saúde pública. Os problemas no âmbito da saúde são vários e envolvem os cuidados, a carência na formação dos profissionais que atuam com essas pacientes nos serviços, a incompreensão dos valores bioéticos, a negativa de atendimento, os altos custos com internações e procedimentos que repercutem nas complicações dos quadros físicos e emocionais e, em algumas situações, culminam na morte das mulheres que buscaram os serviços com a finalidade de serem ajudadas.

Aborto e questões emocionais

Apesar de o artigo de Faria (2012) ter citado o impacto do aborto para as adolescentes, apenas três publicações investigaram profundamente a questão do sofrimento envolvido no evento. A pesquisa exploratória descritiva de Heleno (2010) consistiu em um estudo de caso, realizado em março de 2016, com dez mulheres que apresentavam dificuldades para engravidar. Como campo foi selecionado um ambulatório de reprodução humana (não foi mencionado o estado ou a cidade). As mulheres foram escolhidas através do prontuário. A idade média delas era de 37,2 anos, todas estavam aguardando pelo procedimento de fertilização e possuíam também histórico de aborto(s) (espontâneo ou induzido). Das dez, quatro sofreram um aborto espontâneo e oito provocaram um aborto ao longo da vida. Ao investigar a eficácia adaptativa e identificar a repercussão psicológica em mulheres que vivenciaram o aborto e frequentavam o laboratório de reprodução humana, foi verificado que a falta de desejo sexual e a culpa foram sentimentos muito evidentes. As mulheres mencionaram timidamente um sentimento semelhante à inveja e à dificuldade em aceitar que outras mulheres engravidassem. O medo de um aborto espontâneo foi relatado por seis participantes.

Entre os pontos que ampliaram a dor do aborto estava a falta de acolhimento por parte dos profissionais de saúde e a incapacidade da equipe médica em atendê-las, conforme precisavam. Publicações anteriores apontaram para análises semelhantes (DINIZ, 2012, 2013; FARIA, 2012; FAÚNDES; MIRANDA, 2017; ZORDO, 2012).

Em publicação posterior à de Heleno (2010), Pereira (2012) avaliou como se deu o processo decisório do aborto e os sentimentos decorrentes dele. Foram entrevistadas nove mulheres internadas em uma maternidade pública de Salvador (BA), hospitalizadas por aborto provocado entre os meses de setembro e outubro de 2009. Sobre a decisão de abortar, foram citados diversos motivos. No tocante às categorias que envolvem os sentimentos e emoções, as mulheres mencionaram o medo de morrer, mediante o uso do medicamento, assim como o sentimento de culpa, observado como reflexo das crenças morais e religiosas das entrevistadas. Também foram ressaltados os sentimentos de alívio e tristeza. Segundo a pesquisadora, o processo do aborto foi visto de forma geral como doloroso e difícil.

Como complementação, outro artigo apresentou o estudo de caso realizado por Santos e Brito (2016) em uma maternidade pública localizada no Rio Grande do Norte (RN), no qual entrevistaram 19 mulheres internadas em decorrência da indução do aborto, entre os meses de março e agosto de 2013. As participantes eram maiores de 18 anos, estavam em internação, tinham condições físicas e mentais e aceitaram participar do estudo. As mulheres deveriam inicialmente responder como foi a interrupção da gravidez. Na análise das entrevistas, a principal categoria foi “o sentimento vivenciado nas práticas abortivas”. Dentro do perfil das entrevistadas, houve prevalência de católicas, pardas, com idades entre 26 e 30 anos; sete já haviam induzido um aborto anterior, 13 tiveram pelo menos um filho, a maioria possuía renda fixa, trabalhava de modo formal, a faixa média de renda era de um a três salários-mínimos, a escolaridade da maioria era o nível médio e a maioria também relatou que vivia em relacionamento estável. A maior parte das interrupções se deu até a sexta semana, e o método mais utilizado foi o medicamentoso. Na visão de Santos e Brito (2016), os principais sentimentos relatados foram tristeza e angústia.

