

PUCRS

ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

GESSIANE PEREIRA CASALI

**BELA, RECATADA, DO LAR E CLANDESTINA:
PERSPECTIVAS SOBRE O ABORTO INSEGURO**

Porto Alegre
2020

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

GESSIANE PEREIRA CASALI

**BELA, RECATADA, DO LAR E CLANDESTINA:
PERSPECTIVA SOBRE O ABORTO INSEGURO**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Maria Isabel Barros Bellini.

Porto Alegre,
2020

Ficha Catalográfica

C334b Casali, Gessiane Pereira

Bela, recatada, do lar e clandestina : perspectivas sobre o aborto inseguro / Gessiane Pereira Casali . – 2020.

177.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini.

1. Sociedade Civil. 2. Política de saúde. 3. Descriminalização do aborto. 4. Criminalização do aborto. 5. Aborto. I. Bellini, Maria Isabel Barros. II. Título.

Eu não me vejo na palavra
Fêmea: Alvo de caça
Conformada vítima
Prefiro queimar o mapa
Traçar de novo a estrada
Ver cores nas cinzas
E a vida reinventar
E o homem não me define
Minha casa não me define
Minha carne não me define
Eu sou meu próprio lar

Triste, Louca ou Má (Francisco, El hombre)¹

¹ A música é composição de Sebastián Piracés-Ugarte, Rafael Gomes, Mateo Piracés-Ugarte, Andrei Martinez Kozyreff e Juliana Strassacapa.. Link para acesso (<https://www.letras.mus.br/francisco-el-hombre/triste-louca-ou-ma/>).

AGRADECIMENTOS

Este é um momento de mostrar aqueles que fizeram parte desse processo de construção, aqueles que sempre estiveram ao meu lado e foram fundamentais para que essa etapa da minha vida fosse possível. Expresso aqui, a importância que elas tiveram e ainda tem nessa conquista.

Ao meu querido irmão Diego, obrigada por estar presente em todas as minhas conquistas e lutas, por vibrar comigo e por me confortar nos momentos difíceis.

Aos meus pais, Vera e Roque, não existem palavras que possam expressar o tamanho da minha admiração por vocês! Vocês são meu exemplo de honestidade, coragem e luta. A vocês devo tudo o que sou e me tornei. Obrigada por acreditarem, por me ensinarem e me permitirem voar. Se hoje concluo mais esta etapa, esta conquista é nossa.

Às minhas irmãs de sangue e alma, Jessica, Jessiara e Gessiele, obrigada por estarem comigo, por serem essas mulheres fortes e corajosas que me ensinam todos os dias a lutar pelos meus sonhos. Por compartilhar e abrigar.

Aos meus irmãos Ailson e Roger obrigada pelo apoio.

À Jennifer e Ketlin, vocês são anjos! Obrigada por torcerem por mim!

Ao meu amigo Antônio, obrigada pela paciência, por compartilhar seu conhecimento comigo e preocupar-se.

Ao Augusto, obrigada pela alegria e apoio.

Vocês fazem parte desse momento, obrigada por compreenderem minha ausência e me estimularem nos momentos mais difíceis. Se existe sentimento de afeto e gratidão mais puro, o meu é de vocês. Amo vocês.

Às minhas colegas e amigas Karina e Kathiana, obrigada pelo companheirismo e por se fazerem presente nesse percurso, vocês tornaram essa etapa leve.

À Nagel, minha amiga querida, que esteve comigo desde a graduação ao processo seletivo do mestrado. Você me inspira! Obrigada.

Aos meus amigos que sempre estiveram torcendo e vibrando por mim, obrigada.

À minha orientadora Maria Isabel, obrigada por compartilhar.

Obrigada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e ao CNPQ pelo incentivo e possibilidade de realizar essa pesquisa.

RESUMO

A presente dissertação investiga e analisa, na sociedade brasileira, o aborto inseguro e clandestino, na perspectiva da Sociedade Civil e do Estado, através da Política de Saúde para as mulheres. O cenário atual brasileiro vivencia o recrudescimento do conservadorismo, refletindo e reforçando os traços históricos de controle sobre os corpos das mulheres e sua autonomia. O tema do aborto tem sido atravessado por esses aspectos históricos, limitando que o diálogo sobre essa prática se fortaleça no campo da saúde das mulheres e dos direitos reprodutivos e sexuais. Essa pesquisa foi norteada pelo seguinte objetivo geral: conhecer e analisar a compreensão da sociedade civil e dos gestores das Políticas de Saúde sobre o aborto, bem como suas ações, programas e estratégias criadas para a proteção das mulheres, a fim de contribuir com subsídios para potencializar o debate no campo da saúde e direito da mulher. E os objetivos específicos: 1) conhecer e analisar a posição da Sociedade Civil, na pesquisa representado pelos movimentos feministas, grupos religiosos e categorias profissionais da saúde sobre o aborto e possíveis repercussões na saúde e na vida da mulher; 2) conhecer e analisar as ações, programas e estratégias realizados pelas políticas de Saúde que tratam do aborto e como incidem na saúde e direitos da mulher; e 3) elaborar análises e reflexões que possam subsidiar o debate promovendo novas e possíveis abordagens do tema. O desenvolvimento desta pesquisa está alicerçado ao método Dialético Crítico fundamentado no Materialismo Histórico, que segundo Triviños (1987) permite que se aproxime de explicações coerentes e racionais diante dos fenômenos que acontecem na sociedade. As categorias teóricas são historicidade, totalidade e contradição. O estudo revelou que a sociedade civil, com seus limites e possibilidades, de acordo com suas perspectivas sobre o aborto tem se articulado para realizar a discussão sobre o tema do aborto inseguro e clandestino, entendendo que o debate ainda é atravessado por determinantes morais, conservadores e religiosos, o que implica na compreensão sobre a dimensão do aborto na vida social das mulheres e sua saúde. Entre as estratégias para proteção das mulheres está a informação sobre seus direitos, o que inclui o acesso ao aborto seguro quando está em concordância com os casos permitidos pela lei brasileira, que os profissionais da saúde norteados pela ética profissional disponibilizem um atendimento humanizado e com qualidade, independente se a situação de aborto é ilegal ou legal, e a religião, entendendo que seu papel é acolher as mulheres, buscando não contribuir com mais dano às vidas femininas. A gestão da política de saúde para as mulheres, sejam de autarquia estadual ou municipal, representando o Estado, tem buscado garantir nos serviços de saúde o atendimento humanizado às mulheres. Porém, predominantemente, o foco central tem sido o aborto permitido pela legislação brasileira, visto que devido a ilegalidade, dificulta novas abordagens. Não há estratégias para trabalhar o aborto inseguro e clandestino que não seja garantir que as mulheres que chegam às redes de saúde em situação de aborto clandestino, sejam atendidas pelos serviços. Como parâmetro para entender e medir os reflexos do aborto inseguro e clandestino na vida das mulheres, há apenas o óbito, alarmando para a displicência sobre as vidas femininas. O aborto inseguro e clandestino tem sido pontuado nas discussões como expressão de saúde pública, fomentando o acesso como direito das mulheres, considerado sua autonomia enquanto indivíduo social, o que impulsiona e fortalece o debate, destacando a importância da descriminalização para promoção e ampliação do cuidado à saúde das mulheres.

Palavras-chave: Sociedade Civil. Política de saúde. Descriminalização do aborto. Criminalização do aborto. Aborto.

ABSTRACT

This dissertation investigates and analyzes the unsafe and clandestine abortion in the Brazilian society, from the perspective of civil society and the state, through the health-policy for women. The current Brazilian scenario experiences the resurgence of conservatism, reflecting and reinforcing the historical traits of control over women's bodies and their autonomy. The theme of abortion has been crossed by these historical aspects, limiting that the dialogue on this practice is strengthened in the field of women's health and reproductive and sexual rights. This research was guided by the following general objective: to know and analyze the understanding of civil society and health-policy managers about abortion, as well as their actions, programs and strategies created for the protection of women, in order to contribute with subsidies to reinforce the debate in the field of women's health and their rights. The specific objectives are: 1) to know and analyze the position of civil society in the research represented by feminist movements, religious groups and health professional categories about abortion and possible repercussions on women's health and life; 2) to know and analyze the actions, programs and strategies carried out by health policies that address abortion and how they affect women's health and rights; and 3) to elaborate analyzes and reflections that may support the debate promoting new and possible approaches to the theme. The development of this research is based on the Critical Dialectic method based on Historical Materialism, which according to Triviños (1987) allows it to approach coherent and rational explanations in the face of the phenomena that occur in society. The theoretical categories are historicity, totality and contradiction. The study revealed that civil society, with its limits and possibilities, according to its perspectives on abortion has been articulating itself to make the discussion on the theme of unsafe and clandestine abortion, is know that the debate still cross moral, conservative and religious aspects, which implies an understanding of the dimension of abortion in women's social life and their health. Among the strategies to protect women is to inform them about their rights, which includes access to safe abortion when it is in accordance with the cases allowed by Brazilian law, health professionals guided by professional ethics to provide quality and humanized care, regardless of whether abortion is illegal or legal, religion, understanding that their role is to welcome women, seeking not contribute to more harm to women's lives. The management of health-policy for state and municipal women, representing the state, has sought to ensure humanized care for women in health services, but predominantly the central focus has been the abortion allowed by Brazilian law, since due to illegality makes it difficult new approaches. There're no strategies for working on unsafe and illegal abortion other than to ensure that women who come to health networks in situations of clandestine abortion are met by the services. As a parameter to understand and measure the reflexes of unsafe and clandestine abortion in women's lives there is only death, alarming to the carelessness about women's lives. Unsafe and clandestine abortion has been punctuated in discussions as an expression of public health, promoting access as a woman's right, considering her autonomy as a social individual, which drives and strengthens the debate, highlighting the importance of decriminalization for the promotion and expansion of care to women's health.

Keywords: Civil Society. State. Decriminalization of abortion. Criminalization of abortion. Abortion.

LISTA DE SIGLAS

ADPF 442	-	Arguição de Preceito Fundamental n. 442
ANIS	-	Instituto de Bioética
CNBB	-	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil do Brasil
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
COREN-RS	-	Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul
CREMERS	-	Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul
CRESS/RS	-	Conselho Regional de Serviço Social do Rio Grande do Sul - 10ª Região
CRS	-	Coordenadorias Regionais de Saúde
IECLB	-	Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil
IDH	-	Índice de Desenvolvimento Humano
MMFDH	-	Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PAS	-	Organização Pan-Americana de Saúde
PNA 2016	-	Pesquisa Nacional de Aborto de 2016
PAISM	-	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PNAISM	-	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PEC	-	Proposta de Emenda à Constituição
PUCRS	-	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PNUD	-	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PL	-	Projeto de Lei
REQ	-	Requerimento
SES	-	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
STF	-	Supremo Tribunal Federal
SUS	-	Sistema de Saúde Único
SUG	-	Sugestão
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNDP	-	<i>United Nations Development Programme</i>

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Identificação dos países da América Latina que permitem o aborto e caracterização das condições nas quais o procedimento pode ser praticado	83
---	----

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Incidência de abortamentos (número de abortos/1000 mulheres) nos diferentes continentes, destacando-se a incidência de abortamentos na América Latina e Caribe, embora sejam regiões com maior incidência de leis punitiva 84

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 MULHERES NO PRESENTE: GOVERNO BRASILEIRO E A VOLTA DO DISCURSO DA MULHER COLONIZADA E DOMESTICADA	20
2.1 MAIS UMA HISTÓRIA SOBRE AS MULHERES	30
2.2 MULHERES E SUAS HISTÓRIAS COLONIZADAS.....	34
3 SOCIEDADE CIVIL E ESTADO FRENTE AO ABORTO	51
3.1 O ABORTO NO BRASIL	73
3.2 ABORTO INSEGURO E CLANDESTINO E A POLÍTICA DE SAÚDE.....	92
3.3 ABORTO INSEGURO E CLANDESTINO: SUAS EXPRESSÕES.....	108
4 CONCLUSÕES.....	122
5 REFERÊNCIAS	129
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)	152
APÊNDICE B - Instrumento para entrevista com o Gestor Municipal e Estadual da Política de Saúde de Porto Alegre.	154
APÊNDICE C - Instrumento para entrevista com os profissionais da saúde de Porto Alegre (Enfermagem e Serviço Social).	155
APÊNDICE D - Instrumento para entrevista com os grupos religiosos e com os de Porto Alegre.	156
APÊNDICE E - Instrumento para entrevista com o Movimento Feminista de Porto Alegre	157
APÊNDICE F - Roteiro para pesquisa documental.....	158
PROPOSTAS PARA CRIMINALIZAR O ABORTO.....	159
PROPOSTAS PARA DESCRIMINALIZAR O ABORTO	160
PRODUÇÕES:BIBLIOTECA DIGITAL BRASILEIRA DE TESES E DISSERTAÇÕES ..	161
PRODUÇÕES:CATÁLOGO DE TESES DE DISSERTAÇÕES.....	164
TÍTULO: CATEGORIAS FINAIS DA ANÁLISE	167
Análise do documento: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes (PNAISM).....	170
Análise do documento: Atenção Humanizada ao Abortamento	172
Análise do documento: Vítimas de Violência sexual: abortamento. Orientações éticas e jurídicas aos médicos	173

1.INTRODUÇÃO

*“Ninguém nasce mulher: torna-se mulher”
Simone de Beauvoir²*

Inicia-se a apresentação desta dissertação com a afirmação de Simone de Beauvoir que expõe a resistência das mulheres a serem resumidas pelo seu caráter biológico desde o nascimento, sendo esse o critério histórico para suas atribuições sociais. Reivindica por transformações, questionando essa idealização de feminino, clamando para que as mulheres sejam responsáveis pela construção de si. A construção social do gênero feminino, ao longo da história das populações femininas foi utilizada para reprimir e determinar como a mulher teria de ser, aprisionando-as em estereótipos, colonizando seus corpos e domesticando sua imagem.

Esta personificação de como deveria ser uma mulher e sua conduta ainda reflete na imagem da mulher brasileira nos dias atuais, pois culturalmente prevalece a ideia de que o homem deve sobrepor a mulher, ter o poder de decisão e controle sobre seu comportamento e corpo, tendo suas ações “resguardadas” por um sistema patriarcal. Heleieth I. B. Saffioti caracteriza este como o “regime da dominação-exploração das mulheres pelos homens”, o que faz com que estes tenham um sistema para protegê-los e legitimar sua autoridade (2004, p. 44).

Como aponta Angela Davis “o desejo das mulheres de controlar seu sistema reprodutivo é provavelmente tão antigo quanto a própria humanidade” (2016, p. 209), o que torna a prática do aborto presente na condição feminina, assim como a reprodução e a maternidade. O aborto na história das mulheres pode ser vivenciado como um ato de resistência às imposições feitas ao seu gênero e abusos do seu corpo. A maternidade, reconhecida como algo intrínseco das mulheres, advém de processos históricos construídos para domesticar o gênero feminino da mesma forma que também é apropriado pelas mulheres para ascender diante de um contexto social patriarcal.

Autoras como Mary Del Priore, Marina Basso Lacerda e Margareth Rago contam que a história das mulheres no Brasil é marcada por uma mentalidade conservadora e machista que influencia nas suas relações, direcionando-as a espaços inferiores, naturalizando as relações de subalternidade e de desigualdade de gênero. As mulheres vivenciaram a violência de forma singular, visto que o processo de colonização do Brasil foi realizado sob diferentes perfis de mulheres, recaindo a cada uma, funções específicas na proposta de sociabilidade. O

² Trecho do Livro de Simone de Beauvoir, o Segundo Sexo de 1980 (segundo volume).

modo como se constitui as relações e papéis de gênero na sociedade brasileira, alicerçado ao patriarcado e demérito da mulher, reflete na construção e direcionamentos de estratégias de amparo e proteção às mulheres na atualidade. As políticas de saúde voltada para a saúde das mulheres acontecem de forma tardia no Brasil, tendo em seu núcleo, o cuidado com o aparelho reprodutivo da mulher, reflexo do entendimento de que a saúde feminina resume-se à reprodução, gestação e maternidade. Outros elementos relacionados a saúde feminina como o aborto são excluídos.

No Brasil, 10 % dos abortos atendidos pelo sistema de saúde no Brasil, são

[...] provocados pelas mais diferentes formas, já que, para um grande contingente de mulheres, o abortamento resulta de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, envolvendo a falta de informação sobre anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, falhas no seu uso, uso irregular ou inadequado, e/ou ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde. É preciso destacar que, para muitas mulheres, a gestação que motiva o abortamento resulta de violência sexual, seja por desconhecido, seja cometida pelo parceiro ou outro membro em âmbito doméstico e/ou intrafamiliar (BRASIL, 2011b, p. 07).

Entretanto, o aborto ainda é reconhecido como um assunto tabu, e elementos como os destacados acima nem sempre compõem o debate na sociedade brasileira, principalmente quando se trata do aborto inseguro e clandestino³. O aborto é atravessado por discursos moralizantes e/ou religiosos, inviabilizando a ampliação do debate para o campo da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Essa restrição ou dificuldade em dialogar sobre o aborto pelas diferentes perspectivas, sem que haja predominância dos discursos incoerentes que não contemple a proteção à saúde das mulheres ou de senso comum, se deve ao forte teor histórico simbólico da maternidade na história da sociedade brasileira, igualmente pelas estruturas conservadoras que regem nossas relações sociais e os espaços políticos de decisão de direitos.

A ilegalidade do aborto dificulta o acesso a dados reais de procedimentos realizados clandestinamente ou de forma insegura no país. Entretanto, organizações como a Anis-Instituto de Bioética⁴ têm realizado pesquisas a fim de obter dados fidedignos sobre aborto inseguro no Brasil. Na última Pesquisa Nacional de Aborto de 2016 (PNA, 2016), realizada em parceria com a Anis e IBOPE Inteligência⁵ foi concluído que

³A dissertação usa ambos termos, aborto inseguro e clandestino, visto que uma mulher pode realizar um aborto clandestinamente de forma segura e salubre - caso de mulheres que possuem condições econômicas de pagar pelo procedimento -, ao mesmo tempo que o aborto pode ser clandestino e inseguro. No subcapítulo 3.1 O aborto no Brasil a discussão é aprofundada.

⁴Para mais informações <https://anis.org.br/>

⁵Para mais informações <http://www.ibopeinteligencia.com/>

Em 2016 o total estimado de mulheres de 18 a 39 anos no Brasil, incluindo as vivendo em áreas rurais, era de 37.287.746. Extrapolando-se a partir das taxas de aborto de alfabetizadas urbanas (13%), o número de mulheres que, em 2016, já fez aborto ao menos uma vez, portanto, seria em torno de 4,7 milhões. Aplicando-se a taxa de aborto no último ano, o número de mulheres que o fizeram somente no ano de 2015 seria de, aproximadamente, 503 mil.[...] Cerca de metade das mulheres precisou ser internada para finalizar o aborto: 48% (115) das mulheres foram internadas no último aborto (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017, p.656).

A PNA 2016 mostra como o aborto tem sido realizado no Brasil, destacando que uma em cada cinco mulheres já fez um aborto, em termos aproximados, aos 40 anos e, no ano de 2015, ocorreram cerca de meio milhão de abortos. “Considerando que grande parte dos abortos é ilegal e, portanto, feito fora das condições plenas de atenção à saúde”, o aborto figura com um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017, p.659).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)⁶, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) de 2011, da mesma forma destacam o aborto inseguro como uma das principais complicações que causam a mortalidade materna (OPAS BRASIL, 2018; BRASIL, 2011a).

O aborto é um procedimento tão antigo quanto a maternidade. Entretanto, a temática ainda percorre o caminho da marginalização e criminalização da mulher e do procedimento, repercutindo em abortos clandestinos realizados de forma precária, colocando-as em situações desumanas e impactando negativamente em sua vida e saúde biopsicossocial⁷. A criminalização do aborto no Brasil não impede que as mulheres o realizem, mas determina quem irá acessá-lo na sua forma segura e salubre, e quem se tornará mais um caso de morte evitável no país. Diante de reflexos como estes, é essencial dar visibilidade ao debate sobre o aborto, tencionando o desenvolvimento de mecanismos de proteção e assistência à saúde, para as mulheres que abortam ou possam vir a abortar.

O aborto inseguro não somente é uma prática presente na vida das mulheres brasileiras, mas está diretamente ligado à promoção de sua saúde e nos impactos negativos sobre a mesma. A presente dissertação é intitulada “Bela, recatada, do lar e clandestina: perspectiva

⁶ A Organização Pan-Americana da Saúde é um organismo internacional de saúde pública com um século de experiência, dedicado a melhorar as condições de saúde dos países das Américas. A integração às Nações Unidas acontece quando a entidade se torna o Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p.01).

⁷ Biopsicossocial é um modelo da medicina que estuda a causa e a evolução das doenças considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Ele se contrapõe ao modelo biomédico, que está centrado na doença e restringe-se aos fatores biológicos. A partir de uma perspectiva biopsicossocial, a saúde e a doença são compreendidas como resultado não somente da interação dos fatores biológicos do organismo do indivíduo, mas também do ambiente em que vive e das suas relações sociais (GUIMARÃES, 2019, p. 01).

sobre o aborto inseguro” e propõe o debate do aborto através da Sociedade Civil, atores da saúde, movimentos sociais e órgãos religiosos, e, pelo Estado, Políticas de Saúde e seus gestores, buscando articulá-los, visto que como abordam esse assunto repercute e influencia no direcionamento social, político e legal do aborto. Para compreender a dissensão que há sobre o aborto na sociedade brasileira, é necessário realizar o resgate do papel da mulher e o que o aborto representa no cenário feminino construído e imposto historicamente e socialmente às mulheres.

O interesse pelo objeto de pesquisa acompanha a pesquisadora desde a graduação, instigando a entender as imposições históricas, culturais e sociais postas ao corpo e identidade das mulheres, se deparando então com a temática do aborto e a inquietação de entender o aborto na sociedade brasileira e como se apresenta às mulheres. Esses questionamentos foram aprofundados no desenvolvimento da monografia apresentada para obter o grau acadêmico de bacharela em Serviço Social, bem como estimularam a continuar pesquisando sobre o aborto.

A realização dessa pesquisa permitiu o contato com mulheres que realizaram o aborto clandestino e relataram que esse momento poderia ter sido diferente para elas, sem sentimento de culpa ou medo, se fossem acolhidas, compreendidas e assistidas por uma política de saúde. Esse dado enquanto informal e secundário, já que na metodologia não consta a aproximação com mulheres que realizaram o aborto ilegal, reitera a necessidade e relevância de propor esse debate junto aos diferentes atores que se posicionam frente ao aborto, buscando desenvolver caminhos que assegurem e protejam o direito à saúde e vida das mulheres.

A dissertação busca responder o objetivo geral do estudo: “Conhecer e Analisar a compreensão da sociedade civil e dos gestores das Políticas de Saúde sobre o Aborto e analisar as ações, programas e estratégias criadas para a proteção das mulheres a fim de contribuir com subsídios para potencializar o debate no campo da saúde e direito da mulher”, e os objetivos específicos, estes visam: 1) Conhecer e analisar a posição da Sociedade Civil, neste projeto representado pelos movimentos feministas, grupos religiosos e categorias profissionais da saúde sobre o aborto e possíveis repercussões na saúde e na vida da mulher; 2) Conhecer e analisar as ações, programas e estratégias realizados pelas políticas de Saúde que tratam do aborto e como incidem na saúde e direitos da mulher; e 3) Elaborar análises e reflexões que possam subsidiar o debate promovendo novas e possíveis abordagens do tema.

O método que conduz esta pesquisa é o Dialético Crítico fundamentado no Materialismo Histórico que, segundo Triviños, visa “buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento” (1987, p.51). Desta forma, possibilita a compreensão da realidade através da análise crítica, permitindo captar as inúmeras

ras dimensões do aborto na sociedade e na vida das mulheres. O método é o reflexo do real e que retrata as relações sociais no cotidiano de forma aprofundada, em sua totalidade, sendo esta fundamentalmente contraditória e em constante transformação. Seus fundamentos estão alicerçados nas seguintes categorias teóricas: historicidade, totalidade e contradição, as quais são explicadas por Türck como:

Historicidade – como um processo que compreende a processualidade dos fatos, sua provisoriidade e seu movimento permanente nas superações. Totalidade – como um todo articulado por conexões que permite a apropriação do cotidiano a partir da compreensão histórica, econômica e política como constituintes da construção da sociedade capitalista ocidental. Contradição – é a força motriz (C x W) que provoca o movimento de transformação instigando a partir da luta dos contrários, os processos de mudança, devir na realidade dos sujeitos (2012, p.13).

O método, através de suas categorias, tem como finalidade iluminar coerentemente os fenômenos que determinam a vida em sociedade, desde suas relações a conflitos éticos, religiosos e sociais, políticos, etc. Além das categorias dialéticas, trabalha-se ainda com as categorias explicativas da realidade que, a priori, são: a Criminalização e Descriminalização do aborto, Estado e Sociedade civil. As categorias emergentes trabalhadas são: Legalização do aborto, saúde pública, aborto clandestino e inseguro, descriminalização do aborto e criminalização do aborto.

Importante destacar já no início desta pesquisa que, de acordo com o art. 128 do Código Penal Brasileiro, o aborto não é punido apenas nestes casos: quando realizado por médico em situações onde a gravidez é resultado de um abuso sexual, quando há risco de vida para a gestante e, autorizado mais recentemente, para casos de fetos anencéfalos (BRASIL, 1940). Salvo essas circunstâncias, o aborto é criminalizado, sem preocupação ou atenção aos diferentes perfis de mulheres e contextos de vida que são atravessados pelo aborto clandestino.

É evidente que a criminalização do aborto atinge mais diretamente um grupo em específico, aumentando assim, a discriminação social e aprofundando a questão social. As mulheres então, pobres e negras, são apropriadas e espoliadas pela ordem capitalista-patriarcal-racista, sofrendo privações e violações, desde a dificuldade de inserção no mundo do trabalho, em decorrência da divisão sexual e racial do trabalho, até o seu direito subjetivo à maternidade (CISNE; CASTRO; OLIVEIRA, 2018, p.457).

A criminalização do aborto tem em seu núcleo um acúmulo de construções históricas e sociais, baseadas em preceitos conservadores morais, negligenciando a complexidade de que se trata o aborto no Brasil, punindo e julgando as mulheres que infringem o papel que lhe é destinado historicamente. Para além disso, as sentenciam a vivenciar o aborto em sua forma

mais nociva para sua saúde e vida. Em relação à descriminalização do aborto, Silvia Pimentel e Valéria Pandjarijian (2002) destacam a importância de romper com o tratamento jurídico punitivo tradicionalmente direcionado ao aborto e compreendê-lo como objeto de saúde pública e educação, cabendo ao Estado desenvolver políticas e condições para que as mulheres evitem a gravidez indesejada. Da mesma forma que

[...]ao considerarmos a descriminalização do aborto como legítima questão de direitos humanos, segundo a qual devem ser respeitados os princípios da dignidade humana, igualdade e não-discriminação, impõe-se a exigência de tolerância e da solidariedade por parte daqueles que tem um entendimento diferenciado(2002, p.75)

A educação como ferramenta para o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva dos sujeitos no Brasil⁸ não demonstra avanço, dado que “o Brasil possui um dos piores índices de educação sexual na América Latina (FREITAS, 2017), o que implica na privação e ausência do acesso a informação e serviços para o cuidado e promoção de uma saúde sexual e reprodutiva consciente, livre e saudável, assim como pode refletir na ineficiência do planejamento familiar /ou em gravidezes indesejadas, o que também pode resultar em abortos inseguros e clandestinos.

A descriminalização do aborto, ou seja, a não tipificação do aborto como um ato ilegal, não somente garante o direito básico à dignidade das mulheres, mas permite que seja considerado objeto das políticas públicas de saúde, e que cabe ao Estado, com sua laicidade garantir esse acesso por meio da legalização e implementação de uma rede capacitada para acolher e promover esse serviço profissionalmente e eticamente às mulheres. Segundo Flávia Biroli (2018), a criminalização do aborto não impede que as mulheres recorram ao aborto. Entretanto, nos países desenvolvidos onde houve a legalização do aborto ocorreu a redução da procura pelo procedimento e a queda dos números se dá justamente pela presença de legislações amplamente permissivas e por avanços nas políticas para garantir o acesso a anticoncepcionais, à educação sexual e à saúde reprodutiva para as mulheres nesses países.

Outra categoria elencada na pesquisa é o Estado e a sociedade civil, sendo utilizado a concepção de Antonio Gramsci, que “[...]faz uma advertência: a distinção entre Estado e sociedade civil, isto é, entre sociedade política e sociedade civil, é puramente de método, não or-

⁸Em relação à educação sexual como instrumento para evitar gravidezes indesejadas/precozes, a ministra Damares Alves, responsável pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos no governo de Jair Bolsonaro, presidente eleito em 2018, pontua a formulação de políticas públicas visando a iniciação sexual tardia. Para mais informações (<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-50682336>).

gânica, pois na realidade esses dois elementos estão fundidos. Sociedade civil e Estado, na realidade, não são separados” (GRUPPI, 1980, p.94). O cenário atual do debate do aborto no Brasil é composto por diversas abordagens e compreensões, onde segmentos sociais e o Estado tem-se articulado conforme suas convicções e ideologias para intervir diante do aborto.

A pesquisa configura-se um estudo exploratório, bibliográfico e documental, com enfoque qualitativo. Para Suely Deslandes *et al.* (1994, pp.221-22), a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos”. A pesquisa exploratória, segundo Antonio Gil (2007, p.43), tem como “principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”. E a pesquisa bibliográfica, conforme Gil (2007), é desenvolvida sob materiais já elaborados, como livros e artigos científicos, permitindo ao investigador o acesso a um conjunto de fenômenos. Outro tipo de pesquisa que compõe a metodologia, é a documental. Esta [...] vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa (GIL, 2007, p.45).

Para a pesquisa bibliográfica e documental, preferencialmente foram analisadas as produções de 2015 a 2019. Justifica-se tal período devido o ano de 2015 representar o momento de realce do debate, através da formulação do projeto de lei nº 882/15 para a legalização do aborto, desenvolvido pelo ex-deputado federal Jean Wyllys. Até o ano de 2019, período em que foi concluída a pesquisa, e pela possibilidade de obter dados e produções mais precisas e recentes referentes ao tema abordado, permitindo o entendimento dos movimentos atuais em relação ao aborto.

Para coleta dos dados empíricos, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada e, como instrumento, o formulário contendo questões abertas e fechadas. A entrevista, segundo Gil, configura-se como “a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação” (2012, p.109). Para análise documental utilizou-se um roteiro que consta no Apêndice F.

A análise e interpretação de dados qualitativos constituiu-se em uma das etapas essenciais da finalização da pesquisa, pois é nesta fase que os dados coletados são manuseados para que haja maior entendimento do problema de pesquisa. Para tanto, empregou-se o método de análise de conteúdo. Esta metodologia, segundo Laurence Bardin (2009, p. 21) trata-se de “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sis-

temáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos”.

A amostra ou seleção dos participantes correspondeu a sete pessoas: uma representante do movimento feminista; um (a) representante de grupo religioso, que tenha posicionamento público e se manifeste contrário ao aborto; um (a) representante do grupo religioso, que tenha posicionamento público e se manifeste favorável à realização do aborto; um(a) representante do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul(COREN-RS); um(a) representante do Conselho Regional de Serviço Social do Rio Grande do Sul - 10ª Região (CRESS/RS); um(a) representante gestor Municipal da Política de Saúde; e um(a) representante gestor Estadual da Política de Saúde.

Assim, totalizando sete (07) entrevistas. Os participantes foram divididos em representantes da sociedade civil aqui delimitados a representantes do movimento feminista, grupos religiosos e de conselhos profissionais da saúde. E o Estado representado pelos gestores da política de saúde. Os dados coletados junto a esses segmentos atravessam constantemente o texto dessa dissertação, contribuindo para os diálogos entre os diferentes setores e buscando desenvolver subsídios para ampliar, impulsionar e intensificar o debate sobre o aborto inseguro e a saúde das mulheres.

O universo, quanto aos participantes dos conselhos de saúde, totaliza 14 profissões da área da saúde de acordo com o Conselho Nacional de Saúde – CNS (1998), sendo que foram escolhidos representantes da medicina, enfermagem e serviço social. O contato foi realizado diretamente com os conselhos profissionais, os quais são responsáveis pela atuação ética e qualificada dos profissionais, norteando-os nos diferentes temas que atravessam a saúde e como devem agir enquanto atores da saúde.

A categoria profissional da medicina insere-se entre os participantes devido ao seu aspecto clínico e político acerca do procedimento, sendo os responsáveis pela realização do aborto no sistema de saúde, e por estar historicamente ligado a formulação da concepção da saúde da mulher, lhe conferindo histórica e socialmente poder político e de decisões frente às demandas da saúde e vida dos sujeitos. Em contato com o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (CREMERS), por *e-mail*(disponível no site do CREMERS – Porto Alegre, RS), objetivou-se a participação do CREMERS na pesquisa e foi obtido como resposta o envio do livro sobre Abortamento elaborado pelo conselho, visando contribuir com o estudo. Porém, o CREMERS não indicou um participante para a pesquisa.

Devemos considerar que o papel de cada profissional de saúde na promoção do acolhimento e da orientação está relacionado à sua formação profissional. No tocante à escuta, é fundamental considerar a atenção psicossocial às mulheres em abortamento, integrando assistentes sociais [...] no atendimento, com suas respectivas especificidades na atenção à saúde, quando possível. Deve-se considerar que os enfoques [...] do serviço social podem ser diferenciados no trato das questões emocionais, relacionais e sociais. A enfermagem também tem um papel diferenciado por estar presente na porta de entrada, durante o procedimento obstétrico e na fase de recuperação clínica da mulher na unidade de saúde (BRASIL, 2011b, pp.24-25).

Dessa forma, integram a pesquisa os profissionais de serviço social e enfermagem. Os profissionais de enfermagem são peça importante nas equipes de atendimento à saúde e são centrais no momento de acolhimento em situação do aborto inseguro. Ademais, na procura do COREN-RS, constatou-se que o conselho tem participado de discussões⁹ sobre aborto legal e a descriminalização do aborto. O serviço social, além de também possuir relevância nas equipes em atendimento a situações de abortamento tem a temática entre as bandeiras de luta da categoria profissional, onde posiciona-se norteadas pelo seu Código de Ética em favor da proteção à dignidade e saúde das mulheres.

A pesquisa também é realizada por uma bacharela em serviço social, o que implica na produção de conhecimento para a categoria profissional do serviço social. Em contato com o COREN-RS e CRESS/RS, por meio de *e-mail*, ambos se disponibilizaram a participar da pesquisa, seguindo a metodologia e disponibilizaram uma profissional para representar seus respectivos conselhos no debate proposto.

Na pesquisa realizada na internet por movimentos feministas no município de Porto Alegre, não se pôde obter de forma exata o número de movimentos feministas existentes. Dessa forma, foi selecionado para participar da pesquisa o Movimento Feminista Marcha Mundial das Mulheres. A pesquisadora aproximou-se deste grupo através das publicações do movimento nas redes sociais em prol da descriminalização e legalização do aborto, bem como suas ações, posicionamentos e pautas, sendo a legalização do aborto a central.

Importante destacar que o debate realizado em 2018, no Supremo Tribunal Federal na Audiência Pública da Arguição de Preceito Fundamental n. 442¹⁰ - ADPF 442 (BRASIL, 2018), tornou-se um marco na discussão sobre ampliação do acesso aborto no Brasil, onde diferentes segmentos e setores da sociedade, tanto em concordância com a descriminalização e legalização do aborto, assim como para impedir a ampliação do acesso a prática expuseram suas compreensões e posicionamentos diante do procedimento e como este reflete na vida da

⁹Para mais informações (<https://www.portalcoren-rs.gov.br/index.php?categoria=geral&pagina=resultado-pesquisa>).

¹⁰ADPF 442 - Arguição de Preceito Fundamental n. 442 (<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5144865>)

mulher. Neste espaço, entre os dados apresentados em prol da legalização do aborto, a pesquisadora Débora Diniz destacou algumas informações referentes às mulheres que abortam clandestinamente no Brasil: 56% das mulheres que abortam são católicas, 25% evangélicas protestantes e 7% professam outras religiões (ANIS, 2019). Portanto, a participação de grupos religiosos dado que mulheres que abortam também são religiosas, bem como a participação desses grupos na articulação e debate do aborto, é fundamental.

Em relação aos grupos religiosos, vale esclarecer que não foi critério para os grupos religiosos possuir vínculo direto com alguma instituição, inclusive porque no Brasil não há uma instituição religiosa favorável a legalização do aborto. Porém, visando ampliar o debate, buscou-se também grupos que se reconhecem praticantes de uma religião, mas que interpretam o aborto realizado por mulheres por outra perspectiva que não seja julgá-las e/ou condenar a prática.

Inicialmente, realizou-se o contato via e-mail e por telefone com a Conferência Nacional de Bispos do Brasil (CNBB), informações estas disponibilizadas no site da CNBB Regional Sul 3, localizada em Porto Alegre. Este representa a Igreja Católica Apostólica Romana. A Igreja Católica foi escolhida devido ao fato de que 56% das mulheres que abortaram considerarem-se católicas. No entanto, ao contatar o representante indicado pela CNBB Regional Sul 3, ele informou que não poderia participar, pois não respondia pela instituição CNBB e a posição oficial sobre o aborto já teria sido dada pela instituição oficialmente em uma nota pública¹¹. Ao retomar o contato por telefone, meio onde a pesquisadora conseguiu resposta imediata, a CNBB Regional Sul 3 salientou que, com a recusa da pessoa indicada, não teriam outra para designar para a pesquisa.

Posteriormente, contactou-se a Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil (IECLB) por e-mail, disponibilizando-se a participar da pesquisa e, então, foi indicada uma representante para participar da coleta. A IECLB tornou-se segunda opção por motivo de possuir grande representatividade como a Igreja Católica, além de possuir uma posição definida sobre o aborto, representando na pesquisa o grupo religioso contrário ao aborto voluntário.

O segundo grupo religioso posiciona-se favorável à legalização do aborto, a ONG Católicas pelo Direito de Decidir. O contato ocorreu pelo correio eletrônico. A pesquisadora aproximou-se desta ONG por meio da participação da mesma na Audiência Pública da ADPF 442. A ONG Católicas pelo Direito de Decidir tem atuado nos debates referentes ao aborto

¹¹Posição da CNBB em defesa incondicional da vida humana e contra o aborto (<http://www.cnbb.org.br/posicao-da-cnbb-em-defesa-da-vida-humana-e-contra-o-aborto/>). Outras declarações referentes ao aborto (<http://www.cnbb.org.br/?s=aborto>).

inseguro apoiando-se na prática e teoria feministas para promover mudanças na sociedade, principalmente nos padrões culturais e religiosos. Esta ONG fomenta a importância da laicidade do Estado diante de demandas ligadas à sexualidade e reprodução, além de identificar-se com o catolicismo como religião. Devido ao período da coleta de dados, a ONG não possuía nenhum representante na cidade de Porto Alegre e, por este motivo, a entrevista ocorreu por meio do aplicativo de telefone WhatsApp.

Os representantes da gestão da Política de Saúde totalizaram-se dois: um da Política de Saúde Municipal de Porto Alegre e outro da Política de Saúde Estadual do Rio Grande do Sul. O contato inicial foi realizado com a Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS) e Secretária Estadual de Saúde (SES), ambos por correio eletrônico e, posteriormente, foram indicadas as participantes para compor a pesquisa.

Essa pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), configurando também a pioneira em abordar sobre a temática do aborto inseguro e clandestino. A pesquisa atende aos cuidados éticos e de socialização dos resultados, explicando e analisando diferentes sentimentos e opiniões, carregando em si uma pluralidade de discursos e compreensões. Dentre os procedimentos éticos previstos, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Sistema de Pesquisa da PUCRS (SIPESQ), ao comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (CEP), ao Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do município de Porto Alegre e ao Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública (CEPS-ESP/RS). A pesquisa foi aprovada pelas instituições e avaliada pela Plataforma Brasil sob número CAAE 05455119.0.0000.5336, atendendo também aos aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos elencados na resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que determinam o comprometimento do pesquisador em respeitar a autonomia e dignidade dos participantes, bem como seus valores culturais, sociais, morais e religiosos. Outro cuidado ético foi a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes, presente como Apêndice A.

Como socialização dos resultados, está o retorno do estudo às entidades que participaram da pesquisa e, principalmente, ao Conselho Regional de Serviço Social, incitando que a categoria possa estar dialogando com mais setores, possivelmente com os que compõem o estudo. Já de antemão esta devolução ocorre por perceber que a discussão pode ser ampliada e alcançar mais sujeitos, se compartilhada. A pesquisadora também entende que um elemento importante da pesquisa encontrado através das análises é a ausência de dados de procedimentos realizados ilegalmente, o que pode contribuir para impulsionar o debate sobre o aborto

inseguro e clandestino. Assim, instiga-se a gestão de saúde, tanto estadual como municipal, que possam articular-se para desenvolver uma ferramenta que possibilite transformar as informações que chegam até os profissionais da saúde em dados, utilizando estes para entender e captar a realidade do aborto no estado do Rio Grande do Sul, em especial no município de Porto Alegre, ao mesmo tempo em que garanta sigilo às mulheres que abortam na ilegalidade e aos profissionais que as recebem. Outra possibilidade, é que a pesquisadora possa continuar com este objeto de pesquisa em outros espaços, como na Residência Multiprofissional, e no conhecimento assimilado nestes dois últimos anos para auxiliar demais profissionais e, se possível, garantir a informação dos direitos das mulheres, bem como viabilizar o debate.

A dissertação está construída em quatro capítulos. O primeiro capítulo é a presente introdução. No segundo capítulo, percorre-se brevemente pela história da mulher nas primeiras configurações das relações entre homens e mulheres e é narrada a história da mulher brasileira, como seu gênero é domesticado para interesses masculinos, pontuando também elementos históricos acerca da maternidade, sexualidade e saúde das mulheres, que acabam sendo transversais ao papel feminino construído. Ainda expõe a conjuntura do Brasil, que vivencia um momento de extrema difusão de discursos retrógrados, amparados pelo próprio Presidente da República Jair Bolsonaro junto aos seus ministros que se colocam contra os avanços referentes ao aborto, reatualizando o conservadorismo e retomando o ideário tradicional sobre o corpo feminino e o papel da mulher na sociedade. Adianta-se que são séculos de acontecimentos que aqui detém-se a alguns pontos relevantes para entender a dinâmica social, política e econômica que envolve a identidade e ações das mulheres, principalmente em solo brasileiro.

No terceiro capítulo, discute-se sobre que Estado e sociedade civil promovem a discussão do aborto inseguro e clandestino, bem como seus aspectos sócio-históricos que permanecem intactos nos dias atuais, especialmente a ideologia conservadora, influenciando no direcionamento legal, social, político e cultural do aborto. Apresenta-se a compreensão sobre o aborto e as estratégias para diminuir os reflexos do aborto inseguro e clandestino apresentados pelos segmentos sociais que contribuíram com esta pesquisa: a Marcha Mundial das Mulheres, ONG Católicas pelo Direito de Decidir, Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil, Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, Conselho Regional de Serviço Social do Rio Grande do Sul, Gestão Estadual de Saúde da Mulher do Rio Grande do Sul e Gestão Municipal de Saúde da Mulher do município de Porto Alegre. Aborda-se o percurso do debate do aborto no Brasil por meio das propostas, tanto para criminalizar a prática como para descriminalizar o aborto, evidenciando também esta realidade na América Latina. Discute sobre o entendimento acerca do aborto inseguro e clandestino e como este se apresenta às

mulheres brasileiras. O capítulo também versa sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, como estas implicam no cuidado à saúde da mulher em contexto de aborto inseguro e clandestino e, por fim, as expressões deste.

Por fim, no quarto capítulo apresentam-se as conclusões decorrentes do estudo. Consta os resultados da pesquisa, destacando as compreensões alcançadas e quais delineamentos serão possíveis.