Os estudos em questão foram essenciais, dado que poucos achados sobre o aborto buscaram conhecer mais profundamente as narrativas dessas mulheres e os sentimentos que envolveram a interrupção da gravidez. Heleno (2010), Pereira et al. (2012) e Sell et al. (2015) alertaram para a necessidade de se pensar os fatores relacionados ao aborto e os sentimentos

originados em decorrência de cada experiência. Apesar de os estudos serem locais, servem de subsídio para que, junto a outras produções de maior porte, seja possível conhecer como a criminalização repercute em questões de saúde que vão além da ordem física e orgânica.

4 Conclusão

Por meio da busca em bases virtuais consagradas cientificamente, foi possível concluir que o maior número de publicações sobre o aborto no Brasil ocorreu a partir de 2010. Enquanto os artigos produzidos em períodos anteriores refletiram temas ligados ao papel da mulher na maternidade, contracepção e as deliberações sobre o aborto no contexto da legalidade, o terceiro período recebeu a atenção central por envolver questões mais contemporâneas. Entre os achados, as pesquisas sobre religião e saúde corresponderam a 50% das subcategorias abordadas. No entanto, todas as subcategorias demonstraram interligação, de tal forma que nas publicações sobre aborto e política, a religião foi utilizada para legitimar ou deslegitimar o interesse de determinados grupos; nas publicações sobre a saúde, a violência relatada nos serviços também é fruto de uma construção social moralizante, e a judicialização muitas vezes virou um possível argumento para fins da manutenção da relação de poder entre profissionais e pacientes; os direitos humanos apareceram na defesa da laicidade do Estado e da visualização do perfil dessas mulheres.

De forma geral, as autoras e os autores buscaram dialogar e investigar um campo que por si só desperta conflitos na sociedade brasileira, e se o tema é objeto de repressão, o sofrimento muitas vezes é agravado por discursos que atravessam as decisões privadas e partem para a esfera pública. Dessa forma, é preciso analisar também o sofrimento psíquico das mulheres que optam pela interrupção, para além do físico. Essa foi mais uma novidade trazida no período analisado, já que mesmo em menor quantidade, algumas publicações sugeriram pensar a relação da saúde mental com o aborto.

Por fim, a análise das publicações ocorreu no ano de 2018, o mesmo em que o Supremo Tribunal Federal (STF) propôs uma audiência pública que durou três dias e teve como pauta a descriminalização do aborto. Portanto, ainda que as publicações sobre o tema não sejam relativamente numerosas, é esperado que o número até então apresentado tenda a crescer. Se nos anos anteriores os achados eram mais sutis, cada vez mais o tema vem sendo proposto, o que é fundamental para estabelecer um diálogo científico junto à sociedade.

Referências

AGUIAR, I. Veja onde se faz mais abortos no Brasil, de acordo com o IBGE.

Agência Patrícia Galvão, [s.l.], 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3EiGtT9>. Acesso em: 15 set. 2018.

ALBUQUERQUE, A.; EVANS, D. P. Direito à saúde no Brasil, **SUR 17**, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3m9Rj7G>. Acesso em: 30 jul. 2018.

ALMEIDA, T. M. C.; BANDEIRA, L. M. O aborto e o uso do corpo feminino na política: a campanha presidencial brasileira em 2010 e seus desdobramentos atuais. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 41, p. 371-403, 2013.

BARROSO, L. R.; BENVINDO, J. Z.; OSÓRIO, A. Developments in Brazilian constitutional law: the year 2016 in review. **International Journal of Constitutional Law**, Oxford, v. 15, n. 2, p. 495-505, 2017.

BIROLI, F. Autonomia, preferências e assimetria de recursos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 31, n. 90, p. 39-56, 2016.

BRASIL. Decreto-Lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Diário Oficial da União**: Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: <https://bit.ly/3mjHYZY>. Acesso em: 17 set. 2018.

BRASIL. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004.