2 MULHERES NO PRESENTE: GOVERNO BRASILEIRO E A VOLTA DO DISCURSO DA MULHER COLONIZADA E DOMESTICADA

Antes de narrar a história dos corpos femininos na sociedade brasileira, sendo este aspecto importante para compreender o aborto no Brasil, é importante esclarecer que cenário social e político abarca a discussão do aborto no Brasil. O ano de 2018 torna-se um marco no que tange a exacerbada exposição de discursos retrógrados e moralistas sobre as populações femininas, sendo estes conduzidos pela eleição do atual Presidente da República, Jair Bolsonaro, que representa e está à frente desses discursos, sendo amparado por segmentos conservadores da sociedade. O governo Bolsonaro dissemina posicionamentos imprudentes e discriminatórios sobre determinados grupos sociais, contribuindo para a legitimação do preconceito, racismo, machismo e intolerância.

Entre as falas do presidente Jair Bolsonaro, antes e após assumir a presidência do Brasil, destacam-se algumas:

"Eu fui num quilombola em Eldorado Paulista. Olha, o afrodescendente mais leve lá pesava sete arrobas. Não fazem nada! Eu acho que nem para procriador ele serve mais. Mais de R\$ 1 bilhão por ano é gastado com eles" (Em palestra no Clube Hebraica, abril de 2017). [...] "Fui com os meus três filhos, o outro foi também, foram quatro. Eu tenho o quinto também, o quinto eu dei uma fraquejada. Foram quatro homens, a quinta eu dei uma fraquejada e veio mulher". (Palestra no Clube Hebraica, abril de 2017). [...] "O erro da ditadura foi torturar e não matar" (Em entrevista no rádio, em junho de 2016) (CIPRIANI, 2018, p. 01). "Eu sou cristão, acredito em Deus, e no que depender de mim, nenhuma iniciativa favorável ao aborto será apresentada no Parlamento. Se o Parlamento resolver por maioria aprovar um projeto deles, eu veto e, se o Parlamento derrubar o veto, nós vamos respeitar a lei na questão do aborto" (MORAIS, 2019, p.01)¹².

As falas de Jair Bolsonaro, antes de tudo, aterrorizam por tamanha indiferença, onde estas não passam despercebidas e nem são a intenção de Bolsonaro. O desdém e o ódio dis-

¹²Não houve um critério para elencar as reportagens, foram escolhidas aleatoriamente.

seminados revelam que traços perversos da construção sócio-histórica do Brasil não foram superados, como o racismo e machismo e, que o diferente, o não padrão deve ser atacado ou exterminado. O discurso de Bolsonaro somente não é retrógrado para aqueles que partem da mesma intolerância e preconceito.

No que se refere às mulheres, as propostas do governo Bolsonaro, junto com seus ministros, são claras e direcionam a mulher para o retorno ao mundo doméstico, “glamourizando” o papel de esposa-dona-de-casa-mãe-de-família¹³. Além disso, segue cerceando seus direitos reprodutivos e sexuais, refletindo na limitação de sua cidadania e direitos humanos. A ministra do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, a pastora evangélica e advogada Damares Alves¹⁴, foi escolhida pelo presidente Jair Bolsonaro para assumir este Ministério, pois, segundo o presidente Jair Bolsonaro, o ministério “se identifica muito com ela (Damares), que é Família e Direitos Humanos” (DANTAS, 2018,p.01).Ou seja, a ministra Damares possui um engajamento na área da família e Direitos Humanos.

De acordo com o Guia de Direitos Humanos, as mulheres ganham menos, estão concentradas em profissões mais desvalorizadas, têm menor acesso aos espaços de decisão no mundo político e econômico, sofrem mais violência (doméstica, física, sexual e emocional), vivem dupla e tripla jornada de trabalho e são as mais penalizadas com o sucateamento de serviços e políticas sociais, dentre outros problemas. Outros aspectos agravam a situação de desigualdade das mulheres na sociedade: classe social, raça, etnia, idade e orientação sexual, situações que limitam o desenvolvimento e comprometem a saúde mental de milhões de mulheres(BRASIL, 2011a, p.45).

Indaga-se sobre esse engajamento, o que a ministra compreende como família, e se a mesma abrange em suas propostas as novas configurações de famílias e dos novos papéis assumidos pelas mulheres, que não estão estritamente vinculados a maternidade. Estes se caracterizam, principalmente, pela inserção da mulher e mulher-mãe no mercado de trabalho, necessitando de instrumentos que auxiliem essa mulher na conciliação desses dois espaços, atendendo as particularidades dessas mulheres, assim como as protegendo, visto que “entre 2007 e 2017 houve aumento de 20,7% na taxa nacional de homicídios de mulheres, quando a mesma passou de 3,9 para 4,7 mulheres assassinadas por grupo de 100 mil mulheres”, alar-

¹³Termo da usado pela autora Margareth Rago no livro “Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930”.

¹⁴Damares Alves é Advogada, atualmente exerce as funções de Assessora Parlamentar no Congresso Nacional, Assessora Jurídica da Frente Parlamentar Evangélica e Secretária Nacional do Movimento Brasil Sem Aborto. É também assessora jurídica da Frente Parlamentar da Família e Apoio a Vida e co-fundadora do movimento ATI-NI – Voz Pela Vida, que exerce uma importante luta no combate à violência contra crianças indígenas. Além disso, a Dra. Damares Alves é Diretora de Assuntos Parlamentares da ANAJURE – Associação Nacional de Juristas Evangélicos (BRASIL SEM DROGAS, 2019, p.01).

mando para a taxa de feminicídio no país (CIQUEIRA et al., 2019,p.32). Sobre o assassinato de mulheres, é interessante salientar que o aborto inseguro também é tratado como reflexo de feminicídio indireto na tese de Jackeline Aparecida Ferreira Romio, o qual destaca que as mortes

[...] por aborto são tipo de morte que pode ser interpretada dentro da concepção de feminicídios indireto de tipo reprodutivo, inspirado no entendimento dos fatores da opressão feminina através de políticas de Estado e seu impacto na mortalidade da mulher. Esta morte é ocasionada pela complicação no processo de interrupção da gravidez, a interrupção pode se dar de forma espontânea ou voluntária, a última é considerada crime no Brasil o que em muitos casos gera mortes(2017, p.167).

A autora supracitada aborda uma nova forma de entender o aborto inseguro, sendo os óbitos por decorrência de procedimentos clandestinos um reflexo do feminicídio, caracterizando-o como resultado de um cenário opressor sobre a sexualidade e reprodução feminina, assim como a omissão do Estado em desenvolver políticas de saúde adequadas à realidade da saúde reprodutiva e sexual das mulheres brasileiras.

Dessa forma, o controle e proibição da mulher sobre o gerenciamento do seu próprio corpo impede que a mesma acesse e receba o cuidado conforme suas necessidades e seus direitos, implicando que essas mulheres procurem por estratégias clandestinas (CASALI, 2019). Em relação a essa dupla jornada de trabalho, em conciliar o trabalho em âmbito privado e público, acrescido com as responsabilidades da maternagem, a ministra Damares, antes mesmo de assumir o cargo no ministério, salientava sua preocupação

[...]com a ausência da mulher de casa. Hoje, a mulher tem estado muito fora de casa. Costumo brincar como eu gostaria de estar em casa toda a tarde, numa rede, e meu marido ralando muito, muito, muito para me sustentar e me encher de jóias e presentes. Esse seria o padrão ideal da sociedade. Mas, não é possível. Temos que ir para o mercado de trabalho (SACONI, 2018, p. 01)

A ministra Damares ainda complementa que

A mulher nasceu para ser mãe. Também, mas ser mãe é o papel mais especial da mulher. A gente precisa entender que a relação dela com o filho é uma relação muito especial. E a mulher tem que estar presente. A minha preocupação é: dá pra gente ter carreira, brilhar, competir, consertar as bobagens feitas pelos homens. Sem nenhuma guerra, mas a gente conserta algumas. Dá pra gente ser mãe, mulher e ainda seguir o padrão cristão que foi instituído pras nossas vidas (SACONI, 2018, p. 01).

Explicitamente, a ministra Damares enfatiza um único perfil de mulher e definindo como desejo por todas as mulheres. Em seu discurso, compreende que as mulheres realmente

devem estar em casa, assumindo sua “responsabilidade” com o cuidado do lar e dos filhos e que esse papel materno é necessário para sua felicidade, não esquecendo a submissão ao homem, consentido com suas ações, as relevando sejam quais forem e, quando necessário, consertá-las, pois como aponta Saffioti “a submissão das mulheres na sociedade civil assegura o reconhecimento do direito patriarcal¹⁵ dos homens” (2004, p.131). Não se critica o direito da mulher em assumir integralmente o papel e cuidado com a maternagem ou do cuidado ao seu companheiro, mas sim a insistente ideia de vincular a mulher tão somente à maternidade, ocultando suas outras necessidades, desejos, aspirações e possibilidades enquanto mulher.

E o mais importante, o ideário de mulher no qual a ministra Damares acredita, personifica aquela construção retrógrada, submissa e de controle sobre as mulheres, contrapondo ainda qualquer movimento que reivindique ou confronte esse papel historicamente construído. O acesso ao aborto, então, torna-se alvo desse governo, refutando qualquer possibilidade de liberdade reprodutiva, até mesmo em casos onde o aborto é permitido pela lei brasileira¹⁶.

Segundo a ministra Damares,

existem mulheres que buscam aborto e morrem, mas esse número não é tão grande. Primeiro, vou levantar os dados exatos, ver quem está morrendo. Mas não considero tema de saúde pública (BRANDALISE, 2018, p. 01). Nós queremos Brasil sem aborto. De que forma? Um Brasil que priorize políticas públicas de planejamento familiar, que o aborto nunca seja considerado, e visto nessa nação, como um método anticonceptivo (MAZUI; SOUSA, 2018, p. 01).

A ministra Damares destaca seu posicionamento contrário ao aborto e que não há dados suficientes que confirmem o cenário real do aborto no Brasil. Pontua-se que, realmente, o contexto atual de debate sobre o aborto apresenta escassez de dados para saber a magnitude do aborto no Brasil. Entretanto, em pesquisas realizadas, como a Pesquisa Nacional de Aborto de 2016, pode se aproximar dos números de aborto realizados ilegalmente em solo brasileiro.

¹⁵A dominação dos homens sobre as mulheres e o direito masculino de acesso sexual regular a elas estão em questão na formulação do pacto original. O contrato social é uma história de liberdade; o contrato sexual é uma história de sujeição. O contrato original cria ambas, a liberdade e a dominação. A liberdade do homem e a sujeição da mulher derivam do contrato original e o sentido da liberdade civil não pode ser compreendido sem a metade perdida da história, que revela como o direito patriarcal dos homens sobre as mulheres é criado pelo contrato. A liberdade civil não é universal – é um atributo masculino e depende do direito patriarcal. Os filhos subvertem o regime paterno não apenas para conquistar sua liberdade, mas também para assegurar as mulheres para si próprios. Seu sucesso nesse empreendimento é narrado na história do contrato sexual. O pacto original é tanto um contrato sexual quanto social: é social no sentido de patriarcal – isto é, o contrato cria o direito político dos homens sobre as mulheres –, e também sexual no sentido do estabelecimento de um acesso sistemático dos homens ao corpo das mulheres. [...]O contrato está longe de se contrapor ao patriarcado: ele é o meio pelo qual se constitui o patriarcado moderno (PATEMAN, 1993, pp.16-17).

¹⁶A discussão sobre as leis para ampliar o acesso ao aborto seguro, assim como dificultar o seu acesso é abordado no subcapítulo 3.1 O aborto no Brasil.

Porém, é importante pensar que a pesquisa percorre o limite da ilegalidade, onde ao mesmo tempo em que se busca informações sobre os abortos realizados e as mulheres que o fazem, há necessidade do cuidado e proteção a essas mulheres que realizaram a prática ilegalmente, pois “não há garantias legais de segredo ou sigilo dos dados coletados nas pesquisas acadêmicas no Brasil. Em um estudo sobre crimes, a promessa de confidencialidade dos dados é um voto de confiança dado ao pesquisador pelos participantes em nome do conhecimento científico” (BRASIL, 2009, p.41). Da mesma forma que “aspectos culturais, religiosos, legais e morais inibem as mulheres a declararem seus abortamentos, dificultando o cálculo da sua magnitude (BRASIL, 2011a, p. 01).

Assim, não é possível ter exatidão dos números de abortos realizados, pois o aborto é crime, exceto nos casos previstos em lei (em caso de estupro, feto anencéfalo e quando há risco de morte para a mulher). Esse contexto de clandestinidade dificulta que exista uma coleta que contemple todos os procedimentos realizados ilegalmente. Contudo, os números que aparecem evidenciam que a prática do aborto é comum na vida das mulheres brasileiras e, principalmente, possui consequências negativas à saúde biopsicossocial das mulheres acarretada pela criminalização. É importante pensar que não é porque esses dados não chegam diretamente ou escancaradamente que a prática não existe e não tem afetado as mulheres, e independente da proporção de números toda a vida feminina é importante.

O atual ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, também se posiciona contra a realização do aborto. Segundo ele,

“um país que não tem educação sexual, não tem um programa de maternidade responsável, programas de vasectomia, e outros métodos contraceptivos, não pode legalizar o aborto. Acho que a legalização só serviria como método anticoncepcional, e por isso sou contra”. [...] Na ocasião, ele acrescentou ainda, em resposta aos números *artificialmente inflados* sobre a quantidade de abortos clandestinos no país que legalizar a prática por conta desse problema “seria como legalizar a droga por que não se consegue combater o crack” (LIMA¹⁷, 2018, p.01, grifo nosso).

O ministro Mandetta compartilha da mesma opinião da ministra Damares, que os números de abortos no Brasil são efêmeros ao seu entender. E, no momento que associa o aborto ao um método anticoncepcional, exclui a complexidade do procedimento, no sentido que aspectos clínicos, psicológicos, culturais e sociais também compõem esse processo, e que a decisão de abortar também não deve ser compreendida como algo mecânico. O discurso acima

¹⁷O trecho acima foi retirado de um blog que defende segundo eles “causas pró-vida e pró-família” (LIMA, 2018, p. 01).

do ministro Mandetta foi direcionado ao ministro Roberto Barroso¹⁸ que, “em 2016, em dezembro, [...] num julgamento de habeas corpus¹⁹, declarou que ‘aborto até o terceiro mês não é crime’, contradizendo o Código Penal” (LIMA, 2018, p.01). Segundo Barroso,

a criminalização é incompatível com os seguintes direitos fundamentais: os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, que não pode ser obrigada pelo Estado a manter uma gestação indesejada; a autonomia da mulher, que deve conservar o direito de fazer suas escolhas existenciais; a integridade física e psíquica da gestante, que é quem sofre, no seu corpo e no seu psiquismo, os efeitos da gravidez; e a igualdade da mulher, já que homens não engravidam e, portanto, a equiparação plena de gênero depende de se respeitar a vontade da mulher nessa matéria. [...] A tipificação penal viola, também, o princípio da proporcionalidade por motivos que se cumulam (i) ela constitui medida de duvidosa adequação para proteger o bem jurídico que pretende tutelar (vida do nascituro), por não produzir impacto relevante sobre o número de abortos praticados no país, apenas impedindo que sejam feitos de modo seguro; (ii) é possível que o Estado evite a ocorrência de abortos por meios mais eficazes e menos lesivos do que a criminalização, tais como a educação sexual, distribuição de contraceptivos e amparo à mulher que deseja ter o filho, mas se encontra em condições adversas; (iii) a medida é desproporcional em sentido estrito, por gerar custos sociais (problemas de saúde pública e mortes) superiores aos seus benefícios (IB-DCIVIL, 2016, p. 98).

Barroso, de forma breve e clara, elenca pontos cruciais que atravessam a criminalização do aborto e as mulheres, em como o aborto tipificado no Código Penal assume um potencial que lesa os direitos básicos das mulheres e torna-se inconstitucional, visto que a Constituição Federal (CF) tem, entre seus princípios fundamentais, a cidadania, a dignidade, a erradicação das desigualdades sociais e a prevalência dos direitos humanos, além de reconhecer todas as pessoas como iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo a inviabilidade do direito à vida e à liberdade (BRASIL, 1988).

Como destacado pelo ministro Barroso, a criminalização é incompatível com os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, bem como seus direitos básicos e sua cidadania. De acordo, Miriam Ventura, discorre sobre os direitos reprodutivos:

[...] são constituídos por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana. É, portanto, o direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos, e ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza. [...] A efetivação dos Direitos Reprodutivos envolve assegurar direitos relativos à autonomia e autodeterminação das funções reprodutivas, que correspondem às liberdades e aos direitos individuais nos Pactos e Convenções de Direitos Humanos e na lei constitucional brasileira (2009, pp. 19-20).

¹⁸Ministro do Supremo Tribunal Federal e do Tribunal Superior Eleitoral.

¹⁹a(VIEIRA, 2017, p. 01).

Os direitos reprodutivos integram os direitos humanos²⁰, pautando principalmente a autonomia reprodutiva que deve ser central na garantia desse direito, e que o Estado não deve intervir na vida sexual e reprodutiva dos sujeitos, mas sim garantir proteção, promoção e provisão de recursos para as decisões referentes a esse direito. “As pessoas e as instituições devem respeitar as diferenças e escolhas [...], permitindo o bem-estar e liberdade de todos e todas” (VENTURA, 2009, p. 20).

O reconhecimento da natureza dos Direitos Reprodutivos como direitos humanos é fundamental para a reconstrução dos direitos e obrigações, que envolvem o exercício das funções reprodutivas e da sexualidade. Com esse reconhecimento, diferenças de gênero, geração, classe, cultura e outras passam a ser consideradas, ao mesmo tempo em que são reconhecidas necessidades sociais específicas (VENTURA, 2009, p. 35)

Porém, pensar na efetividade dos direitos humanos e direitos reprodutivos e sexuais perpassa entender em que contexto social, cultural, político e econômico eles passam a ser articulados e promovidos. A sociedade brasileira configura-se sob o sistema capitalista, e este implica nos direitos²¹, que originalmente faz com as políticas sociais tencionem a viabilização dos direitos afim de manter o *status quo*, que materializa a naturalização do trabalho assalariado, a exploração, a desigualdade e, principalmente, uma mentalidade conservadora frente às expressões da questão social (LACERDA, 2014).

A questão social e suas expressões são objeto de trabalho dos profissionais de Serviço Social, – área a qual embasa esta produção – e representa a exacerbada discrepância de classes, injustiças e barbárie humana. Segundo Marilda Villela Iamamoto,

[...]a questão social enquanto parte constitutiva das relações capitalistas, é apreendida como expressão ampliada das desigualdades sociais: o anverso do desenvolvimento das forças produtivas do trabalho.[...]os processos sociais que ela traduz encontram-se no centro de análise de Marx sobre a sociedade capitalista. Nessa tradição intelectual, o regime capitalista de produção é tanto um processo de produção das condições materiais da vida humana, quanto um processo que se desenvolve sob relações sociais-históricas-econômicas-de-produção específica. Em sua dinâmica produz e reproduz seus expoentes: suas condições materiais de existência, as relações sociais contraditórias e formas sociais através das quais se expressam (IAMAMOTO, 2001, pp. 10-11).

²⁰Os direitos humanos correspondem aqueles direitos que devem ser garantidos a todos os seres humanos, independentemente de sexo, raça, origem ou qualquer outra condição (VENTURA, 2009, p. 35).

²¹No momento em que as contradições entre o proletariado e a burguesia se acentuam, tornou-se imperioso criar novas formas de intervenção, capazes de ganhar a aceitação da classe trabalhadora. Entre final dos anos 1930 e início de 1940, o Estado incorpora parte das reivindicações populares, amplia os direitos sociais mediante uma legislação social e sindical, instituindo o salário mínimo, a justiça do trabalho, o imposto sindical etc. É nesse momento que surgem as grandes instituições assistenciais e previdenciárias, possibilitando a ampliação do mercado de trabalho da profissão através da operacionalização das políticas sociais (ALEXANDRE; LINS, 2014, p.29)

A questão social oriunda do conflito entre capital e trabalho, consequência do modelo de produção capitalista, nada mais é que a resposta final dos diferentes processos de exploração que culminam em desigualdades sociais, econômicas, políticas, de raça e gênero. Ela traduz a contradição do capital que, ao mesmo tempo que produz riqueza, reproduz paupériedade, seja ela material ou abstrata, dedicando-se a construir um sistema de produção e lucro sob relações desumanas, alienando os sujeitos a uma sociedade indiferente e individualista.

Essa contradição, segundo Juliano M. Deitos e Janaina S. Sobzinski “auxilia no entendimento das relações contrárias e também dos processos resultantes desse movimento. [...]promove a análise sobre a transformação e movimento dos fenômenos sociais, além de contribuir no desenvolvimento qualitativo de um estado para outro” (2015, p.108). A contradição não emerge somente no modo de produção, mas reflete nas demais realidades e relações, como na situação do aborto que, ao mesmo tempo que é criminalizado – exceto nas situações permitidas pela lei – como forma de proibir a prática, não faz com que deixe de ser acessado pelas vias da ilegalidade pelas mulheres.

Atenta-se que essa individualidade pautada disseminada responsabiliza cada indivíduo pela sua sobrevivência que, segundo Pierre Dardot e Christian Laval, criam sujeitos como um “empreendedor de si mesmo”, o que significa conseguir ser o instrumento ótimo de seu próprio sucesso social e profissional (2016, p. 343). Cabe a este suprimir toda e qualquer necessidade, isentando o Estado. A individualidade também não segue a ideia de sujeito dotado de autonomia sobre suas escolhas, como prevê o neoliberalismo. Pois, na sociedade brasileira o conservadorismo compõe a sua formação sócio-histórica, negando, de fato, a liberdade em todas as instâncias da vida dos sujeitos, como prevê o neoliberalismo.

Silvia Federici complementa ainda que

[...]o capitalismo, enquanto sistema econômico-social está necessariamente ligado ao racismo e ao sexismo. O capitalismo precisa justificar e mistificar as contradições incrustadas em suas relações sociais — a promessa de liberdade frente à realidade da coação generalizada, e a promessa de prosperidade frente à realidade de penúria generalizada — difamando a “natureza” daqueles a quem explora: mulheres, sujeitos coloniais, descendentes de escravos africanos, imigrantes deslocados pela globalização(2017, p. 37).

O Estado brasileiro já apresentava um caráter conservador e passa a incorporar neoliberalismo em sua organização, ambos operando como uma ideologia. Os indivíduos estão sujeitos e cerceados a esse modelo de produção neoliberal e a mentalidade conservadora. E essa contradição é evidente quanto ao corpo das mulheres, visto que se propaga uma lógica de

independência para sobrevivência, e este corpo deve ser responsável pela produção de sua subsistência mas, ao mesmo tempo, não tem domínio e gerenciamento pelo seu sistema de reprodução.

O aborto inseguro torna-se uma expressão da questão social pela violência que a criminalização do mesmo causa à saúde, dignidade e direitos das mulheres. A criminalização do aborto nega o acesso a um procedimento seguro, ético, com garantias de proteção às mulheres e o direito de escolha sobre sua saúde reprodutiva ampla, levando-as a adentrar a clandestinidade se quiserem acesso à prática.

A alta destrutividade da sociabilidade no capital expõe a humanidade ao limite da civilização, contexto em que se intensifica a barbárie humana e, por isso, defender os direitos humanos torna-se imperativo em nosso tempo histórico. Não uma defesa que se finde nela mesma, mas que, sobretudo, esteja articulada à luta pela emancipação humana. O Brasil é um, dentre os diversos países signatários da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e, embora esse aparato não rompa com a lógica do sistema capitalista, não podemos deixar de expressar sua relevância, no que diz respeito ao reconhecimento positivo dos direitos civis, políticos, culturais, bem como os sociais e os econômicos, enquanto integrantes dos direitos do ser social (CFESS, 2016a, p. 02).

Nesse contexto, o Serviço Social se defronta com uma realidade imbricada de contradições que pesam sobre as relações e singularidades dos indivíduos, principalmente aqueles grupos sociais historicamente subalternizados e explorados, como as mulheres. Estas possuem um percurso na sociedade brasileira, onde seus direitos e reconhecimento como ser social de potencialidades são tardios e, seu corpo, dominado por reproduções estereotipadas. Essas construções sobre as mulheres ganham intensidade na lógica do atual governo, o qual dispõe de uma equipe para governar com posicionamentos definidos sobre as mulheres na sociedade, reeditando a mulher domesticada e colonizada.

Como é destacado pelo Conselho Federal de Serviço Social (2016b), a romantização burguesa da maternidade não tem dialogado com as condições objetivas das mulheres brasileiras, que é embasada em um fundamentalismo religioso e esse mesmo fundamentalismo coloca a maternidade como essencial às vidas femininas e desenvolve projetos de leis com a finalidade de impedir os avanços nas políticas de saúde no campo dos direitos sexuais e reprodutivos.

As eleições de 2018 no Brasil são marco de reatualização do conservadorismo, comprovando que a mentalidade da classe dominante nunca foi superada. Ao contrário, se mantém predominante e extremamente intolerante. Isto não somente pela democracia que o elegeu, mas por se tornar voz dos segmentos de extremo conservadorismo que o apóiam em seus dis-

cursos retrógrados e violentos a determinadas populações. O governo Bolsonaro é ativamente contrário à agenda da descriminalização e legalização do aborto. Não somente perpetua marcas históricas de desigualdade e machismo contra as mulheres, mas as revigora através de um discurso de proteção aos ideais moralistas.

A expressão “bela, recatada, do lar”²² surge em um cenário de retrocessos democráticos e políticos, usado para referenciar o papel ideal de uma mulher, e o que dela é esperado. Bela, recatada e do lar, é a personificação do projeto conservador para as mulheres, cabendo a elas adaptar-se a esse papel, atendendo padrões de beleza e estética ficcionais, seguindo condutas disciplinadoras em público, mantendo-se obedientes no privado(lar) e se responsabilizando por este espaço. A história das mulheres é contada e projetada por homens e suas instituições de poder²³, conduzindo-as a assumir esse estereótipo feminino. Contudo, também são pressionadas a assumir o papel de clandestina²⁴, visto que as mulheres que realizam o aborto na ilegalidade têm seus corpos e vidas atravessados por esse projeto de ideário feminino.

Por meio da história, dos parâmetros sociais, políticos e culturais arquitetados para a sociedade brasileira, o qual propõe direção aos indivíduos sociais e ao corpo social como um todo, pode-se interpretar e penetrar no produto dessas relações sócio históricas, bem como na conjuntura que também é resultado desses processos passados. Entre as categorias do método Dialético Crítico fundamentado no Materialismo Histórico, que estruturam esta pesquisa e potencializam a discussão do aborto, a categoria historicidade surge como ferramenta essencial para interpretar a história do Brasil, em como o aborto se apresenta para o corpo social, mulheres e instituições de poder que também estão inseridas nas articulações sobre essa demanda.

²²A expressão "Bela, recatada e do lar", foi utilizada por um jornal em 2016, fazendo referência a Marcela Temer, então futura primeira-dama por um . Porém, " matéria revela quase que orgulhosamente, os moldes de uma silenciosa e subserviente “mulher ideal”. Diz que Marcela se formou em direito, mas jamais exerceu a profissão, trabalhou como recepcionista e participou de concursos de miss; que ela prefere vestidos até os joelhos e cores claras; que sonha em ter mais um filho com o vice-presidente Michel Temer, que ela só sai de casa para cuidar de sua saúde e do filho; que o seu primeiro encontro com Temer, ainda adolescente, se deu com a presença da mãe" (PORTAL RAÍZES, 2019, p. 01).

²³Quando a autora utiliza “instituições de poder masculina” refere-se às instituições que predominantemente são construídas, gestadas e controladas por homens, como é o caso da Igreja Católica que apesar abranger os consagrados” fiéis, freiras), estes não influenciam no espaço de decisão da Igreja Católica (WALBERT; FERREIRA, 2013, p. 01). Ou nos espaços de política no Brasil, onde ‘apenas 10,5% do Congresso é feminino()’. Ambos o poder continua centralizado em homens(PAINS, 2019, p.01).

²⁴ O título dessa dissertação ironiza o papel destinado historicamente as mulheres, pois ao mesmo tempo que as pressiona para assumir o papel de bela, recatada e do lar, também impõe que elas sejam clandestinas, visto que para conseguir acesso ao aborto precisam procurar pela prática na ilegalidade. Mesmo existindo diferentes perfis de mulheres, independente de suas peculiaridades, o sistema patriarcal não reconhece essas diferenças, impõe o papel feminino construído historicamente e socialmente para todas.

Maria da Graça Gomes Türk (2012) destaca que a historicidade é uma categoria ontológica do ser social e, deste modo, é parte da própria vida dos sujeitos que, por não serem isolados e, por estarem em constante transformação, são influenciados por fenômenos sociais, políticos, econômicos, culturais e religiosos. A vida das mulheres é atravessada por essas articulações sócio históricas, justificando a necessidade de aproximar-se da trajetória do debate do aborto no Brasil e como este é posto a elas ao longo da formação social, além das primeiras interpretações da Sociedade Civil e do Estado diante desta demanda.

A história das mulheres no Brasil permite que se aproxime dos determinantes que legaram a mulher o espaço social de hoje, onde estas carregam tanto marcas de resistência em seu corpo como os rótulos que a enclausuram em um formato utópico de mulher. Isto por quê? Mulheres carregam projeções sobre seu gênero, padrões para comportar-se, comunicar-se, vestir-se, agir, pensar e a que identidade deve dedicar-se. Propõe-se que o leitor adentre o mundo feminino construído historicamente para a mulher habitar, o tal dito incompreensível e complexo. Entenda, sob que aspectos a mulher é construída e delimitada na sociedade brasileira, por onde seu corpo e essência são persuadidos a naturalizar estereótipos que, muitas vezes, violam sua humanidade e direitos.

2.1 MAIS UMA HISTÓRIA SOBRE AS MULHERES

Antes de contar uma história sobre as mulheres brasileiras, é importante destacar sobre as primeiras construções sociais sobre as mulheres, visto que a colonização do território brasileiro sofre reflexos de relações sociais externas, existentes e produzidas em outro continente que também vivencia as transformações das condições de sociabilidade. A autora francesa e filósofa Simone de Beauvoir, em sua obra o “Segundo Sexo”, publicada em 1949, propõe a discussão sobre a mulher e seu papel nas sociedades antigas, analisando que posição ocupava nas relações e meios de sobrevivência.

Para a autora o mundo sempre pertenceu aos homens e, através de dados da história, pode se compreender como a hierarquia dos sexos se estabelece e contribui para que o homem se mantenha como sexo predominantemente importante. Porém, em que momento da história o homem consegue assumir esse lugar, que privilégios lhe permitiram imperar²⁵ sobre a mulher? Para Beauvoir (1949), é difícil ter um entendimento da situação da mulher no período

²⁵Simone de Beauvoir(1949) destaca em sua obra que quando duas categorias humanas estão na mesma presença, inevitavelmente uma irá tentar impor sua soberania a outra, e se uma das duas é privilegiada, ela dominará a outra.

anterior ao advento da agricultura, até mesmo se haveria diferenças biológicas entre os homens e mulheres. Em um ambiente pouco explorado, a organização desses indivíduos se dava da seguinte forma: a elas lhes eram confiados trabalhos duros, como carregar peso, para que os homens ficassem com as mãos livres nos comboios e pudessem defender-se contra agressores inesperados, indivíduos ou animais, fazendo com que os homens assumissem o papel de risco.

Não se sabe se essa divisão de funções era baseada em características físicas dos homens e mulheres, se algum detinha mais força que outro. A certeza era de que se vivia exposto ao desconhecido e era necessário estar preparado. As mulheres, experienciavam a gravidez, o parto e a menstruação, e como não havia períodos de esterilidade, as maternidades repetidas absorviam grande parte da força e tempo das mulheres, contribuindo para diminuição da força de trabalho, estagnando-as a longos períodos de impotência, restringindo suas ações e o direcionamento de seu tempo. O que também dificultava que elas se protegessem dos inimigos, necessitando da proteção dos guerreiros e de seu produto da caça e pesca para assegurar a sua manutenção e da prole (BEAUVOIR, 1949).

As mulheres percebiam o processo biológico da reprodução como um cativeiro, que consumia seu tempo e energia, refutando a ideia da maternidade como uma vocação natural da mulher e essencial deste os tempos antigos, ao mesmo que em decorrência da reprodução tornavam-se dependentes do homem.

Não eram capazes de assegurar a vida dos filhos que pariam, pois naquele período os povos coletores, caçadores e pescadores só extraíam do solo poucas riquezas e a custo de duros esforços. Nasciam muitas crianças, em relação aos recursos da coletividade, e a fecundidade absurda da mulher a impedia de participar ativamente da ampliação desses recursos, ao passo que criava indefinidamente novas necessidades. Porém, era o homem que assegurava o equilíbrio da reprodução e da produção. A mulher não tinha sequer o privilégio de manter a vida em face do macho procriador, ou seja, não desempenhava o papel do óvulo em relação ao espermatozoide, só tinha uma parte no esforço da espécie humana por preservar em seu ser, e era graças ao homem que esse esforço se realiza concretamente (BEAUVOIR, 1949, p.82)

A mulher, enquanto reprodutora naquele cenário, não conseguia garantir sua subsistência. Sua força de trabalho e produção eram mínimas comparadas ao aumento de natalidade e a forma como essas circunstâncias conduziam as mulheres a dependência e exaltação dos homens, já que este era o responsável pela sua sobrevivência, o tornava dominante das relações e dos recursos, e isso em um cenário limitado para sobreviver formalizava sua autoridade.

Com a organização social baseada no modelo nômade a maternidade não era romantizada e nem vista como uma afirmação nobre da existência da mulher era apenas suportada pelas populações femininas. Sua função resumia-se a conciliar a maternagem com o trabalho doméstico, e esse cuidado da maternagem não possuía afeição, as crianças eram reconhecidas como encargos, o que repercutiria em números altos de infanticídios, que ocorriam por falta de cuidado em relação à higiene ou porque eram exterminados.

Enquanto isso, o homem com seus instrumentos de caça e luta apropriava-se das riquezas e aumentava seu domínio sobre o mundo, suas conquistas eram sagradas e recebidas com festas, em razão de que assumia os riscos quando guerreava para proteger ou caçava para sobreviver, ganhando o prestígio do grupo ao qual fazia parte. Possuía autonomia e liberdade para aventurar-se, assim como estímulos, possibilitando que desenvolve-se suas capacidades enquanto indivíduo, usando delas para ascender socialmente. A vida do homem não era o valor supremo, mas para que fins ela servia, era arriscando-a que o homem se erguia acima do animal, marcando a humanidade com a ideia de que a superioridade é concedida ao sexo que mata e não ao que gera (BEAUVOIR, 1949).

O poder construído para e pelo homem não está somente no acúmulo da riqueza, do controle, mas também de decidir sobre a vida, assim como ceifá-la. O poder do homem de matar e sentir-se autorizado é presente, reflete na indiferença sobre algumas vidas, especialmente vidas femininas, que vivenciam no feminicídio incessantes violações a sua vida.

A autora, filósofa e historiadora francesa Elisabeth Badinter, em seu livro “Um é o outro: relações entre homens e mulheres” de 1986 destaca que a diferença de estímulos direcionados ao homem e a mulher ocorreram por meio da divisão de atividades.

[...] a caça na savana desenvolveu o sentido e a inteligência do homem, ensinando-o a interpretar os estímulos sensoriais, confrontando-o com os animais mais astutos e estimulando suas aptidões estratégicas: atenção, tenacidade, combatividade, audácia, engodo, astúcia, armadilha, empreitada. É indiscutível que ela foi um fator poderoso de sociabilização, já que, caçando, os homens aprenderam a cooperação, a transação e as regras de distribuição.[...] Como raramente as mulheres participavam da caça – tendo de tratar dos filhos e da colheita individual – decretou-se que elas permanecessem “menores sociais e culturais”. Descritas como mais lentas, mais fracas, menos coordenadas ou sujeitas as mudanças de humor em razão de seu ciclo menstrual, objetos sexuais que perturbam o grupo, as mulheres, que não tinham os mesmos motivos para se ligarem entre si, teriam sido condenadas, naturalmente, a se submeter aos homens mais fortes, mais inteligentes, mais corajosos (BADINTER, 1986, pp.36-37).

Com o modelo de socialização alterando-se, o homem continuava a desenvolver suas capacidades de sobrevivência e autoridade sobre a mulher, e estas como não acompanhavam

essa evolução, impedidas pelo processo reprodutivo que afetava seu estado físico, e consequentemente sua força de trabalho, não ascendiam. Essa diferença de estímulos fez com que houvesse disparidade de crescimento entre o homem e mulher, o que implicou na desigualdade de poder e direito, legando a mulher espaço e atribuições subservientes em comparação aos homens. Importante pontuar que essa diferença é construída culturalmente para que um gênero se sobressaia sobre o outro, e não imposta, mas justificada também por condicionantes biológicos. A indiferença é moldada pelos interesses imbricados nela, usando das respectivas singularidades e possibilidades de cada sujeito para transformá-la em instrumento de hierarquia.

Simone de Beauvoir (1949) explica que os homens buscando garantir esse poder, criaram a divisão entre os gêneros, entendendo que ao instituir um campo de domínio feminino, imanente, nele poderia encerrar a mulheres e estas nunca questionariam os valores que lhe foram dados em comparação ao dos homens. Porém, com a descoberta da agricultura, a visão desvalorizada da mulher passa por uma mudança, e esta assume uma função essencial no processo de produção na terra. Com os povos fixando-se no solo e projetando-se no mundo, era necessária força de trabalho para manutenção da terra, o que confere a mulher e a criança uma posição importante na civilização assentada no trabalho da terra.

A valorização da mulher ocorre pelo mesmo motivo o qual era desdenhada, a reprodução. O que modifica essa visão são os interesses masculinos sobre esse aspecto biológico da mulher que poderia ser usado para garantir a ampliação da força de trabalho e o desenvolvimento do seu grupo social da mesma forma que poderiam confiná-la nessa função e tornar vital ao seu gênero, visto que elas encontrariam visibilidade e reconhecimento nessa função.

A mulher também é igualada a terra, pois ambas garantem a permanência da vida, e a natureza na sua totalidade apresenta-se como uma mãe. A terra é mulher e a mulher é habitada pelas mesmas forças obscuras que habitam a terra, e por isso lhe foi confiado o trabalho agrícola, pois a mulher teria o poder de fazer jorrar dos campos semeados os frutos e espigas, tornando a procriação e agricultura uma conjuração mágica e não uma operação criadora (BEAUVOIR, 1949).

O corpo da mulher é assemelhado a produção e reprodução, e quando útil ao homem ganha prestígio e espaço social. A reprodução passa por processos de mutação, antes vista como motivo para desvalorização da mulher e identificado por elas como um momento irrelevante, de impedimento para sua ascensão enquanto indivíduo de possibilidades e potencialidades, e posteriormente torna-se necessário para o desenvolvimento dos grupos e para ampliação da força de trabalho e permitindo à mulher espaço social. A história mostra que a repro-

dução modela-se de acordo com o cenário social e os interesses nele envolvido, podendo expressar-se sob um processo mecânico, ou pode assumir um novo sentido, como acontece com a maternidade romantizada, contrapondo a ideia de amor materno como um sentimento inato as mulheres. Neste, a reprodução demarca o potencial feminino e seu lugar na sociedade, ao mesmo tempo que garante ao homem poder e autoridade.

A diferença de estímulos de um gênero para o outro nas primícias das relações sociais contribuíram para delimitar o espaço social, político, econômico e cultural ocupado pela mulher e homem, possibilitando que existisse disparidade sociais e limitadoras entre ambos, que no decorrer da evolução das relações foram intensificando-se pelo modelo de sociedade patriarcal e capitalista, e no caso do Brasil, acentuado pela peculiaridade da colonização.

2.2 MULHERES E SUAS HISTÓRIAS COLONIZADAS

Em 500anos²⁶ de história do Brasil, a mulher esteve presente, assumindo diferentes representações, vivenciando paradoxos, ora por situações de subalternidade, ora pelos enfrentamentos feitos a toda uma conjuntura desenvolvida e aprimorada para aprisioná-la e moldá-la a uma sociedade que prevalece e protege os interesses dos homens, instruída a atender tanto interesses econômicos, sociais, culturais, sexuais e políticos de um sistema patriarcal.

Mulheres habitaram e foram habitadas nesses longos séculos, seus corpos e identidades, paulatinamente foram sugados, padronizados e, por fim, domesticados. Ao aproximar-se das produções de alguns autores – trabalhados neste subcapítulo – que buscam nos dados históricos entender os indivíduos, suas relações e estruturas, percebe-se que as mulheres são interpretadas de diferentes formas. Porém, são predominantemente caracterizadas por sua “incapacidade e limitação natural”. Tal concepção foi desenvolvida em contextos onde os homens necessitavam se sobressair para legitimar e expandir seu poder.

Para compreender quem é a mulher brasileira, é essencial regressar ao passado, conhecer as mulheres que habitaram esse solo, com suas peculiaridades, modo de vida e resistências. Mulheres indígenas, negras, brancas, vivenciaram o processo de colonização do Brasil em posições e atribuições distintas, repercutindo em mudanças na sua cultura, interações e comportamentos, introduzindo modelos de convivência que domesticassem seu corpo, sexua-

²⁶Segundo Boris Fausto, obra “História do Brasil”. Disponível em: <[https://www.intaead.com.br/ebooks1/livros/hist%F3ria/12.Hist%F3ria%20do%20Brasil%20-%20Boris%20Fausto%20\(Col%F4nia\).pdf](https://www.intaead.com.br/ebooks1/livros/hist%F3ria/12.Hist%F3ria%20do%20Brasil%20-%20Boris%20Fausto%20(Col%F4nia).pdf)>.

lidade e identidade, fazendo com que cada uma dessas mulheres absorvesse de forma subjetiva e singularmente essas determinações.

As mulheres indígenas²⁷ foram as primeiras a vivenciar a colonização, como descreve Mary Del Priore e Renato Venancio (2010) elas andavam sempre junto aos seus companheiros, caso fossem atacadas por algum animal ou inimigo. Tinha liberdade para se relacionar sexualmente, tanto com estrangeiros ou com homens de sua tribo, sem que houvesse danos à sua honra, exceto quando estivessem casadas. O adultério feminino não era aceito, podendo a mulher ser espancada até a morte ou entregue a outros homens da aldeia e, caso gerasse uma criança dessa infidelidade, a mesma seria enterrada viva. A divisão do trabalho seguia condicionantes, como sexo e idade, sendo as mulheres responsáveis pelo processamento dos alimentos, bem como seu cultivo e colheita, o cuidado com os animais domésticos e dos corpos dos parentes (catando piolhos, depilando, etc.). Os homens deveriam caçar, pescar, derrubar a mata, cortar lenha e preparar a terra, além de construir malocas, canoas, armas e garantir a proteção às crianças e mulheres.

A liberdade que a mulher indígena tinha sobre a sua sexualidade, salvo em situações que tivessem união com algum homem, foi usada para atender aos desejos de seus colonizadores. Gilberto Freyre relata em “Casa Grande & Senzala: formação da família brasileira sobre o regime da economia patriarcal”, de 1933, que

o europeu saltava em terra escorregando em índia nua; os próprios padres da Companhia precisavam descer com cuidado, senão atolavam o pé em carne. Muitos clérigos, dos outros, deixavam-se contaminar pela devassidão. As mulheres eram as primeiras a se entregarem aos brancos, as mais ardentes indo esfregar-se nas pernas desses que supunham deuses. Davam-se ao europeu por um pente ou um caco de espelho” (FREYRE²⁸, 1933, p. 128).

A descrição feita por Freyre expressa a visão do homem sobre as primeiras interações entre as mulheres indígenas e os colonizadores, ou melhor, como os homens queriam e entendiam aquela situação. Como salienta Daniela Ferrugem, “a contribuição da obra de Gilberto Freyre foi demonstrar o pensamento hegemônico e reiterar estereótipos. Como o que pesa até hoje, de uma erotização do corpo [...]Ao afirmar que houve atração entre as raças, exclui a dimensão fundamental do abuso, do poder das relações (2019, p. 68).

²⁷Do início da colonização até a extinção formal da escravidão indígena, houve índios cativos e os chamados forros ou administrados. Estes eram índios que, após a captura, tinham sido colocados sob a tutela dos colonizadores. Sua situação não era muito diversa dos cativos. Entretanto, se em geral a situação do índio era muito penosa, não equivalia à do negro. A proteção das ordens religiosas nos aldeamentos indígenas impôs limites à exploração pura e simples (BORIS, 1996, p. 40).

A forma como Freyre retrata esse contato oculta o abuso, a exploração e coisificação do corpo, revela o entusiasmo violento sobre os corpos femininos indígenas, visto como convite ao novo e “assentindo”, omitindo as relações desiguais que estavam se estabelecendo. Outros autores retratam de forma diferente esse contato. Darcy Ribeiro (1995) vai destacar como os estupros eram comuns naquele período, pois ao homem português era lhe dado o direito de desfrutar da vida de todos os habitantes da Colônia e esse direito provinha de sua condição de senhor da família patriarcal, onde os “bens”, as mulheres, filhos, terras, escravos, etc., pertenciam ao poder “naturalmente” construído para o deleite do masculino.

A instituição social que possibilitou a formação do povo brasileiro foi o cunhadismo, velho uso indígena de incorporar estranhos à sua comunidade. Consistia em lhes dar uma moça índia como esposa. Assim que ele a assumisse, estabelecia, automaticamente, mil laços que o aparentava com todos os membros do grupo. [...] Como cada europeu posto na costa podia fazer muitíssimos desses casamentos, a instituição funcionava com uma forma vasta e eficaz de recrutamento de mão-de-obra para os trabalhos pesados. [...] Mais tarde serviu também para fazer prisioneiros de guerra que podiam ser resgatados a troco de mercadoria. [...] A função do cunhadismo na sua nova inserção civilizatória foi fazer surgir numerosa camada de gente mestiça que efetivamente ocupou o Brasil. [...] Sem a prática do cunhadismo, era impraticável a criação do Brasil (RIBEIRO, 1995, pp. 81-83).

Darcy Ribeiro (1995) destaca que só foi possível, de fato, que o Brasil fosse colonizado através dessa prática, pois aqueles estrangeiros que ali chegavam teriam sido apenas uma erupção passageira na costa atlântica, já que a terra era toda povoada pelos grupos indígenas. Ao inserir-se no modo de vida desses povos, aprendendo os seus meios de sobrevivência e unindo-se às famílias indígenas através do cunhadismo, estrategicamente conseguiam força de trabalho para lhe servir e mulheres para reproduzir, dois elementos essenciais para o processo de colonização. A partir desse entrecruzamento surge a miscigenação que, segundo José Murilo de Carvalho,

[...] se deveu à natureza da colonização portuguesa: comercial e masculina. Portugal, à época da conquista, tinha cerca de 1 milhão de habitantes, insuficientes para colonizar o vasto império que conquistara, sobretudo as partes menos habitadas, como o Brasil. Não havia mulheres para acompanhar os homens. Miscigenar era uma necessidade individual e política. A miscigenação se deu em parte por aceitação das mulheres indígenas, em parte pelo simples estupro. No caso das escravas africanas, o estupro era a regra (CARVALHO, 2002, pp. 20-21).

A violação do corpo das mulheres, aos olhos de seus colonizadores, era justificada pela necessidade de habitantes suficientes para povoar e tornar-se força de trabalho a serviço do desenvolvimento econômico. Contudo, essas violações permanecem no Brasil Colônia, assumindo outras justificativas, criando um ciclo de exploração e apropriação do corpo das mulhe-

res. A autora Mary Del Priore (2014) também destaca a miscigenação como resposta à escassez de mulheres, o que favoreceu a miscigenação e os concubinatos. Entretanto, Marina Basso Lacerda (2010) salienta que a mestiçagem não tinha como critério o casamento para acontecer.

As mulheres indígenas²⁹ são usadas para materializar e contribuir na colonização da terra e comunidade a qual pertenciam. Seus colonizadores não se deteram apenas a usar sua força de trabalho, mas gozaram da possibilidade de criar vínculos e reproduzir a prole que serviria e reproduziria o novo modelo de civilidade. Lacerda (2010) complementa que a mulher e a terra eram metáforas uma da outra, tanto pela característica de exploração sensorial e sexual, mas também pelos meios de produção e reprodução, vistas como propriedade, tendo sua sexualidade controlada e abusada de acordo com as exigências da colonização e este quadro foi válido tanto para as índias como para as negras, mestiças e mulheres brancas.

Como se vê, foram múltiplos os papéis da mulher indígena. Abusadas sexualmente, exploradas como escravas, dotadas do nobre papel de mães de famílias de filhos considerados legítimos e ilegítimos. Trabalhavam na roça e com os cuidados da casa e da família, donde provavelmente herdamos nossos mais fortes hábitos de higiene. Foram, também, junto com seu povo, vítimas do extermínio quando este foi conveniente. Geraram, em seus ventres, os primeiros mestiços brasileiros (LACERDA, 2010, p. 44).

No início, os portugueses não afetaram a vida dos povos indígenas³⁰ e a autonomia do sistema tribal. Eram poucas feitorias dispersas ao longo do litoral e que dependiam dos nativos para alimentar-se e proteger-se. Em 1534, essa relação sofre mudanças, chega ao fim essa dependência, pois as instituições e estilo de vida europeus chegam em território brasileiro, como o regime de donatarias³¹ (DEL PRIORE; VENANCIO, 2010).

²⁹Para compreendermos a sua história, é preciso levar em consideração os respectivos contextos no qual estavam inseridas, atentando para variáveis como tempo, espaço e relações de gênero. Estas últimas eram indissociáveis do processo de conquista e colonização da América e perpassavam aspectos políticos, sociais e econômicos do estabelecimento da sociedade colonial. Entendemos assim que a experiência histórica de mulheres e homens indígenas foi fortemente marcada por seus respectivos gêneros. Cabe lembrar que as concepções da sociedade luso-brasileira sobre as mulheres relacionavam-se intimamente com a tradição europeia de inferiorização do gênero feminino. Assim, sobre as índias pesava um duplo estigma: étnico e de gênero (JULIO, 2015, p.01).

³⁰O indígena passou a ser, simultaneamente, o grande obstáculo para a ocupação da terra e a força de trabalho necessária para colonizá-la. Submetê-los, sujeitá-los, escravizá-los, negociá-los tornaram-se a grande preocupação. [...] A economia colonial teve início seguindo o modelo usado nas ilhas da Madeira e de São Tomé: cultivo de cana-de açúcar, construção de engenhos e uso de mão de obra escrava. Começava assim, a rendosa empresa de caça ao indígena, e com ela o tráfico de negros da terra – termo utilizado para diferenciá-los dos negros africanos, que, aliás, começaram a chegar em profusão por volta de 1550-, afim de abastecer os núcleos de colonização (DEL PRIORE; VENANCIO, 2010, pp. 24-25).

³¹Para preservar seus interesses a Coroa portuguesa que sentia-se ameaçada pelo cunhadismo generalizado, pois o solo brasileiro também estava sendo ocupado por franceses e espanhóis que usufruíam do cunhadismo, Portugal pôs em execução em 1532 o regime de donatarias, que visava tomar posse da terra com função de povoá-las

Em 1549, caravelas começam a chegar em território brasileiro, trazendo funcionários públicos, soldados, militares, artesãos, colonos, jesuítas, construindo cidades com apoio dos mamelucos de Caramuru e índios³². Nesta embarcação não trouxeram mulheres solteiras, assim, os recém-chegados buscaram acasalar-se com as índias, tomando-as quantas pudessem, produzindo mais mamelucos. Porém, essas atividades lascivas, não eram bem-aceitas pelos jesuítas, vistas como “pouca-vergonha”, fazendo com que pedissem ao reino que enviassem mulheres à colônia, desde as meretrizes às órfãs *del-rei*³³, de todas as qualidades, evitando o pecado expandido na população em serviço de Deus (RIBEIRO, 1995).

Entre as mulheres brancas existia a hierarquia social, as mulheres de condição nobre, esposas de donatários e de administradores coloniais. Senhoras do engenho representavam a elegância da sociedade, mesmo vivendo em péssimas condições de alimentação e higiene, seu propósito era preservar os costumes europeus. As colonas ou plebeias exerciam múltiplas atividades, desde a fiação, tecelagem do algodão, o trabalho na agricultura, administravam o pequeno comércio, costuravam, preparavam quitandas para venda, etc. Também tinham a responsabilidade de preservar a castidade, a submissão moral ao homem e sutileza, e eram as que mais sofriam com a poligamia. Porém, as mulheres brancas nem sempre seguiam os padrões de comportamento que eram impostos pela sociedade colonial, sendo concubinas, adúlteras ou prostitutas (BASEGGIO; SILVA, 2015; SILVA, 2008).

As mulheres negras no Brasil colônia inseriam-se no processo de colonização de forma singular e desumana, não somente pelo caráter escravagista, mas também pela condição feminina que lhe é imposta. Del Priore (2003) descreve que as mulheres negras escravas, eram reduzidas à condição de coisa, propriedade do seu senhor e sua senhora. O seu trabalho era considerado menos produtivo, entretanto não existiu atividade que elas não executassem. Desde pequenas trabalhavam nos engenhos, na agricultura, ocupando-se das tarefas domésticas na casa-grande e senzala, responsável pela manutenção dos maridos, companheiros, filhos e, pelo saber que possuíam, tornavam-se parteiras, benzedeiras e temidas feiticeiras. Angela Davis menciona que “o enorme espaço que o trabalho ocupa hoje na vida das mulheres negras reproduz um padrão estabelecido durante os primeiros anos da escravidão. Como escravas,

e fazê-las produzir, elevando a economia colonial a outro nível (RIBEIRO, 1995). Doze donatários para quinze capitanias foram enviados por d. João III, rei de Portugal, escolhidos entre os funcionários da Coroa (DEL PRIORE; VENANCIO, 2010).

³²Um extenso cruzamento, incentivado pelo número muito pequeno de mulheres brancas, deu origem ao mestiço de branco com índio, chamado de mameluco (BORIS, 1996, p. 57).

³³Eram filhas, netas, irmãs e sobrinhas de homens que tivessem morrido a serviço da coroa. Eram escolhidas no Reino e não só recompensadas com dotes no além-mar, como também de atribuição de postos de menos importância na burocracia do império aos seus futuros maridos (ALMEIDA, 2005, p. 171).

essas mulheres tinham todos os outros aspectos de sua existência ofuscados pelo trabalho compulsório” (2016, p. 17).

As mulheres negras por receber essa responsabilidade de cuidado viviam nas casas-grandes como amas de leite, e também sofriam violências sexuais³⁴, coagidas a se relacionar com os filhos dos senhores como forma de iniciá-los na vida sexual (BASEGGIO; SILVA, 2015). Angela Davis (2016) destaca que, além dos abusos sexuais, as mulheres negras ainda eram usadas para as repetidas reproduções naturais, garantindo a classe proprietária de escravos, ampliação dos escravos e escravas domésticos. Aquelas que conseguiam parir dez, doze, catorze ou mais filhos eram as mais cobiçadas, porém isso não significava que as mulheres negras gozassem de uma condição respeitável por causa da maternidade ou que fossem isentadas do trabalho na lavoura. A exaltação ideológica da maternidade não se estendia às escravas, não eram realmente mães, mas sim instrumentos que garantiam a ampliação da força de trabalho escrava.

Del Priore (1993) complementa que a maternidade³⁵ reforçava o caráter de exploração física sobre as mulheres negras, pois, além do seu sexo ser usado para o prazer de seus donos, eram encarregadas de reproduzir, tornando seus filhos (força de trabalho escravo) um investimento para seus senhores. Vivenciavam, ainda, outras formas de violência como surras, seios cortados, unhas arrancadas, rosto e orelhas queimados ou eram vendidas a velhos libertinos, isto porque suas sinhás-moças e baronesas tinham ciúmes das mucamas bonitas (FREYRE, 1998).

Angela Davis descreve que,

como mulheres, as escravas eram inerentemente vulneráveis a todas as formas de coerção sexual. Enquanto as punições mais violentas impostas aos homens consistiam em açoitamentos e mutilações, as mulheres eram açoitadas, mutiladas e também estupradas. O estupro, na verdade, era uma expressão ostensiva do domínio econômico do proprietário e do controle do feitor sobre as mulheres negras na condição de trabalhadoras (DAVIS, 2016, p. 20)

³⁴ Não há escravidão sem depravação sexual. É da essência mesma do regime. Em primeiro lugar, o próprio interesse econômico favorece a depravação, criando nos proprietários de homens imoderado desejo de possuir o maior número possível de crias. Joaquim Nabuco colher num manifesto escravocrata de fazendeiros as seguintes palavras, tão ricas de significação: “a parte mais produtiva da propriedade escrava é o ventre gerador” (FREYRE, 1933, p.360).

³⁵ A julgar pela crescente ideologia da feminilidade do século XIX que enfatizava o papel das mulheres como mães protetoras, parceiras e donas de casa amáveis para seus maridos, as mulheres negras eram praticamente anomalias[...] a mulher escrava era, antes de tudo, uma trabalhadora em tempo integral para seu proprietário, e apenas ocasionalmente esposa, mãe e dona de casa (DAVIS, 2016, pp. 17-18)

A autora reforça como gênero sempre foi, e ainda continua sendo um determinante para as violências que as mulheres sofrem. Para além de vivenciar as maiores atrocidades da escravidão e do abuso, as mulheres negras tinham que conviver com os abusos e exploração sexual.

O perfil das mulheres que habitavam o Brasil colonial, manteve-se prisioneiro, por várias décadas, de um sem-número, de imagens, parte delas verossímil, outra parte estereotipada. [...] da mulher submissa e aterrorizada com o castigo masculino até a mulher fogosa, sempre pronta a dar prazeres aos machos, a requebrar-se dengosa, pelas ruas desalinhas das vilas coloniais, a seduzir com doçura nos caminhos, à beira do rio, à sombra de uma árvore ou no meio do mato (VAINFAS, 2008, p.115).

As mulheres, em suas diferentes funções e posições, foram utilizadas a serviço de uma proposta de sociabilidade criada e adequada para homens e seus interesses, tanto sexuais, como econômicos, sociais e culturais. As violências sofridas pelas populações femininas foram justificadas pela necessidade de desenvolvimento e manutenção das relações de poder e o corpo das mulheres nesse cenário era instrumento para desenvolvimento. É importante pensar que, em função desse papel de responsável pela produção e reprodução, “a mulher foi desgastada e devastada”(LACERDA, 2010,p.33).As mulheres foram objetificadas e oprimidas em níveis singulares³⁶, vivenciaram diferentes processos de violações, de controle e exploração, porém, as mulheres negras foram as mais oprimidas dentro dessas relações.

[...] a condição feminina fabricava-se, então, marcada pelo caráter exploratório da empresa portuguesa no Brasil, do século XVI ao XVIII. O modelo escravista de exportação vinculava as relações de gênero. Além dele, a tradição androcêntrica da cultura ibérica e os objetivos da empreitada colonial estimulavam os homens - padres, governantes, cientistas - a estabelecerem um papel identificado com o esforço de colonização para todas as mulheres indiscriminadamente. Este papel deveria refletir a participação feminina na conquista ultramarina, mas também a sua atividade na defesa do catolicismo contra a difusão da Reforma protestante. Mas ainda, havia que espelhar a presença feminina na consolidação de um projeto demográfico que preenchesse os vazios da terra recém-descoberta (DEL PRIORE, 1993, p.24).

Como parte da proposta de colonização, era importante estabelecer um papel hegemônico para as mulheres, papel este que deveria fortalecer as relações de poder, do homem sobre a mulher, e das instituições de poder como a Igreja Católica sobre as populações femininas,

³⁶Durante o período colonial uma série de múltiplos fatores cristalizou-se, conferindo à mulher uma situação específica na sociedade, que então se formava. [...] Da mulher indígena herdava-se, neste momento, o espólio de tradições que ela detinha na estrutura tribal. A mulher branca contribuiu com modos de viver e morrer importados com a imigração de Portugal, modos estes, muitas vezes, também trazidos de outras terras, reelaborados na Metrópole e trasladados para o Brasil. As sociedades africanas do tipo sudanês e banto, de onde saiu grande parte do tráfico negreiro, legaram à vida colonial comportamentos e mentalidades características do espaço que a mulher ocupava em seu interior além dessas heranças(DEL PRIORE, 1993, p. 23-24).

garantindo que fossem domesticadas. A Igreja no período colonial era a instituição que detinha um monopólio ideológico e um efetivo monopólio religioso na organização da nova sociedade, estava inserida em todos os momentos e atividades dos indivíduos, desde o batismo, o casamento, à extrema-unção, regulando o cotidiano da população (DEL PRIORE, 1993).

As relações são moldadas pelas normas da Igreja, que dispunha de diferentes meios para conduzir homens e mulheres a seguir e contentar-se com o modelo ideal de sociedade, baseado no modelo europeu. As interações sociais, sendo supervisionadas pela Igreja, facilitavam sua participação na domesticação da mulher, possibilitando a criação de uma homogeneidade sobre o papel social da mulher.

O processo de domesticação das mulheres coloniais é caracterizado pelo uso de dois instrumentos de ação. O primeiro, através do discurso sobre padrões ideais de comportamentos importado da Metrópole, que eram disseminados pelos moralistas, pregadores e confesores. Esse discurso³⁷ foi pulverizado sobre toda atividade religiosa exercida na Colônia, especialmente reforçado nos sermões dominicais e confessionários, nos “causos” moralizantes e contos populares, assim, penetrando na mentalidade colonial. O outro instrumento foi o discurso normativo médico, ou *‘phísico’*, sobre o funcionamento do corpo feminino, que complementava o discurso religioso ao assegurar cientificamente que a função natural da mulher era a procriação. Essa articulação entre o discurso religioso e médico vai ao encontro da reorganização dos gestos, funções e hábitos das populações femininas, adestrando a mulher a serviço do processo de colonização (DEL PRIORE, 1993).

O médico no período colonial era visto como criador de conceitos e descobridor de fatos e, ainda nos dias atuais, ocupa esse espaço de poder. Alguns de seus conceitos eram elaborados visando garantir o domínio do poder dos homens sobre o corpo e imagem das mulheres, indo ao encontro dos propósitos da Igreja. A medicina criou o estatuto biológico da mulher associado à moral e ao metafísico, elaborando uma imagem regular da feminilidade sacramental e mística, onde a sexualidade encontrava sua única justificativa na procriação. A mulher “deveria apagar todas as marcas da carnalidade e animalidade do ato pela imediata concepção. Daí serem malditas as infecundas, as incapazes de revestir com a pureza da gravidez a dimensão do coito”. Assim, a medicina deveria dar caução à Igreja para disciplinar as mulheres para o ato da procriação (DEL PRIORE, 1993, pp. 30-31).

³⁷A interdependência estreita entre as estruturas sociais e aquelas sexuais e emocionais mostrava que os comportamentos femininos não podiam estar dissociados de uma estrutura global, montada sobre uma rede de tabus, interditos e autoconstrangimentos sem comparação com o que se vivera na Idade Média (DEL PRIORE, 1993a, p.27).

As instruções de hábitos sinalizadas pelas instituições de poder masculina, garantiam que a domesticação da mulher repreendesse e controlasse a sua sexualidade. Como mencionado antes, a mulher como meio para produção e reprodução é instrumento para desenvolvimento e esse instrumento necessitava ser dominado. Esse controle assume uma característica nova, visto que o corpo feminino já era controlado pelo abuso, mas passa a ser atravessado pela moralização, deliberando como a sexualidade da mulher deveria ser praticada, assexuada e com finalidade de fecundação.

Para a concretização de seu projeto, a Igreja lançou mão de outras armas, além do sistemático discurso normativo plantado no cotidiano religioso da Colônia. Por exemplo, impediu que a mulher tivesse outros papéis que não aquele determinado pela vida familiar, proibindo os conventos.[...]A Igreja apropriou-se também da mentalidade androcêntrica presente no caráter colonial e explorou as relações de dominação que presidiam o encontro de homem e mulher, incentivando a última a ser exemplarmente obediente e submissa. A relação de poder já implícita no escravismo reproduzia-se nas relações mais íntimas entre marido e mulher, condenado esta a ser uma escrava doméstica, cuja existência se justificasse em cuidar da casa, cozinhar, lavar a roupa, servir ao chefe da família com seu sexo, dando-lhe filhos que assegurassem sua descendência e servindo como modelo para a sociedade familiar com que sonhava a Igreja (DEL PRIORE, 1993, p. 29).

Além da transformação da sexualidade da mulher, acrescentam a esse projeto para as populações femininas, a responsabilidade do cuidado e dedicação à família, tornando a mulher elemento oportuno para concretização de um padrão familiar. Isto formaliza o poder do homem sobre a família e, principalmente, sobre a mulher, tornando-o autoridade máxima junto à Igreja, legitimando e naturalizando a subserviência da mulher como algo típico de seu gênero e necessário para alcançar o padrão familiar honrado posto pela Igreja.

Esse estereótipo de mulher reclusa e guardada não era válido para todas: o real comportamento variava de acordo com a classe. As restrições que cercavam as mulheres da elite refletiam considerações sobre hora feminina, que permaneciam estreitamente relacionadas à honra familiar. Alguns varões da própria elite, que procuravam confinar as relações das mulheres ao meio familiar, onde estariam protegidas de presumíveis perigos da sedução ou assédio sexual[...]. Mas esta era, muito provavelmente, dirigida as mulheres das classes inferiores, mais vulneráveis e desprotegidas. As questões da honra feminina e familiar continuavam, pois, estritamente vinculadas à hierarquia social³⁸ (HAHNER, 2003, p.40).

³⁸Mulheres livres e pobres, lutando para sobreviver[...], atravessavam praças e ruas públicas, agregavam-se nas fontes, nos tanques de lavar roupa, ou na beira dos rios, para exercer seu trabalho como lavadeiras. Empregavam-se como domésticas, cozinheiras, amas-de-leite ou costureiras. Algumas vezes, como vendedoras ambulantes enfrentavam não apenas a fome, mas também a polícia, regulamentos burocráticos e taxas impostas a sua minúscula atividade comercial. Mesmo as escravas vivendo nas casas de seus senhores usufruíam de uma certa independência; aquelas cujo trabalho exigia que andassem pelas ruas e lojas da cidade podiam ter ali suas vidas privadas, longe dos olhos indiscretos dos patrões (HAHNER, 2003, pp. 41-41).

O recorte de classes permanecia dessa divisão de papéis femininos, onde as mulheres pertencentes à elite deveriam preocupar-se muito mais com a honra. A ideia de mulher no espaço público era diretamente ligada à perversão sexual e, como este espaço possibilitava tais ações, deixando claro que a mulher que habitasse esse espaço estava propícia a vivenciar as violações sexuais ou a ceder. As cobranças não eram as mesmas para todas as mulheres, visto que as mulheres negras “sempre trabalharam mais fora de casa do que as suas irmãs brancas”(DAVIS, 2016, p. 17).

Del Priore (1993) conta que, ao mesmo tempo em que a mulher era venerada, causava medo, era identificada como um corpo incompreensível capaz de atrair e seduzir os homens e, ao mesmo tempo, através de seu ciclo menstrual expulsava seus cheiros, secreções e expulsões do parto, cercanda-a de impurezas e ritos purificadores. Cheia de defeitos morais e imperfeições, conseguia sugar desejos e fraquezas masculinas, necessitando, portanto, que fosse adestrada pelo homem devido o perigo que representava, um demônio em forma de gente. Os textos bíblicos e jurídicos formalizaram a menoridade da mulher e a Igreja, por meio dos sermões, propagava a ideia de mulher perigosa.

O modelo de feminilidade³⁹ que se produzia era ditado pela devoção a Nossa Senhora e correspondia a comportamentos castos e severos, idolatrando a virgindade. Os médicos asseguravam a inferioridade estrutural da mulher, disseminando concepções antigas (como de Platão), de que a mulher era de natureza ignorante e frágil, e sua inferioridade física foi decretada por Deus. Não somente a ideia de demonização da mulher como agente de satã foi aproveitada da mentalidade europeia, mas todo um comportamento relativo à vida privada, que empurrava as populações femininas para a interiorização de valores domésticos, a valorização da vida familiar, dos filhos e das crianças (DEL PRIORE, 1993). A mulher como agente de satã e ao mesmo tempo pura, entre outros adjetivos, serviu para depreciar ainda mais o feminino e torná-la irracional diante do homem, revigorando a sua autoridade.

³⁹A dispersão dos núcleos de povoação reforçou funções da família, no interior da qual a mulher era mantida enclausurada. Ela era herdeira das leis ibéricas que tinham na conta de *imbecilis sexus*: incapaz, como crianças ou os doentes. Só podia sair de casa para ser batizada, enterrada ou se casar. Sua honra tinha de ser mantida a qualquer custo. [...] Pobre ou rica, a mulher possuía, porém, um papel: fazer o trabalho de base para todo o edifício familiar – educar os filhos segundo os preceitos cristãos, ensinar-lhes as primeiras letras e atividades, cuidar do sustento e da saúde física e espiritual deles, obedecer e ajudar ao marido. Ser, enfim, a santa mãezinha”. Se não o fizesse, seria confundida com um “diabo doméstico”. Afinal, sermões difundiam a ideia de que a mulher podia ser perigosa, mentirosa e falsa como uma serpente(DEL PRIORE, 2014, p. 12).

[...]o órgão da procriação serviu como instrumento da Igreja para cercear, nos limites do casamento e da maternidade, as populações femininas. A mulher transgressora estaria fadada a exclusão, com a pecha de doente, infecunda ou ninfômana. A construção do juízo moral sobre a procriação, cuidadosamente realizada pela Igreja, contribuiu, portanto, para submeter e domesticar as populações femininas. Além de limitar seus papéis no interior da vida conjugal, o juízo moral sobre a procriação prestava-se a projeto de colonização e povoamento das terras brasileiras. Como santas-mãezinhas, as mulheres integravam o gênero feminino à tarefa de preencher ordenadamente os vazios demográficos da Colônia (DEL PRIORE, 1995, p.203).

Os primeiros cuidados em relação ao corpo feminino eram poucos, tendo a atenção da medicina em apenas situações específicas. No período colonial, o conhecimento do médico em relação ao corpo das mulheres era voltado para a reprodução, além do seu enorme interesse sobre a madre (nome dado ao útero) e em compreender o seu funcionamento. O próprio mapeamento da anatomia do útero da mulher era submetido a um olhar que só se referiam ao que importava para a procriação, determinando que o estatuto biológico da mulher fosse parir e procriar, da mesma forma que concordavam com a ideia de que a mulher era apenas um mecanismo criado por Deus para servir à reprodução (DEL PRIORE, 2001).

“Os fisiologistas e médicos não estudavam apenas a anatomia e patologia da mulher, mas tentavam entender a natureza feminina, isolando os fins para os quais ela teria sido criada ou aos quais ela obedeceria” (DEL PRIORE, 1995, p.30). O entendimento e estudos sobre a saúde da mulher desenvolvidos pela medicina no período colonial fundamentava ademais os estereótipos discursados pelas instituições de poder⁴⁰, Estado e Igreja. Entre as finalidades desses discursos, estava fortalecer os artifícios engendrados para prender as mulheres ao personagem feminino de sujeição e incompreensão do próprio corpo.

A ciência médica investia em conceitos que subestimassem o corpo feminino, as perseguiam caso possuíssem conhecimentos em relação ao cuidado do seu corpo. Era esse saber que substituíra os médicos e cirurgiões que não alcançavam os afastados rincões da colônia, sendo repassado de mãe para filha, garantindo a sobrevivência dos costumes⁴¹ e das tradições

⁴⁰As práticas indesejadas eram rapidamente criminalizadas, com algum fundamento metafísico, alicerçadas em dogmas e premissas irrefutáveis racionalmente. Além das condutas indesejadas, Igreja e Estado passaram a criminalizar grupos minoritários igualmente considerados repulsivos, cada qual por um motivo. Assim aconteceu com judeus, muçulmanos e estrangeiros, em geral. No entanto, em dado momento, a mira cristã se voltou contra um grupo francamente majoritário: as mulheres (RIO DE JANEIRO, 2018, p. 87).

⁴¹Desprovidas dos recursos da medicina para combater as doenças cotidianas, as mulheres recorriam a curas informais, perpetrando assim uma subversão: em vez dos médicos, eram elas que, por meio de fórmulas gestuais e orais ancestrais, resgatavam a saúde. A concepção da doença como fruto de uma ação sobrenatural e a visão mágica do corpo as introduzia numa imensa constelação de saberes sobre a utilização de plantas, minerais e animais, com os quais fabricavam remédios que serviam aos cuidados terapêuticos que administravam. Além desses conhecimentos, havia os saberes vindos da África, baseados no emprego de talismãs, amuletos e fetiches, e as cerimônias de cura indígenas, apoiadas na intimidade com a flora medicinal brasileira (DEL PRIORE, 2001, pp.74-75).

femininas. Entretanto, esses saberes envolviam atos como: a conjuração de espíritos, o uso de palavras mágicas e ervas, orações, etc., pois acreditavam que a doença tinha sua origem no sobrenatural, logo recorrendo expedientes sobrenaturais. Isso fez com que as mulheres que praticassem tais saberes virassem alvo da Igreja e conhecidas como feiticeiras, capazes de detectar e debelar as manifestações de Satã nos corpos adoentados (DEL PRIORE, 2001, p.68).

Cabia às mulheres inventar e descobrir meios para cuidar de sua relação com o corpo e saúde, transferindo essa sabedoria umas às outras para que pudessem entender o seu funcionamento, mesmo em sua forma limitada de compreensão, pois a elas não era permitido acesso a informações, apenas aquelas disponibilizadas pelo médico, baseadas em interesses autoritário daquele período. Ao procurar entender mais sobre o corpo feminino, essas mulheres transformaram-se em bruxas, perigosas aos ensinamentos pregados pela Igreja.

O que a figura da bruxa ensina é um certo modo de enxergar a mulher, principalmente quando esta expressa poder. Ao longo de muitas eras da civilização patriarcal, a lição predominante sobre as mulheres que fazem uso de poderes ou que se aliam a forças que, de um modo ou de outro, a máquina civilizatória não consegue domar é bem conhecida de todos. Toda expressão de poder por parte de mulheres desembocava em punição. Cunhada dentro do cristianismo, a figura das bruxas traduzia-se em mulheres devoradoras e perversas que matavam recém-nascidos, comiam carne humana, participavam de orgias, transformavam-se em animais, tinham relações íntimas com demônios e entregavam sua alma para o diabo (ZORDAN, 2005, p.332).

Conhecimento era visto como poder, assim, a mulher que o possuísse em uma sociedade historicamente criada por homens e para atender seus interesses, tornava-se um risco a esta estabilidade. Por isso a necessidade de demonizá-las e punir para que não houvesse difusão de suas atividades e nem influência sobre outras mulheres a partilhar das mesmas ambições. Silvia Federici também vai destacar que “a caça às bruxas buscou destruir o controle que as mulheres haviam exercido sobre sua função reprodutiva e serviu para preparar o terreno para o desenvolvimento de um regime patriarcal mais opressor” (2017, p. 30).

No Brasil, segundo Carlos Alberto Cunha Miranda (2017), entre o fim do século XVI e início do século XVII, homens e mulheres foram acusados de práticas de bruxaria na cura de doentes, repercutindo em uma perseguição cruel, fazendo com no século XVII fossem substituídos⁴² pelos benzedores e santos milagreiros. Del Priore (2001) menciona que as benzedei-

⁴²Nessa época, a medicina popular alcançou uma grande aceitação por parte da população, especialmente aquelas localizadas nas regiões mais longínquas do Brasil colonial, onde a assistência médica era inexistente (MIRANDA, 2017, p.296).

ras e curandeiras, com o seu poder de cura que substituíra o saber médico, também foram perseguidas, sendo duplamente atacadas, por serem mulheres e possuírem um saber que escapava ao controle da medicina e da Igreja.

Na metade do século XVIII, os médicos passaram a substituir o temor pelo cuidado, uma forma até melhor de controlar o corpo feminino. Nesse período a ciência médica começa a se apropriar de uma outra mentalidade, a imagem de um saber devotado e infalível, impondo normas de vida saudável, caracterizando no fim uma função de vigilância social e moral. Essa forma de entender a saúde legou à mulher a imagem de um ser frágil, carente de vontade, com qualidades naturais que seriam a fraqueza, minoridade intelectual, falta de musculatura e a presença da menstruação, determinando que o feminino submete-se docilmente à servidão que sua própria natureza já impunha ao seu gênero (DEL PRIORE, 2001). Entretanto, Angela Davis salienta que “as mulheres negras, enquanto trabalhadoras, não podiam ser tratadas como ‘sexo frágil’ ou ‘donas de casa’” (DAVIS, 2016, p. 20).

A ideia de saúde feminina construída no Brasil Colônia impedia que as mulheres se apropriassem de informações sobre seu corpo, que descobrissem e compartilhassem sobre o mesmo, centralizando os cuidados ao seu útero e tudo que lhe envolve. Produz-se um imaginário sobre a mulher que a confina em seu próprio gênero e faz dele seu regulador e limitador. Não era aceitável que a mulher tivesse controle sobre seu corpo. Este é um poder que lhe é negado, pois isto poderia torna-las perigosas e inquietantes.

Segundo Luzia Margareth Rago

Se até o final do século XVIII, a medicina não se interessava particularmente pela infância nem pelas mulheres, o século XIX assiste à ascensão da figura “reizinho da família” e da “rainha do lar”, cercados pelas lentes dos especialistas deslumbrados diante do desconhecido universo infantil e do território inexplorado da sexualidade feminina (RAGO, 1985, p.117).

No Brasil, essas mudanças também passam a se aplicar na forma como as crianças são assistidas pela medicina. Se antes havia inexistência de aparelhos para cuidados com a infância, o século XIX⁴³ é marcado por essa transição, onde a criança e a mulher emergem com novos significados e prioridades na sociedade. Nesse momento, tanto a mulher como a criança recebem outro significado, passando a possuir visibilidade nas relações sociais. Aqui, começa

⁴³O autor Jacques Donzelot (1980) em sua obra “A polícia das famílias”, descreve que em entre as últimas décadas do século XVIII e o fim do século XIX os médicos elaboraram para as famílias burguesas uma série de livros sobre a criação, a educação e medicação das crianças, inserindo o médico na família e desenvolvendo uma aliança com as mães para promover o cuidado.

a ser projetado “um novo modelo de feminilidade, a esposa-dona-de-casa-mãe-de-família, e uma preocupação especial com a infância” (RAGO, 1985, p. 62).

A autora Margareth Rago complementa que nessa nova função a mulher deveria assumir o papel de protetora e assegurar a subsistência dos filhos. Exemplo disso é a condenação da amamentação⁴⁴ formulada pelos médicos em meados do século XIX que era realizada pelas amas-de-leite, onde salientavam os benefícios estéticos da amamentação para as mulheres, bem como a diminuição da mortalidade infantil, o que gerava a escassez da força de trabalho repercutindo em um problema econômico. A fim de fortalecer essa ação, são desenvolvidas teses de doutoramento para persuadir cientificamente as mulheres, firmando a vocação natural das mulheres e buscando fundar um novo modelo normativo de feminilidade. Produz-se um imaginário onde a mulher é conduzida à vida doméstica e guardiã do lar e daqueles que habitam esse espaço, possibilitando o nascimento da família nuclear moderna. Enquanto desempenhava esse papel, eram destinadas ao espaço doméstico, ao mesmo tempo que a força masculina de trabalho no espaço público era valorizada, visto que os homens quando substituídos por mulheres sentiam-se humilhados e indignados.

Não obstante, essa diferença histórica com que foram tratadas a força de trabalho dos homens e mulheres reflete até o tempo presente na diferença salarial entre homens e mulheres, mesmo quando exercem a mesma função. Com a valorização do papel materno, o médico passa a persuadir as mulheres de que o amor materno era um sentimento inato, puro e sagrado e de que a maternidade e a educação da criança realizavam sua vocação natural, e aquela que não reconhecesse esse destino ou não preenchesse os requisitos estipulados pela natureza, acabaria campo sombrio da anormalidade, do pecado e do crime (RAGO, 1985).

Esse aspecto ainda se faz presente nas relações sociais atuais, e as mulheres que não aderem ou almejam a maternidade são vistas como incompletas, sempre questionadas sobre o momento em que isso ocorrerá, pois não existe mulher que não queira a maternidade.

A autora Elisabeth Badinter (1985) também destaca essa preocupação com a natalidade que acaba implicando na valorização da maternidade. Para o Estado era importante produzir seres humanos, isto era riqueza. Mas, para isso, era necessário que as crianças sobrevivessem à primeira etapa da vida, a qual os pais haviam habituado a negligenciar, e, por isso, a necessidade de convencer as mães a se dedicarem ao cuidado. As mulheres foram sensíveis a

⁴⁴A condenação da amamentação mercenária era destinada às mulheres abastadas com suas escravas, empregadas também em função de amas-de-leite(leite visto como portador de germes que afetarão o organismo da criança, além da nutriz ter hábitos duvidosos e com vícios). O abandono infantil se dava pelo desejo egoísta e narcisista das mulheres de manter o corpo belo, de conservar a forma estética e pelo medo de perder o marido (RAGO, 1985)

essa exigência, porque no discurso propagado elas teriam felicidade e igualdade, algo que as seduzia mais que tudo. Lhes prometeram “mundos e fundos” se assumissem suas tarefas maternas. “Sede boas mães, e serei felizes e respeitadas. Tornai-vos indispensáveis na família, e obtereis o direito a cidadania” (1985, p. 147). Rago (1985) também destaca que não questiona o amor materno, mas sim a exaltação deste como um valor e, ao mesmo tempo, como algo natural e social às mulheres.

O amor materno ou a maternidade como parte fundamental da vida feminina torna-se a estratégia necessária para garantir a manutenção da população, ou seja, garantia de força de trabalho ao Estado, sem que esse precise se responsabilizar pelo cuidado e apenas usufrui dessa vida mais tarde. Além dessas intenções, as mulheres encontram na maternidade, como propagado, a felicidade e realização que nunca haviam tido, ou pensado em ter, um espaço onde seriam respeitadas e admiradas.

Del Priore (1993) também afirma que as populações femininas sabiam de sua função como reprodutora a serviço do processo de povoamento, mas também usaram desta situação para viver a maternidade como uma revanche contra uma sociedade androcêntrica e desigual nas relações. Atrás dessa imagem de mãe ideal, as mulheres uniam-se aos filhos para resistir à solidão, dor e abandono e, porque a maternidade possibilitaria amparo afetivo e material, permitindo-as autoridade e poder dentro do seu lar, o qual não tinha na vida social. Sentiam-se valorizadas por uma prática doméstica já que na esfera pública eram marginalizadas.

Não somente a maternidade assume uma nova roupagem, mas o discurso burguês determina que a sexualidade da mulher seja exercida somente para a procriação, tornando o prazer feminino pecado. Porém, não estendendo tal discurso ao prazer do homem, visto que o desejo masculino se diferenciava do da mulher por ser mais forte, consequência de sua biologia, justificando a procura do homem pela prostituição. Esse ato era necessário para afirmar a virilidade do homem e isso não significava que este não respeitasse sua esposa, era apenas uma necessidade. A ideia de prazer no coito ou orgasmo materno era algo indecente, até mesmo a masturbação feminina era vista como um terrível vício e uma prática condenável, pois poderia danificar o organismo e espírito das mulheres (RAGO, 1985).

Mesmo diante dessa projeção sobre as mulheres e controle, elas encontraram formas de resistir, seja na não amamentação, na contestação ao papel de esposa-dona-de-casa-mãe-de-família e principalmente na prática do aborto, visto que o cenário criado para o feminino e a imagem romântica destinada a mulher poderia ser facilmente manchado por essas ações (RAGO, 1985). Angela Davis complementa que “as mulheres negras têm autoinduzido abortos desde os primeiros dias da escravidão. Muitas escravas se recusavam a trazer crianças a um

mundo de trabalho forçado interminável, em que correntes, açoites e o abuso sexual de mulheres eram condições de vida cotidiana” (DAVIS, 2016, p. 207). As populações femininas quando começam a ter acesso a educação, tornam esta um instrumento de transformação, disseminando sobre novas ideias sobre os direitos e papéis femininos (HAHNER, 2003)

O aborto não era uma prática inusitada neste cenário. Wilza Vieira Villela (2011) explica que tal procedimento pode ser encontrado nos registros da literatura de povos como os egípcios, chineses, gregos, assírios e romanos dos períodos anteriores ao cristianismo, deixando claro que essa prática não surge na contemporaneidade.

De acordo com Giulia Galeotti

La visión de la gravidez como feto en una mujer concordaba con un sistema que durante siglos había considerado de exclusiva pertinencia femenina las prácticas en torno a la gestación en sentido lato (menstruaciones, amenorrea, aborto, parto, des-tete). A esto concurría también el pudor ante las partes íntimas de la mujer, tabú que contribuyó no poco a demorar El ingreso a escena del médico: todavía en el siglo XVI su única intervención consistía en extraer el feto muerto del cuerpo de la madre. Por lo tanto, eran las mujeres quienes impartían consejos, instrucciones y recetas a las gestantes y a las puérperas, eran ellas quienes ayudaban a parir y a abortar con los saberes oralmente transmitidos de mujer a mujer y estrechamente ligados a los conocimientos femeninos intrafamiliares de La vida cotidiana. El aborto a menudo era practicado por la comadrona, a veces por la propia mujer embarazada, muy raramente por médicos, quienes en tanto seguidores de Hipócrates por lo general resultaban contrarios al aborto (práctica de todos modos considerada como no em consonancia con su profesión) (GALEOTTI, 2004, p.14).

Antes da construção do que seria a maternidade para as mulheres, sua romantização, esta era identificada como um momento onde um feto começava a fazer parte do corpo feminino e cabia as mulheres lidar com tais questões referentes a esse processo. A autora Giulia Galeotti também menciona sobre o distanciamento que existia entre a medicina e a mulher, fazendo com que as próprias mulheres descobrissem e aprendessem a lidar com suas necessidades e “questões femininas”. Nisso, o aborto era realizado pelas parteiras ou pelas próprias mulheres, havendo pouca intervenção de médicos, apenas para retirada do feto morto.

Hasta la segunda mitad del siglo XVIII siempre se dio por descontado que la decisión de interrumpir la gravidez era de exclusiva pertinencia femenina, desde el momento en que el ambiente social y las instituciones se desinteresaban de todo lo que ocurría entre la concepción y la salida del seno materno. Esto no significa, sin embargo, que el fruto del nacimiento fuese social, económica y políticamente indiferente; desde siempre, el niño dado a luz se volvía relevante para el padre y para la comunidad y, por consiguiente, en este sentido indirecto, la opción de la mujer en realidad no era del todo libre. La interrupción de aquel proceso natural, interior a la mujer, seguía siendo la mayor parte de las veces una cuestión privada que se verificaba en situaciones de pobreza, como consecuencia indeseada de la prostitución o como resultado del intento de salvar la vida de la madre, asumiendo una consituaciones consideradas ilegítimas o delictivas (adulterio, concubinato, estupro), o donde era practicada por violar intereses económicos o como venganza por privar al marido de una descendencia (lo que justifica el anatema contra tales prácticas, que terminaban por ser por ser sinónimo de costumbres disolutas) (GALEOTTI, 2004, p.18)

Não existia preocupação ou interesse acerca da gestação ou se a mulher quisesse abortar. Era uma questão privada da mulher até metade do século XVIII, exceto quando fosse relevante para o pai e para a comunidade que a gestação tivesse continuidade. O aborto também era realizado devido às condições de pobreza, em consequência indesejada da prostituição, para salvar a vida da mulher, na gravidez resultado de adultério, concubinato, estupro ou praticada para negar ao esposo herdeiros.

Del Priore (1993) esclarece que o aborto sempre fez parte da maternidade e da feminilidade no Brasil, seja pela prática advinda dos indígenas ou se era através da tradição da Metrópole. O que mudava eram as razões pelas quais as mulheres abortavam, mas tendo o emprego de métodos similares.

No projeto de construção da maternidade ideal, o aborto aparecia como uma mancha capaz de oxidar o belo retrato que se queria fazer das mães. Se o enfoque era o da multiplicação das “gentes”, se o esforço era o de tornar útil a sexualidade dentro do casamento, o aborto mostrava-se como uma forma de controle malthusiano, desaprovado tanto pela Igreja quanto pelo Estado (DEL PRIORE, 1993, p. 294).

Assim como os corpos femininos passam por processos de readaptação social e construções, a maternidade se apresenta como uma dessas construções na vida feminina. A maternidade passa a ser centralidade no que se refere à vida, saúde, desejos e conquista das mulheres. A saúde feminina, a sexualidade e a maternidade são características transversais ao corpo feminino, sendo criadas ao longo dos anos para aproximar as mulheres de um ideal de feminilidade desenvolvida por terceiros.