BRASIL. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

CACIQUE, D. B.; PASSINI, R.; OSIS, M. Opinions, knowledge, and attitudes of health professionals on induced abortion: a review of Brazilian studies (2001-2011). **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 916-936, 2013.

CAMURÇA, M. A. A questão da laicidade no Brasil: mosaico de configurações e arena de controvérsias. **Horizonte: Revista de Estudos de Teologia e Ciências Religiosas**, Belo Horizonte, v. 15, n. 47, p. 855-886, 2017.

CERQUEIRA-SANTOS, E. et al. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 72-85, 2010.

CORRÊA, S. Potências emergentes, **Sur** 20, [s.l.], 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2Zkjlml>. Acesso em: 20 set. 2018.

CORRÊA, S. Brazil: one of the abortion front lines. **Reproductive Health Matters**, Abington, v. 18, n. 36, p. 111-117, 2010.

CORRÊA, S. Entrevista: a categoria mulher não serve mais para a luta feminista. **Sur: Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 13, n. 24, p. 215-224, 2016.

CORRÊA, M. C. D. V.; MASTRELLA, M. Aborto e misoprostol: usos médicos, práticas de saúde e controvérsia científica. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1777-1784, 2012.

COSTA, A. L. Modern-day inquisition: a report on criminal persecution, exposure of intimacy and violation of rights in Brazil. **Sur**, Rochester, v. 10, n. 19, p. 175-192, 2013.

DARZÉ, O. I. S. P.; AZEVÊDO, B. K. G. Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 5-9, 2014.

DINIZ, S. Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil. **Reproductive Health Matters**, Abington, v. 20, n. 39, p. 125-132, 2012.

DINIZ, D. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1704-1706, 2013.

DINIZ, D.; CASTRO, R. O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 94-102, 2011.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 959-966, 2010.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017.

DUARTE, G. A. *et al.* Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 3, v. 44, p. 406-420, 2010.

FARIA, E. C. R. *et al.* Abortamento na adolescência: vivência e necessidades de cuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 20-26, 2012.

FAÚNDES, A.; MIRANDA, L. Ethics surrounding the provision of abortion care. **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**, Amsterdam, v. 43, p. 50-57, 2017.

FAÚNDES, A.; DUARTE, G. A.; OSIS, M. J. D. Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Hoboken, v. 123, supl. 3, p. 57-59, 2013.

FERNANDES, K. G. *et al.* Knowledge of medical abortion among Brazilian medical students. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Hoboken, v. 118, supl. 1, p. 10-14, 2012.

FONTES, M. L. A. O enquadramento do aborto na mídia impressa brasileira nas eleições 2010: a exclusão da saúde pública do debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1805-1812, 2012.

GOMES, E. C.; MENEZES, R. A. Diferentes perspectivas sobre aborto y gestión de la muerte en Brasil: posiciones religiosas y del discurso médico. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 28-48, 2015.

HELENO, M. G. V. Adaptive efficacy of women with history of induced and spontaneous abortion in a human reproduction ambulatory. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 33-41, 2010.

LEMOS, A.; RUSSO, J. A. Profissionais de saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 301-312, 2014.

LUCCHETTI, Giancarlo *et al.* Medical students and controversial ethical issues: results from the multicenter study SBRAME. **BMC Medical Ethics**, Basingstoke, v. 15, n. 1, p. 1-8, 2014.

LUNA, N. O direito à vida no contexto do aborto e da pesquisa com células-tronco embrionárias: disputas de agentes e valores religiosos em um estado laico. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 71-97, 2013.

LUNA, N. Aborto no Congresso Nacional: o enfrentamento de atores religiosos e feministas em um Estado laico. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, DF, n. 14, p. 83-109, 2014.

MACHADO, M. D. C. Aborto e ativismo religioso nas eleições de 2010. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, DF, n. 7, p. 25-54, 2012.

MACHADO, L. Z. O aborto como direito e o aborto como crime: o retrocesso neoconservador. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 50, e17504, 2017.

MADEIRO, A. P.; RUFINO, A. C. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2771-2780, 2017.