A história mostra que, mesmo com a resistência das mulheres, elas não tiveram completamente o domínio de seus corpos e escolhas, mas foram compelidas a aceitar tais constru-

ções para inserir-se na “normalidade” das relações sociais. O corpo feminino na história das populações femininas apresenta-se como um campo obscuro, desconhecido e impuro, exceto quando se convertia aos ensinamentos e adería ao encaminhamento das intuições de poder masculina, Estado e Igreja.

Buscou-se apresentar brevemente as mulheres que estiveram presente na formação da sociedade brasileira, pelo motivo de que cada uma vivenciou o processo de colonização de forma distinta, em atribuições e espaços diferentes, condicionadas pela hierarquia social e raça. A desigualdade social no Brasil emerge também de relações colonialistas, escravagistas e patriarcais, que ainda se fazem presente no corpo social atual.

Discutir sobre aborto no Brasil, perpassa pela desigualdade social, aspecto esse que já delineava a forma com que cada corpo feminino seria colonizado. Assim como cada mulher vivenciou a colonização a partir de sua singularidade, o acesso ao aborto segue o mesmo modelo, visto que as mulheres que acessam o aborto precário são, em sua maioria, negras, indígenas e pobres.

As diferentes mulheres que habitaram o solo brasileiro tiveram suas histórias, corpos e natureza colonizados, de acordo com suas singularidades. Foram abusadas, algumas no silêncio das relações tradicionais, e outras sentiram a violência em sua forma mais perversa e exacerbada, porém todas sob uma sociedade colonial opressora. É nesse espaço que se constrói a identidade e papel femininos, papel este que reflete ainda nas populações femininas e tem sido reivindicado pelos conservadores e fundamentalistas da sociedade brasileira.

3 SOCIEDADE CIVIL E ESTADO FRENTE AO ABORTO

O debate sobre aborto tem ocupado a agenda de segmentos da sociedade civil e do Estado, abordado por diferentes perspectivas, repercutindo em ações e estratégias a respeito desse assunto tão caro e complexo, e que instiga sentimentos e posicionamentos antagônicos. Estado e Sociedade Civil nessa dissertação configuram algumas das principais categorias explicativas da realidade, sendo entendidas e conceituadas pelo filósofo marxista Antonio Gramsci⁴⁵.

⁴⁵Gramsci “[...] tentou reformular a doutrina do materialismo histórico para abrir lugar nela tanto à influência das idéias na História quanto ao impacto da vontade individual. Esta ênfase nas influências intelectuais e culturais e não naquelas puramente econômicas permitiu a Gramsci desenvolver sua doutrina da “hegemonia” - um dos conceitos com o qual é hoje associado na mente de muitas pessoas -, doutrina que explica parcialmente como determinado sistema social econômico se sustenta e mantém sua base de apoio. Como somente ocorre com alguns marxistas. Gramsci compreendeu que o domínio de uma classe sobre a outra não depende apenas do poder

[...] Gramsci elabora sua teoria “ampliada” do Estado, indicando que o poder estatal, nesse novo contexto, não se expressa apenas por meio de seus aparelhos repressivos e coercitivos, mas, também, mediante uma nova esfera do ser social que é a sociedade civil. O que confere originalidade ao seu pensamento e, justamente, o novo nexos que estabelece entre [...] sociedade civil e sociedade política, esferas constitutivas do conceito de Estado ampliado. A rigor, a “sociedade civil” é um conceito tomado indistintamente como expressão exclusiva dos interesses das classes subalternas. Ora, na sociedade civil estão organizados tanto os interesses da classe burguesa, que exerce sua hegemonia por meio de seus aparelhos “privados”, reprodutores de sua ideologia, representados hoje quer pelos meios de comunicação quer pelo domínio dos aparatos do Estado e dos meios de produção; quanto os interesses das camadas de classes subalternas, que buscam organizar-se para propor alternativas que se contraponham às parcelas minoritárias detentoras do poder[...] (SIMIONATO, 1998, pp.53-54).

Para Gramsci, o Estado é composto por duas instâncias, a sociedade política – o governo – e a sociedade civil – diversas entidades –, e, juntas, são responsáveis pelo direcionamento e funcionamento do corpo social. Gramsci esclarece que o Estado não mantém sua supremacia somente através dos instrumentos coercitivos, mas que há grupos, instituições englobadas dentro da sociedade civil que o apoiam e compartilham da mesma ideologia e interesses.

O Estado no Brasil constitui-se auxiliando a burguesia nacional no processo de desenvolvimento do capitalismo, este se forja sob bases escravocratas e coloniais, o que implica em relações de exploração e desigualdade social. O Estado torna-se um agente econômico que protagoniza politicamente a manutenção da posição subalterna dos interesses das classes trabalhadoras. O colonialismo também faz com que o capitalismo no Brasil aconteça de forma tardia e, esse “atraso” do capitalismo e do desenvolvimento do país, repercute não somente no modo produção, mas nas relações sociais (SANTOS, 2012).

O Estado brasileiro atua sob a doutrina neoliberal⁴⁶, que surge

[...]com roupa nova, muito bem confeccionada, primorosa, rigorosamente talhada, substituir o que o colonialismo, em velhos e distantes tempos, usara tanto e com tanto êxito. Tratava-se, no fim de contas, de um novo colonialismo, transvestido, enfeitado, cheio de truques e momices. Para o neoliberalismo, o grande inimigo do progresso, ou do desenvolvimento, era o Estado. O Estado era por definição mau gestor, não deveria operar na área em que empresas privadas operam, não deveria, de forma alguma, ocupar-se de tarefas que deveriam ser próprias da área privada. Assim, tratava-se, antes de mais nada, de enxugar o Estado, de despoja-lo de empresas que criara em muitos casos por força da incapacidade financeira e pelo puro desinteresse da área privada (SODRÉ, 2010, p.103).

econômico ou da força física mas principalmente de persuadir a classe dominada a compartilhar dos valores sociais, culturais e morais da dominante” (JOLL, 1979, p. 08).

⁴⁶O neoliberalismo surge especificamente no Colóquio Walter Lippmann realizado em Paris, em 1938, sendo este momento a primeira tentativa de criação de uma “internacional” neoliberal que se prolongou em outros organismos, como a Comissão Trilateral e o Fórum Econômico Mundial de Davos(DARDOT; LAVAL, 2016).

Mesmo com uma nova proposta, o neoliberalismo não cede às raízes colonialistas que permeiam essa suposta mudança na estrutura econômica do Brasil, pois a doutrina neoliberal seria aplicada e executada através das classes dominantes, classe essa que também constituía a base para a economia colonialista. Ou seja, o neoliberalismo apenas fortalece os interesses dominantes e impõe ao Estado seu afastamento das esferas privadas para que não interviesse ou as controlasse.

O neoliberalismo transformou profundamente o capitalismo e as sociedades, visto que não é apenas uma ideologia, um tipo de política econômica, mas um sistema normativo que ampliou sua influência ao mundo inteiro, disseminando a lógica do capital em todas as relações sociais e esferas da vida (DARDOT; LAVAL, 2016). A lógica neoliberal passa a predominar nos espaços e nas ações voltadas à produção, bem como nos determinantes sociais da sociedade e nas articulações do Estado com a mesma. Outro aspecto que acompanha o desenvolvimento dessas estruturas é o conservadorismo⁴⁷ que, posteriormente, passa a internalizar os ideais neoliberais, sem perder sua essência. Segundo Marilda Villela Yamamoto,

a fonte de inspiração do pensamento conservador provém de um modo de vida do passado, que é resgatado e proposto como uma maneira de interpretar o presente e como conteúdo de um programa viável para a sociedade capitalista. [...] os conservadores são assim, “profetas do passado”. Recorrendo a categorias típicas do racionalismo capitalista, elabora-se a exaltação deliberada de formas de vida que já foram historicamente dominantes, e que passam a ser consideradas válidas para a organização da sociedade atual (2002, p.23).

No Brasil, o conservadorismo expressa-se intensamente nas relações sociais, onde estas passam a ser normatizadas por padrões heteronormativos, e o centro das relações deve partir de um modelo de família nuclear tradicional⁴⁸, essa a qual provém do modelo patriarcal, baseado na hierarquia, onde o chefe da família (homem) é quem detém o poder, e demais membros da família devem ficar subordinados a ele e a esse poder (PIZZI, 2012). Essa ideia

⁴⁷No âmbito do debate estritamente político, o conservadorismo geralmente é associado às variadas posições contrárias aos avanços das pautas da esquerda. É implicado como conservador o indivíduo ou grupo político contrário, por exemplo, à luta pela universalização dos direitos e às demandas pela radicalização da democracia. Tal posição costuma estar associada, também, à adesão à ideologia do mercado, que envolve desde a defesa da mercantilização cada vez maior da vida social, até a agenda de combate ao avanço dos direitos humanos. Nas instituições de produção de conhecimento, por outro lado, o conservadorismo é, na maior parte das vezes, tomado genericamente. O conteúdo político, teórico e social dessa corrente de pensamento e ação com frequência aparece fundido ao pensamento liberal. Liberalismo e conservadorismo são tomados, corriqueiramente, como sinônimos (SOUZA, 2016, p.360-361)

⁴⁸A figura principal é a do “pater famílias”, ao qual todos devem respeito e obediência. Assim, a mulher é subordinada ao poder do seu marido e os filhos subordinados ao poder do pai. Neste ponto, as principais obrigações da mulher é atender as necessidades do marido e dos filhos, ou seja, necessidades domésticas, sexuais e afetivas (PIZZI, 2012, p. 04).

de poder estende-se ao Estado, o qual forma o “Estado patriarcal, conduzido por homens, em sua extensa maioria brancos, tende a relegar menor importância aos dramas enfrentados pelas mulheres, sobretudo pelas mulheres negras, parcela massiva da população de baixa renda e maior atingida pela criminalização do aborto”(RIO DE JANEIRO, 2018, pg. 97).

Como destaca Maria Lúcia S. Barroco, a moral no conservadorismo assume um caráter de moralização das relações, e a família, neste contexto, torna-se um dos alicerces morais do conservadorismo, sendo que este objetiva “a restauração da ordem e da autoridade, do papel da família, dos valores morais e dos costumes tradicionais”. Mas para que isso aconteça a mulher deve ser a responsável pela educação moral dos filhos, encerrando-a nesse espaço de responsabilidade e limitação de sua figura cuidadora, o que faz com que qualquer movimento contrário a essa atribuição seja visto como afronta à moral e aos bons costumes. Por isso os constantes ataques aos movimentos feministas, que tem como proposta romper com esses papéis historicamente construídos e definidos às mulheres, e exige que as mulheres decidam sobre o direcionamento de sua vida(2009, pp. 174-175).

A hegemonia neoliberal aliada ao conservadorismo, no contexto brasileiro, flexibiliza a exploração da classe trabalhadora, moraliza e criminalizada sua condição de vulnerabilidade, intensifica as violações e negligencia os direitos básicos dos sujeitos e heteronormatiza as relações sociais, além de fragmentar os movimentos sociais. Busca, assim, manter o poder e domínio sobre a classe trabalhadora e suas articulações, pois, como Vinicius Pinheiro de Magalhães (2017) ressalta, o desmonte neoliberal legitima um projeto societário burguês que promove e objetiva a manutenção do modo de produção capitalista, usando de novos instrumentos político-econômicos para promover coerção/consenso na defesa de um projeto econômico conservador.

É importante destacar que é através da ideologia disseminada por esses aspectos neoliberais e conservadores que as estruturas da sociedade permanecem alienadas ao sistema capitalista, propondo relações retrógradas e que violam os direitos das mulheres, dificultando os processos de resistência. Marilena Chauí (1980) irá trazer que a ideologia⁴⁹ torna-se um mecanismo para fixar um modo de sociabilidade e que, através de instituições determinadas, os homens produzem convicções ou representações pelas quais procuram explicar e compreender sua própria vida individual, social, suas relações com a natureza e com o sobrenatural.

⁴⁹A função da ideologia consiste em impedir essa revolta fazendo com que o legal apareça para os homens como legítimo, isto é, como justo e bom. Assim, a ideologia substitui a realidade do Estado pela ideia de Estado, ou seja, a dominação de uma classe e substituída pela ideia de interesse geral encarnado pelo estado. [...] A ideologia é o processo pelo qual as ideias de todas as classes sociais, se tornam idéias dominantes (CHAUÍ, 1980,p.35).

Porém, essas ideias ou representações, tenderão a esconder dos homens como suas relações sociais foram produzidas e a origem das formas sociais de exploração econômica e de dominação política. A ideologia oculta a realidade social, faz com que os homens legitimem as condições sociais de exploração e de dominação, fazendo com que pareçam verdadeiras e justas.

O conservadorismo tem sido a tônica da política brasileira nos últimos anos. Nas instituições produtoras de conhecimento, esse tema tem ocupado espaço crescente. A razão disso é o significado social que o pensamento e a práxis conservadoras representam. Em um país de inserção periférica, dependente e heterônoma no circuito da divisão internacional do trabalho, como o Brasil, as ideologias conservadoras em geral, e o conservadorismo em particular, tendem a ressoar e a repercutir com intensidade sobre a cultura, a economia e a política(SOUZA, 2016, p. 360).

O Brasil, desde sua formação econômica encontra-se fadado à submissão e dependência, devido a sua condição de país capitalista periférico e, conseqüentemente, transferindo esta condição à classe trabalhadora, que acaba sendo negligenciada pelo Estado neoliberal e conservador que se alia às classes dominantes para manter a sua hegemonia e fazer o mesmo por elas. O Estado brasileiro e a sociedade civil são ambos, atravessados e reproduzem essa ideologia conservadora, que dificulta que assuntos como o aborto tenham visibilidade, impedindo a compreensão da dimensão do aborto inseguro e clandestino, repercutindo na ausência de mecanismos para compreender os diferentes motivos que levam a mulher a realizar a prática, assim como a ampliação do acesso ao procedimento, respeitando-a enquanto indivíduo de direitos e responsável pelas escolhas referentes ao seu corpo e vida.

Assim, o Estado ampliado⁵⁰, proposto por Gramsci, nada mais é que um campo de disputa, onde a sociedade política e a sociedade civil realizam encontros ideológicos, conduzido as relações sociais e decisões para atender seus interesses e convicções. A “sociedade civil não é um espaço homogêneo, mas permeado por contradições”, decorrentes da diversidade cultural, política e social presente em uma sociedade, o que faz com que existam conflitos em determinados assuntos e direcionamentos (SIMIONATTO, 1998, p.53).

Realizando o recorte de gênero neste cenário, a forma como a sociedade civil e o Estado são construídos no Brasil, alicerçados a esses aspectos neoliberais, sob uma ideologia

⁵⁰*Sociedade política* [...]: formada pelo conjunto dos mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência e que se identifica com os aparelhos coercitivos ou repressivos de Estado, controlados pelas burocracias. Por meio da sociedade política, as classes exercem sempre uma ditadura, uma dominação mediante coerção; e *sociedade civil* [...]: organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, compreendendo as escolas, as igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais, os meios de comunicação etc. No âmbito e por meio da sociedade civil, as classes buscam exercer sua hegemonia (buscam ganhar aliados para suas posições mediante a direção política e o consenso)(VIOLIN, 2006, p. 05, grifo nosso).

conservadora, consente com a moralização do corpo da mulher e necessita que aquela imagem colonizada de mulher seja interpretada pelas populações femininas, pois, no modelo de sociedade tradicional idealizado, não há espaço para emancipação feminina, e, menos ainda, para contestação ao lugar que lhe foi destinado histórica e socialmente. A discussão do aborto perpassa por esses elementos de construção do feminino e de disputada ideológica entre os segmentos sociais que compõem a sociedade civil, onde cada um aborda a temática do aborto de acordo com seus limites e compreensões.

Entre os segmentos que compõem a pesquisa, a gestão estadual da saúde do Rio Grande do Sul desenvolve a discussão do aborto por meio de duas possibilidades

[...] que são bem específicas, o da garantia do direito ao aborto previsto em lei, e do enfrentamento da mortalidade materna por qualquer tipo de aborto. Então a gente tem essas duas questões, entendendo que muitas vezes elas se conectam. [...] A gente já fez três Colóquios trazendo pessoas nacionais e internacionais para discutir isso, buscamos muito isso para qualificar o serviço de quem está lá na assistência, principalmente esses hospitais que são referência. A gente trabalhou muito na questão de aumentar habilitação dos hospitais que são referências do aborto legal, que são poucos (GESTÃO ESTADUAL DA SAÚDE⁵¹, 2019).

Não há estratégias específicas para trabalhar diretamente o aborto inseguro e clandestino, ele passa a ser englobado na discussão do enfrentamento à mortalidade materna por qualquer tipo de aborto, sendo a mortalidade materna⁵²

[...] a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais (BRASIL, 2007, p.12).

Por “ser difícil distinguir se um abortamento é espontâneo ou provocado” e, também devido ao aspecto da ilegalidade, as ferramentas para tratar o aborto inseguro e clandestino passam a ser as mesmas desenvolvidas para atender o aborto legal – aborto permitido pela lei

⁵¹ Representante da gestão estadual da saúde.

⁵² Refere-se também a morte materna ou óbito materno . [...] No Brasil, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna: a subinformação e o sub-registro das declarações das causas de óbito. A subinformação resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito, quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Isso ocorre pelo desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento da declaração de óbito e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde. Já o sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório, frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares ou à falta de informação da população quanto à importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania (BRASIL, 2007, p. 09).

–, nos serviços de saúde (BRASIL, 2011b, p. 43). “No Brasil, as principais causas de mortalidade materna são hipertensão, hemorragia, infecção puerperal, doenças circulatórias e abortamento” (MELO; GALLI, 2019, p. 02). E é pela

[...] mortalidade materna onde conseguimos mais *sensibilização*. Então no Estado nós temos[...] o Comitê de Mortalidade Estadual. Pela questão da vigilância, todos os óbitos maternos, eles têm uma Portaria⁵³ que faz a vigilância, não é obrigado, mas instituída a responsabilidade de investigar esses óbitos. [...] Então a gente consegue trabalhar o aborto inseguro dando visibilidade para o óbito [...]. Então a linha que a gente tem é muito essa assim, debater através dos óbitos, quantos óbitos poderiam estar sendo evitados (GESTÃO ESTADUAL DA SAÚDE, 2019) (grifo nosso).

As estratégias são direcionadas para averiguar os óbitos, não é destacado outra forma de entender os reflexos do aborto inseguro e clandestino, o que determina que as ações de atenção à prática do aborto sejam direcionadas estritamente ao cuidado do aborto previsto pela legislação. A sensibilidade⁵⁴ frente ao óbito materno passa a configurar a única estratégia para abordar sobre o aborto inseguro, tornando-se uma ponte para possibilidades de dialogar sobre o aborto que não está descrito na lei e sofre com a ilegalidade. O óbito como único indicador da realidade do aborto inseguro e clandestino apresentado pela política de saúde, denuncia como algumas vidas femininas ficam à margem da política de saúde para as mulheres, e que os reflexos desses abortos inseguros na vida das mulheres somente são evidenciados pela morte materna, e quando são.

A gestão municipal da saúde destaca que

a percepção que se tem é de que a gente ainda não tem informações e dados suficientes da magnitude que é essa situação tem em Porto Alegre[...] Porto Alegre faz investigação dos óbitos que acontecem em mulheres com idade fértil, então esse ainda é uma ação (GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE⁵⁵, 2019).

A falta de dados para elucidar a realidade do aborto no município de Porto Alegre é pontuado, o que realmente dificulta o desenvolvimento de estratégias para compreender o aborto e os perfis das mulheres no território de Porto Alegre que realizam a prática. Assim como destacado pela gestão estadual de saúde, a gestão municipal também parte da investiga-

⁵³DECRETO Nº 45.557, DE 19 DE MARÇO DE 2008. Dispõe sobre a estruturação do Comitê Estadual de Mortalidade Materna do Rio Grande do Sul. Disponível em:

<<http://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/DEC%2045.557.pdf>>.

⁵⁴Faculdade de sentir; Sentimento de humanidade, de compaixão (DICIONARIO PRIBERAM, 2019, p. 01).

⁵⁵ Representante da gestão municipal da saúde.

ção do óbito para aproximar da realidade do aborto inseguro e entender as causas dos óbitos maternos.

Eunice Francisca Martins et al. destacam que o caráter da ilegalidade na prática do aborto

[...]vai implicar tanto a avaliação do nível ou da magnitude do evento quanto a sua caracterização. O status de ilegalidade, via de regra, induz as mulheres, por medo das consequências legais, a não procurarem os serviços de saúde ou o fazerem tardiamente, acentuando seus riscos e a gravidade do quadro. Dessa forma, pode ocorrer subnotificação nos registros oficiais, principalmente quando se trata dos abortos provocados. Além da subnotificação, a ilegalidade do procedimento implica, na maioria das vezes, a prática do aborto inseguro (2017, pp. 07-06).

A ilegalidade faz com a prática do aborto seja realizada sem amparo adequado à saúde da mulher, o que pode implicar em risco alto e evitável à saúde das mulheres e, possivelmente, a levar a óbito. Também impede que as mulheres cheguem até as redes de saúde, deixando de acessar os serviços e inviabilizando que haja dados para compreender o aborto inseguro e clandestino, de acordo com cada território e estado.

O que aterroriza nesse cenário é o óbito materno e de mulheres configurar atualmente a única forma de medir os reflexos do aborto inseguro e clandestino na vida das mulheres. Mostra que o Estado brasileiro não zela pela população feminina enquanto responsável pelos aparatos legais de promoção e proteção da saúde. Contradição esta que, antes de laico, o Estado brasileiro tem em suas raízes a ideologia conservadora sob orientação e interesses das instituições masculinas heteronormativas que conduzem os direcionamentos para as vidas femininas e seus direitos, pois, como destaca Heleieth Iara Bongiovani Saffioti, “as relações patriarcais, suas hierarquias, sua estrutura de poder contaminam toda a sociedade, o direito patriarcal perpassa não apenas a sociedade civil, mas impregna também o Estado” (2004, p.54).

Para planejar ações destinadas ao aborto inseguro, a gestão municipal da saúde tem apostado na

[...] educação continuada dos profissionais, trazendo esse assunto sempre que situações aparecem, ainda que com dificuldades da execução. Ainda é um assunto tabu e não abordado, então, a gente tem tido uma aproximação cada vez mais interessante do serviço do Presidente Vargas como as unidades de saúde e o restante da rede, no sentido de conseguir discutir os assuntos e conseguir fazer os encaminhamentos, [...] Ele tem um centro de referência ao abuso infantil para todo o estado, e também é um centro de violência pra saúde da mulher, mulheres vítimas de violência, e nos casos de aborto legal, é um dos quatro hospitais de referência de Porto Alegre, o que acaba fazendo com que os serviços esteja mais habituado e mais sensível a percepção do assunto (GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE, 2019).

A sensibilidade novamente aparece como uma estratégia para abordar sobre a temática do aborto inseguro e clandestino, com limites, materializando-se através de “brechas” nos espaços de capacitação com profissionais da saúde e esperando que estes quando aproximarem-se da demanda tenham uma outra abordagem que não seja criminalizar e julgar as mulheres que recorrem ao aborto ilegal. Entretanto, mesmo usando deste espaço, o foco ainda é trabalhar o aborto, que é permitido em lei, capacitando para ao atendimento ao aborto legal. Evidencia-se que, mesmo essa realidade sendo constante⁵⁶, – a prática do aborto inseguro –, a política de saúde para as mulheres não desenvolve nenhuma ferramenta para abordar diretamente o aborto inseguro e clandestino, antes que este seja realizado e conduza as mulheres a óbito, o que confirma a fragilidade da política e suas ações para, de fato, proteger e promover a vida e saúde das mulheres.

O Conselho Regional de Serviço Social do estado do Rio Grande do Sul (CRESS-RS) tem acompanhado o debate do aborto e assume sua posição

[...] através das bandeiras de luta do conjunto CFESS-CRESS, nas discussões do SUAS, do SUS, da saúde, no direito das mulheres, dos movimentos sociais, dos movimentos feministas. Então o Conselho ele acompanha essa temática através de todas essas frentes dos movimentos sociais, do movimento feminista, da posição do conjunto e pela questão conservadora também que vem do Parlamento Federal, que quer criminalizar as mulheres e impedir o aborto até quando ele é legal, nas condições legais que é permitido o aborto no Brasil (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL⁵⁷, 2019).

O CRESS-RS engloba a discussão do aborto como uma pauta da categoria, reconhecendo que o acesso à prática do aborto deveria ser um direito da mulher, dialogando com outros segmentos que também interpretam o aborto desta forma. Entende que a discussão é atravessada pelos segmentos conservadores que tem buscado legitimar seus interesses principalmente nos espaços de poder de decisão, promovendo propostas⁵⁸ que impeçam o aborto de ser legalizado ou fragmentem o acesso ao aborto legal.

Cássia Maria Carloto e Nayara André Damião mencionam que

⁵⁶Dado consta na introdução deste trabalho (em 2016 o número de mulheres que já fez aborto ao menos uma vez, portanto, seria em torno de 4,7 milhões.

⁵⁷ Representante do Conselho Regional de Serviço Social – CRESS-RS.

⁵⁸Propostas expostas no subcapítulo 3.1 O aborto no Brasil.

A negação do direito das mulheres à autonomia sobre o próprio corpo reflete uma estrutura patriarcal, apropriada pelo capitalismo, sobre a qual as relações sociais se constroem. [...] O Serviço Social é uma profissão que lida com a garantia de direitos. Nesse sentido, se analisarmos o aborto como um direito — conforme os dispositivos internacionais têm tratado —, enxergamos no Serviço Social uma área para essas reflexões e atuação acerca dos direitos reprodutivos das mulheres (CARLOTO; DAMIÃO, 2018, p. 307).

Desde 2009, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) tem lançado notas referentes⁵⁹ ao aborto e a descriminalização do mesmo, em defesa do diálogo, informações e como a categoria deve posicionar frente a essa garantia de direitos das mulheres. O posicionamento em favor da legalização do aborto foi aprovado no 39º Encontro Nacional CFESS-CRESS, realizado em Florianópolis, em 2010, passando a considerar o aborto como questão de saúde pública e como direito das mulheres, onde o debate deve também contemplar os recortes classe e gênero (CFESS, 2013).

Com o avanço do neoliberalismo, nos idos dos anos 1990, a agenda democrática incorporou novos ingredientes: políticas públicas com a concepção de políticas de ajustes e compensatórias e, a partir dos idos de 2000, políticas familistas, reforçado uma lógica patriarcal de subordinação das mulheres. Isso acabou por aprofundar um fenômeno em curso na sociedade, o da feminização da pobreza. A estratégia é privatização da sobrevivência das famílias, transferindo a responsabilidade do Estado às mulheres. As políticas sociais levam a uma funcionalização das mulheres como instrumento de desenvolvimento, em função da imposição do papel social que desempenham nas famílias. Estas políticas não beneficiam as mulheres, porque não tem como foco as desigualdades de gênero. Assim, para propor políticas públicas de enfrentamento às desigualdades e de emancipação das mulheres, é necessária a articulação pela transformação do atual modelo econômico capitalista, patriarcal, racista e heterossexista (CFESS, 2013, pp. 30-31).

Para além de entender o aborto como um direito das mulheres, o CRESS-RS compreende que a criminalização do mesmo ocorre sob bases de uma estrutural desigual sobre a mulher e o homem e a importância desse sistema capitalista patriarcal encerrar a mulher no papel historicamente construído de esposa-dona-de-casa-mãe-de-família, para que esta se responsa-

⁵⁹Alguns links de acesso: Moção de apoio ao manifesto contra a criminalização das mulheres que praticam aborto, 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/MOCAO-descriminalizacao_do_aborto.pdf>. CFESS Manifesta: Dia Latino-Americano e Caribenho de Luta pela Descriminalização e Legalização do Aborto, 2009. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/DescriminalizacaoDoAborto.pdf>>. Nota pública em defesa do debate sobre o aborto, 2011. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/notapublicaCFESS_defesadebateaborto.pdf>. CFESS Manifesta: Dia Latino-Americano e Caribenho pela Descriminalização e Legalização do Aborto, 2016. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2016-CfessManifesta-Aborto-Site.pdf>>. CFESS Manifesta: Dia Latino-Americano e Caribenho pela Descriminalização das Mulheres e Legalização do Aborto, 2017. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2017-CfessManifesta-Aborto-SerieConjunturaImpacto.pdf>>.

bilize sobre as necessidades oriundas desse sistema que explora os indivíduos e os culpabiliza pela situação de desigualdade criada por ele mesmo.

A criminalização sobre a prática do aborto e a mulher, é um instrumento de controle e punição sobre as populações femininas e seus corpos que não seguem o que lhe foi ordenado historicamente e, a sexualidade em meio a esses interesses, é manuseada em prol desse papel social subserviente que a mulher deve assumir ou, como destaca Márcia Tiburi, “todas as mulheres a serviço dos homens e da ideia conservadora de família que serve aos homens [...]” (2018, p.36). O poder sobre o feminino instaura, desde as relações mais primitivas e se mantém na atualidade, assumindo novas roupagens através dos discursos conservadores, que insistem em criminalizar o aborto e as mulheres em razão da preservação dos costumes ou/e da família tradicional. E pensando no papel da mulher, construído intrinsecamente junto à maternidade, e o que este representa para a mulher, o CFESS salienta a maternidade como “uma atividade humana e não uma mera contingência biológica, portanto, necessita ser um ato desejável, consciente e livre, e não uma obrigação, um destino” (CFESS, 2013, p. 36).

Não há nada mais absurdo para o patriarcado do que o direito ao corpo. Assim como é importantíssimo que as mulheres sejam donas de própria sexualidade e do todo do seu corpo, elas devem ser donas de seu corpo reprodutivo. As mulheres precisam reivindicá-lo, porque o corpo feminino, assim como o corpo marcado com negro e o corpo usado - como o do operário -, precisa ser devolvido a si mesmo (TIBURI, 2018, p. 37).

A categoria profissional do serviço social luta pela emancipação de todos os indivíduos e, para que as mulheres tenham de fato essa emancipação, é imprescindível que as mesmas tenham autonomia de escolha sobre seus corpos e liberdade para gerenciar a reprodução e sua vida sexual, sem que haja punição e estigmatização de sua sexualidade. Da mesma forma, entende que só existirá de fato esta liberdade em uma nova ordem societária, baseada na igualdade, justiça social e humanização da vida, rompendo com todas as formas de opressão, exploração e controle.

Como estratégia para tratar o aborto inseguro e clandestino, o CRESS-RS tem como estratégia discutir o aborto como objeto

[...] de saúde pública e de uma condição dos princípios fundamentais do nosso Código de Ética. Que essa mulher tenha liberdade de ter decisão sobre sua vida, sobre sua saúde, e sobre seu corpo. Que seja um país com democracia de ouvir todas as manifestações. Mas também o direito à vida, e quem está vivo é a mulher. [...] que está vivendo socialmente é essa mulher. [...] o CRESS e conjunto ele vai pelos fundamentos que tem o nosso Código, da liberdade, da democracia, da autonomia. E se um Congresso vota, e tem uma questão religiosa fundamentalista que está acima do direito das mulheres, isso nós somos contra como Conselho. [...] o debate do aborto eu não vejo como só, ele vem junto com toda uma questão de saúde pública, do SUS Sistema Único de Saúde, que é um sistema que atende toda a população, ele é universal, com equidade (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2019).

Para além do respeito a autonomia e garantia avida das mulheres, o Conselho Regional de Serviço Social entende o acesso ao aborto como extensão da integralidade do atendimento a saúde das mulheres, sendo este necessário para combater as mortes de mulheres e maternas em decorrência de abortos inseguros e clandestinos, zelando pela vida social dessas mulheres. O Conselho Federal de Serviço Social ainda explica que

Desde o processo de ruptura com o conservadorismo, nossa profissão se desvinculou de suas bases confessionais e religiosas e assumiu o reconhecimento da liberdade como princípio ético central. Por essa e por todas as razões antes mencionadas, o Conjunto CFESS-CRESS reafirma seu posicionamento contra a criminalização do aborto como parte das lutas pela eliminação de todas as formas de preconceito e o posicionamento em favor da justiça e da equidade, que assegure acesso universal aos bens e serviços socialmente produzidos. Assistentes sociais como profissionais de saúde devem primar pela qualidade e direção socialmente referenciada do trabalho desenvolvido junto à sociedade (CFESS, 2017, p.02).

O CFESS - CRESS-RS propõe que o aborto seja reconhecido como uma demanda de saúde pública e que o posicionamento dos profissionais frente à discussão seja norteado pelo seu Código Ética, juntamente com o projeto ético-político da profissão, embasando não só a sua intervenção profissional, mas os processos reflexivos destes e dos indivíduos, reagindo aos movimentos que tentam cercear os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres. O CFESS ainda ressalta que o profissional tenha “a compreensão de que o compromisso da sua intervenção profissional⁶⁰ é para com o/a usuário/a, independentemente das próprias opiniões que o assistente social possa ter”, abstendo-se de suas convicções íntimas e de seus credos, intervindo nestas situações sob a ética profissional (CFESS, 2013, p. 37).

O Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) afirma que debater sobre o aborto perpassa

⁶⁰Ainda que se tenha nitidez de que, em caso de uma legalização do aborto, cabe aos/às profissionais que forem contrários/as exercerem o direito de objeção de consciência e não atuarem em serviços de tal. Mas isso não exclui a responsabilidade do estado de garantir a existência do serviço com profissionais que entendam a pertinência da legalização do aborto (CFESS, 2013, p. 37).

[...] discutir a saúde das mulheres, e a gente tem que pensar na saúde das mulheres de forma ampla, não só parto, amamentação, mas sim o conjunto da saúde das mulheres. Nossa compreensão é que nós não estamos discutindo ser a favor ou contra, mas sim discutir como a enfermagem se insere nesse processo, respeitando os direitos das mulheres, a legislação e o Código de Ética da profissão [...] a gente tem acompanhado atentamente esse debate porque ele tem uma relação muito forte com a questão da saúde e do direito das mulheres. E nós, nossa categoria, além dela ser majoritariamente composta por mulheres a gente sabe também de quem a gente cuida, a maioria dos pacientes dentro do sistema de saúde são mulheres (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2019).

O COREN-RS parte da compreensão de que a saúde feminina está além do cuidado no processo reprodutivo e posterior a esse, em como outras necessidades devem ser englobadas no cuidado à saúde da mulher, assim como o papel do profissional nesse cuidado, respeitando o seu Código de Ética profissional e as leis vigentes. Importante pontuar que o conselho não apenas reconhece o fator gênero para acesso à saúde, assim como para promover o cuidado, o que pode implicar em uma compreensão/sensibilidade maior sobre as demandas femininas. O COREN-RS entende que o aborto tem se apresentando como uma demanda real, vinculada aos direitos das mulheres e uma extensão do cuidado à saúde reprodutiva da mulher, o que faz com que a categoria profissional se insira no debate, pensando no processo de trabalho do profissional diante das situações de aborto. Da mesma forma, o COREN-RS tem realizado

[...]uma série debate sobre isso com a categoria [...]Nós temos uma Câmara Técnica da saúde da mulher que faz os estudos, as recomendações em relação ao cuidado com a saúde das mulheres. Nós temos vários profissionais da enfermagem que tem pesquisado sobre isso, [...]como é que a enfermagem se insere nos casos de abortamento, tanto o abortamento legal (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2019).

Além de participar dos debates⁶², o COREN-RS tem promovido espaços de discussão para a categoria, como o evento “Seminário Descriminalização do Aborto – O que pensa a Enfermagem?”, realizado em março de 2019, na cidade de Porto Alegre. O seminário não manifesta uma posição do COREN-RS, mas propõe um espaço para que a enfermagem e a sociedade pudessem debater sobre a descriminalização do aborto, trazendo para a discussão elementos como desigualdade racial que acompanha a prática ilegal (FERRAZ, 2019). A discussão sobre o aborto também tem sido abordado por segmentos religiosos. A ONG Católicas pelo Direito de Decidir destaca que

⁶²Para mais informações <<https://www.portalcoren-rs.gov.br/index.php?categoria=servicos&pagina=noticias-ler&id=6573>>.

[...]dentro da Igreja Católica [...]não existe uma única posição. Existe uma posição oficial, isso sim, da hierarquia da Igreja, e existem posições diferentes de teólogos, de pensadores, e de mulheres e homens que são os fiéis digamos que participam dentro da Igreja. Então a primeira coisa é essa, do ponto de vista da oficialidade, foi a partir de 1860, então já faz mais de 100 anos, houve uma posição do Papa daquela época que definiu uma condenação ao aborto em qualquer circunstância, [...] seja por violência sexual, seja bom por estupro, risco de vida ou em qualquer circunstância, a vida humana teria início, a pessoa humana teria o seu início a partir do momento da concepção, não do seu nascimento (CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR⁶³, 2019).

A religião católica possui diferentes percepções em relação ao aborto, porém, oficialmente existe uma, a qual defende a “integralidade, inviolabilidade e dignidade da vida humana, desde a sua concepção até a morte natural. Condena, assim, todas e quaisquer iniciativas que pretendam legalizar o aborto no Brasil”(CNBB,2017, p. 01), até nas situações que são permitidas pela legislação. Há um posicionamento oficial da instituição – igreja católica –, contudo, há

[...] vários teólogos, teólogas que tem um pensamento que não condena, de não condenar o aborto, desde o momento da concepção, e entender que há situações em que é melhor que *aconteça o aborto do que outra possibilidade*. [...] os teólogos chamaram isso do *princípio do “mal menor”*. Essa é uma das teorias, do pensamento teológico dentro da igreja. Há muitos estudos que vão evidenciando que historicamente a condenação ela não[...] tem uma posição única, e hoje eu acho que cada vez mais vai crescendo uma ética, que procura ser uma ética cristã, mas ao mesmo tempo com [...]o pé pelo menos na concretude da vida, de entender quais são as situações que as mulheres passam, entender porque muitas vezes as mulheres recorrem ao aborto(CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR, 2019, grifo nosso).

Mesmo existindo uma posição oficial da Igreja Católica⁶⁴, dentro da religião cristã o aborto é compreendido por outras perspectivas que reconhecem que em algumas situações a decisão de abortar será a menos danosa para vida e saúde das mulheres e isso não deve acarretar em uma condenação legal ou moral. Isto é compreendido como o mal menor. Segundo Elio Sgreccia, no Manual de Bioética, o mal menor configura “ a situação de conflito na qual temos de escolher entre dois males – onde por mal se entende também a omissão – não pode ser generalizada, pois não temos a obrigação de cumprir simultaneamente todos os deveres; assim, para não omitir um deles, temos forçosamente de omitir um outro[...]” (1996, p.169).

⁶³Representante da ONG Católicas pelo Direito de Decidir.

⁶⁴A Religião Católica é, primeiramente, uma religião cristã, ou seja, uma religião que segue os ensinamentos de Jesus Cristo revelados na Bíblia, especialmente no Novo Testamento. Em segundo lugar, ela é uma religião “monoteísta”, isto é, uma religião que professa a fé no Deus Único. E em terceiro lugar, a Religião Católica é o conjunto de doutrinas, ritos e práticas de vida em conformidade com o Papa e a Igreja Católica Apostólica Romana, sediada no Vaticano (ABREU, 2019, p. 01).

O princípio do mal menor parte da ideia de que cada sujeito possui sua realidade concreta e que esta, em algum momento, pode colocar este indivíduo em uma situação conflituosa com suas crenças, cultura e desejos, e que entre as possibilidades postas tenha que escolher a menos danosa para sua vida. Essa perspectiva inclui as singularidades de cada mulher e de cada vida, considerando que

[...] a mulher deve ter o direito de tomar decisão, se ela quer levar a diante essa gestação. Que dizer, e dar o mesmo direito para quem deseja fazer isso e para quem não deseja, garantir esse direito para vida das mulheres. E saber que existe um pensamento teológico, religioso que traz princípios éticos, que entende essa decisão como algo apoiado eticamente dentro do próprio cristianismo (ONG CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR, 2019).

É importante salientar que

[...] a condenação ao aborto ele não é uma questão dogmática, no sentido de bom, quando você fala em dogma é algo dentro da igreja que você não pode contestar, não é assim, na verdade, ele é uma questão disciplinar, não é uma questão de fé. Quando se fala em dogma por exemplo: “Maria subiu ao céu”, isso é um dogma, um dogma de fé. A questão do aborto ela é disciplinar, a condenação. Então, o que é parte da disciplina efetivamente pode ser pensado, refutado, ter alterações no decorrer da história (CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR, 2019).

A condenação foi mais um dos atos criados pelos homens e suas respectivas instituições de poder para disciplinar as populações femininas e colocá-las a serviço dos interesses de um sistema capitalista e patriarcal, assim como os discursos normativos sobre o papel feminino e sua intrínseca relação entre realização feminina e a maternidade, visto que “a Igreja Católica teve participação na construção do modelo de mulher frágil, dependente e submissa; e do homem como mantenedor da família e destinado ao espaço público. Ela reforça os dogmas e as ideologias para assegurar a moral e o matrimônio (SILVA, 2009, p. 30). Além de que

A influência cristã pode não mais gerar a perseguição desenfreada e a queima de mulheres em fogueiras de praças públicas, mas está presente ainda nos dias atuais. O modo como o Estado e a sociedade traçam sua política criminal e produzem suas leis penais é apenas mais um viés de uma sociedade construída sobre um modelo patriarcal (RIO DE JANEIRO, 2018, p. 90).

A condenação ao aborto, como destacada pela ONG Católicas pelo Direito de Decidir, por não ser uma doutrina da religião, pode ser mudada, reelaborada. Entretanto, como se tem acompanhado, ela se faz mais presente do que nunca, expressa no julgamento dessas mulheres, na negligência do acesso e atendimento às mulheres e, principalmente, na criminalização, revigorada nas propostas que fomentam esta como necessária para combater a prática do abor-

to. Entendendo a relevância da discussão do aborto inseguro e clandestino, a ONG Católicas pelo Direito de Decidir aponta como estratégias

[...] aumentar os permissivos é uma questão. A outra é um trabalho forte do movimento de mulheres, mas não só, quer dizer dos profissionais de saúde, grupos da área do direito também, operadores da lei que tem trabalhado muito em prol da legalização do aborto. Então uma estratégia fundamental é acessar o Congresso Nacional ou STF. A gente teve no ano passado uma audiência da qual nós participamos e muitos outros representantes da sociedade civil, tanto favoráveis como contrários a legalização[...]Então essa é uma das estratégias, é aceitar, fazer um diálogo nesses espaços governamentais que tem o poder de criar as leis([...]E outra questão é o trabalho de formação de consciência, muitas vezes a população tem posição contrárias porque nunca teve a possibilidade de refletir sobre essa questão, e de entender que ser a favor da legalização não significa ser a favor de que o número de abortos aumente, tanto que o feminismo sempre fala, “*aborto seguro raro*”, raro também, para que se faça quando é necessário[...]a legalização implica em dar condições, como eu dizia de dar educação sexual e de acesso a anticoncepcionais[...] E acho que a discussão, o diálogo com a sociedade nos mais diferentes espaços. Nós estamos indo em universidades, no movimento social, não só movimento de mulheres, tem feito publicações, notas, notas enfomes sobre frente a conjuntura e o que vai acontecendo,[...]é um trabalho árduo, prolongado, que vem de muitos anos, porque *mudança de mentalidade não é uma coisa tão simples e as pessoas tem que ter acesso ao pensamento crítico em relação ao aborto para compreenderem mais porque a igreja tem essa postura de condenação* (CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR, 2019, grifo nosso).

Entre as estratégias pontuadas, o acesso à informação de maneira crítica torna-se a ferramenta principal para abordar sobre o aborto, o que possibilita uma discussão sólida frente a realidade do aborto no Brasil. A informação aliada aos dados de abortos que são realizados no país devem ser o norte do debate, o qual deve englobar toda a sociedade, desde os gestores da política de saúde aos movimentos de mulheres, desmistificando o tabu que há sobre a prática do aborto e a mulher que o realiza, assim como viabilização dos direitos das mulheres, os reflexos do aborto inseguro na saúde feminina, e esclarecendo que a decisão do aborto é uma decisão individual e não uma imposição ademais às mulheres. Existindo essa base, as propostas para aumentar os permissivos possuem mais chances de efetividade, pois se possibilita a mudança de mentalidade e o conhecimento da importância de garantir o acesso ao aborto seguro às mulheres. O espaço de diálogo também é fundamental e os segmentos devem estar dispostos a realizá-lo, sem interferência de suas convicções pessoais e credos para que, de fato, se possa construir instrumentos que promovam e protejam a saúde das mulheres.

Por fim, para a ONG Católicas pelo Direito de Decidir, o aborto é

[...] um direito da mulher, quer dizer, não só isso, mas também com o reconhecimento de que é um problema de saúde pública, e que de fato mulheres de diferentes religiões ou sem nenhuma religião praticam o aborto, por mais que se tenha métodos anticoncepcionais, que é uma coisa que a gente acha importante, isso não consegue dar uma garantia total para impedir a gestação não desejada, a gravidez não desejada (CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR, 2019).

Deve se considerar que a Igreja Católica desaconselha e proíbe o uso de anticoncepcionais em função da ética conjugal, pois seu uso configura-se desobediência às finalidades do matrimônio (PAZ, 2007). Além de que qualquer mulher em idade reprodutiva está à mercê de vivenciar uma gravidez indesejada, sejam elas religiosas ou não, isto compõe a biologia da mulher. Porém, isto não significa que a mesma tenha que ser obrigada a manter uma gestação a qual não deseja. Para a Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil (IECLB)

[...] o aborto ele se insere no contexto mais abrangente, que é a questão de como se chegar a discernimento éticos dentro de um tempo em que distinguir entre bem e mal, [...] é uma coisa que assim está praticamente deteriorada. Como Igreja Cristã a gente confessa a fé em um Deus que cria a vida, que nos dá a vida de presente e também nos faz um chamado de cuidar a vida e de promover a vida em todos a suas instancias [...], e de denunciar tudo que agride a vida, é um chamado que a gente tem a partir da nossa fé. *Mas também consideramos que em situações consideradas normais e corriqueiras essa defesa da vida é uma coisa muito mais tranquila do que quando tu está em situações limítrofes*, então isso se torna mais difícil e não é tão simples assim. Entendemos que há questões que desafiam essa nossa capacidade de realizar o bem de preservar a vida, [...] e a questão do aborto é uma dessas que está dentro desse contexto([...] *O aborto ele é o mal dos males menores diante de situações difíceis, então a gente entende que precisa considerar não só a vontade de Deus de vida plena e abundante para todas as pessoas, mas a gente precisa também considerar a realidade concreta da pessoa implicada. Cabe-nos conhecer não somente a verdade de Deus, mas conhecer e considerar a realidade sobre a vida das pessoas, sobre seus motivos, sobre as suas aspirações, os seus limites, sobre as suas possibilidades. Então a gente trabalha e aborda a questão do aborto sempre dentro dessa perspectiva da vontade de Deus, mas também olhando para a realidade concreta das pessoas e a ética cristã para nós, ela não é uma coisa romântica e também não é tão simples*(IGREJA EVANGÉLICA DE CONFISSÃO LUTERANA NO BRASIL⁶⁷, 2019⁶⁸, grifo nosso).

A igreja IECLB, tendo o seu papel de promover a vida e a proteção da mesma, entende o aborto como uma decisão complexa, bem como a vida como um espaço de diferentes realidades concretas, e que implicam nas decisões de cada indivíduo. Nesse cenário, o aborto é visto como um mal menor, o que não torna a decisão de abortar mais fácil de compreender. Diante desse contexto, onde o aborto se encontra entre situações limítrofes, a IECLB

⁶⁷Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil -IECLB.

⁶⁸Falás da representante da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil (IECLB).

[...]concorda que a legislação brasileira contemple a possibilidade de aborto nos casos em que hoje ela reconhece, que é na questão da gravidez em caso de estupro, anencefalia ou risco de vida para a mãe. Então nesses casos a gente concorda, e afirma também que não se pode desrespeitar ao critério de decisão que deve ser tomada pelas pessoas que estão envolvidas na situação e que elas precisam assumir essa responsabilidade própria. A gente trabalha com essa liberdade e sempre pensando nessa questão, que é uma escolha ética, mas que cabe a cada pessoa ter essa decisão. Nós não apoiamos aborto, mas nós não criminalizamos o aborto diante dessas condições(IGREJA EVANGÉLICA DE CONFISSÃO LUTERANA NO BRASIL, 2019).

A posição da IECLB é específica diante do aborto, onde não confronta a legislação nos casos em que o aborto é permitido e nem criminaliza, mas também não implica que a mesma concorde com a prática do aborto, apenas entende que seu papel enquanto igreja é “[...]promover reflexão sobre isso, reflexão ética, a nós como igreja cabe levar o consolo, ouvir as dores, acolher essas mulheres, às vezes casais que tomam essa atitude, orar junto, perdoar, mas jamais condenar” (IGREJA EVANGÉLICA DE CONFISSÃO LUTERANA NO BRASIL, 2019).

As estratégias para trabalhar o aborto inseguro pontuadas pela Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil são:

[..] uma questão, ou medidas importantes seria a questão de ter medidas socioeducativas ou de campanhas que ajudem na [...] prevenção da gravidez indesejada, na questão da educação sexual, na educação e apoio familiar. A gente sempre coloca no foco a mulher, mas existe uma família, existe um contexto, existe muitas pessoas envolvidas [...]Programas de acolhimento, acho que são bastante importantes. [...]a gente percebeu que onde há uma orientação, onde há informação, onde há apoio, não só apoio moral, mas apoio financeiro, apoio bem concreto de estrutura, de ajuda, de acompanhamento, a desistência pela opção de aborto ela é presente.[...] Então investir em programas de acolhimento, é uma boa forma de reduzir esses riscos [...]Eu acho que na questão da sensibilização para homens e mulheres, em questão de serem incosequentes também, irresponsáveis com sua sexualidade, e olhar o tema de uma forma isenta do moralismo, porque acho que é um tema que envolve muita questão moral. E acho que igreja quanto sociedade, e Estado precisam ser desafiados a tratar o tema com mais objetividade. E além de educação e informação, acho que um caminho bem assertivo para tratar essa questão do aborto induzido, é atacar as causas sociais do aborto, através de políticas públicas que visam acompanhar as mulheres na gestação, ou na gravidez, mas não só na gravidez, antes e depois também (IGREJA EVANGÉLICA DE CONFISSÃO LUTERANA NO BRASIL, 2019).

Desenvolver uma rede de apoio à mulher, começando pela família e com órgãos de proteção, é uma possibilidade para evitar os abortos inseguros, visto que nem todas as mulheres que abortam realizam a prática porque não querem a gestação, mas sim porque não possuem condições de mantê-la. É de extrema relevância entender que as mulheres que abortam possuem suas particularidades e condições de vida, o que implica na decisão de realizar um aborto. A educação sexual é uma ferramenta importante para o cuidado consciente da vida

sexual, implica no conhecimento sobre o corpo e a sexualidade, contribuindo para que haja gerenciamento do processo reprodutivo.

Porém, a socióloga Jacqueline Pitanguy, da ONG Cepia⁶⁹, em entrevista dada ao jornal Estadão, fomenta que no Brasil há

[...]pouquíssimos os cursos que tratam efetivamente de educação sexual e de reprodução. Você pode ter através da biologia, mas não como uma matéria em si. Porque é muito mais do que o funcionamento biológico do corpo, a educação sexual tem a ver com cidadania, com direitos humanos. [...]Um dos fatores é a influência cada vez maior dos setores religiosos, no caso do Brasil são basicamente setores cristãos, evangélicos ou católicos, e que efetivamente têm direitos políticos. Não todos, mas uma grande parcela desses religiosos não é favorável a esse estudo nas escolas (FREITAS, 2017, p. 01).

Em razão disso, o Brasil possui um dos piores índices de educação sexual na América Latina (FREITAS, 2017), e a autora Flávia Biroli menciona que a omissão do Estado implica nesse cenário, pois

[...]Sem educação sexual nas escolas, a insegurança e a imprevisibilidade no exercício da sexualidade se ampliam. Quem bloqueia o acesso a essa educação engrossa o caldo da violência, das doenças sexualmente transmissíveis, da gravidez na adolescência, da evasão escolar das meninas(2017, pp. 01).

Diante disto a educação sexual não é identificada como processo de conhecimento e empoderamento sobre a saúde sexual e reprodutiva e suas consequências quando negligenciada, o espaço de diálogo sucinta posições restringidas a moralização dos corpos. Jacqueline Pitanguy também destaca que “um dos resultados da educação sexual é a diminuição da gravidez na adolescência e das doenças sexualmente transmissíveis. As jovens desconhecem seus direitos sexuais, seus direitos reprodutivos, elas não têm acesso suficiente à informação” (FREITAS, 2017, p. 01).

O movimento nominado Marcha Mundial das Mulheres compreende o aborto como a

⁶⁹A Cepia é uma organização não governamental, sem fins lucrativos, voltada para a execução de projetos que contribuam para a ampliação e efetivação dos direitos humanos e o fortalecimento da cidadania dos grupos que, na história de nosso país, vêm sendo tradicionalmente excluídos de seu exercício, como as mulheres em sua diversidade (CEPIA, 2019, p. 01).

[...] luta de libertação, porque quando tu diz “eu quero ser livre, eu quero ter autonomia”, muitas pessoas acham que essa liberdade ou essa autonomia, ou ela está só no campo econômico, a autonomia econômica. E quando tu diz “quero ser livre”, no sentido de que, ou solteira, ou uma mulher “sozinha” que quer decidir sobre sua vida. Mas na luta feminista, tu dizer “eu quero ser livre, eu quero ter autonomia” é prioritariamente ter a autonomia de decisão sobre o teu corpo, e quando a gente diz no movimento que nós não somos livres é com esse sentido. E quando tu tens um governo, um Estado com muita interferência religiosa, moral e de questões religiosas que impõe ainda, e querem impor atos e costumes, querem impor a forma como tu lida com a tua sexualidade, esse grau de interferência para nós é uma falta de liberdade, porque a gente quer [...] ter autonomia de decidir o que a gente faz com o nosso corpo. Se a gente quer ser mãe, se a gente não quer. Se a gente quer ter filhos ou não. E a compreensão do movimento é isso, nós só nos sentiremos verdadeiramente livres quando nós pudermos decidir sobre o que nós queremos, sobre nossa vida (MARCHA MUNDIAL DAS MULHERES⁷⁰, 2019).

Esse movimento parte do princípio de que mulher deve ter liberdade de conduzir sua vida e as decisões sobre a mesma e seu corpo, o que inclui sobre a decisão de reproduzir. Decidir sobre a sexualidade permite a mulher controle seu corpo e que, este não seja condicionado a fatores externos, como as instituições religiosas. A liberdade pautada pelo movimento contrapõe a liberdade construída para as mulheres em um sistema patriarcal, pois como destaca a autora Corole Pateman, “a liberdade civil não é universal - é um atributo masculino e depende do direito patriarcal” (1993, p.17).

Essa liberdade se difere para mulheres e homens, tanto que estes não se preocupam com sua integridade física ao transitar por espaços públicos, independente da hora, ou não necessitam de leis específicas para garantir sua integridade física, como é a realidade das mulheres. Estas precisam de leis como Maria da Penha (lei nº. 11.340/ 2006) para criar “mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher”, ou a lei nº. 13. 104/2015 que prevê “o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e [...] para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos”. (BRASIL, 2006, p. 01; BRASIL, 2015, p.01). Ou leis que tornem crime a importunação sexual, para que casos como o que aconteceu na cidade de Vitória(ES), onde um homem masturbou e ejaculou em uma mulher em um transporte público possam não se repetir (CORDEIRO, 2018; LINDNER; MONTEIRO, 2018).

A liberdade que o homem usufrui delega a eles a ideia de poder sobre os corpos femininos, e, como donos de si, tanto que como afirma o ministro Barroso em relação à legalização do aborto no país: “se homens engravidassem, esse problema já estaria resolvido há muito tempo” (HYPENESS, 2019, p.01). Entre as estratégias do movimento feminista, está a ampliação do

⁷⁰ Representante do movimento feminista Marcha Mundial das Mulheres.

[...] conhecimento das mulheres sobre seus direitos, ampliar o conhecimento sobre seu próprio corpo, derrubar tabus. Nosso corpo é bonito, nosso corpo não é feio e não existe pecado de a gente lidar com o nosso corpo, nem de tocar o nosso corpo. Então de trazer esses conhecimentos das mulheres sobre como funciona, e ao mesmo tempo que a gente possa estar ampliando as parcerias para lidar com esse tema. [...] poder estar nas associações de moradores, [...] estar trabalhando com as promotoras legais populares que estão com as mulheres diretamente nas periferias, trabalhar com as escolas, que a gente consiga derrubar todas as estratégias de bloqueio do conhecimento nas escolas, que a gente possa ampliar esse conhecimento para que a escola possa ajudar a falar amplamente sobre sexualidade, sobre direitos para as crianças desde pequenos. E que as famílias também possam ter a sua contribuição, sem nenhum tipo de preconceito ou tabu. Então assim, essas estratégias no sentido que todo mundo compreenda, que todo mundo pode falar disso[...] Então uma das questões é a construção de um alerta feminista⁷¹, que a gente chama de alerta, chamando a atenção das mulheres a todas as leis que estão percorrendo o Congresso Nacional e que vão contra os interesses das mulheres e que elas são de retiradas de direitos [...]Então essas questões que para nós são super perigosas que estão correndo no Congresso e que tu não vai ouvir no Jornal Nacional (MARCHA MUNDIAL DAS MULHERES, 2019).

A principal ferramenta do movimento feminista é romper com toda a construção histórica que foi elaborada sob o feminino, sobre seu corpo, prazer, papel social, e fazer com que essa compreensão chegue a todos na sociedade. Informar as mulheres sobre o seu direito a autonomia e de exercer o controle sobre seu corpo, e que este não seja manipulado por condições e convicções de terceiros. Dialogar sobre a sexualidade feminina é fundamental para instrumentalizar as mulheres no cuidado de sua saúde reprodutiva e sexual, ao mesmo tempo que transformador, visto que alguns anos atrás o corpo feminino é acompanhado de tabus e normas, e falar sobre sexualidade ou explora-la seria inaceitável.

Em relação ao Alerta feminista, configura-se “um chamado de resistência para a construção de ações de enfrentamento coletivo, auto-organizadas e articuladas contra a bancada racista, machista, fundamentalista e violadora de direitos” (MARCHA MUNDIAL DAS MULHERES, 2017, p. 01).

O alerta tem o intuito de advertir sobre as ações que visam criminalizar ainda mais o aborto, entendo que essas informações não chegam até as mulheres e são fundamentais para entender os movimentos em torno do debate sobre o aborto. A luta do movimento feminista é para que as mulheres tenham a escolha de reescrever sua identidade com liberdade de escolha e decisão, e que sua sexualidade não seja condicionada por instituições, crenças ou homens.

Como parte das estratégias, a Marcha Mundial das Mulheres também compõe

⁷¹Para mais informações: <https://www.marchamundialdasmulheres.org.br/entidades-lancam-alerta-feminista-em-defesa-dos-direitos-das-mulheres/>

[...]a Frente Nacional Contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto aqui no Rio Grande do Sul⁷², e tem uma Frente Estadual pela Legalização do Aborto. Nós da Marcha Mundial das Mulheres fazemos parte também de um Fórum do Aborto Legal no Rio Grande do Sul, que para nós é muito importante que todos os casos de aborto previsto em lei, as mulheres sejam bem atendidas. [...] o aborto é crime, mas ele é permissivo em três casos, então nesses três casos nós queremos que as mulheres tenham direito, tenham acesso, consigam ser bem atendidas e consigam com menor tempo resolver aquela gravidez, que além de ela ser indesejada, ela foi vítima, foi fruto de uma violência. Então isso para nós é muito importante. Conseguimos com esses grupos que fazem parte deste Fórum do Aborto Legal cada vez mais ampliar a rede de serviço, claro que isso nada sem dialogar com o Estado, sem dialogar com os serviços, com a política pública que já atende a cidade (MARCHA MUNDIAL DAS MULHERES, 2019).

A gestão estadual da saúde também “[...] desde 2014, tem algumas ações com a Frente ao Aborto Legal, a gente participa do Fórum Estadual do Aborto Legal, que é um espaço que se constitui também desde 2014” (GESTÃO ESTADUAL DA SAÚDE, 2019).

Além de participar de outros movimentos em prol da legalização do aborto, o movimento feminista tem se articulado para garantir que as mulheres estejam sendo atendidas nos serviços de aborto legal, pois, devido a carga social, cultural, moral e religiosa que o aborto carrega, pode implicar que as mulheres estejam sendo negligenciadas nos serviços e saúde, ou, até mesmo, sintam-se constrangida em procurar pelo procedimento. Por isso, a importância de espaços que possam orientar e informar essas mulheres que há equipe de saúde preparadas para atender e auxiliar nesse processo.

A discussão do aborto é permeada de elementos e perspectivas diferentes, e como destacado pela Ivete Simionatto, a sociedade civil não é hegemônica, ao contrário, um campo de disputas ideológicas, norteadas pelos seus interesses e convicções. Cada segmento compreende o aborto de acordo com seus limites e possibilidades de intervenção, destacando os diferentes atravessamentos do debate, como os reflexos na saúde e vida mulher, a dificuldade em obter dados precisos devido a ilegalidade que acompanha a prática do aborto inseguro, a responsabilidade ética dos profissionais diante da demanda, onde ao mesmo tempo que comprometem-se com seu Código de Ética, buscam, na heterogeneidade da categoria profissional, desenvolver a discussão para amparar seus respectivos profissionais para o atendimento ao aborto inseguro e a mulher que o pratica. Em relação ao aborto e religião, este com certeza é o

⁷²Esta frente é resultado do esforço de organizações e indivíduos que se indignam quando vêem uma mulher, muitas vezes uma garota que teria toda a vida pela frente, morrendo por não ter tido sua escolha de não ser mãe respeitada e praticar aborto nas mais grotescas condições de higiene. Fruto da intolerância e fundamentalismo, a criminalização do aborto não impede que ele seja realizado, só arremessa as mulheres que optam por fazê-lo na mais absoluta clandestinidade. Se você também acha que a criminalização destas mulheres é absurda, junte-se a nós. Some conosco nesta frente. Assine e divulgue o manifesto. Somando esforços faremos com que ser mãe seja um direito, e não uma obrigação, de todas as mulheres. Frente Nacional pelo fim da Criminalização de Mulheres e pela Legalização do Aborto (FRENTE NACIONAL CONTRA A CRIMINALIZAÇÃO DE MULHERES E PELA LEGALIZAÇÃO DO ABORTO, 2019, p. 01).

campo mais conflituoso em que percorre o debate do aborto, devido a condenação que há sobre o aborto. Porém, tem-se buscado trabalhar no acolhimento, entendendo que o aborto passa por realidades concretas, evitando ações que possam ser mais danosa à vida dessas mulheres.

3.1 O ABORTO NO BRASIL

A palavra aborto é de origem latina, dividido em *ab*(privação) e *ortus* (nascimento). O aborto, no ponto de vista jurídico-penal, é sinônimo de abortamento e se trata da interrupção da gestação com morte do feto. Para a medicina, abortamento é a interrupção do processo gestacional até 20^a ou 22^a semana da gravidez e o aborto é o produto da concepção. Nesta dissertação, as abordagens são realizadas com ênfase ao aborto ilegal, que pode ser denominado também como interrupção voluntária da gestação (IVG), que referem-se à autonomia reprodutiva da gestante ou do casal de interromper a gravidez por motivo de não querer dar continuidade à gestação, seja fruto de um abuso/violência sexual ou de uma relação consensual(CARVALHO, T. 2006)(CREMERS, 2018).

Segundo o Código Penal brasileiro o aborto é crime:

Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque:

Pena - detenção, de um a três anos.

Aborto provocado por terceiro

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou debil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência

Forma qualificada

Art. 127 - As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte (BRASIL,1940, s/p).

O Código Penal também define, no artigo 128, que o aborto não será punido quando realizado por médico e com intuito de salvar a vida da gestante, em caso de violência sexual (estupro) e em fetos anencéfalos, sendo esta última situação permitida somente a partir de 2012 pelo Supremo Tribunal Federal, através da aprovação da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 (ADPF 54) (BRASIL,1940).

O aborto no Brasil possui uma trajetória peculiar, pois se estabelece sobre relações e reproduções sociais extremamente conservadoras que insistem em conservar padrões sobre o corpo e comportamento das mulheres. Falar sobre aborto no Brasil impõe compreender e conhecer a história da mulher e o desenvolvimento tardio de seus direitos, bem como seu reconhecimento enquanto cidadã. Falar sobre aborto no Brasil é reconhecer que os segmentos políticos sociais conservadores nunca recuaram diante de seus interesses e que tem se organizado cada vez mais para criminalizar a prática, censurar o debate e restringir os direitos das mulheres, baseando-se em conceitos individuais e tornando determinante para vida de outros. Entre as propostas elaboradas no decorrer do debate do aborto no Brasil, pauta-se nesse momento algumas.

O Projeto de Lei n.º1763 de 2007(PL 1763/2007), elaborado por Jusmari Oliveira (PR/BA)⁷³ e Henrique Afonso(PT/AC), propõe que em situação de estupro, e caso esse seja comprovado, o Poder Público, segundo art. 2º, deve

- I – colocar gratuitamente à disposição da mulher toda assistência social, psicológica, pré-natal e por ocasião do parto e puerpério;
- II – orientar e encaminhar, através da Defensoria Pública, os procedimentos de adoção, se assim for a vontade da mãe;
- III – conceder à mãe que registre o recém nascido como seu e assuma o pátrio poder o benefício mensal de um salário mínimo para reverter em assistência à criança até que complete dezoito anos (BRASIL, 2007b, p.02).

O PL478/2007⁷⁴, por Luiz Bassuma (PT/BA) e Miguel Martini(PHS/MG), mais conhecido como Estatuto do Nascituro, propõe que haja proteção integral ao nascituro (ser humano concebido, porém ainda não nascido), determinando que o mesmo tenha expectativa de direito à vida, integridade física, que seja objeto de políticas sociais públicas que permitam seu desenvolvimento.

- Art. 13 O nascituro concebido em um ato de violência sexual não sofrerá qualquer discriminação ou restrição de direitos, assegurando-lhe, ainda, os seguintes:
- I – direito prioritário à assistência pré-natal, com acompanhamento psicológico da gestante;
 - II – direito a pensão alimentícia equivalente a 1 (um) salário mínimo, até que complete dezoito anos;
 - III – direito prioritário à adoção, caso a mãe não queira assumir a criança após o nascimento.
- Parágrafo único. Se for identificado o genitor, será ele o responsável pela pensão alimentícia a que se refere o inciso II deste artigo; se não for identificado, ou se for insolvente, a obrigação recairá sobre o Estado (BRASIL, 2007, p.3).

⁷³Partido o qual representa.

⁷⁴A PL 1763/2007 foi fundida na PL 478/2007.

O PL complementa ainda que o aborto deveria ser qualificado como um crime hediondo, e que ao “anunciar processo, substancia ou objeto destinado a provocar o aborto”, assim como “fazer publicamente apologia do aborto ou de quem o praticou, ou incitar publicamente sua pratica” passasse a ser criminalizado (BRASIL, 2007a, p.4).

O cuidado proposto pelo projeto de lei destinado às mulheres em situação de violência apenas oculta a indiferença que há sobre as populações femininas, onde não se é pensada sua individualidade e intimidade com seu corpo e escolhas. Cria-se um espectro de proteção para mulheres e nascituro que não condizem com a realidade, acreditando que essas ações impediriam a prática do aborto e garantiriam promoção de qualidade de vida para futuras crianças. Em dados de 2018, o sistema de adoção no Brasil destaca que “8,7 mil crianças e adolescentes esperam para ser acolhidas” (LABOISSIÈRE, 2018, p. 01). Enquanto isso, propostas como estas, tornam a adoção uma alternativa completamente distensa, caracterizando-a como forma de promoção à vida, sem importar-se com as condições da mesma.

Possibilitar o vínculo da mulher abusada com seu violentador, através da gestação e/ou do benefício que o mesmo deva pagar caso seja identificado mostra a insensibilidade com a vida das mulheres, que além de lidar com sequelas traumáticas dessa violência, deveria gestar e ainda possivelmente conviver com seu estuprador. Propostas como estas mostram a submissão que o corpo das mulheres deve ter diante de convicções íntimas de segmentos que insistem em colocar suas pautas individuais religiosas e conservadoras a toda a população feminina, onde estas não podem nem mesmo escolher como lidar com uma violência cometida contra seu próprio corpo.

O projeto ainda implica na censura do diálogo sobre o aborto, sendo qualquer ato de divulgação considerado incitação ao aborto, cerceando não somente a prática legal, mas também a liberdade de expressão e de luta pela descriminalização e legalização do aborto. Propor um projeto que obrigue a mulher a manter uma gestação resultante de um abuso, de uma violência contra seu corpo, dignidade e liberdade é desumano. Somente intensifica a violação dos direitos das mulheres e a prática na clandestinidade, conseqüentemente refletindo em procedimentos incompletos, inseguros e com impactos na saúde das mulheres.

O PL6.335/2009 desenvolvido por Gonzaga Patriota (PSB/PE) propõe a objeção de consciência, onde os profissionais no exercício profissional podem recusar alguma prática ou ato que colida com suas convicções morais, éticas e religiosas, que possa vir a agredir seus princípios e foro íntimo (BRASIL, 2009). Não se questiona o direito de os profissionais terem suas próprias convicções, porém estas não devem ser parâmetro para sua intervenção profissi-

onal, muito menos garantidas por lei, visto que pode tornar-se um gatilho para que nos espaços onde sejam ofertados serviços como o aborto legal tornem-se negligentes com a demanda.

Cabe à gestão estar ciente dos profissionais que, por algum motivo, possam hesitar em realizar o procedimento e realocar profissionais que possam realizar o aborto sem que fira seus princípios. Assim como qualquer sujeito deve ter o direito de não realizar nenhum ato que vá contra seus princípios éticos, morais, religiosos, a mulher também deveria poder escolher e decidir sobre o aborto, se lhe convém.

A Proposta de Emenda à Constituição n.º 164 de 2012 (PEC 164/2012) elaborado por Eduardo Cunha (PMDB/RJ) e João Campos (PSDB/GO) preconiza que, desde a concepção, haja inviolabilidade da vida, que a mesma inicia-se desde a concepção, não só a partir do nascimento, assim, estendendo a proteção aos fetos (BRASIL, 2012). A PEC 29/2015 desenvolvida pelo Magno Malta (PL/ES) entre outros, também solicita que seja inserido no texto constitucional a inviolabilidade da vida desde a concepção.

Assim, o aborto seria criminalizado em todas as situações, mesmo nos casos permitidos pelo Código Penal, retrocedendo os direitos conquistados pelas mulheres como o aborto legal, assim como restringe o avanço da descriminalização e legalização do aborto. O PL5.069/2013 desenvolvido por Eduardo Cunha (PMDB/RJ), Isaias Silvestre (PSB/MG), João Dado (PDT/SP), entre outros torna crime qualquer forma de anúncio, substância ou objeto destinado a provocar o aborto, assim como induzir, instigar, orientar a gestante a praticar o aborto (BRASIL, 2013). Entre as justificativas para a proposta, estão:

- a) As poderosas entidades internacionais e super capitalistas, interessadas numa política neomalthusiana de controle populacional, não hesitam em fomentar o aborto ilegal para alcançar seus objetivos;
- b) desde a década de 1970, os meios para o controle e redução da população mundial passaram a ser apresentados com uma roupagem feminista, sob o paradigma dos chamados “direitos sexuais e reprodutivos”;
- c) a redução de danos tem todas as condições para tornar-se a nova tática a ser empregada no fomento do aborto ilegal (BRASIL, 2013, p.05).

A proposta implica, até mesmo, na difusão de informações sobre o aborto legal, dificultando não somente o acesso, mas as articulações dos movimentos e demais segmentos envolvidos no debate sobre o aborto. A justificativa pontua que o acesso ao aborto no país tem sido influenciado pela ideia de controle sob a taxa de natalidade, disseminada por entidades estrangeiras, e que os direitos sexuais e reprodutivos não passam de instrumentos para esse controle e diminuição. Não há pesquisa que apontem esses elementos como motivadores para as mulheres brasileiras realizarem o aborto.

O CFESS lançou uma nota de repúdio ao projeto, destacando que

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), entidade que orienta, normatiza, fiscaliza e defende o trabalho de mais de 160 mil assistentes sociais no Brasil, vem a público manifestar seu repúdio ao Projeto de Lei (PL) 5.069/2013, de autoria do presidente da Câmara dos Deputados, Eduardo Cunha (PMDB-RJ), que prevê a criminalização do anúncio de métodos abortivos e da prestação de auxílio ao aborto, principalmente por parte de profissionais de saúde. [...] O projeto de lei pretende modificar não apenas o Decreto-Lei nº 2.848/1940 (o Código Penal), mas também a Lei nº 12.845/2013, eliminando a obrigatoriedade de atendimento público de emergência às vítimas de violência sexual e inviabilizando outras possibilidades legais de interrupção da gravidez, como aquelas que trazem risco à vida da gestante ou em casos de fetos anencéfalos (CFESS, 2015, p. 01).

O PL4.642/2016 elaborado por Flavio Augusto da Silva (Flavinho - PSB/SP) destaca que seja instituído o Programa Nacional de Prevenção e Conscientização sobre os Riscos e Consequências do Aborto, para que assim se desenvolva material didático, informativo, de propaganda sobre o aborto, pontuando os riscos e consequências que a mulher pode encontrar ao realiza-lo, seja ele legal ou ilegal, visando assim proteção do direito da mulher e da vida humana. Também destaca que a mulher pode decidir desistir do aborto, amparada assim com a facilitação do processo de adoção (BRASIL, 2016).

A proposta visa coagir as mulheres a desistirem do aborto, pois, se o intuito fosse proteção e promoção da saúde, seria incoerente não disponibilizar informações sobre os direitos, não informar o acesso ao aborto legal, não indicar os profissionais que podem ampará-las, e, principalmente, impedir que o procedimento seja realizado em condições adequadas e que não acarrete risco à saúde das mulheres, conforme destaca Elizabeth Raymond ao afirmar que “o risco de morte associado ao parto é aproximadamente 14 vezes maior do que o de um aborto” (ANIS, 2019, p.06).

Com foco na cidade de São Paulo, o autor da PL 0352/2019 Fernando Holiday (DEM) propõe que os serviços de apoio e cuidado integral à mulher gestante e em período de puerpério, reconheça a vida desde a concepção, realizando abortamento mediante alvará expedido por autoridade judiciária. Porém, o alvará será submetido à Procuradoria Geral do Município e, se achar necessário, oferecerá recurso ou entrará com medida cabível par suspendê-los e cassá-los. Caso o aborto seja permitido, a mulher deve passar pelo seguinte protocolo:

Art. 3º - Antes de realizar o abortamento, a detentora do alvará aguardará o prazo mínimo de 15 (quinze) dias, em que se submeterá, obrigatoriamente, a:

I - atendimento psicológico com vistas a dissuadi-la da ideia de realizar o abortamento;

II - atendimento psicossocial que explique sobre a possibilidade de adoção em detrimento do abortamento;

III - exame de imagem e som que demonstre a existência de órgãos vitais, funções vitais e batimentos cardíacos;

IV - demonstração das técnicas de abortamento, com explicação sobre os atos de destruição, fatiamento e sucção do feto, bem como sobre a reação do feto a tais medidas.

§1º - Obrigatoriamente, a detentora do alvará terá que passar por todos os procedimentos previstos nesta Lei, bem como ver e ouvir os resultados do exame de imagem e som.[...]

Art. 5º - Obrigatoriamente, a gestante passará por atendimento religioso, sempre que ela e seus pais expressarem qualquer forma de teísmo. [...]

Art. 6º - Se, em qualquer caso de atendimento médico, for detectada uma gravidez em que as condições sociais e psicológicas da gestante indiquem propensão ao abortamento ilegal, o Município requererá medidas judiciais cabíveis para impedir tal ato, inclusive a internação psiquiátrica, nos termos da Lei federal 10.216 de 2001 (BRASIL, 2019, pp. 01-02).

Destaca ainda a escusa de consciência por qualquer profissional da saúde para que os mesmos não realizem procedimentos relativos ao abortamento (BRASIL, 2019).

O PL 0352/2019 configura-se uma a proposta desumana sobre as mulheres que querem realizar o aborto. Os critérios para que as mesmas possam ter acesso ao aborto legal são de extrema punição, podendo resultar em sofrimento emocional e/ou psíquico, colocando-as sob diferentes formas de violência e violação de sua autonomia, direitos e saúde. As condições criadas expressam a intenção de intervir na decisão da mulher, até mesmo manipulá-las através dessas etapas para que não realizem o procedimento.

O requerimento n.º 1983 de 2019 (REQ 1983/2019) desenvolvido por Chris Tonietto(PSL/RJ) visa a criação da Frente Parlamentar Mista contra o Aborto e em Defesa da Vida, que tem

[...]como finalidade fiscalizar e acompanhar os programas e as políticas públicas governamentais destinadas à proteção e garantia dos direitos à vida da gestante e do nascituro e que atuem contra a prática criminosa do aborto, manifestando-se quanto aos aspectos mais importantes de sua aplicabilidade e execução(BRASIL, 2019, p.01).

Ainda o REQ 3072/2019, o qual solicita “Projeto de Lei nº 564, de 2019 seja desapensado do Projeto de Lei nº 478 de 2007 e seus apensos, em obediência ao princípio constitucional do acesso à justiça e em prestígio à garantia dos direitos fundamentais constitucionalmente previstos pela Constituição Federal de 1988” (BRASIL, 2019). A frente proposta torna-se a ferramenta necessária para barrar qualquer proposta que envolva acesso ao aborto, assim

com a descriminalização e legalização do aborto. O PL 564/2019 também elaborado por Chris Tonietto busca resguardar os direitos do nascituro, colocando-o como personalidade civil, pontuando a formulação de políticas públicas voltadas à tutela dos interesses de nascituros (BRASIL, 2019).

Garantindo ao feto/nascituro direitos civis, o aborto passa a ficar em uma zona complexa de acesso. Possivelmente libera-se e desenvolve mais mecanismo de controle e de criminalização para as mulheres que decidirem realizar o aborto sem que esteja amparada pelos casos previstos no Código Penal brasileiro. Estes casos, também permitidos em lei, ficam à mercê desses novos instrumentos de controle, exemplo disso seria a efetivação do PL 0352/2019 que dificulta e viola ainda mais os direitos e a dignidade da mulher que necessita, precisa e quer realizar o aborto.

As propostas analisadas são elaboradas por concepções que ignoram que no Brasil o aborto é acessado, independente de sua tipificação como crime pelo Código Penal – dados como PNA 2016 constataam esse acesso – ao invés de entender essa realidade, cria-se mecanismos para cercear ainda mais o acesso, como se essas ações implicassem na diminuição de aborto clandestino e inseguro. A tendência é que essas propostas aumentem o aborto clandestino e afastem as mulheres do aborto legal, colocando suas vidas e saúde em risco.

Além da saúde das mulheres ser afetada nesses processos de criminalizar e dificultar ainda mais a prática por vias legais e seguras, banaliza-se a intenção de proteção a essas mulheres, visto que se ignora a realidade do aborto, infantiliza as mulheres frente a essa decisão de realizar o aborto e as obriga a vivenciar sofrimento, como forma de punição e coerção para manter uma gestação indesejada ou não planejada.

Salienta-se que a maioria das propostas são desenvolvidas por concepções masculinas, os quais se colocam no lugar de fala das demandas das mulheres, sobre como o aborto afeta a saúde biopsicossocial das mulheres, ou sobre como os processos de violência sexual podem ser contornados com a adoção. Questiona-se que talvez o papel destes seria desenvolver instrumentos para a mudança das mentalidades machistas e misóginas, que implicam no poder que o homem sente e usa para violentar o corpo das mulheres, causando danos e eventualmente uma gestação indesejada.

As propostas são norteadas por um objetivo: dificultar que a pauta do aborto tenha espaço para discussão e limitar seu acesso, e não a prática, porque esta continuará sendo realizada, como é nos dias atuais. Em contrariedade a esses projetos de lei, há propostas que buscam garantir às mulheres, o acesso seguro ao aborto.

O PL 20/1991 elaborado por Eduardo Jorge (PT/SP) propõe o atendimento às mulheres que desejam realizar o aborto nos casos permitidos pelo Código Penal, destacando que a rede hospitalar pública do Sistema Único de Saúde deve prestar esse serviço. Ainda salienta as condições para atendimento do aborto de acordo com sua peculiaridade, visando transformar os dispositivos legais em direitos reais (BRASIL, 1991).

O acesso ao aborto, em casos específicos, não implica que o procedimento será ofertado. Por isso, a necessidade do projeto 20/1991, onde confere a responsabilidade de ofertar os serviços de aborto às mulheres que necessitem e estiverem dentro dos critérios para acesso ao procedimento (BRASIL, 1991).

Art. 3 Nos casos de gravidez resultante de estupro; o abortamento será realizado mediante apresentação da cópia do registro policial de ocorrência, ou do laudo do Instituto Médico Legal ou de outras peças de investigação, bem como autorização escrita firmada pela própria gestante ou por seu representante legal nos casos de incapacidade (BRASIL, 1991, p.02).

Importante pontuar que o PL 20/1991 ainda encontra-se em trâmite⁷⁵, “Aguardando Deliberação do Recurso na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados” (CAMARA DOS DEPUTADOS, 2019, p. 01). Esse projeto seria um marco na garantia do aborto legal naquele cenário, porém, para acompanhar o contexto atual do aborto, seriam necessárias algumas alterações, como na situação da gravidez resultante de situação de violência sexual, que no projeto de lei só poderia ser realizada pelos serviços de saúde públicos mediante algum documento que comprovasse a violência.

Atualmente, no Brasil, a referência para o aborto legal garantindo atendimento às mulheres que desejam realizar o aborto dentro dos casos permitidos pela lei brasileira há os seguintes documentos. A portaria 1.508/2005 que prevê o processo para realização do aborto, definindo em quatro etapas. *A primeira etapa* constitui o relato do evento realizado pela própria gestante diante dos profissionais da saúde; *a segunda etapa* ocorre à intervenção do médico por meio de parecer técnico; *a terceira etapa* verifica-se a assinatura da gestante no termo de responsabilidade (se for incapaz, seu representante legal), esse termo contém as advertências sobre crimes de falsidade ideológica ou caso a gestante não tenha sido vítima de violência sexual; *a quarta etapa* finaliza-se com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, destacando os desconfortos e riscos possíveis à saúde da mulher, entre outras informações. Esse processo é acompanhado por uma equipe multiprofissional, sendo que, no mínimo, três

⁷⁵A situação atual de demais propostas encontra-se na tabela “Propostas para a descriminalização do aborto.”

profissionais dessa equipe multiprofissional subscreverão o termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez (BRASIL, 2005).

O decreto 7.958/2013 estabelece as diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e da rede do SUS (BRASIL, 2013a). A lei 12.845/2013, mais conhecida como “lei do minuto seguinte”, garante o atendimento obrigatório, integral, emergencial e multidisciplinar às pessoas em situação de violência sexual (BRASIL, 2013b). Por fim, a portaria n.º 485/2014 que “redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2014, p. 01). Esses mecanismos legais formulam o acesso ao aborto legal, e referente a necessidade de comprovar a violência sexual, a norma técnica Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, elaborada em 2012 pelo Ministério da Saúde, destaca a cobrança de documentos que comprovem⁷⁶ o ato de violência ilegal e incorreto (BRASIL, 2012).

O PL 1.135/1991 elaborado por Eduardo Jorge (PT/SP) e Sandra Starling (PT/MG) propunha que fosse revogado o artigo 124 do Código Penal brasileiro, assim, removendo o peso criminal sobre o aborto e permitindo o aborto por livre opção da mulher até o nonagésimo dia de gravidez, cabendo à rede hospitalar pública realizar o procedimento (BRASIL, 1991). O PL 176/1995 desenvolvido por José Genoíno (PT/SP) propõe a livre escolha da mulher sobre a reprodução, incluindo a interrupção da gravidez até noventa (90) dias, cabendo também ao sistema público de saúde, realizar a prática do aborto (BRASIL, 1995). Este projeto de lei é incorporado ao PL 1.135/1991.

A Sugestão n.º 15, de 2014 (SUG 15/2014), desenvolvida por Dirceu Vieira Machado Filho também propunha “regular a interrupção voluntária da gravidez, dentro das doze primeiras semanas de gestação, pelo sistema único de saúde” (SENADO FEDERAL, 2014, p.01). O PL 882/2015 elaborado por Jean Wyllys (PSOL/RJ) visava garantir os direitos fundamentais no âmbito da saúde sexual e direitos reprodutivos, bem como regular as condições da inter-

⁷⁶O Boletim de Ocorrência Policial registra a violência para o conhecimento da autoridade policial, que determina a instauração do inquérito e da investigação. O laudo do Instituto Médico Legal (IML) é documento elaborado para fazer prova criminal. A exigência de apresentação destes documentos para atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal.[...] Após o atendimento médico, se a mulher tiver condições, poderá ir à delegacia para lavrar o Boletim de Ocorrência Policial, prestar depoimento, ou submeter-se a exame pelos peritos do IML. Se, por alguma razão, não for mais possível a realização dos exames periciais diretamente pelo IML, os peritos podem fazer o laudo de forma indireta, com base no prontuário médico. Assim, os dados sobre a violência sofrida e suas circunstâncias, bem como os achados do exame físico e as medidas instituídas, devem ser cuidadosamente descritos e registrados em prontuário (BRASIL, 2012, p.26). Outras normas técnicas destacam a dispensa de apresentação de boletim de ocorrência ou qualquer outro documento para comprovar a violência sexual: Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios (2015); Atenção humanizada ao abortamento (2011); e a Cartilha Direito Reprodutivos: "Aborto Legal" (2018).

rupção voluntária da gravidez e os cuidados prévios e posteriores. Pontua também a necessidade de políticas públicas para a educação sexual e reprodutiva, assim como a assistência integral à saúde das mulheres (BRASIL, 2015).

A Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.º 54 de 2012 (ADPF 54/2012), proposta pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS, destacado no início deste subcapítulo através de dados, solicitou que houvesse a antecipação terapêutica do parto em situação de gravidez de feto anencéfalo, visto que

[...] até o ano de 2005, os juízes e tribunais de justiça formalizaram cerca de três mil autorizações para a interrupção gestacional em razão da incompatibilidade do feto com a vida extrauterina, o que demonstra a necessidade de pronunciamento por parte deste Tribunal. Segundo, o Brasil é o quarto país no mundo em casos de fetos anencéfalos. Fica atrás do Chile, México e Paraguai (BRASIL, 2012, p.31).

Em 2012, a ADPF 54 foi aprovada pelo Supremo Tribunal Federal, inserindo-se entre as situações permitidas pela legislação para realização do aborto. E, como proposta mais recente, a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 442 (ADFP 442), elaborada pelo Partido Socialismo e Liberdade (P-SOL), que mobilizou diversos segmentos da sociedade pelo debate no Supremo Tribunal Federal pela legalização do aborto, colocando em pauta como a prática insegura e clandestina tem refletido na saúde das mulheres e seus direitos. A audiência pública foi realizada nos dias 6 e 7 de agosto de 2018 e, atualmente, “desde o dia 24 de abril de 2019 o feito está concluso com a relatora Ministra Rosa Weber, após a juntada dos memoriais dos habilitados” (ANTUNES, 2019, p.01).

O espaço de discussão que a ADPF 442 possibilitou, permitiu que se expusesse um pouco da realidade do aborto no Brasil, em como a temática possui diferentes desdobramentos que acabam repercutindo em cerceamento dos direitos das mulheres, negligência a saúde feminina e torna ineficaz a criminalização da prática. Entretanto, se realizar uma comparação sobre os movimentos para liberar ou criminalizar o acesso, percebe-se que os segmentos conservadores, têm pontuado firmemente e de forma insistente, as estratégias para dificultar ainda mais o acesso ao aborto, colocando-se ativo e organizado para tornar o aborto uma prática plenamente condenatória, opressora e ilegal, pois “sendo o feto uma pessoa humana torna-se impossível qualquer dispositivo legal que permita o aborto”(1998, p. 134).

A prática do aborto não é uma particularidade do Brasil. Em outros países, também da América Latina, é condicionado por situações específicas que implicam no acesso adequado das mulheres ao procedimento. Abaixo, na Tabela 1, se destaca os países que compõem a América Latina e quando o aborto é permitido ser realizado:

Tabela 1 – Identificação dos países da América Latina que permitem o aborto e caracterização das condições nas quais o procedimento pode ser praticado.