MELO, E. A.; SANCHES, M. A. A Evangelium Vitae e a dignidade do embrião humano. **Revista Pistis e Praxis: Teologia e Pastoral**, Curitiba, v. 7, n. 3, p. 575-596, 2015.

MIGUEL, L. F.; BIROLI, F.; MARIANO, R. O direito ao aborto no debate legislativo brasileiro: a ofensiva conservadora na Câmara dos Deputados. **Opinião Pública**, Campinas, v. 23, n. 1, p. 230-260, 2017.

MIKAEL-SILVA, T.; MARTINS, A. M. A legalização do abortamento no discurso do jornal Folha de São Paulo (2011-2014). **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p. 991-1007, 2016.

MITCHELL, E. M.; HEUMANN, S.; ARAUJO, A. et al. Brazilian adolescents' knowledge and beliefs about abortion methods: a school-based internet inquiry. **BMC Women's Health**, New York, v. 14, n. 27, 2014.

MITRE, M.; REIS, B. P. W. Science and politics in the regulation of human embryonic stem-cell research in Brazil. **Social Science Information**, London, v. 54, n. 1, p. 3-22, 2015.

NONNENMACHER, D. et al. Abortion: a review of women's perception in relation to their partner's reactions in two Brazilians cities. **Revista Da Associação Médica Brasileira**, v. 60, n. 4, p. 327-334, 2014.

PEREIRA, V. D. N. et al. Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 1056-1062, 2012.

PITILIN, E. B. et al. Nursing care in situations of induced/caused abortion: an integrative literature review. **Enfermería Global**, Madrid, v. 15, n. 3, p. 439-479, 2016.

PORTO, R. M.; SOUSA, C. H. D. Percorrendo caminhos da angústia: itinerários abortivos em uma capital nordestina. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 593-616, 2017.

RAMOS, J. S. Toma que o aborto é teu: a politização do aborto em jornais e na web durante a campanha presidencial de 2010. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, DF, n. 7, p. 55-82, 2012.

RENNÓ, L. R.; AMES, B. PT no purgatório: ambivalência eleitoral no primeiro turno das eleições presidenciais de 2010. **Opinião Pública**, Campinas, v. 20, n. 1, p. 1-25, 2014.

RUIBAL, A. M. Feminismo frente a fundamentalismos religiosos: mobilização e contramobilização em torno dos direitos reprodutivos na América Latina. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, DF, n. 14, p. 111-138, 2014.

SANTOS, V. C. et al. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p. 494-508, 2013.

SANTOS, A. P. V. et al. Factors Associated with Abortion in Women of Reproductive Age. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, v. 38, n. 6, p. 273-279, 2016.

SANTOS, D. L. A.; BRITO, R. S. Sentimentos de mulheres diante da concretização do aborto provocado. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1-5, 2016.

SELL, S. E. et al. Reasons and meanings attributed by women who experienced induced abortion: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 502-508, 2015.

SILVA, D. V. R.; FLORA, M. C. A religião e o discurso de mulheres sobre o abortamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 23, n. 1, p. 196-196, 2010.

UBEROI, D.; GALLI, B. In pursuit of a balance: the regulation of conscience and access to sexual reproductive health care. **Human Rights Review**, Berlin, v. 18, n. 3, p. 283-304, 2017.

VIEIRA JÚNIOR, L. A. M. Os debates em torno da ilegalidade do aborto: da luta pela autonomia reprodutiva feminina à esfera legal dos projetos de leis. **Revista Tempo e Argumento**, Santa Catarina, v. 6, n. 11, p. 423-460, 2014.

VILLELA, W. V.; MONTEIRO, S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 531-540, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safe abortion**: technical and policy guidance for health systems. Geneva: World Health Organization, 2003.

ZORDO, S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1745-1754, 2012.

ZORDO, S. The biomedicalization of illegal abortion: the double life of misoprostol in Brazil. **História, Ciências, saúde**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 19-36, 2016.

Recebido em agosto de 2020.

Aprovado em julho de 2021.