Países	Condição para abortamento
Argentina	Permitido em caso de estupro, somente em caso de deficiência mental da mulher estuprada; quando há risco de saúde física e/ou mental da mulher; quando há risco de morte a mulher.
Bolívia	Permitido em caso de estupro; sequestro não seguido por casamento (<i>rapto de la noiva</i>); incesto; quando há risco de saúde física e/ou mental da mulher; quando há risco de morte a mulher
Brasil	Permitido em caso de estupro; quando há risco de morte a mulher; fetos anencéfalos.
Chile	Ilegal em qualquer hipótese.
Colômbia	Permitido em caso de estupro; incesto; inseminação artificial sem consentimento; má formação fetal grave; quando há risco de morte a mulher.
Costa Rica	Permitido quando há risco de saúde física e/ou mental da mulher; risco de morte a mulher.
Cuba	A mulher pode interromper a gravidez sem restrições até a 10ª semana de gestação, sem precisar de um motivo para isso.
Equador	Permitido em caso de estupro, somente em caso de deficiência mental da mulher estuprada; quando há risco de morte a mulher.
El Salvador	Ilegal em qualquer hipótese.
Guatemala	Permitido quando há risco de morte a mulher.
Guiana	Permitido em qualquer situação
Guiana Francesa	A mulher pode interromper a gravidez sem restrições.
Haiti	Permitido quando há risco de morte a mulher.
Honduras	Ilegal em qualquer hipótese, exceto: quando há risco de morte para a mulher.
México	Distrito Federal (capital do país, a Cidade do México) permite a interrupção legal da gravidez mediante solicitação da própria mulher até a 12ª semana de gravidez. Em 2019, a cidade de Oaxaca também descriminalizou. No restante do país, o aborto permanece legalmente restrito - exceto no caso de estupro - pois cada estado tem sua própria constituição política, código criminal e legislação sobre o aborto.
Nicarágua	Ilegal em qualquer hipótese, exceto quando há risco de morte para a mulher.
Panamá	Permitido quando há má formação fetal grave.
Paraguai	Permitido quando há risco de morte a mulher.
Peru	Permitido quando há risco de saúde física e/ou mental da mulher; risco de morte a mulher.
Porto Rico	A mulher pode interromper a gravidez sem restrições.
República Dominicana	Permitido em quando há risco de morte a mulher.
Uruguai	Permite a interrupção por condições pessoais até 12 semanas de gestação; quando há risco grave para a vida da mulher; malformações fetais incompatíveis com a vida; caso de estupro (até 14 semanas).
Venezuela	Permitido quando há risco de morte a mulher.

Fonte: Casali, 2019⁷⁷

⁷⁷Tabela foi construída a partir dos dados da produção de Brunno Henrique Kill Aguiar (AGUIAR et al, 2018). Os dados referentes ao Paraguai e Venezuela foram coletados do Jornal eletrônico ‘El país’ (CATALÁN, 2014). Informação sobre a cidade de Oaxaca do Jornal eletrônico ‘Folha de São Paulo’ (COLOMBO, 2019). Guiana,

O aborto, na América do Sul, é restritamente condicionado a situações específicas. Em sua maioria, os países permitem o procedimento quando há risco de saúde ou morte para a mulher, ou em casos de abuso sexual. Essa condicionalidade para acessar a prática com segurança faz com que “*más del 97% de las mujeres en edad reproductiva en América Latina y el Caribe viven en países con leyes de aborto restrictivas[...]*”. De acordo com o Institute Guttmacher “*Se estima que cada año ocurren 14 millones de embarazos no planeados en América Latina y el Caribe; de estos, cerca de la mitad (46%) terminan en aborto*” e que “*anualmente, cerca de 760,000 mujeres en la región reciben tratamiento por complicaciones de abortos inseguros. En 2014, al menos 10% del total de muertes maternas (o 900 muertes) em América Latina y el Caribe se debieron a abortos inseguros*”(INSTITUTE GUTTMACHER, 2018, p.1).

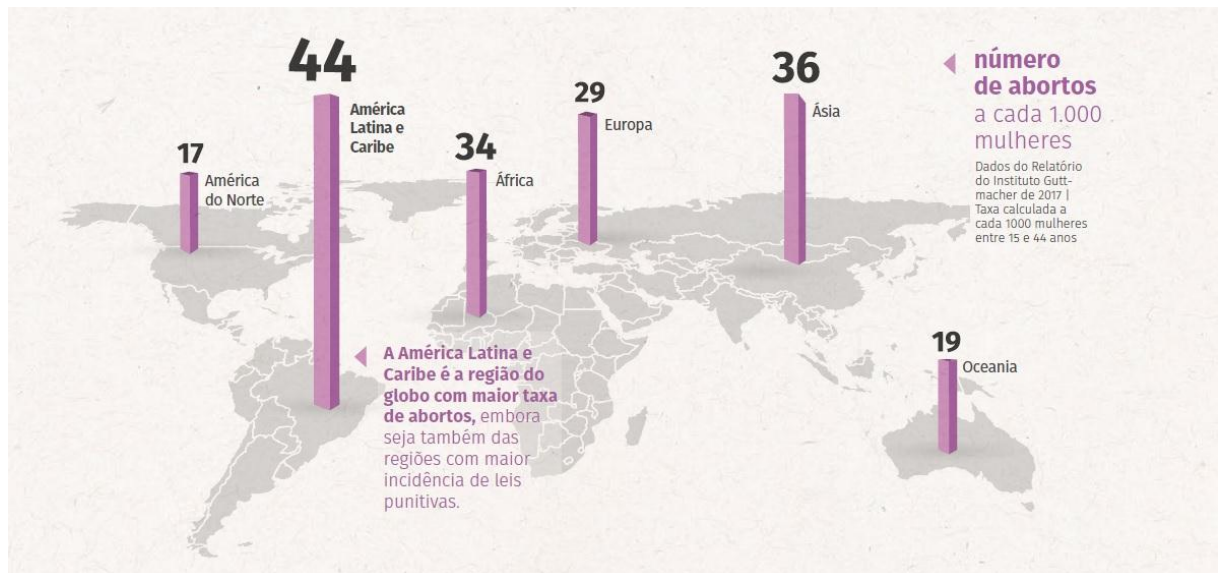


Figura 1 – Incidência de abortamentos (número de abortos/1000 mulheres) nos diferentes continentes, destacando-se a incidência de abortamentos na América Latina e Caribe, embora sejam regiões com maior incidência de leis punitivas.

Fonte: Anis, 2019, p.16

O quadro acima apresenta a taxa de abortos realizados nos continentes, evidenciando que na América Latina e Caribe são os lugares com mais abortos realizados, consequentemente reflexo das legislações extremamente punitivas sobre o aborto, o que implica também no acesso e impactos na saúde das mulheres latinoamericanas e caribenhas. Importante destacar que as

[...] imposición de restricciones legales sobre el aborto no reduce la probabilidad de que las mujeres busquen este servicio de salud reproductiva. Por el contrario, las leyes restrictivas obligan a las mujeres a arriesgar su vida y su salud al recurrir a abortos inseguros. De hecho, América Latina tiene el número proporcional más alto de mortalidad materna como resultado de abortos inseguros en el mundo. [...] Sin duda, ha aumentado la presión para liberalizar las leyes de aborto y alinearlas con las obligaciones internacionales de derechos humanos. Aun así, algunos países de la región han adoptado medidas para penalizar el aborto en todas las circunstancias (REPRODUCTIVE RIGHTS, 2015, p. 02).

Em relação à taxa de mortalidade materna no mundo por consequência de abortos inseguros, a América Latina concentra o maior número, visto que a restrição imposta à prática faz com que as mulheres procurem pelo procedimento precário e com riscos. Ilse Scherer-Warren destaca que na América Latina encontra-se o "coração de sistemas sociais altamente excludentes, com profundas desigualdades sociais e com práticas discriminatórias em relação a uma parcela considerável de seus habitantes, além de Estados historicamente oligárquicos e autoritários" (WARREN, 2008, p. 505).

Sob características como estas salientadas por Warren que se desenvolvem os países latino americanos, o que implica também em como os direitos dos sujeitos são construídos, assim como os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres. O Brasil não somente emerge de relações escravocratas e patriarcais, mas de relações onde há a superioridade do homem sobre a mulher, o que gera uma discriminação sobre o gênero feminino e seu papel social. Parte da construção do feminino é desenvolvida sob essas relações discriminatórias e misóginas, que não admitem que mulheres assumam completamente a construção de sua identidade e/ou sejam responsáveis por suas vidas. A história mostra o quão as mulheres foram infantilizadas e controladas, e esse mesmo controle é destinado aos espaços sociais que estas ocupam bem como as políticas públicas e sociais direcionadas a elas.

Em países onde o procedimento foi totalmente proibido ou autorizado somente em caso de risco de morte, a taxa de aborto era de 37 para cada 1 mil, e em países onde era autorizado, a taxa era de 34 para 1 mil em 2010-2014. Estima-se que, nos países em desenvolvimento — onde as leis de aborto tendem a ser mais restritas —, cerca de 6,9 milhões de mulheres foram tratadas por complicações ligadas a abortos inseguros em 2012, a uma taxa de 6,9% para cada 1 mil mulheres com idade entre 15 e 44 anos (ONU, 2016, p. 01).

A proporção de abortos realizados na América Latina e Caribe se sobressai em comparação a outros continentes, consequente resultado da rígida legislação que ainda criminaliza a prática do aborto. Sabe-se que o desenvolvimento dos países não se atem somente sobre seu

desenvolvimento econômico, mas sob elementos que compõem a vida dos sujeitos⁷⁸. Pensando nessa questão, foi criado o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que tem como “objetivo [...] oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento”. Assim, outros determinantes são pontuados para compreender o desenvolvimento de um país, como “características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana”. Nesse ranking desenvolvido no ano de 2019, o Brasil ocupa o 79º lugar (PNUD, 2019a, p. 01) (PNUD, 2019b, p. 01; UNDP, 2019, p. 01).

Segundo a Organização Mundial da Saúde,

Em praticamente todos os países desenvolvidos, os abortamentos em condições seguras têm amparo legal, por exclusiva solicitação da mulher ou sobre uma ampla base social e econômica, e é possível dispor e ter acesso facilmente aos serviços em geral. Nos países onde o abortamento induzido legal está sumamente restrito ou não está disponível, na maioria das vezes o abortamento seguro se torna um privilégio dos ricos, e as mulheres de baixa renda são mais suscetíveis a procurar métodos inseguros de abortamento, que provocam a morte e morbidades [...](2013, p.1)

A desigualdade social é uma característica do aborto ilegal no Brasil, visto que repercute no acesso ao procedimento. Como destacado pela Organização Mundial da Saúde, as mulheres que possuem condições econômicas para pagar pelo aborto, irão realizá-lo de forma segura, nas condições adequadas para proteção à sua saúde. As demais mulheres, em condição de vulnerabilidade econômica acessam o procedimento insalubre. Considerando esses aspectos que permeiam o aborto ilegal no Brasil, a dissertação usa o termo aborto inseguro e clandestino, visto que ele pode ser realizado ilegalmente, mas em condições adequadas de saúde, assim como pode ser realizado em sua forma precária, prejudicando a saúde. Ou seja “embora compartilhem a mesma situação ante a ilegalidade da intervenção, as mulheres percorrem distintas trajetórias, com uma minoria delas podendo arcar com os custos de um abortamento rápido, seguro e sem riscos” (BRASIL, 2011b, p.10).

⁷⁸A renda é importante, mas como um dos meios do desenvolvimento e não como seu fim. É uma mudança de perspectiva: com o desenvolvimento humano, o foco é transferido do crescimento econômico, ou da renda, para o ser humano. O conceito de Desenvolvimento Humano também parte do pressuposto de que para aferir o avanço na qualidade de vida de uma população é preciso ir além do viés puramente econômico e considerar outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana (PNUD, 2019b, p. 01).

Uma outra questão que é fundamental mostrar para as pessoas que quanto mais tempo o aborto leva para ser legalizado, aumenta mais a mercantilização do aborto, o aborto como uma ferramenta para poucas. Significa o que, que quem tem dinheiro consegue ter acesso, ou as mulheres vão para a Europa, ou a mulher vai para algum país da América Latina que ela consiga fazer, ou ela consegue acessar a medicação. [...] Tem uma pesquisa que diz que aumentou muito o número de brasileiras que vão fazer o aborto nos Estados Unidos. Quem são essas brasileiras, não são as brasileiras da periferia. [...] Quem são essas mulheres que acessam o aborto nos Estados Unidos, muitas brasileiras tem dinheiro pra ir e não necessariamente rica, porque ela pode vender um carro pra poder fazer isso. Mas ela ainda assim, ela é pra poucas, porque nem todas tem carro, nem todos conseguem sei lá tira uma passagem financiada. A maioria morre porque ou buscou uma pratica insegura, com sondas, nada esterilizado, na mão de pessoas que não médicas, que não são profissionais da área da saúde, enfim. São as pobres, são as negras, são as jovens que não querem contar para os pais [...] E aí quando a mulher esta muito desesperada ela procura um jeito, elas vão no camelo, elas procuram uma clínica clandestina que elas sabem que existe em cidade do lado, ela vai dar um jeito, ela vai fazer. Claro que correndo risco, por isso que o aborto inseguro é umas das causas da mortalidade materna [...] (MARCHA MUNDIAL DAS MULHERES, 2019)

O Conselho Regional de Enfermagem complementa que

Inclusive nós sabemos que tem mulheres que vão para Portugal, mulheres brasileiras (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2019).

A desigualdade social é um elemento que determina o aborto inseguro e clandestino no Brasil, se expressando na disparidade do acesso ao aborto seguro ou inseguro, porém, ambos sendo de forma clandestina. As mulheres que decidem interromper uma gravidez e não possuem o amparo legal no país recorrem ao aborto em outros países, entretanto, não são todas as mulheres que conseguem ter a opção de realizar o aborto em países que dispõem serviços de aborto legal. Somente as mulheres que detém amparo econômico conseguem subsidiar o acesso ao procedimento no exterior sem que haja consequências legais punitivas, firmando o acesso ao aborto como um serviço para poucas.

O aborto clandestino mata diariamente diversas mulheres que a ele se submetem. Trata-se de procedimento de pouca complexidade do ponto de vista médico. Contudo, realizado na ilegalidade, por indivíduos que não são médicos, ou, ao menos, sem a estrutura de hospitais, acaba por trazer graves riscos às mulheres, e, em caso de complicações, não é incomum que venham a óbito (RIO DE JANEIRO, 2018, p.120).

A clandestinidade nem sempre será sinônimo de procedimento precário, mas, para determinadas populações femininas, a clandestinidade representa risco e um procedimento insalutífero. Entre os possíveis reflexos desse aborto inseguro e clandestino estão

A morte. [...] a mortalidade por esse aborto inseguro, consequências biológicas nessa mulher, de perfuração de útero, de infecções. A questão psicológica toda de culpa, de culpabilização por toda uma questão moral, religiosa da sociedade (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2019).

O Conselho Regional de Enfermagem complementa entre outros reflexos

[...]o adoecimento mental. Como é que um aborto inseguro, aquela coisa de que estou praticando um crime, a estou tentando a vida, como é que isso fica na cabeça da mulher, da família que está em volta. Muitas vezes esses abortos eles causam a perda reprodutiva da mulher, porque bom, dependendo da complicação é necessário mutilar a mulher, tirar, retirar, extirpar os órgãos reprodutores, ou seja, aquela mulher que naquele momento da vida dela ela não pode ter um filho, ela não deseja ter um filho, mas mais na frente ela deseja, muitas vezes por um aborto inseguro ela pode acabar em momento algum decidindo quando que ela quer ter os filhos dela. A morte das mulheres, [...] as internações longas e sendo isso um custo elevado para o sistema de saúde. E também, pode acarretar, se algum profissional de enfermagem estiver envolvido hoje em um aborto, fora dos parâmetros do que é permitido por lei, isso pode gerar para o profissional um processo ético, e dependendo da situação até a cassação de seu exercício profissional (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2019).

Os efeitos de um aborto realizado de forma insegura e clandestina atingem diferentes níveis na saúde da mulher, desde sua subjetividade ao seu físico. Como destacado acima, existe uma estrutura que criminaliza o aborto e julga a mulher que recorre a ele, o que faz com que esse processo seja muito mais danoso à saúde biopsicossocial das mulheres. O aborto inseguro e clandestino também restringe a escolha a maternidade, o que Biroli (2017) irá apontar como uma violência, visto que as esterilizações forçadas ou induzidas retiram o direito das mulheres serem mães e compromete sua cidadania.

É importante considerar quem são as mulheres que sofrem com a criminalização do aborto e recorrem ao procedimento inseguro e clandestino, e, segundo os participantes da pesquisa, essas mulheres são

[...] as de baixa renda fazem abortos clandestinos ou mesmo caseiros e morrem [...] quem mais morre são as mulheres pobres e negras. [...] Nós temos muitas mulheres hoje morrendo por isso, temos uma média de internação hospitalar de 33 dias das mulheres por risco, por complicações pós aborto inseguro (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2019)

O Conselho Regional de Serviço Social ainda aponta que

[..] a maioria das mulheres não tem condições econômicas, são da classe popular, então as mulheres mais pobres, e principalmente as mulheres negras que tem essa mortalidade por não ter essas condições de ter um aborto legal, [...] que assegurem a saúde dessas mulheres. Então essas mulheres, fazem esse aborto inseguro, clandestino e não conseguem acessar o serviço, ou quando acessam o serviço chegam talvez em condições de saúde bem precária [...] a maioria das mulheres que são discriminadas, [...]que sofrem esse aborto clandestino, um aborto inseguro, porque não tem condições de acessar os serviços, [...]de ter uma condição de ter um aborto seguro, com assepsia, com salubridade, porque são mulheres que não tem às vezes condições de acessar(CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2019)

O relatório da ANIS, desenvolvido a partir das exposições da Audiência Pública da ADPF 442, também evidencia essas características, onde pontua que as mulheres que abortam são de todas as idades, classes e origens, mas, no Brasil, a experiência do aborto é mais frequente entre mulheres pobres, negras, indígenas e nordestinas, estas são as mais vulneráveis no procedimento inseguro e clandestino. Na PNA de 2016, “15% das mulheres negras e 24% das mulheres indígenas já fizeram um aborto na vida, comparadas a 9% de mulheres brancas” (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017, p.657).

Angela Davis destaca que “quando números tão grandes de mulheres negras e latinas recorrem a abortos, as histórias que relatam não são tanto sobre o desejo de ficar livres da gravidez, mas sobre as condições sociais miseráveis que as levam a desistir de trazer novas vidas ao mundo” (2016, p. 207). A desigualdade social não está somente no acesso ao aborto, mas nas condições de vida que antecedem muitas vezes a decisão de não continuar com uma gestação. A história e a realidade mostram como a população negra⁷⁹ sofreu e continua nesse ciclo de violações e desigualdades, vivenciando reflexos de um país que se fundou sob relações escravocratas e racistas.

A concentração dos óbitos nos grupos sociais menos afluentes, com predomínio de mulheres com escolaridade insuficiente e da raça/cor negra, sustenta os argumentos que situam o óbito por aborto como uma condição marcadora da iniquidade em saúde. Isso nos leva a reconhecer que para além da ilegalidade, outros fatores contribuem para que a mulher se submeta ou realize o aborto inseguro. Entre esses, destaque-se o contexto social de vida e trabalho dessas mulheres, que pode contribuir para mantê-las à margem de uma assistência à saúde de qualidade (MARTINS et al., 2017, p. 07).

⁷⁹Considerando-se o recorte étnico-racial na população brasileira, observa-se que a exclusão da população afro-brasileira e seus descendentes leva a poucas chances de ascensão social, maior dificuldade de acesso a postos de trabalho bem-remunerados e qualificados, menores oportunidades educacionais, levando-os, portanto, a viver nos assentamentos mais degradados em termos físicos e ambientais (BRASIL, 2011, p. 22).

Por estarem a margem da assistência à saúde e de condições de acesso, as mulheres que mais realizam o aborto inseguro e clandestino também são aquelas que mais sofrem com a criminalidade, visto que

há ainda outro processo de seleção do sistema que ocorre de forma mais horrorosa e violenta, que é a mortalidade dessas mulheres pobres que se submetem a abortos insalubres. As mulheres que se sujeitam às práticas abortivas e que têm condições financeiras jamais realizarão o procedimento nos mesmos lugares e nas mesmas condições que daquelas que não possuem dinheiro para optar pelo aborto relativamente mais seguro, e, por isso, o que ocorre é um agravamento da criminalização do aborto, visto que a sua criminalização seleciona além de quem deve ser punido, também a clientela feminina que vai morrer ou sobreviver com graves sequelas ao longo da vida, e, portanto, é insustentável dizer que o crime de aborto se justifica na tutela à vida, pois mata muito mais do que permite a vida (MARTINS; GOULART, 2016, pp. 09-10).

Esses dados nos remetem ao passado não tão distante, em que mulheres negras e indígenas não tinham o direito de escolha reprodutiva, condição que permanece, acentuado pela desigualdade racial e social. Além disso, a criminalização do aborto é específica para alguns grupos sociais, no sentido de quem realmente está sendo criminalizada, visto que essa punição, marginalização e indiferença sobre os corpos de mulheres específicos decorre do processo sócio histórico do Brasil, implicando no perfil de mulheres que já realizaram o aborto inseguro ou pode vir a acessá-lo.

Outro aspecto que compõe a criminalização do aborto, é a moralização e controle da sexualidade das mulheres. A sexualidade das mulheres no ideário construído historicamente para elas, deveria ser utilizada para a reprodução, de preferência dentro de união matrimonial, com fins de dedicar-se a maternidade e maternagem. Quando a mulher realiza um aborto, ameaça toda uma estrutura fundamentalista e conservadora que está por trás da construção de seu papel na sociedade, que se baseia nessas normas tradicionais e autoritárias, ditas invioláveis sobre as relações, corpos e organizações para se legitimar enquanto poder e interesses hegemônicos.

Referentes às particularidades de raça, classe e gênero que acompanham o aborto inseguro e clandestino,

A associação de sistemas múltiplos de subordinação tem sido descrita de vários modos: discriminação composta, cargas múltiplas, ou como dupla ou tripla discriminação. A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (CRENSHAW, 2002, p. 177).

A interseccionalidade explica que esses diferentes aspectos, como raça, classe e gênero são essenciais para entender como se configuram as opressões a determinados grupos, e como são utilizados para intensificar e conservar as condições de desigualdades. Crenshaw (2002) explica que todas as mulheres de algum modo estão sujeitas ao peso da discriminação de gênero e que outros fatores relacionados à sua identidade social (classe, raça, cor, etnia, religião, origem nacional, orientação sexual) são diferenças que contribuem para que as mulheres vivenciem a discriminação de forma singular, criando problemas e vulnerabilidades que afetam desproporcionalmente apenas algumas mulheres.

As mulheres em situação de aborto inseguro e clandestino

na maioria são vítimas de homens que não se responsabilizam pela vida que geram, ou são vítimas de violência sexual, seja na sociedade, seja dentro da própria casa, dentro da família. Então em todo o aborto sempre tem um homem envolvido, mas há muitos motivos sociais, tem muitos motivos econômicos e outros que levam mulheres a procurar a solução na interrupção da gravidez e na nossa sociedade eu entendo que falta abertura e disposição para discutir sobre o assunto. É muito mais fácil criminalizar do que conversar sobre essas questões[...]a prática de julgamento exclusão ela sempre recai sobre as mulheres, dificilmente homens participam dessa carga de culpa que é colocada nelas, eles ficam isentos desse julgamento, ficam isentos dessa culpabilização ou desse julgamento social e religioso (IGREJA EVANGÉLICA DE CONFISSÃO LUTERANA NO BRASIL, 2019).

A IECLB destaca o peso do gênero sobre a situação do aborto inseguro, onde a mulher é a única criminalizada e punida pela prática, visto que muitas vezes ela está nessa situação devido a algum abuso, violência por parte de um homem ou companheiro.

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, 2011b, p. 07).

As condições de vida das mulheres reflete em como o aborto será acessado, e se este terá ou não consequências negativas em sua saúde ou vida. O aborto inseguro e clandestino, para além de repercutir em danos à saúde das mulheres, define o perfil de mulheres que sente o peso da criminalização e coloca sua vida em risco, as pune pelo seu gênero e estimula a desigualdade social. O avanço do conservadorismo nos espaços de poder e sua organização para criminalizar ainda mais o aborto impõe que o aborto clandestino se torne ferramenta de seletividade das vidas femininas, algo que não é recente no país, visto que aquelas que detêm de recursos sempre tiveram distinções entre acesso e punição.

A prática do aborto inseguro e clandestino ainda é vinculado a discussões moralistas e “pode ser resumida pela ideia de que hoje são os conservadores que balizam o debate, restando àquelas e àqueles que defendem os direitos das mulheres reagir à reação, isto é, agir para barrar os retrocessos em curso (MIGUEL; BIROLI; MARIANO, 2017. p. 255).

O aborto inseguro e clandestino é expressão da sociedade capitalista e patriarcal que, na sua divisão de classes, instaura aqueles que sempre terão acesso e diferença nesse acesso aos serviços que necessitam, ao mesmo tempo que pune determinados corpos e encerra o feminino em um papel homogêneo de feminilidade sem entender as particularidades de cada mulher. Isso não quer dizer que não existam diferenças entre as mulheres, pelo contrário, há, entretanto, ao mesmo tempo que esse sistema capitalista e patriarcal escancara essas diferenças, cobra e exige diretamente e indiretamente que as mulheres internalizem padrões femininos construídos ao longo dos anos. Se não, seria exigido a maternidade ou punido o aborto somente aquelas que configuram o padrão social, classista da classe burguesa. Essas particularidades importam para entender as diferenças no acesso e os reflexos do aborto inseguro e clandestino, mas não sucumbem o ideário de mulher construído para toda a população feminina de esposa-dona-de-casa-mãe-de-família.

3.2 ABORTO INSEGURO E CLANDESTINO E A POLÍTICA DE SAÚDE

A saúde no Brasil é regulamentada na Constituição Federal (CF) de 1988, onde consta que é um direito de todos, cabendo ao Estado garanti-la, através de políticas sociais e econômicas, visando reduzir os riscos de doenças e outros agravos. Os serviços devem ser universais e igualitários, garantindo a promoção, proteção e recuperação. A CF também prevê que as ações e serviços sejam organizados sob pilares da descentralização, integralidade e participação da comunidade, o que confere a cada gestão a autonomia de avaliar as suas demandas e partir destas para seu planejamento, juntamente com a perspectiva dos sujeitos sobre sua realidade (BRASIL, 1988)

Esse direito à saúde passa a ser materializado pela lei 8.080 de 1990, conhecida como a lei do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por efetivar e regulamentar as ações e prestação de serviços referentes à saúde. Entre suas diretrizes e princípios, é destacada também a universalidade e igualdade do acesso aos serviços, assim como extinção de qualquer tipo de preconceito ou privilégio, preservando a autonomia dos sujeitos e defendendo sua integralidade física e moral (BRASIL, 1990).

Orientado pela autonomia da gestão, o estado do Rio Grande do Sul possui seu plano de metas, que é um instrumento para a efetivação do SUS em seu território, fortalecendo o planejamento regional, da atenção primária à saúde e das redes de atenção integral à saúde, servindo também como guia para os gestores da política de saúde. Busca-se também orientar as políticas públicas com base nas necessidades de saúde da população e nos determinantes e condicionantes saúde-doença (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

O Rio Grande do Sul possui 30 Regiões de Saúde e elas são a base para o planejamento em saúde. As Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde em determinado território, tendo por objetivo apoiar tecnicamente os sistemas locais e regionais de saúde. O RS está dividido político-administrativamente em 19 CRS. Estas, quando agrupadas, formam sete Macrorregiões de Saúde, as quais visam garantir uma organização para ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar. Nessas Macrorregiões estão inseridos hospitais de referência macrorregional, com capacidade de atender os casos mais complexos (RIO GRANDE DO SUL, 2016, p. 25).

Porto Alegre compõe a macrorregião Metropolitana e o 2^a nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Em relação aos serviços de aborto legal, no RS há dezesseis (16) serviços de referência para a atenção às pessoas em situação de violência sexual, porém, somente cinco (5) realizam a interrupção da gravidez nos casos previstos em lei. Entre as metas do Plano Estadual de Saúde no período 2016-2019, considerava-se ampliar os serviços de aborto legal (RIO GRANDE DO SUL, 2016)

De acordo com a gestão estadual de saúde, há “[...]sete referências no estado inteiro, e fora de Porto Alegre só tem em Caxias, Canoas e Rio Grande que habilitou no início desse ano” (GESTÃO ESTADUAL DA SAÚDE, 2019). E, segundo a página de informações da Secretária da Saúde de Porto Alegre,

hoje, seis instituições realizam o procedimento: hospitais de Clínicas, Fêmina, Conceição e Presidente Vargas (Porto Alegre), Geral (Caxias do Sul) e Universitário (Canoas). O Hospital Universitário de Santa Maria e o São Vicente de Paulo, de Passo Fundo, estão sendo qualificados pela SES e pelo Ministério da Saúde para o serviço (CAMARGO, 2016, p. 01).

Em relação à cidade de Porto Alegre, a secretária municipal de saúde “gerencia um sistema de saúde para uma população em torno de 1.409.351 pessoas (IBGE, 2010) que vivem na Capital. É referência, também, para mais 3 milhões de pessoas dos municípios da Região Metropolitana, além da oferta de alta complexidade para os demais municípios do Estado e da Região Sul do país”(PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, 2019, p. 01).

Organiza-se em serviços de atenção primária que compõem as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, os serviços de atenção especializada ambulatorial e substitutiva, urgência e emergência, farmácias distritais e vigilância em saúde. “Porto Alegre possui uma população de 755.564 mil mulheres, sendo 444.236 em idade fértil (na faixa de 10-49 anos de idade), conforme IBGE 2010”. Os serviços oferecidos são os cuidados com o pré-natal, a saúde sexual e reprodutiva, prevenção à mortalidade materna, prevenção ao câncer ginecológico, atenção às vulnerabilidades específicas e o programa de assistência às mulheres vítimas de violência sexual, sendo que esse abrange os serviços de aborto legal (PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, 2019, p. 01).

No Brasil, a saúde da mulher é incorporada às políticas nacionais de saúde apenas nas primeiras décadas do século XX, limitada às demandas relativas a gravidez e parto, desenvolvendo programas materno-infantis sob uma visão restrita sobre a mulher, focando em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica(BRASIL, 2011).

Até a década de 1970, a saúde da mulher era tomada como objeto das políticas públicas de saúde apenas em sua dimensão procriativa, especialmente no que se refere aos cuidados voltados ao ciclo gravídico puerperal, enfatizando-se a visão da mulher como mãe. A criação do PAISM, em 1983, foi resultado da convergência de interesses e concepções do movimento sanitário e do movimento feminista, irradiando-se dentro da rede de serviços de saúde como um novo pensar e agir sobre a questão da saúde da mulher. Representa um marco histórico nas políticas públicas, em que a integralidade passa a ser vista como resultado de uma atitude ética e técnica dos profissionais e de uma adequação da estrutura dos serviços de saúde(MEDEIROS; GUARESCH, 2009, p.1).

A construção da política de saúde para as mulheres acontece tardiamente no Brasil, em resposta às articulações do movimento sanitário e feminista, colocando em pauta a necessidade de ampliação das ações de cuidados com a saúde das mulheres. Esse atraso em ampliar a saúde das mulheres e criar um mecanismo para seu amparo de forma efetiva decorre do modelo de saúde desenvolvido no país para as populações femininas norteado pelos aspectos conjunturais sócio históricos, de ideário ideológico conservador, que teme a independência do corpo feminino e tudo que ele representa e possa representar. Exemplo disso, as mulheres perseguidas pela ousadia de apropriar-se do conhecimento sobre seu corpo e o cuidado com o

mesmo, taxadas de bruxas, ou mesmo aquelas que confrontaram um sistema buscando reconhecimento e espaço social, se inserindo no mercado de trabalho, acesso ao voto, etc.

A história das mulheres mostra, especialmente no que se refere à saúde das mulheres, o quanto seu corpo e sexualidade foram estigmatizados pelo saber construído por homens e seus espaços de poder. No que tange ao avanço do cuidado da saúde das mulheres, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) demarca um novo conceito de promoção para a saúde feminina, entretanto, não esquecendo de centralizar atenção do cuidado aos processos de reprodução.

O PAISM, formulado pelo Ministério da Saúde em 1984, tinha como objeto primordial propor serviços de saúde dotados de meios adequados, oferecendo atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério, aproximação dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade, o controle das doenças sexualmente transmissíveis, do câncer cérvico-uterino e mamário, e assistência para concepção e contracepção. Entre as ações de atenção à saúde da mulher, o programa pontuava algumas das causas de óbito relacionadas à função reprodutiva da mulher. O aborto encontrava-se entre as mais frequentes na década de 70, entre outras como hipertensão na gravidez, complicações do trabalho de parto, infecção puerperal e hemorragias obstétricas que poderiam ser evitadas através de adequada assistência pré-concepcional, pré-natal, durante o parto, o puerpério e entre as gestações. (BRASIL, 1984).

Posterior à PAISM, o Ministério da Saúde desenvolveu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM)⁸⁰, a primeira edição em 2004, a segunda e atual, em 2011. A PNAISM de 2011 incorpora o

[...]enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades(p.07).

De acordo com a gestão da Política Estadual da Saúde,

⁸⁰A duas reimpressões Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). PNAISM DE 2004 (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf); PNAISM de 2011(http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf).

[...] a Seção de Saúde da Mulher entra mais com enfoque no gênero, aliás é uma característica da Política Nacional, entender que a questão de gênero é um condicionante para questão da saúde das mulheres, então que muitas vezes as mulheres vão adoecer mais por serem mulheres e isso faz a diferença em ter uma Seção específica para isso (GESTÃO ESTADUAL DA SAÚDE, 2019).

O gênero é um condicionante para o adoecimento das mulheres devido aos agravos que sua saúde sofre acentuado pela jornada dupla de trabalho, que além de responsabilizarem-se pelo trabalho doméstico, ainda vivenciam processos de discriminação nas relações de trabalho intensificadas pelas variáveis como raça, etnia e situação de pobreza (BRASIL, 2011). O gênero não é apenas um condicionante para o adoecimento, mas também para o acesso aos serviços de saúde. Segundo a gestão Municipal da Saúde de Porto Alegre, “mais ou menos, 60% ou 65% das pessoas que acessam as unidades de saúde são mulheres”, novamente acentuando o gênero sobre os serviços de saúde (GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE, 2019⁸²).

As mulheres

“frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade” (BRASIL, 2011, p. 09).

Essa responsabilidade do cuidado destinada ao gênero feminino é historicamente atribuída à mulher, como é destacado pela autora Rago(1985) salientam essa divisão das funções do homem e da mulher na manutenção de sua sobrevivência e organização familiar na sociedade brasileira, instituindo para além do papel de mãe, o papel social de cuidadora. Referente aos diversos elementos que compõem a saúde das mulheres, e como o gênero torna-se condicionante para a mesma,

[...]foi a partir de 2012, na Política Nacional que se conseguiu trazer outras temáticas, a violência sexual, a situação do abortamento. Começou-se a trabalhar em uma outra perspectiva, e no estado do Rio Grande do Sul desde 2014 tem ações, programadas dentro dos instrumentos de gestão que trabalham esse tema (GESTÃO ESTADUAL DA SAÚDE, 2019).

Historicamente o homem é dotado de poder e autoridade para decidir sobre a vida feminina, isso implica nas diferentes violações que as mulheres sofrem, a violência sexual não

torna-se recente entre estas, mas a mais antiga e devastadora, necessitando de políticas públicas para cuidado a atenção as mulheres, adolescentes e crianças nessas situação.

A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito nessa faixa etária. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis (BRASIL, 2011a, p. 26).

A PNAISM, em relação ao aborto inseguro, alerta para a gravidade da situação quando o aborto inseguro aparece como uma das principais causas de mortalidade materna, e que poderia ser evitada. Compreende também os reflexos dos abortos realizados na clandestinidade, dificultando o acesso a dados confiáveis que subsidiem a implementação de políticas públicas mais precisas, destaca o risco que o aborto inseguro carrega, bem como a carga discriminatória e de violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde. Conta ainda como um dos objetivos específicos da assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes (BRASIL, 2011).

Como destacado, a violência institucional

[...] é aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional (BRASIL, 2001, p. 21).

O aborto inseguro é um grave problema de saúde pública, atravessado pela desigualdade social, discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde. Essa violência pode ser identificada no retardo do atendimento a essas mulheres, na falta de interesse das equipes de saúde em escutar e orientar, na discriminação explícita por meio de palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas. Isso se dá pela representação simbólica que a maternidade possui, vista como essência para a condição feminina e para sua realização pessoal, o que faz com que o aborto seja entendido como uma recusa da maternidade e por isso recebido com muitas restrições por parte dos profissionais da saúde (GALLI; VIANA; SHIRAIWA, 2019).

A violência institucional é real e perversa, principalmente quando refere-se a situações que suscitam sentimentos e posicionamento individuais, como é o caso do aborto, isso faz com que até as situações onde o aborto é legal seja negligenciado, “[...] porque embora se tenha previsão dos casos onde o aborto é legal e tem que fazer no Sistema Único de Saúde, ain-

da se tem muitos profissionais que tentam por suas crenças e por suas convicções impedir que a mulher faça, mesmo nos casos previstos” (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2019).

Essa conduta dos profissionais não somente viola os direitos das mulheres, mas as coloca em uma situação de desconforto, culpa e indecisão e, dependendo do motivo que as levam a decidir pelo aborto legal, como em casos de violência sexual, reproduz outra violência. Expor a mulher a essa situação, confronta os princípios e diretrizes da PNAISM que institui o zelo pela qualidade da atenção à saúde, a humanização, promoção dos direitos das mulheres, fortalecimento de suas capacidades frente às suas demandas, assim como a sensibilidade a realidade dessa mulher que procura ou necessita realizar um aborto (BRASIL, 2011a).

Essa violência institucional expressa

[...] 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, seja por desqualificação dos sintomas, seja por tomá-los como expressão de um suposto sentimento de culpa por terem provocado o aborto (BRASIL, 2011b, p. 11).

Pensando que possa haver essas interferências de foro íntimo no atendimento às mulheres em situação de abortamento, seja ele legal ou clandestino, a norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento destaca que para se ter qualidade na atenção é importante que os profissionais “[...] independentemente dos seus preceitos morais e religiosos, a preservarem uma postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres” (BRASIL, 2011b, p. 11)

Mesmo com o direcionamento dado aos profissionais da saúde pela Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, a prática do aborto ainda se depara com diferentes desafios, pois como destaca o COREN-RS:

este tema não é unânime dentro da enfermagem, porque [...]as pessoas colocam muito nesse debate a suas crenças individuais e religiosas, nós entendemos que isso atrapalha muito o debate [...]o profissional tem o direito, o seu direito, a recusa ética de fazer. Não é o que a gente entende que deva ser, mas tem ainda esta reserva, mas mesmo assim nós temos ainda alguns profissionais da enfermagem que fazem esse debate de forma atravessada com seus valores religiosos, como em toda a sociedade. A enfermagem é mais um reflexo da sociedade (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2019)

O Conselho Regional de Serviço Social também afirma que

Pelo o que a gente tem conhecimento, os próprios serviços que atendem as mulheres, por mais a legalização que tenha nas três condições que não é penalizado o aborto, esses profissionais também questionam as mulheres, porque as mulheres foram até ali fazer o aborto. Então os próprios profissionais que trabalham mesmo tendo toda uma norma técnica, esses profissionais também se sentem compelidos a entrar nesse discurso moral (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2019).

É inevitável que a situação do aborto cause sentimentos diversos, até porque cada profissional possui sua subjetividade e possui suas próprias convicções, porém, acredita-se, assim como é destacado pelas normas de saúde, que esse profissional para dispor um serviço humanizado e respeitoso, se abstenha de suas crenças pessoais e intervenha nessas situações de maneira ética e profissional. Assim,

é fundamental, por fim, reconhecer que a qualidade da atenção almejada inclui aspectos relativos à sua humanização, incitando profissionais, independentemente dos seus preceitos morais e religiosos, a preservarem uma postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2011b, p. 11).

Entende-se que o profissional pode dispor do direito de recusar-se a realizar qualquer procedimento que vá contra seus princípios, porém, desde que essa recusa não infrinja os direitos dos sujeitos. Essa recusa, com bases em preceitos íntimos é definida como a objeção de consciência, que segundo Débora Diniz

[...]é um dispositivo normativo de códigos profissionais e de políticas públicas que visa proteger a integridade de pessoas envolvidas em uma situação de conflito moral. Em um conflito entre deveres públicos e direitos individuais, esse dispositivo é acionado para proteger a moral privada do indivíduo, como no caso do médico que declara objeção de consciência para não atender uma mulher que deseja abortar legalmente. Em nome de convicções individuais, esse dispositivo protegeria o sentimento de integridade moral do médico, ao autorizá-lo a não participar de um procedimento que acredita ser moralmente errado, embora legal (2011, p. 982).

Segundo Alberto Pereira Madeiro e Débora Diniz (2016), a objeção de consciência tem se tornado uma barreira para a estruturação dos serviços de aborto legal e possui uma dualidade quando acionado pelos profissionais, pois, ao mesmo tempo que pode ser usada para recusar o aborto por motivos religiosos, morais, culturais, também é utilizada como defesa, para que os profissionais não sejam reconhecidos pelo estigma de “aborteiros” ou sofrer algum processo judicial.

O movimento feminista Marcha Mundial das Mulheres também destaca a objeção de consciência como um empecilho para que, de fato, a política de saúde referente ao aborto seja efetivada.

[...]porque a gente ainda precisa ter um sistema de saúde, ainda, onde os médicos, médicas, enfim, os profissionais da área da saúde entendam que por mais que eles tenham objeção de consciência, essa objeção eles tem que guardar para si, para suas práticas individuais, entende. Eu posso ser contra que eu faça o aborto em caso de uma gravidez indesejada, bom eu vou escolher seguir essa gravidez, o que eu não posso é condenar que outras mulheres a ter que seguir uma gravidez também, sobre preparar os serviços para que não haja essa situações (MARCHA MUNDIAL DAS MULHERES, 2019)

Pensando nesse conflito que possa ocorrer, a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2011b) prevê que a política como responsável pelos serviços e a gestão pelos profissionais que materializam os serviços de aborto legal precisam estar cientes das convicções de seus profissionais que possam vir a intervir de forma danosa aos serviços, como no caso do aborto, tanto no procedimento como no pós aborto. Não cabe a objeção de consciência em

a) em caso de necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher; b) em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro(a) médico(a) que o faça e quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) médico(a); c) no atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência (BRASIL, 2011b, p. 21).

Em quando houver,

É dever do(da) médico(a) informar à mulher sobre suas condições e direitos e, em caso que caiba a objeção de consciência, garantir a atenção ao abortamento por outro(a) profissional da instituição ou de outro serviço. Não se pode negar o pronto atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que violem os direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2011b, p. 21).

Desta forma, a própria Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento busca ser ferramenta para

[...] fornecer aos profissionais subsídios para que possam oferecer não só um cuidado imediato às mulheres em situação de abortamento, mas também, na perspectiva da integralidade deste atendimento, disponibilizá-las alternativas contraceptivas, evitando o recurso a abortos repetidos. Para mulheres com abortamentos espontâneos e que desejem nova gestação deve ser garantido um atendimento adequado às suas necessidades (BRASIL, 2011b, p. 11).

“A atenção humanizada às mulheres em abortamento é direito de toda mulher e dever de todo(a) profissional de saúde” (BRASIL, 2011b, p. 22), e neste cenário, cabe ao Estado garantir e

[...] manter, nos hospitais públicos, profissionais que realizem o abortamento. Caso a mulher venha a sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica em decorrência da omissão, poderá haver responsabilização pessoal e/ou institucional. [...] Embora exista o direito do médico à objeção de consciência dentro dos limites acima descritos, é OBRIGAÇÃO da INSTITUIÇÃO oferecer aos usuários do SUS todos os seus direitos, inclusive o da interrupção das gestações nos casos previstos em Lei. Qualquer forma de exposição ou negação dos serviços a que tem direito podem ser requeridos e/ou questionados à luz da justiça. Portanto é importante que os gestores e diretores clínicos estejam preparados para a implementação destes serviços nos hospitais públicos do País. (BRASIL, 2011b, p. 21-22).

O que se constata é que nem sempre há efetividade nas normas, nem mesmo da política. O aborto, por ser uma temática atravessada de convicções, também faz com que a prática fique estigmatizada e censurada, o que muitas vezes vem dos profissionais que deveriam garantir o respeito, equidade e integridade dos serviços, sejam quais forem as demandas e público. Desta forma,

[...] fornecer aos profissionais subsídios para que possam oferecer não só um cuidado imediato às mulheres em situação de abortamento, mas também, na perspectiva da integralidade deste atendimento, disponibilizá-las alternativas contraceptivas, evitando o recurso a abortos repetidos. Para mulheres com abortamentos espontâneos e que desejem nova gestação deve ser garantido um atendimento adequado às suas necessidades (BRASIL, 2011b, p. 11).

Segundo a PNAISM de 2011, “as mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, são 58.404.409 e representam 65% do total da população feminina, conformando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde”. Ou seja, essas mulheres se inserem em um cenário que, devido a abrangência da idade reprodutiva, podem em algum momento desse período engravidarem sem que esta gravidez seja planejada ou desejada (BRASIL, 2011a, p. 21).

Segundo a Organização Mundial da Saúde,

altas taxas de aborto estão diretamente correlacionadas com altos níveis de necessidades contraceptivas não atendidas. Nossas conclusões indicam que, em muitas regiões em desenvolvimento, as mulheres têm menos acesso a serviços contraceptivos e não são capazes de evitar a gravidez indesejada (ONU, 2016, p. 01)

Não somente pela probabilidade biológica, mas outros fatores também incidem sob a gestação indesejada, principalmente o acesso aos métodos contraceptivos, a sua aplicação de forma correta, pois como é pontuado pela Marcha Mundial das Mulheres, [...] muitas vezes nessa situação de gravidez indesejada, está ali no fundo, uma falta de negociação com o pre-

servativo com o companheiro. O não uso do preservativo porque o companheiro se recusa [...] (MARCHA MUNDIAL DAS MULHERES. 2019).

O Conselho Federal de Serviço Social também destaca que

Atuar contrário à luta pela descriminalização das mulheres e pela legalização do aborto é não reconhecer as situações que levam a uma gravidez indesejada, como a falta de acesso a distintas opções de métodos contraceptivos, a violência sexual, a dificuldade de “negociar” com os/as parceiros/as o uso da camisinha, o desconhecimento do corpo, a falta de informações e a precarização das políticas públicas de saúde (CFESS, 2016 p. 03).

Não se pode simplesmente culpabilizar essa mulher pela gestação indesejada, como consequência do “não cuidado”. O campo da sexualidade e do cuidado é visto como um campo vencido, ou seja, que todas as mulheres tem acesso aos métodos anticoncepcionais, ou que as mesmas sabem usar da maneira correta. Muitas vezes essa falta de negociação é porque a mulher nem irá conseguir realizar o diálogo com seu companheiro, visto que a mesma pode estar em uma relação abusiva, o que impede que ela conteste ou confronte. Ainda é importante considerar que os métodos contraceptivos também não configuram 100% de eficácia.

Em pesquisa realizada pela Universidade Princeton (EUA), foi analisada a efetividade de diferentes métodos contraceptivos, onde acompanhou-se 100 mulheres que usaram durante um ano cada método e verificaram quantas engravidaram. A conclusão foi que o implante subdérmico possui eficácia de uso de 99,9%; DIU Mirena, eficácia do uso de 99,8%; DIU cobre, eficácia do uso de 99,2%; injeção, eficácia do uso de 94%; pílula, eficácia do uso de 91%; anel vaginal, eficácia do uso de 91%; adesivo, eficácia do uso de 91%; camisinha, eficácia do uso de 82%; tabelinha, eficácia do uso de 76 % (CARVALHO, 2018).

Essa porcentagem também acaba por sofrer influência do uso incorreto, o que pode aumentar as chances de uma gravidez não planejada ou indesejada⁸³. A educação sexual nesse cenário faria o papel de conscientizar os direitos e limites que há no papel sexual do homem e da mulher, bem como instrumentalizar as mulheres para que conheçam e compreendam seu corpo para que, de fato, o planejamento reprodutivo possa acontecer.

Também é destacado pela Marcha Mundial das Mulheres, que

⁸³A gravidez pode ser indesejada, o que reflete o não desejo da mulher pela gestação, ao mesmo tempo que pode ser não planejada, e que mesmo querendo manter a gestação, fatores externos podem levar a mulher desistir da gestação, como condição econômica.

[...]quanto mais conhecimento tem sobre tua vida, sobre teu corpo, mais tu te cuida e mais tu consegue planejar o que tu quer fazer. Inclusive tu poder te prevenir de doenças sexualmente transmissíveis, se esse é um dos medos que aparece, a outra a gravidez na adolescência. Mas gravidez na adolescência tu vai conseguir combater com o diálogo, aumentando o conhecimento e aumentando o poder das jovens sobre elas mesmas(MARCHA MUNICIPAL DAS MULHERES, 2019).

Da mesma forma que a ONG Católicas pelo Direito de Decidir (2019) compreende que [...] o ideal e o primeiro passo é que o Estado assuma o seu dever de fazer com que as mulheres e homens tenham acesso à educação, educação sexual, tenham acesso a anticoncepcionais para evitar a situação do aborto e para evitar as infecções sexualmente transmissíveis.

A PNAISM dispõe como ferramenta para efetividade do planejamento familiar, tanto para mulheres como homens, adultos e adolescentes, a oferta de[...]métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva; ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais; – estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar (BRASIL, 2011^a, p. 69).

O planejamento familiar não se resume [...] só a oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também a oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada (BRASIL, 2013, p. 10)

Observa-se, no entanto, que as ações voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, em sua maioria, têm sido focadas mais na saúde reprodutiva, tendo como alvo a mulher adulta, com poucas iniciativas para o envolvimento dos homens. E, mesmo nas ações direcionadas para as mulheres, predominam aquelas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e à prevenção do câncer de colo de útero e de mama (BRASIL, 2013, pp. 10-11).

Essas características para cuidado da saúde das mulheres também se expressam na rede de atenção do município de Porto Alegre, conforme afirmado pela gestão municipal da saúde:

As unidades ainda tem um lado que é bastante voltado para os cuidados preventivos, então, olhando essencialmente para o câncer de mama, câncer do colo de útero, focando ainda mais nessas duas condições. Acredito que a gente precise olhar para algumas outras no sentido de hábitos de vida, alimentação saudável, atividade física, sabendo que esses também são fatores de risco para doenças femininas como o câncer de mama, câncer de útero. [...] Fora isso, Porto Alegre tem Atenção Secundária, que são as unidades especializadas, que em Porto Alegre ficam essencialmente nos hospitais[...] Porto Alegre tem um hospital, que é o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), o hospital é de 1953, mas o cunho materno infantil ele foi posterior a esse período, e em relação ao público feminino lá são feitas todas os procedimentos ginecológicos, consultas ginecológicas, mediante encaminhamentos feitos nessas unidades de Atenção Primária (GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE, 2019)

Os cuidados à saúde das mulheres em Porto Alegre expressam ainda a centralidade da saúde reprodutiva, com seus limites, focando nos elementos que compõem o processo de reprodução feminino, o que não se torna uma novidade como destaca Wilza Villela, visto que “no Brasil e em muitos outros países, a proposta de atenção integral à saúde da mulher se concretiza, na prática, pela incorporação da anticoncepção à atenção materno-infantil. O foco, portanto, ainda é a reprodução” (2016, p. 03).

O planejamento familiar⁸⁴ também perpassa pela saúde sexual, mas como destacado pelo “Caderno de Atenção Básica: saúde sexual e reprodutiva” elaborado pelo Ministério da Saúde, a saúde sexual não é trabalhada em sua amplitude, o que predomina é o cuidado e direcionamento para a atenção ao aspecto reprodutivo, que ainda destina a responsabilidade sobre o cuidado e proteção para as mulheres. A educação sexual seria uma ferramenta importante para que houvesse, de fato, com cuidado com a saúde sexual, discernimentos sobre a sexualidade e os meios para proteção da mesma, “e é destacada como integrante dos direitos sexuais, assim como a informação” (BRASIL, 2013, p.16).

A gestão de saúde de Porto Alegre tem investido como estratégia para diminuir o aborto inseguro,

[...] tanto a anticoncepção quanto a anticoncepção de emergência. Especialmente, a gente tem uma dificuldade importante no município que é de acesso a Atenção Primária de Saúde. Então a concepção de emergência tem 72 horas pra ser realizada, se uma menina chega na unidade e não consegue o atendimento naquele dia, pode ser que ela não consiga ter acesso ao medicamento e ela deixe de utilizar e acabe resultando em uma gravidez indesejada que pode culminar em um abortamento inseguro (GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE, 2019).

O acesso aos métodos contraceptivos, parte das ferramentas para o planejamento familiar, também se torna um fator importante, e o seu não acesso só intensifica a probabilidade que um aborto inseguro possa acontecer. E como aponta Maria Elvira Vieira de Mello e Beatriz Galli (2019), a falta de acesso a serviços de planejamento familiar pode implicar como um dos fatores que contribuem para os altos índices de mortalidade materna no Brasil.

Apesar de estar definido na NOAS-SUS 2001 que as ações do planejamento familiar fazem parte da atenção básica e que estão entre as responsabilidades mínimas da gestão municipal em relação à saúde da mulher, muitos municípios não têm conseguido implantar e implementar estratégias adequadas de fornecimento de anticoncepcionais para a população, de introdução do enfoque educativo e aconselhamento visando à escolha livre e informada, assim como garantir o acompanhamento das usuárias (BRASIL, 2011a, p. 33)

⁸⁴Entende-se que o planejamento familiar também é atravessados por outros elementos como modos e condições de vida, que permitem ou não que o planejamento seja uma opção.

Informação e recursos, como educação sexual e acesso aos diferentes métodos contraceptivos que se dá pelo acesso à rede de saúde, são parte fundamental para a diminuição de gravidez indesejada, e a escassez de ambas é uma realidade que se apresenta não somente no território de Porto Alegre como destacado pela gestão municipal de saúde, mas também do território nacional, como destacado pelo PNAISM.

É preciso ampliar a abordagem para outras dimensões que contemplem a saúde sexual em diferentes momentos do ciclo de vida e também para promover o efetivo envolvimento e corresponsabilidade dos homens. Em geral, os profissionais de saúde sentem dificuldades de abordar os aspectos relacionados à saúde sexual. Trata-se de uma questão que levanta polêmicas, na medida em que a compreensão da sexualidade está muito marcada por preconceitos e tabus (BRASIL, 2013, pp. 10-11).

Assim, garantir o direito de “[...] receber educação sexual e reprodutiva e a ter acesso às ações e serviços de saúde que os auxiliem a lidar com a sexualidade de forma positiva e responsável e os incentive a adotar comportamentos de prevenção e de cuidado pessoal” (BRASIL, 2013, p. 64).

O risco de uma gravidez indesejada parece possível em uma realidade onde não há acesso ou há desconhecimento sobre a forma correta de usar os métodos contraceptivos, o que pode implicar na procura pelo aborto inseguro e clandestino, o que faz com que o aborto inseguro represente “um grave problema de saúde pública⁸⁵” (BRASIL, 2011b,p.05).O aborto inseguro assume essas características a partir das discussões realizadas na Conferência⁸⁶ Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994, mais conhecida como Conferência do Cairo, onde se considerou o impacto de um aborto inseguro na saúde, e por estas implicações deve ser considerada demanda do campo da saúde pública, visando a ampliação e melhoramento dos serviços de planejamento familiar (PATRIOTA, 1994).

Assim, “pela magnitude dos efeitos dos abortamentos realizados em condições inadequadas sobre a saúde da mulher, os governos foram instados a desenvolver ações para tratá-los, a considerar o abortamento como um importante problema de saúde pública” (BRASIL, 2011b, p.16).

⁸⁵Em geral, a conotação veiculada pela instância da "Saúde Pública" costuma se referir a formas de agenciamento político/governamental (programas, serviços, instituições) no sentido de dirigir intervenções voltadas às denominadas "necessidades sociais de saúde" (CASTIEL, 2019, p. 01).

⁸⁶Inclusive a Corte Interamericana de Direito Humanos decidiu, em 2012, que o art. 4º, 1 da CADH que narra que a proteção da vida deve se dar a partir da concepção, na verdade, foi criado e serve com o intuito de proteger os direitos da mulher grávida! Não foi criado para proteger os fetos. E disse mais acerca justamente do assunto, que o direito à vida desde a concepção não é argumento para proibir a possibilidade da interrupção da gestação nem para impedir o respeito, a proteção e a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres, pois à elas cabe o direito de decidir se querem ou não engravidar ou manter o processo gestacional (ANTUNES, 2019, p. 01).

Então, é importante saber que no Brasil houve uma época em que se construiu o PAISM, que era um Programa Integral de Saúde da Mulher, quer dizer, a saúde das mulheres passa pelo direito ao exercício da sexualidade com segurança, com garantia do Estado. E o exercício da sexualidade vai desde tudo que a gente possa pensar, independente do processo de reprodução, de você ter uma sexualidade saudável, com segurança, um sexo seguro e de poder também ter condições adequadas para a reprodução, fazer o pré-natal, tudo isso é uma questão de saúde. Não ter uma cesariana desnecessária, então todas essas questões são fundamentais. E aí dentro desse bloco de necessidades a gente encontra também as vezes a busca pelo aborto seguro, então é assim, que dizer é também uma questão de saúde pública e muito grave, porque muitas mulheres tem tido sequelas e morrido, até por conta de não ter esse serviço de forma garantida (CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR, 2019)

Como demais necessidades de cuidado da saúde das mulheres, o acesso ao aborto seguro se torna uma destas e, por ter seu acesso restrito a situações específicas no Brasil, faz com que mulheres procurem o procedimento na clandestinidade em sua forma precária, o que implica em abortamentos inadequados, podendo ser terminados no sistema de saúde, ou levar as mulheres a óbito. Esse cenário cria um ciclo de efeitos negativos à saúde biopsicossocial das mulheres, carecendo que o sistema de saúde se organize para receber e trabalhar a demanda.

Para a Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil

“[...] o aborto ele é um tema relacionado a saúde pública, e o fato de ser proibido, ele leva essa dura realidade de que há inúmeras clínicas escondidas clandestinas, que nem sempre oferecem as situações ou as condições de segurança, e condições dignas para a mulher que procura esse serviço, e mesmo assim as mulheres procuram”(Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil, 2019).

Concretamente, é na clandestinidade que as mulheres conseguem acesso ao procedimento, o qual tem um custo alto sob suas vidas e saúde. Segmentos como o Conselho Regional de Serviço Social do Rio Grande do Sul também compreendem o aborto inseguro como “[...] uma expressão da questão de saúde pública brasileira” e que “[...] não é uma questão de religião, [...] é uma questão da vida das pessoas, das mulheres e uma questão social de não ter esse atendimento pleno e amplo na saúde pública (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2019).

Ou seja, o problema de saúde pública chama a atenção não só por sua magnitude, mas também por sua persistência. As políticas brasileiras, inclusive as de saúde, tratam o aborto sob uma perspectiva religiosa e moral e respondem à questão com a criminalização e a repressão policial. A julgar pela persistência da alta magnitude, e pelo fato do aborto ser comum em mulheres de todos os grupos sociais, a resposta fundamentada na criminalização e repressão tem se mostrado não apenas inefetiva, mas nociva. Não reduz nem cuida: por um lado, não é capaz de diminuir o número de abortos e, por outro, impede que mulheres busquem o acompanhamento e a informação de saúde necessários para que seja realizado de forma segura ou para planejar sua vida reprodutiva a fim de evitar um segundo evento desse tipo (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017,p.659).

O aborto inseguro e clandestino torna-se expressão de saúde pública porque sua prática continua assídua e com efeitos prejudiciais à saúde das mulheres, ao mesmo tempo em que repercute em despesas desnecessárias ao sistema de saúde. No Brasil, metade das mulheres que abortam todos os anos precisam ser internadas, gerando altos custos ao Sistema Único de Saúde (SUS)⁸⁷. Somente em 2017, o SUS gastou R\$50.762.324,38 com internações de mulheres por complicações de aborto inseguro e registrou, em 2016, 203 mortes de mulheres por aborto (ANIS, 2019). E “a curetagem pós-abortamento representa o terceiro procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde” (BRASIL, 2011b, p. 10).

Porém, sobre o aborto legalizado e com acesso adequado, segundo a Organização Mundial da Saúde, “2% a 5% das mulheres tratadas com a combinação de mifepristone e misoprostol irão requerer uma intervenção cirúrgica para resolver um abortamento incompleto, finalizar uma gravidez que continuou ou controlar o sangramento” (OMS, 2013, p. 44).

A atenção para o aborto inseguro e clandestino como objeto de saúde pública se dá pelos dados de procedimentos realizados à margem da política de saúde e seus serviços, dados estes coletados por pesquisas, no limite de seu acesso às mulheres que realizarão o aborto. Esta realidade de reflexos alerta para a emergência de abordar o aborto inseguro como demanda de saúde pública, e mostra a inconstitucionalidade sobre as vidas das populações femininas. Ao contrário, “o Estado, [...]é negligente a respeito, sequer enuncia a questão em seus desenhos de política e não toma medidas claras para o enfrentamento do problema(DINIZ; MADEIROS; MEDEIRO, 2016, p. 659).

O aborto inseguro e clandestino como saúde pública implica na efetividade dos direitos das mulheres e proteção à sua saúde, e desenvolvendo estratégias para entender os reflexos da prática clandestina, criando políticas públicas para trabalhar o aborto na perspectiva de

⁸⁷Entre 2008 e 2017 foram gastos R\$486 milhões com internações por complicações de aborto inseguro (ANIS, 2019).

atendimento integral à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, tornando o aborto raro, porém seguro.

Aborto precisa ser compreendido e trabalhado como questão de saúde pública para que vidas femininas não sejam mais interrompidas, nem aflitas pela carga culpabilizatória que essas mulheres carregam e pelo adoecimento que a criminalização multiplica sobre essas mulheres, pelo ato e pela carga simbólica que a maternidade deveria representar para as mulheres. O aborto inseguro e clandestino é saúde pública porque o corpo feminino não tem seu início e fim para a reprodução, a criminalização não impede que as mulheres procurem e realizem estratégias para poder controlar e gerenciar seu sistema reprodutivo, e porque nenhuma vida feminina vale mais que outra.

3.3 ABORTO INSEGURO E CLANDESTINO: SUAS EXPRESSÕES

O aborto inseguro e clandestino no Brasil não se resume apenas à ilegalidade. Desta, outras expressões emergem e tornam seu acesso singular, assim como reflete de forma diferente na vida e saúde das populações femininas. A criminalização do aborto é a tipificação do aborto como um ato ilegal, exceto em algumas situações, quando o procedimento é realizado para salvar a vida da mulher, quando a gestação decorre de um abuso sexual e em casos de feto com anencefalia⁸⁸, por decisão do Supremo Tribunal Federal em 2012. Ademais, o Código Penal brasileiro condena o aborto em qualquer outra circunstância.

Mesmo o aborto sendo um ato ilegal, de acordo com PNA (2016), 4,7 milhões de mulheres, com idade entre 18 a 39 anos já fizeram um aborto no Brasil, destacando que se todas as mulheres que realizaram o aborto ilegal fossem punidas, haveria 3 milhões de famílias sem mães, ou estas em algum momento da vida teriam passado pela prisão (ANIS, 2019⁸⁹).

A criminalização do aborto não impede que as mulheres procurem pela prática e a executem, o procedimento continua sendo acessado independente do que a lei brasileira impõe. A criminalização apenas determina por que via será o acesso ao aborto. Segundo a autora Biroli (2018), com a criminalização do aborto as mulheres acessam e realizam o procedimento por meio de substâncias tradicionais, como os chás abortivos, o uso de medicamentos de

⁸⁸Art. 128 do Código Penal brasileiro de 1940.

⁸⁹Dados do Relatório apresentado ao Supremo Tribunal Federal na Audiência Pública da ADPF 442, documento desenvolvido pelo instituto de Bioética ANIS.

fácil acesso (misoprostol), o uso de substâncias químicas cáusticas, instrumentos que podem causar perfurações ou abortamento cirúrgico em clínicas clandestinas⁹⁰.

A criminalização do aborto

[...] aumenta o sofrimento, por causa das condições, eu acho que esse também, nos casos que não dão certo do aborto é os casos que a gente consegue registrar, porque os que dão certo eles ficam na clandestinidade de fato. É um custo que gera para o Estado, mas principalmente é um custo emocional, psicológico, que afeta as mulheres envolvidas. E a igreja ela precisa estar conectada nesse sentido de requerer políticas públicas e proporcionar um apoio espiritual para essas mulheres. Então, também nos como igreja a gente sente o dever de olhar para essa questão e também lutar, e trabalhar e exigir políticas públicas que atendam essa situação (IGREJA EVANGÉLICA DE CONFISSÃO LUTERANA NO BRASIL, 2019).

A proibição repercute para que o acesso ao aborto aconteça na clandestinidade e/ou na criação de clínicas clandestinas que, possivelmente, não irão oferecer serviços de qualidade e com dignidade para as mulheres, impactando em custos para o Estado no cuidado a esse pós aborto incompleto, sendo expostas a procedimentos precários que resultam em sequelas à sua saúde ou as levam a óbito. As mulheres são conduzidas à clandestinidade, submetidas a condições desumanas e brutais para realizar o aborto, pois é nesse espaço que conseguem garantir que sua decisão de não continuar com uma gestação seja atendida.

Noutras palavras, ao proibir a realização de aborto, o Estado acaba por permitir que mulheres, diariamente, sofram danos a sua integridade psicofísica, que é direito previsto em diferentes diplomas internacionais de direitos humanos. Viola, assim, seu dever de garantia, não prevenindo que o dano aos direitos humanos se produza. Trata-se de dano previsível, [...] e que poderia ser evitado pela revogação de uma norma do Estado (RIO DE JANEIRO, 2018, pp. 119-120).

No estado do Rio Grande do Sul também se evidencia a morte de mulheres em consequência do aborto inseguro e clandestino. De acordo com a gestão Estadual da Saúde, nos

⁹⁰Reportagens de alguns abortos realizados clandestinamente: *Grávida morre após fazer aborto em condições precárias e suspeita de usar talo de mamona é presa* (<https://tribunadepetropolis.com.br/acusada-de-provocar-aborto-usando-talo-de-mamona-e-presa-gravida-morreu/>); *Caso Jandira: grávida morta em clínica clandestina de aborto se torna símbolo no Rio* (<https://noticias.r7.com/rio-de-janeiro/caso-jandira-gravida-morta-em-clinica-clandestina-de-aborto-se-torna-simbolo-no-rio-18122014/>); *Jovem de 28 anos morre após fazer aborto em clínica clandestina no Rio* (<https://jornaldebrasil.com.br/brasil/jovem-de-28-anos-morre-apos-fazer-aborto-em-clinica-clandestina-no-rio/>); *Jovem de São Paulo morre após tentativa de aborto em Itapema* (<https://ndmais.com.br/noticias/jovem-de-sao-paulo-morre-apos-tentativa-de-aborto-em-itapema/>); *Jovem morre após usar remédios encomendados pelo WhatsApp para abortar* (<https://www.hojeemdia.com.br/horizontes/cidades/jovem-morre-apos-usar-rem%C3%B3s-usar-rem%C3%A9dios-encomendados-pelo-whatsapp-para-abortar-1.681787/>); *Mulher morre depois de fazer aborto no Rio de Janeiro* (<https://recordtv.r7.com/fala-brasil/videos/mulher-morre-depois-de-fazer-aborto-no-rio-de-janeiro-06102018/>); *Mulher morre durante aborto clandestino em Montes Claros* (<https://www.otempo.com.br/cidades/mulher-morre-durante-aborto-clandestino-em-montes-claros-1.2084494>). Na reportagem não consta se o medicamento utilizado foi o misoprostol ou outro.

óbitos investigados pelo Comitê de Mortalidade Estadual responsável por materializar a Portaria nº 1.119/2008⁹¹, que regulamenta a vigilância de Óbitos Maternos e estabelece que haja uma investigação epidemiológica desses óbitos, dos seis óbitos maternos apurados, dois óbitos eram por aborto inseguro.

[...]o segundo óbito que a gente investigou, também discutiu, não seria essa situação (aborto legal), mas também é uma questão muito complexa, sensibiliza muito quando tu faz a investigação, e quando tu vê toda a história dessa mulher, tinha três filhos, recém-separada, *consegue entender todo uma situação, em pegar uma outra perspectiva que muitas vezes não é avaliado* (GESTÃO ESTADUAL DA SAÚDE, 2019).

A criminalização do aborto impede que se conheça quem são essas mulheres que abortam e os motivos que as levam a realizar a prática, somente se tem a informação quando realizada a investigação do óbito dessa mulher, revelando que, muitas vezes, as condições e o modo de vida levam a mulher a decidir pelo aborto, pois como aponta Maria Elvira Vieira de Mello e Beatriz Galli,

“a vulnerabilidade será dada em função também da maior ou menor autonomia e capacidade das mulheres de exercício de seus direitos reprodutivos. A evitabilidade destas mortes está condicionada ao acesso a serviços de saúde de qualidade, durante a gravidez, parto, abortamento e puerpério” (2019, p. 01).

A criminalização tem implicado na negligência da saúde e vida das populações femininas, desencadeando violações à sua dignidade e direitos, não somente de acesso ao aborto adequado amparado pelas condições mínimas de assistência à saúde, mas de garantia de existência dessa mulher enquanto indivíduo de autonomia e escolhas. O cenário impõe que as mulheres vivenciem a clandestinidade e, se conseguirem, que sobrevivam.

Para além do procedimento como tipificação de um ato ilegal, a criminalização do aborto para a gestão estadual da saúde se apresenta também como um empecilho para obter dados reais de abortos realizados na clandestinidade e de forma insegura, pois

⁹¹Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008.
(http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html).

[...]muitas vezes isso é uma questão da Política Nacional, não é necessário, tu só vai fazer essa pergunta se for necessário, então, assim, tu não vai fazer, não existe, *até por uma questão de segurança, daquela mulher se sentir segura naquele tratamento médico*, de tu não pressionar. A gente fala um pouco disso, se tentarmos qualificar esses registros a gente tem um *segundo peso* que é muitas vezes tu fazer com que a mulher se afaste do serviço de saúde, quando tu sabe que ela chega lá por uma situação de abortamento inseguro, que ela vai ser questionada, que ela vai ser, “ela não porque vou ter que registrar”, então também é uma situação delicada por isso (GESTÃO ESTADUAL DA SAÚDE, 2019, grifo nosso).

A PNAISM, como referência para o atendimento à saúde das mulheres, não estabelece parâmetros para abordagem de mulheres que realizaram o aborto inseguro e clandestino e acabam procurando o sistema de saúde. Somente a norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento instrumentaliza os profissionais da saúde, estes são aqueles que em suas atividades cotidianas conseguem identificar que aquela mulher realizou um aborto ilegal, porém, sabem que não existe um espaço seguro para que essa informação seja verbalizada ou acolhida. O “segundo peso” mencionado pelos profissionais refere-se à decisão que estes devem adotar diante da situação de abortamento clandestino, entendem que ao buscar qualificar o dado, notificar, informar sobre o aborto ilegal podem violar o sigilo e expor a mulher que realizou o procedimento, acarretando em uma possível punição ou que a incrimine.

O que a gente tem incluído, tanto nos processos de educação continuada dos profissionais, quanto em situações em que essa temática, ou outras temáticas aparecem é de que os profissionais ativamente *façam esse questionamento para as mulheres*, de que se em algum momento chegou a pensar em realizar o aborto inseguro. Ainda com resistência dos profissionais, no sentido *de que eu vou perguntar e o que eu vou fazer com a informação que vai aparecer, porque é uma informação que vai aparecer* (GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE, 2019, grifo nosso).

A gestão municipal da saúde de Porto Alegre também identifica essa hesitação dos profissionais da saúde em receber a informação do aborto clandestino e como proceder, visto que o procedimento foi realizado na ilegalidade. O aborto inseguro e clandestino é uma demanda real e, como destacado, é uma informação que – referindo-se ao aborto ilegal – aparecerá e que os profissionais não sabem como recebê-la. A ilegalidade, para além de intimidar os próprios profissionais, repercute ausência de dados fidedignos sobre o aborto clandestino e inseguro, em sua dimensão estadual e municipal. A informação do aborto ilegal chega até as unidades de saúde em sua forma oculta e receosa e mantém-se assim para que as mulheres não sofram com o peso da criminalização.

Não há uma estratégia para que a informação que chega às equipes de saúde se torne um dado, sem que haja consequências para as mulheres. Tão pouco um espaço que os profis-

sionais se sintam seguros de notificar e saber que a mulher que recorreu ao serviço não será criminalizada e punida. Além do mais, essa hesitação dos profissionais também pode ser motivada pela preocupação de serem penalizados nesse processo, e pelos diferentes atravessamentos que o aborto possui, considerando que o aborto não é tratado somente como um procedimento clínico, mas a criminalização o torna expressão de medo e insegurança, para as mulheres e os profissionais da saúde.

A única forma desses profissionais da saúde aproximar, e de alguma forma estar preparados para atender o aborto ilegal, entendendo a importância de criar um espaço e serviço humanizado, é por meio das capacitações para atendimento do aborto legal, onde é trabalhada a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento.

[...] na norma técnica do Ministério da Saúde, e isso a gente trabalha e quando a gente vai trabalhar as questões do aborto legal, porque a norma técnica do ministério da saúde ela fala das situações de abortamento, então quando vamos trabalhar a questão do aborto legal, a gente já fala muito nessa educação permanente dos profissionais e dos serviços serem acolhedores em todas as situações de abortamento. Mas também em uma perspectiva mais de educação permanente dos serviços (GESTÃO ESTADUAL DA SAÚDE, 2019).

A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, torna-se um instrumento para essa capacitação profissional diante do aborto legal, ao mesmo tempo que é utilizado para abordar o abortamento inseguro, frisando o papel da saúde de oferecer serviços que assumam uma postura ética, sem julgamentos morais, constrangimento à mulher ou impondo valores diante da situação. Porém, a criminalização do aborto implica na efetividade da norma técnica, até mesmo nos casos de aborto legal previstos em lei. Segundo o Instituto Anís,

com a criminalização do aborto, as mulheres que sofreram violência sexual ou enfrentam uma gravidez de risco (duas hipóteses em que o aborto já é permitido) enfrentam dificuldades para ter acesso ao aborto legal. A explicação é simples: as mulheres e os profissionais de saúde sentem medo da punição. Com medo, a lei não se cumpre. O que motiva a conduta do médico que dificulta o acesso da mulher ao aborto legal? o medo de ser conhecido como “aborteiro”; a ameaça da punição por imaginar que o aborto possa ser considerado ilegal; a objeção de consciência moral ou religiosa. A criminalização contribui para a adoção deste tipo de conduta, porque reforça a idéia de que um fenômeno reprodutivo comum na vida das mulheres deva ser objeto de condenação e não de cuidado (2019, p.23).

Abordar o aborto inseguro e clandestino tem sido complexo nas redes de saúde, e no próprio diálogo, o aborto legal não fica isento dessa abordagem, como constatado pelo Instituto Anís, a criminalidade quem acompanha a prática clandestina também se faz presente na demais, na forma de coagir ou inibir que as mulheres procurem pelo procedimento legal. Da

mesma forma que instaura estereótipos sobre os profissionais, o receio em realizar o procedimento temendo que possa ser identificado como ilegal e também pela prática poder gerar conflitos entre suas crenças individuais.

Como já constatado, a criminalidade do aborto tem refletido em práticas clandestinas, escassez de dados, receio dos profissionais da saúde em intervir nessa situação, seletividade para quem vive e morre na clandestinidade, e nem mesmo assume sua função que é proibir a prática. Desse modo, a descriminalização do aborto é importante, visto que sua tipificação como crime não tem implicado em resultados positivos para a saúde e para a vida das mulheres. Como destaca Denise Antunes,

nesta onda reacionária que estamos vivendo, o tema aborto vêm à tona, com mais força diante da polêmica que causa, mas com um pouco mais de esperança porque respaldado nos progressos vistos diante das decisões mais atuais tomadas pelo STF acerca do tema ‘descriminalização’, pois como se sabe, ainda continuamos no Brasil com a nossa legislação arcaica e totalmente oposta a dos países desenvolvidos (2019, p. 01).

A autora faz referência à descriminalização do aborto em casos de fetos anencéfalos, permitidos em 2012 pelo Supremo Tribunal Federal através da ADPF 54. Essa conquista não somente abre espaço para mais direitos às mulheres, mas também para discussão e articulação em prol da descriminalização do aborto no Brasil que, no último ano, tem sido fomentada com mais força pela ADPF 442, o qual busca pela descriminalização do aborto. Assim, garantindo o direito das mulheres e decidir sobre realizar ou não o aborto, de acordo com sua condição e desejos para vida. A descriminalização do aborto se apresenta sob diferentes elementos, e, em seu núcleo, se apresenta como a não tipificação do aborto, em qualquer situação, como um crime.

Nós entendemos que é muito salutar que se promova um debate na sociedade sobre a descriminalização do aborto. É importante a gente deixar bem nítido do que está sendo discutido não é “se eu quero ou se eu não quero fazer um aborto”, mas sim os marcos legais, éticos e técnicos que podem ser regulados pelo Estado, no sentido de descriminalizar o aborto. Ou seja, que o aborto não seja um crime no país. E nós entendemos que este debate deve ser feito sob os aspectos técnicos, sobre os aspectos legais e sobre os aspectos éticos. Entendemos que questões individuais de fé, de ideologia sobre este tema, eles devem ficar fora deste debate. Porque as tuas crenças individuais, as tuas ideologias tu aplica para ti mesmo, na hora que tu vai escolher fazer ou não fazer um aborto. Nós entendemos que esse debate, ele é salutar, porque ele visa ampliar esse debate na sociedade, porque é importante que se estabeleça marcos regulatórios no sentido de descriminalizar o aborto (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2019).

Para o COREN-RS, a descriminalização do aborto torna-se uma ferramenta para definir os marcos legais, técnicos e éticos que devem compor o atendimento ao aborto, entendendo-o como um procedimento clínico, possuindo o amparo adequado para sua efetividade, tanto para os profissionais como para as mulheres. Entende que, com a descriminalização, abre-se espaço para que esses marcos para realização do procedimento sejam definidos e construídos, visando um diálogo coerente com a demanda do aborto e a saúde das mulheres, principalmente, afastando crenças individuais que possam interferir no bom discernimento crítico frente ao aborto.

A descriminalização do aborto para a ONG Católicas pelo Direito de Decidir implicaria no

[...] número de morte materna, é o primeiro efeito positivo. Porque isso acontecendo, se tendo garantia desses serviços, esse número, esses índices diminuem. A gente sabe que no Brasil, dependendo do estado, por exemplo na Bahia, o índice de morte materna é muito alto, como causa sendo o aborto, o aborto é tipo terceira causa de morte materna. E se você tem condições seguras, esse número diminui (CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR, 2019).

Como destacado, a criminalização do aborto tem repercutido em mortes maternas no país, sendo o aborto inseguro, uma causa evitável, o que faz com que quando se tenha acesso ao procedimento, de maneira salubre, consciente, com assistência de profissionais capacitados, faz com que aborto inseguro não seja acessado, pois garantindo os serviços, garante-se condições seguras para abortar. Segundo Rosires Pereira de Andrade, o qual representou a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia na audiência pública da ADPF 442, destaca-se que, “se realizado em condições adequadas, esses procedimentos podem ser mais seguros do que um parto. O aborto com medicamentos é tão seguro que, segundo a OMS, até as 9 semanas, pode ser realizado no ambiente mais confortável às mulheres, como a própria casa, após orientação médica” (ANIS, 2019, p.06).

Outros segmentos também destacam que a descriminalização do aborto poderia refletir em diminuição das mortes maternas. Segundo o Conselho Regional de Serviço Social

Seria como os outros países, que diminuiria a taxa de abortos, porque as mulheres teriam mais acesso a esses serviços. Não seriam julgadas e criminalizadas, como são moralmente, porque a sociedade julga, criminaliza a mulher por fazer um aborto, por dizer. Então eu acho que seria uma relação mais democrática, mais livre, de autonomia dessa mulher, de poder acessar esse serviço e ser bem atendida. E esses próprios profissionais que atendem essas mulheres também não se sentiriam culpados[...] Então, o CRESS acha que o aborto tem que ser legalizado e ser seguro para todas as mulheres, para as mulheres não padecerem com isso na sua saúde e na sua vida, e levar essas mulheres a mortalidade (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2019)

Para a ONG Católicas pelo Direto de Decidir

[..] o primeiro efeito que é o que a gente percebe nos países que fizeram o processo de descriminalizar e legalizar é a diminuição da mortalidade materna. Então você para de ter abortos clandestinos. O segundo efeito é que o próprio número de abortos tem diminuído e isso a gente vê pelo Uruguai a pouco tempo. Há um receio muitas vezes de que o fato de legalizar vai fazer com que mais mulheres abortem, e isso não é real, ninguém vai querer abortar porque agora é legal. Agora aquelas que por alguma razão chegam a essa conclusão vão poder abortar com segurança e a gente sabe pelos países que legalizaram que o número de abortos também diminui(CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR, 2019).

Para o Conselho Regional de Enfermagem

]...[a gente pensa então que o índice de morte de mulheres em decorrência dos abortos inseguros diminuiria, e que bom, as pessoas, não mudaria as crenças religiosas, as Igrejas não perderiam mais ou menos crentes por conta da descriminalização do aborto. E sendo descriminalizado, seria possível garantir condições seguras e legais para as mulheres e para os profissionais de saúde. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2019)

E para a gestão estadual da saúde

Certamente pela redução das mortes, a gente se posiciona na questão de saúde pública, entendendo que o aborto existe, o aborto inseguro existe e ele impacta nos óbitos maternos, no óbito das mulheres(GESTÃO ESTADUAL DA SAÚDE, 2019).

Todos pontuam a diminuição da mortalidade materna por causa dos abortos realizados de maneira insegura, seguindo exemplos de outros países que também legalizaram o aborto. Pensa-se também no peso criminal e moral que pode ser retirado das mulheres que abortam e não se sentem bem como a situação devido a carga ilegal e moral que há sobre o procedimento, assim como os profissionais, que também são afetadas por essa estigmatização da prática.

Como referência, os países da América Latina que legalizaram o aborto, a exemplo do Uruguai,

[..]nos primeiros anos da lei houve um aumento acentuado no número de abortos, enquanto mais recentemente pode ser observada uma estabilização. Entre 2013, primeiro ano completo da lei em vigor, e 2014, o número de abortos por vontade da mulher cresceu 27%; entre 2016 e 2017 o aumento foi de 2% (BOUERI 2018, p. 01).

E em relação à mortalidade materna causada pelo aborto, o *Ministério de Salud Pública do Uruguay (MSP)* aponta que [...] *descendió drásticamente: en 2016 sólo se registró una única muerte, con el caso de una mujer que no realizó el procedimiento en el marco de la ley de interrupción voluntaria del embarazo vigente*”. (2017, pg. 01) O que “[...] *ubica a Uruguay como el país con el menor indicador al respecto de América*” (MINISTÉRIO DE SALUD PÚBLICA, 2019, p. 01).

O único caso de morte materna por causa de aborto no Uruguai ocorreu devido a mulher ter realizado a prática do aborto fora do sistema de saúde, e sim pela na clandestinidade, o que torna o Uruguai com menor índice de mortalidade materna por aborto na América, e estabilidade no acesso.

O aborto tratado como demanda de saúde pública, amplia os serviços e garante a autonomia da mulher para decidir sem ser criminalizada ou julgada, além dos profissionais também serem amparados nesse cenário. Salienta que a garantia da prática não interferiria nas religiões, visto que não seria uma imposição, mas uma decisão individual. Para a Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil,

uma dessas teses que ao nosso entender faz bastante sentido é de que a descriminalização do aborto ela permitiria mapear o número real de abortos no Brasil, porque isso não acontece hoje, pela criminalização do aborto nós não temos como ter acesso aos dados reais e de toda a realidade, na sua profundidade que envolve a questão do aborto. A gente entende que a descriminalização do aborto permitiria mapear os números reais de abortos no Brasil e com dados concretos seria possível identificar as principais causas e motivos que levam ao aborto e o que poderia ser feito para melhorar ou superar essa realidade, essa situação. Então por parte da igreja a gente entende e reconhece que criminalizar o aborto não impede a sua prática, mas incentiva o aborto clandestino e aumenta os riscos de morte das gestantes. Como igreja a gente apoia uma legislação que através dos órgãos competentes da proteção as pessoas (IGREJA EVANGÉLICA DE CONFISSÃO LUTERANA NO BRASI, 2019).

Como destacado anteriormente, e salientado pela IECLB, entre os reflexos da criminalização do aborto está a dificuldade de quantificar o número de abortos realizados no Brasil, assim como entender os motivos que levam as mulheres a recorrer ao aborto. E essa escassez faz com que a prática insegura e clandestina seja desacreditada, assim como a discussão sobre o aborto. Com a descriminalização do aborto seria possível obter-se essas informações e, a

partir disso, desenvolver estratégias para diminuir os abortos inseguros, conseqüentemente, clandestinos, implicando na “redução de riscos de complicações e mortalidade materna por gravidez que termina em aborto”(LEMOS; GALLI, 2019, p. 02).

A descriminalização do aborto assume o papel de retirar o peso criminal sobre as mulheres, assim como julgamento moral, social, cultural e penal. Possibilita que o debate tenha novas abordagens e direcionem-no diretamente para o campo da saúde pública e direitos das mulheres, como destaca Biroli:

O direito ao aborto contrapõe-se à maternidade compulsória. Desrespeitando a autonomia das mulheres, retira a elas a possibilidade de integrar seu corpo e sua capacidade reprodutiva a seus projetos de vida. Trata-se também de um direito de cidadania, como registra a ação, porque remete a dois de seus principais fundamentos: o igual direito ao exercício da autonomia, independentemente do sexo, e o igual direito a ter respeitada sua integridade física e psíquica (2017, p. 01).

Como processo da descriminalização do aborto, a legalização do aborto aparece como meio para efetividade do direito ao acesso do aborto, pois não basta retirar o peso criminal, é necessário garantir o acesso, se não, não altera a desigualdade social que acompanha a prática insegura.

Pois como destaca Felipe Betim, “a maioria das mulheres que respondem na Justiça são pobres, negras e com baixa escolaridade. São elas também as que mais morrem devido em procedimentos inseguros [...]já que não podem arcar com os altos custos de uma clínica abortiva em boas condições” (2018, p. 01).

[...]então legalizar o que é? É você ter uma lei, quer dizer, discriminar, tirar o tratamento do aborto do Código Penal como é hoje e criar uma lei que regularize e diga, “bom em que situações as mulheres podem abortar e vão ter o direito de que o Estado de garantias para que isso seja uma coisa bem feita, sem sequelas, para que não morram mais mulheres”. Então a gente tem de um lado uma questão de saúde pública e esse é um debate que vem sendo feito já a bastante tempo, do qual a gente faz parte. Nós somos católicas e também somos feministas, e entendemos que tanto aquela mulher que quer levar a gravidez a diante e que deve ter todo o acesso ao pré-natal e aos cuidados necessários, como aquela que por uma razão ou outra não se vê em condições de levar uma gravidez adiante também deve ser bem tratada, com apoio médico e não ficar correndo risco de vida (CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR, 2019).

A legalização do aborto garantiria o aborto como um serviço universal, de acesso para todas as mulheres, regularizando também o período correto, afim de também garantir os cuidados à saúde das mulheres. E caberia ao Estado se responsabilizar pelo amparo a essa mulher, assim como dispõe de serviços para o acompanhamento da gestão, pois [...] sabendo da

existência de situação de risco a determinados direitos humanos, o Estado deve atuar para evitar que ocorram. Analogamente, sabendo que determinados direitos estão sendo violados, tem de agir para impedir a continuação da afronta (RIO DE JANEIRO, 2018, p. 107).

O movimento feminista Marcha Mundial das Mulheres também aponta outros reflexos da legalização do aborto.

Acho que primeiro iria diminuir significativamente o aborto clandestino, não teria mais sentido o aborto clandestino se tu tem um aborto que tu pode procurar o sistema de saúde, que tu pode ir em segurança, sem medo. Vai acabar o tráfico de medicação nos camelos, que nós não somos favoráveis a esse tráfico de medicação, porque, primeiro que não está ajudando a mulher nenhuma, segundo que estão arrancando muito dinheiro delas, e terceiro que mais da metade dessa medicação vendida é farinha. Então elas estão sendo enganadas[...] E até também como forma de auto-proteção, de proteger um pouco essas mulheres, alertando pra elas de que isso é muito perigoso. (MARCHA MUNDIAL DAS MULHERES, 2019).

Em entrevista, Débora Diniz aponta que não se sabe “[...] se as mulheres usam as doses corretas, se é um medicamento adulterado [...] Temos indícios de que o Cytotec é comercializado hoje pelo tráfico de drogas e é mais rentável que o grama de cocaína” (LIMA, 2019, p. 01). A legalização do aborto seria uma forma de proteger as mulheres do aborto inseguro e de suas sequelas, evitando essa prática na clandestinidade, o que também implicaria no fim do tráfico de medicamentos, considerando que muitas das vezes as mulheres não sabem a procedência do medicamento que estão usando.

Outro efeito apontado como parte da legalização do aborto

[...]seria a necessidade de ampliação e de capacitação dos serviços para possibilitar o atendimento dessas mulheres, então acho que essa seria a consequência mais imediata, imediata não, mas mais urgente assim a ser realizada com o objetivo de que de fato a descriminalização fosse efetivada. Talvez hoje com a estrutura de serviço que tem não conseguisse absorver a demanda que teria, além disso, acho que seria importante algo no sentido da divulgação, da disponibilidade dos serviços, das indicações e dos critérios pra realização, pra que além de oferecer o serviço a população tivesse acesso, com objetivo de que uma maior proporção dessas mulheres conseguisse ter acesso ao serviço realizado de uma maneira técnica. Com o objetivo de apartir disso, o impacto tanto em questões mais duras de saúde, tipo mortalidade quanto em questões menos duras, mas também objetivas, mais indiretas do tipo sofrimento psicológico, problemas de intercorrência ginecológicas de fato, que a gente sabe que acontecem, então, mas acredito que o objetivo seria nesse sentido, de adequar os serviços e de que houvesse de fato uma absorção dessa demanda (GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE, 2019).

Para o Conselho Regional de Serviço Social a ampliação dos serviços de acesso ao aborto também é apontada

[...] Pelo direito ao acesso a esse serviço e talvez por esse serviço se ampliar[...]em torno de 67 serviços que existe no Brasil, ditos que fazem o atendimento do aborto que não é penalizado [...] Mas de 67, parece que 32 só que são realmente que executam esse serviço. Acho que se fosse legalizado haveria ampliação desses serviços, esses serviços seriam difundidos e seria uma pauta que não teria todo esse discurso moral, de julgamento e de culpa que existe na sociedade. Como um exemplo no Uruguai, houve a legalização e número, a taxa de abortos diminuiu bastante (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2019).

A ampliação dos serviços de abortamento seria essencial, entretanto, também seria necessário reforçar a qualificação dos profissionais inseridos nesses espaços, pois como destaca Débora Diniz e Alberto Pereira Madeiro nos serviços de aborto legal no Brasil,

[...]as mulheres vivenciam muitas dificuldades para o acesso ao serviço de aborto. Uma pesquisa realizada em 2003, por meio de questionários enviados pelo correio a ginecologistas e obstetras, observou que cerca de 2/3 dos médicos acreditavam ser necessária a autorização judicial para realização do aborto previsto em lei. Outro levantamento entre ginecologistas e obstetras de todo o país, em 2012, evidenciou que 81,6% deles solicitavam BO ou outro tipo do documento (como laudo do IML, autorização do comitê de ética hospitalar ou alvará judicial). Além disso, a veracidade do relato de estupro feito pela mulher é frequentemente contestada, e sua palavra não é suficiente para garantir a interrupção da gravidez (2016, p. 564).

Além de mais hospitais habilitados, os serviços de aborto legal no Brasil devem estar cientes de sua responsabilidade com qualidade e integralidade do atendimento às mulheres, isto inclui não colocá-las em situações constrangedoras, ou que possa coagi-las a desistir de realizar o aborto, assim como atentar-se às normas do procedimento e acesso, para que facilite o processo para as mulheres. É compromisso do profissional da saúde também comunicar a gestão sob suas convicções íntimas que possam negligenciar o atendimento às mulheres que procuram pelo aborto, assim como cabe à gestão de saúde supervisionar esses espaços a fim de assegurar que nenhum direito seja violado.

Como ferramenta para cuidado da saúde das mulheres e visando diminuir os reflexos do aborto inseguro e clandestino, a gestão estadual da saúde da mulher destaca que

[...] pensando no papel da saúde, nós como agentes de saúde não somos legisladores, então, pensando só na função saúde com as leis que possuímos hoje, é tu garantir o acolhimento de todas as mulheres dentro desse serviço com tratamento seguro, com tratamento humanizado. Então desde atenção básica aos serviços especializados, garantir esse acesso, esse acolhimento seguro e humanizado, que a mulher não se sinta coagida ao procurar a assistência. Acho também que é papel da saúde conseguir divulgar as questões que são relacionadas ao aborto legal, porque ainda é muito pouco acessado, principalmente por ser um tabu, a palavra aborto é um tabu na sociedade. Então, não tem um conhecimento tão amplo que a mulher tem direito a procurar esse serviço e que existem serviços que podem acolher essa situação, que vão entender, estão preparados. Acho que isso é muito importante, um cuidado além da saúde, então tem que ser uma equipe preparada para lidar com essa complexidade. O papel da saúde é estruturar esse serviço para garantir esse acolhimento em todos os níveis e um acolhimento que seja humanizado (GESTÃO ESTADUAL DA SAÚDE, 2019).

E a gestão municipal da saúde da mulher:

tanto o plano municipal de saúde de Porto Alegre quanto essas nossas ações que são realizadas, tem como objetivo principal focar as ações dos serviços nas pessoas e oferecer acesso aos serviços de saúde, então o principal foco é esse, tem sido esse das nossas ações. Oferecendo acesso independente da motivação, no sentido de bom, os serviços de saúde seriam um local onde as mulheres podem falar sobre tudo, inclusive sobre a ideia de realizar um aborto inseguro, tendo um atendimento da maneira como é, como vai no melhor interesse das pessoas. Que essa seja a principal marca do atendimento, às vezes a gente presencia isso, a mulher que está em uma situação clinicamente grave, uma situação de vulnerabilidade, de fragilidade importante. Mas por ter ou realizado aborto, ou ter feito outras, condições consideradas ilícitas ela ser rechaçada, negligenciada perante outras situações. Acho que a perspectiva é um pouco essa, conseguir ser serviço de saúde mesmo e não serviço de justiça, polícia, direito (GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE, 2019).

Com a ilegalidade, a gestão municipal e estadual da saúde se atém ao papel da saúde, que é priorizar que os serviços estejam instruídos para um atendimento acolhedor, humanizado, independente de onde seja o acesso e o motivo que leve as mulheres a procurar pelos serviços de saúde. Busca-se que os espaços de saúde estejam preparados e que, nos casos que o aborto é permitido em lei, as mulheres tenham informação para acessar seus direitos.

As gestões estadual e municipal de saúde da mulher também compreendem que a prática do aborto é atravessada por elementos que dificultam não somente o diálogo, mas a efetividade do serviço, e que a criminalização do aborto tem repercutido não apenas em mortes maternas, sequelas, na dificuldade em se obter dados de procedimentos realizados. As equipes de saúde não sentem-se confortáveis em intervir nessas situações, e isto pode resultar que esses profissionais intervenham a partir de suas convicções e crenças pessoais para realizar o atendimento, fragmentando a intenção de oferecer nesses serviços um espaço acolhedor as necessidades das mulheres.

Entendendo esse contexto de ilegalidade, talvez seja possível que ambas gestões de saúde encontrem na educação em saúde um meio para propor estratégias para trabalhar o aborto clandestino, e não centralizar suas ações somente na capacitação dos profissionais. O Ministério da Saúde esclarece que educação em saúde é o

processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006, pp. 19-20)

A prática de educação em saúde envolve três segmentos,

“os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente”(FALKENBERG, 2014, p. 848).

Essa ferramenta possibilitaria que o diálogo pudesse ser ampliado, que as mulheres, os gestores e os profissionais da saúde encontrem, juntos, estratégias para interceder na situação do aborto clandestino, partindo da realidade e limites de cada um. Além de que a educação em saúde configura-se um processo pedagógico, promovendo “[...]um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo a sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si [...]” (MACHADO, 2007, p.341).

Isto permitiria que os profissionais sentissem seguros e amparados, a gestão próxima da realidade do aborto clandestino e inseguro, e as mulheres instruídas sobre o aborto legal e cuidado coma saúde reprodutiva e sexual, diminuindo a incidência de gestações indesejadas ou não planejadas.

É importante considerar que o papel da saúde também é estender a integralidade do cuidado à prevenção, para que se desenvolva ações que possam mediar os reflexos do aborto inseguro e clandestino, e não aguardar que as mulheres cheguem nos serviços de saúde em situação de risco ou acabem em óbito. A criminalização do aborto não deveria se sobressair ao dever da política de saúde, enquanto universal, integral e de disponibilização de serviços com equidade (BRASIL, 1990), e, principalmente, a responsabilidade do Estado de equipar a política de saúde para zelar pela saúde das mulheres.

4 CONCLUSÕES

O cenário social e político brasileiro atual mostra que a imagem de mulher colonizada e domesticada, legado pelas instituições de poder masculina não foi superada, assim como a ideia de mulher voltada ao espaço doméstico, realizada com este, tendo suas ambições e desejos limitados a maternidade e a subserviência ao homem. O homem legitima seu poder a partir dessa desvalorização sobre a mulher e, pela diferença de estímulos que é destinada a cada um, o que implica no seu desenvolvimento enquanto indivíduo de potencialidade que são acentuadas no desenvolvimento das relações patriarcais.

A construção social, cultural, política em torno da identidade feminina a envolveu em ciclo de referência feminina limitada, de processos de violência e violação de sua dignidade e seu corpo, exigindo às mulheres que aderissem ao padrão normativo feminino construído pelas instituições de poder. A história das mulheres também narra como sua sexualidade e saúde determinadas pela maternidade, como se o seu corpo e identidade existissem e terminassem nessa função social. O aborto nesse cenário é tão presente quanto a maternidade, na história das mulheres. Representa resistência e existência, pois era afronta à construção social criada para si e recusa a ser meio para reproduzir força de trabalho explorada.

O governo de Bolsonaro representa o recrudescimento do conservadorismo no Brasil, e surge para lembrar que as estruturas e relações arcaicas estão articuladas e não se fragmentaram no decorrer dos anos, ao contrário, estão cada vez mais articuladas e pontuando seus interesses sob as populações femininas, disseminando intolerância e indiferença, reivindicando que a mulher retorne ao espaço privado e ao papel de esposa-dona-de-casa-mãe-de-família. Essas forças conservadoras têm consecutivamente, ao logo dos anos, desenvolvido ferramentas para criminalizar ainda mais o aborto e tornar o acesso à prática, permitido pela legislação, um processo desumano e punitivo para as mulheres.

Em contranítência aos movimentos que buscam criminalizar as mulheres e cercear sua autonomia reprodutiva, há propostas como Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 442 (ADFP 442), que mobilizou diversos segmentos da sociedade para dialogar sob os efeitos do aborto inseguro e clandestino na vida das mulheres, permitindo também que aqueles contrários ao aborto expusessem suas argumentações, visto que, como sociedade civil heterogênea, democraticamente todos devem ser escutados, entretanto, isto não significa que convicções íntimas baseadas em preceitos religiosos e morais devam ser determinantes para intervir e desenvolver os direitos das mulheres.

O aborto inseguro e clandestino também se apresenta em outros países da América Latina sob condicionalidades para que a mulher acesse ao procedimento quando a legislação do país permite, e, em vista dessa restrição, a prática possui a maior taxa de mortalidade materna por abortos inseguros no mundo. No Brasil, a dimensão do aborto inseguro e clandestino pode ser compreendida através da teoria da interseccionalidade, que a autora Kimberlé Crenshaw (2002), descreve como raça, classe, etnia e gênero, podem implicar na intensificação e conservação das condições de desigualdades da mesma forma que podem ser utilizados para operar processos de opressão a determinados grupos sociais. No Brasil, esses aspectos acompanham as mulheres que sofrem com a criminalização do aborto e procedimentos insalubres, em sua maioria, mulheres negras, indígenas, pobres, e que tem o gênero como condicionante para julgamento e discriminação.

A sociedade civil, como um campo de disputa ideológica, tem abordado a temática do aborto por diferentes elementos e intervindo nessa realidade mediante sua compreensão do que é o aborto e como trabalhá-lo, tencionando ações que possam contribuir com o diálogo sobre a prática do aborto, sem quebrar a ética profissional dos profissionais da saúde, infringir a legislação, ferir crenças individuais ou que essas sejam parâmetro para a intervenção diante do aborto inseguro e clandestino. A discussão do aborto tem chegado a esses segmentos sociais, o que mostra a prática como uma realidade presente e não aleatória.

Os objetivos da presente dissertação buscaram: conhecer e analisar a posição da Sociedade Civil, na pesquisa representada pelos movimentos feministas, grupos religiosos e categorias profissionais da saúde sobre o aborto e possíveis repercussões na saúde e na vida da mulher; conhecer e analisar as ações, programas e estratégias realizadas pelas políticas de Saúde que tratam do aborto e como incidem na saúde e direitos da mulher e elaborar análises e reflexões que possam subsidiar o debate promovendo novas e possíveis abordagens do tema. Conclui-se que o acesso ao aborto para o Conselho Regional de Serviço Social do Rio Grande do Sul (CRESS-RS) é pautado como uma bandeira de luta da categoria, onde seu posicionamento é pela descriminalização e legalização do aborto, sendo este norteador pelo seu Código de Ética profissional que instiga os profissionais a defender a liberdade e a autonomia das mulheres, assim como direito de decidir sobre o seu corpo. O debate do aborto para os profissionais do serviço social não dissociado de outros direitos, como de assistência integral a sua saúde, de promoção dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, pontuado como estratégia à necessidade de dialogar sobre o aborto como uma demanda de saúde pública, fomentando a importância da vida dessa mulher enquanto ser social.

O Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) entende que o aborto perpassa pelo cuidado à saúde da mulher, a qual deve ser vista para além do processo reprodutivo, o que faz com que estes profissionais se insiram no debate para entender como o seu processo de trabalho deve ocorrer, respeitando os direitos das mulheres e o Código de Ética da profissão. Entre as estratégias, o COREN-RS tem buscado realizar o debate sobre o aborto e os reflexos na saúde feminina, fomentando as produções realizadas pelos seus profissionais, visando amparar estes em suas intervenções diante da situação de abortamento.

A ONG Católicas pelo Direito de Decidir entende o aborto como um direito das mulheres e uma expressão de saúde pública, onde cabe ao Estado garantir o suporte à mulher que deseja interromper uma gestação, e elucida que alguns teólogos (as) tratem a situação do aborto como um princípio do mal menor, ou seja, entende que mulheres partem de sua condição concreta de vida para decidir realizar o aborto, o que implica que estas não sejam criminalizadas. Suas estratégias tem fomentado a importância de aumentar os permissivos para o acesso ao aborto, junto a diferentes agentes, como o movimento de mulheres, profissionais da saúde, agentes do direito e operadores da lei, trabalhando conjuntamente em prol da legalização do aborto e para que o diálogo aconteça em todos os espaços, além da importância dos processos reflexivos como meio para a mudança de mentalidades, a fim de informar os sujeitos sobre a realidade do aborto no Brasil e contribuir para a descriminalização e legalização do aborto, promovendo também a educação sexual como ferramenta para o cuidado com a saúde reprodutiva e sexual.

A Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil (IECLB) compreende o aborto como um mal, pois fere a vida. Entretanto, entende que o papel da igreja é acolher, e não realizar ações que possam criminalizar ou ser mais danosas às mulheres. Entende a complexidade do aborto e que, diante das situações difíceis, é o mal menor. Concorda com a legislação brasileira, nos casos em que o aborto é permitido, e esta configura-se uma decisão individual, da mesma forma que a responsabilidade pela mesma. Como estratégias para evitar o aborto inseguro e clandestino, aponta a importância da educação sexual para o desempenho de uma sexualidade consciente, e de campanhas que previnam a gravidez indesejada e possam oferecer assistência às mulheres, e que este apoio se estenda às famílias e pessoas envolvidas. Destaca a importância de incidir sobre os determinantes sociais do aborto por meio de políticas para amparar as mulheres na gestação, antes e depois, e que programas de acolhimentos possam ser uma alternativa para que as mulheres não procurem pelo aborto clandestino e inseguro, e encontrem nesses espaços orientação e assistência.

É importante pontuar que a gestação indesejada não é o único fator que leva as mulheres a recorrer à prática do aborto. Há também o não planejamento, que faz com que seja difícil para a mulher conciliar economicamente, psicologicamente ou fisicamente o cuidado e atenção a mais um filho, levando a realizar o aborto. Isso mostra que também há negligência no amparo à maternidade e na disponibilização de recursos e serviços para que a mulher seja integralmente assistida na gestação e posterior a ela. O aborto deve ser garantido às mulheres que, por seus motivos pessoais, não queiram manter uma gestação, da mesma forma suprimir toda assistência às mulheres que desejam continuar com uma gestação não planejada.

Para o movimento Marcha Mundial das Mulheres, o acesso ao aborto é parte da luta pela libertação das mulheres para que tenham liberdade e autonomia para decidir sobre suas vidas e corpos, assim com sua sexualidade e gerenciamento do seu processo reprodutivo. Tenciona como estratégias para trabalhar o aborto que as mulheres tenham informação sobre seus direitos, tenham conhecimento sobre seus corpos e sexualidade e possam desenvolvê-los na perspectiva de liberdade e proteção. Disponibiliza ferramentas como o alerta feminista, a fim de divulgar sobre os movimentos autoritários que insistem em criminalizar o aborto e/ou torná-lo ainda mais restrito.

A gestão estadual da saúde do Rio Grande do Sul trabalha o aborto através da perspectiva que busca garantir a prática do aborto nos casos em que é permitido pela legislação e no enfrentamento à mortalidade materna por qualquer tipo de aborto. Suas ações são focadas na capacitação dos serviços, independentemente do tipo de aborto que leve a mulher a acessar a rede de saúde, preparando os profissionais para um atendimento humanizado. A gestão estadual possui como estratégia para entender os reflexos do aborto inseguro e clandestino o óbito materno, o qual é investigado, descobrindo se o óbito ocorreu por consequência de aborto inseguro. Este, como único instrumento para compreender os reflexos do aborto inseguro e clandestino, denuncia que vidas femininas continuam sendo insignificantes perante o Estado. A ausência de ações que possam averiguar os atravessamentos do aborto inseguro na vida e saúde das mulheres, sem que essas precisem ir a óbito, revela um Estado omissivo diante da saúde e vida feminina, porém presente na criminalização e punição.

A gestão municipal de saúde de Porto Alegre destaca que não há dados suficientes para permitir entender a realidade do aborto no município, tendo como ação a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil. Tem apostado na educação continuada para os profissionais que possam deparar-se com uma situação de aborto inseguro e clandestino, pautando a importância do atendimento humanizado e acolhedor, e que estejam mais sensíveis à percepção do assunto. Entretanto, a criminalização do aborto também afeta a intervenção dos profissionais

da saúde que, diante das situações de abortamento inseguro e clandestino, não sentem-se seguros para intervir ou como proceder com a informação da ilegalidade, pois entendem que, ao notificar sobre a situação de abortamento, podem acarretar em punição a essa mulher ou que ela não retorne aos serviços de saúde.

Esse cenário de ilegalidade implica na insuficiência de dados para entender a dimensão do aborto, e estes seriam fundamentais para impulsionar a discussão no campo da saúde pública. Porém, o Estado e gestão da saúde não possuem ações para que haja acesso a essa informação, de quantos procedimentos são realizados na clandestinidade. Entende-se que há o limite da ilegalidade, o que dificulta o acesso às mulheres que realizaram prática nessas circunstâncias, entretanto, cabe aos responsáveis pela promoção e proteção à saúde das mulheres desenvolver instrumentos que possam aproximar-se da realidade do aborto no território gaúcho e, assim, fortalecer ações que incidam sobre o aborto inseguro e seus determinantes.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), como referência para desenvolvimento de ações visando a proteção e promoção da saúde das mulheres não possui ações específicas para trabalhar os reflexos do aborto inseguro e clandestino e não dispõe de ferramentas para que realmente os direitos reprodutivos e sexuais se consolidem e assumam a sua característica principal, a autonomia sobre o gerenciamento reprodutivo. A PNAISM propõe para prevenir gestações indesejadas ou não planejadas, que podem culminar em um aborto inseguro o planejamento familiar. Entretanto, é necessário pensar a efetividade deste, pois para que seja concretizada é necessária a educação sexual, para que os sujeitos entendam e apropriem-se de sua sexualidade de maneira responsável, consequentemente, controlando seu processo reprodutivo de maneira eficaz e consciente, o que também implicaria em proteção e menos gestações indesejadas.

A educação sexual no Brasil ainda é um diálogo moralizado, carregado de tabus, que repercute em desconhecimento sobre os corpos e seu sistema reprodutivo, assim como na forma correta de proteção, de uso dos métodos contraceptivos, campo esse entendido acessível e efetivo, o que estigmatiza a mulher como inconsequente e imprudente com sua sexualidade, e ao homem não cabem estes estereótipos, pois a culpabilização sempre recai sobre a mulher. A PNAISM é um avanço no que tange à saúde das mulheres e ampliação de algumas demandas, principalmente por reconhecer o gênero como determinante social e condicionante para a saúde, mas possui fragilidades quanto a realidade das mulheres, como o aborto, que somente é destacado a fim de garantir um atendimento humanizado à situação de abortamento, e não como um serviço de ampliação para o cuidado com a saúde reprodutiva e sexual das mulheres.

Considerando as situações de abortamento, o Ministério da Saúde desenvolveu a norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento que torna-se instrumento de trabalho para os profissionais da saúde atuarem de maneira ética e disponibilizem serviços humanizados, qualificados e sem julgamentos, seja em situações de aborto legal ou ilegal. Esta configura-se um suporte aos profissionais da saúde e também para as mulheres, visto que informa sobre os aparatos legais e éticos de proteção aos direitos das mulheres no acesso ao aborto seguro e em situações de abortamento clandestino.

O aborto não é identificado como um procedimento clínico e de cuidado da saúde das mulheres, de direito e decisão individual, mas como uma prática que deve ser censurada, moralizada e criminalizada, que suscita sentimentos de medo e constrangimento às mulheres. O fato de criminalizar o aborto não faz com que as mulheres não o realizem, o peso criminal é inócuo e danoso, cria um ciclo de efeitos negativos à saúde biopsicossocial das mulheres, intensifica as desigualdades sociais e viola os direitos humanos reprodutivos e sexuais das mulheres.

O aborto inseguro e clandestino é objeto de saúde pública, e isso inclui fortalecer as ferramentas para o planejamento familiar e os meios para este como a educação sexual, garantindo que o acesso aos métodos contraceptivos seja adequado, que homens e mulheres conheçam seus corpos e, assim, diminua não somente as gravidezes indesejadas e não planejadas, mas infecções sexualmente transmissíveis, a desinformação e a mortalidade materna.

A criminalização do aborto é seletiva em sua punição, define as vidas que importam e aquelas que podem ficar à margem da clandestinidade, à mercê de abortos incompletos, insalubres e desumanos. Propor a discussão do aborto inseguro e clandestino necessita confrontar a construção histórica e social depositada sobre as mulheres na sociedade, onde o corpo, a sexualidade, a saúde e o papel femininos ainda são vistos como propriedade e espaço de decisão pública, e que a ela não cabe esse poder. Este foi o pensamento que se construiu em torno das populações femininas e que se encontra na essência das nossas sociedades civil e política, reproduzindo um discurso negligente sobre o aborto.

A descriminalização do aborto e legalização permitirá que as mulheres tenham amparos legais, sociais, políticos e salubres na prática do aborto, priorizando toda a vida feminina, desenvolvendo políticas para que o aborto seja raro, porém seguro. O acesso ao aborto seguro significa liberdade para as populações femininas, poder de decidir e controlar o corpo, a vida e o destino. Trata-se da integralidade na garantia do acesso à saúde, promoção e proteção, e que seus direitos humanos, sexuais e reprodutivos sejam respeitados, assegurados por um Es-

tado realmente laico, pois o corpo das mulheres não é público, e, enquanto existir domínio sobre este e suas escolhas, elas continuarão sendo clandestinas.

5 REFERÊNCIAS

ABREU, V. **O que é a religião católica?** Blog Cruz Terra Santa, 2019. Disponível em: <<http://www.blogcruzterrasanta.com.br/o-que-e-a-religiao-catolica/>>. Acesso em: 28 de out. de 2019.

AGUIAR, B. H. K. et al. A legislação sobre o Aborto nos Países da América Latina: uma Revisão Narrativa. **Ciências da Saúde**. 2018; 29(1):36-44.

ALBERTO, M. V. L. et al. Anencefalia: causas de uma malformação congênita. **Revista Neurociências**2010;18(2):244-248.

ALEXANDRE, D. S.; LINS, M. A. T. **O serviço social na sociedade capitalista e a sua participação nos processos de enfrentamento da questão social**. Cadernos de Graduação. Ciências humanas e sociais, Maceió, v. 2, n.2, p. 25-36, 2014. Disponível em:<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/download/1769/1059>>. Acesso em:27 de out. de 2019.

ALMEIDA, J. J. **Aborto de feto anencéfalo**: nova perspectiva após decisão do STF. Revista CEJ, Brasília, Ano XVIII, n. 64, p. 26-31, set./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/download/1936/1860>>. Acesso em: 20 de jul. de 2019.

ALMEIDA, S. C. C..**O sexo devoto: normatização e resistência feminina no Império Português XVI-XVIII**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005.Disponível em:<<https://books.google.com.br/books?id=EnUlneoLphgC&pg=PA170&lpg=PA170&dq=%C3%B3rf%C3%A3s+do+rei&source=bl&ots=jDbyIA4cYl&sig=ACfU3U01M1fjOuDD9kxXJwoS9NnP39IRkA&hl=pt-BR&sa=X&ved=2ahUKEwix-orR117oAhXUBtQKHct6CBwQ6AEwB3oECAoQAQ#v=onepage&q=%C3%B3rf%C3%A3s%20do%20rei&f=false>> Acesso em:02 de jan. de 2020.

ANIS. Instituto de Bioética. **Aborto**: por que precisamos descriminalizar? argumentos apresentados ao Supremo Tribunal Federal na Audiência Pública da ADPF 442. Brasília: Letras Livres, 2019. Disponível em: <https://anis.org.br/projetos/aborto-porque-precisamos-descriminalizar/?fbclid=IwAR0Uw2-ANHcWoBJQzyCQDR_NXaouXfo8YiPEjalOn_PApUwfyTmQc_0uDu0>. Acesso em: 22 de. set. de 2019.

ANTUNES, D. **Aborto no Brasil**: Um pouco mais de esperança. Aguardando a decisão da arguição de descumprimento de preceito fundamental – ADPF n. 442.

Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 24, n. 5848, 6 jul. 2019.
Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/75173>. Acesso em: 27 dez. 2019.

ARIAS, H. Com esquerda no poder, Argentina e Costa Rica abrem portas para o aborto. Com o novo protocolo, o aborto será possível em qualquer estágio da gravidez, se a "saúde física, mental e social" de uma mulher estiver em risco ou se a mãe tiver sido estuprada. **Jornal Notícia**, 21 de dezembro de 2019. Disponível em: <<https://www.jmnoticia.com.br/2019/12/21/com-esquerda-no-poder-argentina-e-costa-rica-abrem-portas-para-o-aborto/>>. Acesso em: 03 de nov. de 2019.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

_____. **Um é o outro**: relações entre homens e mulheres. Tradução Carlota Gomes. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4 ed. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2009. Barroco, Maria Lúcia S. (2009). Ética: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2009.

BASEGGIO, J. K.; SILVA, L. F. M. As condições femininas no Brasil colonial. **Revista Maiêutica**, Indaial. v,3. n.1 2015. Disponível em: <https://publicacao.uniasselvi.com.br/index.php/HID_EaD/article/download/1379/528>. Acesso em: 26 de jul. 2018.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**: conteúdo: V. 1 Fatos e mitos. Tradução de Sérgio Milliet. 2v. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1949 (publicado) edição(2000).

BETIM, F. "Existem fundamentos legais para que o Supremo legalize o aborto no Brasil". A partir desta sexta-feira, STF realiza audiências públicas para tratar sobre ação do PSOL que pede pela descriminalização do procedimento até o terceiro mês de gravidez em todos os casos. **Jornal El país**, 3 de agosto de 2018. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2018/08/03/politica/1533291491_643952.html>. Acesso em: 28 de out. de 2019.

BIROLI, F. Direito ao aborto e maternidade: gênero, classe e raça na vida das mulheres. **Revista Cult**, 9 de maio de 2017. Disponível em: <<https://revistacult.uol.com.br/home/direito-ao-aborto-e-maternidade-genero-classe-e-raca-na-vida-das-mulheres/>>. Acesso em: 02 de jan. de 2020.

_____. **Gênero e desigualdades**: os limites da democracia no Brasil. 1.ed. São Paulo: Boitempo, 2018.

_____. Um marco na história dos direitos das mulheres: a ação pela descriminalização do aborto e a Greve Internacional de 8 de março. **Themis, Gênero, justiça, Direitos Humanos**, 8 de março de 2017. Disponível em: <<http://themis.org.br/um-marco-na-historia-dos-direitos-das-mulheres-acao-pela-descriminalizacao-do-aborto-e-greve-internacional-de-8-de-marco/>>. Acesso em: 28 de out. de 2019.

_____.; MIGUEL, L. F. **Aborto e democracia**: o déficit de cidadania para as mulheres. Nexo jornal, 17 de junho de 2016. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/estante/trechos/2016/06/17/Aborto-e-democracia-o-d%C3%A9ficit-de-cidadania-para-as-mulheres>>. Acesso em: 02 de jan. de 2020.

BORIS, F. **HISTÓRIA DO BRASIL**. História do Brasil cobre um período de mais de quinhentos anos, desde as raízes da colonização portuguesa até nossos dias. Edusp, 1996. Disponível em: <[https://www.intaead.com.br/ebooks1/livros/hist%F3ria/12.Hist%F3ria%20do%20Brasil%20-%20Boris%20Fausto%20\(Col%F4nia\).pdf](https://www.intaead.com.br/ebooks1/livros/hist%F3ria/12.Hist%F3ria%20do%20Brasil%20-%20Boris%20Fausto%20(Col%F4nia).pdf)>. Acesso em: 01 de jan. de 2020.

BOUERI, A. G. Portugal, Espanha e Uruguai: o que aconteceu após a legalização do aborto?. **Gênero e número**, 11 de setembro de 2018. Disponível em: <<http://www.generonumero.media/portugal-espanha-e-uruguai-o-que-aconteceu-apos-legalizacao-do-aborto/>>. Acesso em: 01 de jan. de 2020.

BRANDALISE, C. Nova ministra de mulheres é pastora, foi abusada e tem filha indígena. **Jornal Bol Notícias**, 06 de dezembro de 2018. Disponível em: <<https://noticias.bol.uol.com.br/ultimas-noticias/entretenimento/2018/12/06/damares-alves-ministra-mulher-familia-e-direitos-humanos.htm>>. Acesso em: 10 de dez. de 2019.

BRASIL SEM DROGAS. Movimento Nacional da Cidadania pela Vida. **Quem somos**. Disponível em: <<https://brasilsemdrogas.wordpress.com/sobre/>>. Acesso em: 29 de out. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>. Acesso em: 27 de out. de 2019.

_____. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 de 2012**. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/adpf54.pdf>>. Acesso em: 27 de out. de 2019.

_____. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 442, 2018.**

Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5144865>>. Acesso em: 03 de dez. de 2019.

_____. Código Penal. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 dezembro 1940.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 20 jul. 2019.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 28 de out. de 2019.

_____. **Decreto n.º 7.958 de março de 2013a.** Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm>. Acesso em: 25 de out. de 2019.

_____. **Lei n.º 12.845 de 1 de agosto de 2013b.** Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12845.htm>. Acesso em: 28 de out. de 2019.

_____. **Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 27 de out. de 2019.

_____. **LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 01 de jan. de 2020.

_____. **LEI Nº 13.104, DE 9 DE MARÇO DE 2015.** Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Disponível

em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm>. Acesso em: 02 de jan. de 2020.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: MS; 2006. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf>. Acesso em 2 de jan.2020.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3. ed atual. eampl. -Brasília: Ministério da Saúde, 2012. ISBN 978-85-334-1724-3. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em: 27 de out. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Aborto e saúde pública**: 20 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto.pdf>>. Acesso em: 27 de dez. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>. Acesso em: 27 de out. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf>. Acesso em: 27 de out. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 27 de out. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 27 de out. de 2019.

_____. **Portaria n.º 1.508/GM de 1º de setembro de 2005.** Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/mulher/Portaria%201508%20aborto.pdf>>. Acesso em: 27 de out. de 2019.

_____. **Portaria n.º 485 de 1 de abril de 2014.** Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html>. Acesso em: 29 de out. de 2019.

_____. **Projeto de lei 01-00352/2019a.** Cria medidas de apoio à mulher gestante e à preservação da vida na rede municipal de saúde. Disponível em: <<http://documentacao.saopaulo.sp.leg.br/iah/fulltext/projeto/PL0352-2019.pdf>>. Acesso em: 29 de dez. de 2019.

_____. **Projeto de lei n.º 1.135 de 1991.** Suprime o artigo que caracteriza crime o aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento; (liberalização do aborto); altera o Decreto-lei nº 2.848, de 1940. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=524097&filename=PRL+4+CSSF+%3D%3E+PL+1135/1991>. Acesso em: 29 de out. de 2019

_____. **Projeto de lei n.º 1.763 de 2007a.** Dispõe sobre a assistência à mãe e ao filho gerado em decorrência de estupro. Disponível em: <https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=4FE6D9FCB7D6425BF87010B60C63B4C0.proposicoesWebExterno2?codteor=499086&filename=Avulso+-PL+1763/2007>. Acesso em: 29 de out. de 2019

_____. **Projeto de lei n.º 176 de 1995.** Dispõe sobre a opção da interrupção da gravidez. Disponível em: <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD13ABR1995.pdf#page=26>>. Acesso em: 29 de out. de 2019

_____. **Projeto de lei n.º 20-B de 1991.** Dispõe sobre a obrigatoriedade de atendimento dos casos de aborto previstos no Código Penal, pelo Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=959294&filename=Dossie+-PL+20/1991>. Acesso em: 29 de out. de 2019

_____. **Projeto de lei n.º 4.642 de 2016.** Dispõe sobre a prevenção e conscientização dos riscos e consequências relacionados ao aborto. Disponível

em:<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=F90046BCC3385DB8E5E719104CEFE0CD.proposicoesWebExterno2?codteor=1443634&filename=Avulso+-PL+4642/2016>. Acesso em: 29 de out. de 2019

_____. **Projeto de lei n.º 478 de 2007b**. Dispõe sobre o Estatuto do Nascituro e dá outras providências. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=B44CA223BCCF8AB5F77C5F7498D093A1.node2?codteor=447598&filename=Avulso+-PL+478/2007>. Acesso em: 02 de nov. de 2019.

_____. **Projeto de lei n.º 5.069-A de 2013**. Tipifica como crime contra a vida o anúncio de meio abortivo e prevê penas específicas para quem induz a gestante à prática de aborto. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=21C019824729D598E4CB7B040D3FBB8A.proposicoesWeb2?codteor=1403866&filename=Avulso+-PL+5069/2013>. Acesso em: 02 de nov. de 2019

_____. **Projeto de lei n.º 6.335-A de 2009**. Dispõe sobre o direito à objeção de consciência como escusa ao princípio constitucional insculpido no inciso II do art. 5º da Constituição Federal; tendo parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, pela constitucionalidade, juridicidade, técnica legislativa e, no mérito, pela aprovação, com emenda. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=9D015DF799991BEF5F619CE24D777301.proposicoesWeb2?codteor=1393913&filename=Avulso+-PL+6335/2009>. Acesso em: 02 de nov. de 2019

_____. **Projeto de lei n.º 882 de 2015**. Estabelece as políticas públicas no âmbito da saúde sexual e dos direitos reprodutivos e dá outras providências. Disponível em:<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1313158&filename=Tramitacao-PL+882/2015>. Acesso em: 02 de nov. de 2019

_____. **Proposta de emenda à Constituição n.º 164, de 2012**. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=B1F802945CC278EEAAD215384BA80863.proposicoesWebExterno2?codteor=998261&filename=Avulso+-PEC+164/2012>. Acesso em: 02 de nov. de 2019

_____. **Proposta de emenda à Constituição n.º 29 de 2015**. Altera a Constituição Federal para acrescentar no art. 5º, a explicitação inequívoca “da inviolabilidade do direito à vida, desde a concepção. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=3455035&ts=1567535174314&disposition=inline>>. Acesso em: 02 de nov. de 2019

_____. **Requerimento de Desapensação n.º3072 de 2019.** Requer a desapensação do Projeto de Lei nº 564, de 2019, que dispõe sobre a representação e defesa dos interesses do nascituro, do Projeto de Lei nº 478, de 2007 e demais apensos. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=B267A9295BB622F87D67A92A902622DC.proposicoesWebExterno1?codteor=1838431&file name=Tramitacao-PL+564/2019> Acesso em: 02 de nov. de 2019

_____. **Requerimento n.º 1983 de 2019b.** Requer a criação da Frente Parlamentar Mista contra o Aborto e em Defesa da Vida. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=3A3A574C0DBCA23948DD7BA630BF7926.proposicoesWebExterno2?codteor=1780129&file name=REQ+1983/2019>. Acesso em: 02 de nov. de 2019

_____.Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher:** bases de ação programática. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** Princípios e Diretrizes. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf >. Acesso em: 23 de set. de 2019.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf>. Acesso em: 29 de set. de 2019.

CAMARGO, D. **Aborto legal e qualificação dos serviços em debate na Saúde.** Gov. RS. Novas Façanhas, 30 de novembro de 2016. Disponível em: <<https://estado.rs.gov.br/aborto-legal-e-qualificacao-dos-servicos-em-debate-na-saude>>. Acesso em: 02 de nov. de 2019.

CAMERA DOS DEPUTADOS. **Projetos de Lei e Outras Proposições / PL 20/1991,** 2019. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=14943>>. Acesso em: 20 de dez. de 2019.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei 20/1991,** 2019. Disponível em:<<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=14943>>. Acesso em: 02 de dez. de 2019.

CARLOTO, C. M.; DAMIÃO, N. A.. **Direitos reprodutivos, aborto e Serviço Social**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 132, p. 306-325, maio/ago. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n132/0101-6628-sssoc-132-0306.pdf>>. Acesso em 20 de dez. de 2019.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: O longo Caminho**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CARVALHO, P. **Qual a eficácia real da pílula, da camisinha e de outros anticoncepcionais?** Viva bem, 15 de junho de 2018. Disponível em: <<https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2018/06/15/anticoncepcional-qual-a-eficacia-de-cada-metodo-para-prevenir-a-gravidez.htm>>. Acesso em: 01 de jan. de 2020.

CARVALHO, R; IAMAMOTO, M. V. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 19. ed. São Paulo: Cortez, [Lima,Peru]: CELATS, 2006.

CARVALHO, T. R. **A antecipação terapêutica de parto na hipótese de anencefalia fetal**: estudo de casos do Instituto Fernandes Figueira e a interpretação constitucional do tribunal do Estado do Rio de Janeiro e o STF. Tese apresentada no Programa de Pós-Graduação em Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=8598@1>>. Acesso em: 8 de out. de 2019.

CASALI, G. P. et al. **Aborto inseguro: violência as populações femininas**. I Fórum Internacional de Serviço Social – Trabalho, Políticas Sociais e Fronteiras. UNIPAMPA, 2019.

CASTIEL, L. D. **O que é Saúde Pública?** Biblioteca de Saúde Pública, Fiocruz, 2019. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/bibsp/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=107>>. Acesso em: 02 de nov. de 2019.

CATALÁN, N. **Temas polêmicos na América Latina**. Como são tratados os assuntos tabus no Brasil e nos demais países da região, entre eles maconha, aborto e união gay. El país, 29 de maio de 2014. Disponível em: <https://elpais.com/elpais/2014/05/28/media/1401297211_864457.html>. Acesso em: 02 de nov. de 2019.

CEPIA. **Cidadania, estudo, pesquisa, informação e ação**. A cepia, 2019. Disponível em: <<https://cepia.org.br/a-cepia/>>. Acesso em: 01 de jan. de 2020.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. CFESS Manifesta. **Conferências Conjuntas de Direitos Humanos**. Brasília, 2016a. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2016-CfessManifesta-ConferenciasDH-Site.pdf>>. Acesso em: 02 de nov. de 2019.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. CFESS Manifesta: **Dia Latino-Americano e Caribenho pela Descriminalização das Mulheres e Legalização do Aborto**, 2017. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2017-CfessManifesta-Aborto-SerieConjunturaImpacto.pdf>>. Acesso em: 02 de nov. de 2019

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. CFESS Manifesta: **Dia Latino-Americano e Caribenho pela Descriminalização e Legalização do Aborto**. Brasília, 28 de setembro de 2016b. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2016-CfessManifesta-Aborto-Site.pdf>>. Acesso em: 02 de nov. de 2019.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Nota de repúdio do Conselho Federal de Serviço Social ao PL 5.069/2013**. Brasília (DF), 24 de setembro de 2015. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/nota-aborto-CFESS-2015.pdf>>. Acesso em: 26 de dezembro de 2019. 02 de nov. de 2019.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Revista inscrita**, ano 10, n. 14, dezembro de 2013. ISSN: 1415-0921. Disponível em: <<https://issuu.com/cfess/docs/inscrita14-cfess-site>> Acesso em: 02 de nov. de 2019

CHAUÍ, M. (1980). **O que é ideologia**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.

CIPRIANI, J. Veja 10 frases polêmicas de Bolsonaro que o deputado considerou 'brincadeira'. O EM reuniu algumas das declarações que ofenderam mulheres, homossexuais, negros e esquerdistas. **Estado de Minas**. Política. 14 de abril de 2018. Disponível em: <https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2018/04/14/interna_politica,951685/10-frases-polemicas-de-bolsonaro-que-o-deputado-considerou-brincadeira.shtml>. Acesso em: 02 de nov. de 2019.

CIQUEIRA, D. et al. Atlas da Violência. **IPEA e FBSP – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Fórum Brasileiro de Segurança Pública**, 2019. Disponível

em: <<https://static.poder360.com.br/2019/06/Atlas-da-Violencia-2019.pdf>>. Acesso em: 29 de out. de 2019.

CISNE, M. et al. Aborto inseguro: um retrato patriarcal e racializado da pobreza das mulheres. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 452-470, set./dez. 2018 ISSN 1982-0259. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v21n3/pt_1982-0259-rk-21-03-00452.pdf>. Acesso em: 20 de jul. 2019.

CNBB. Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. **Nota da CNBB**. Pela vida, contra o aborto, 2017. Disponível em: <<http://brasilsemaborto.org/wp-content/uploads/2017/04/NOTA-da-CNBB-sobre-o-Aborto.pdf.pdf>>. Acesso em: 01 de dez. de 2019.

COLOMBO, S. Oaxaca é segundo estado mexicano a legalizar aborto. Outros locais na América Latina onde procedimento é liberado são Cuba, Uruguai e Cidade do México. **Jornal Folha**, 26 de setembro de 2019. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2019/09/oaxaca-e-o-segundo-estado-mexicano-a-legalizar-aborto.shtml>>. Acesso em: 29 de out. de 2019.

CORDEIRO, F. Homem é preso por ejacular em passageira de ônibus em Vitória. Vítima avisou ao cobrador sobre o crime; agressor responderá por importunação sexual e pode pegar até 5 anos de prisão. **Jornal Estadão**, 26 de outubro de 2018. Disponível em: < <https://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,homem-e-preso-por-ejacular-em-passageira-de-onibus-em-vitoria,70002566266> >. Acesso em: 02 de jan. de 2020.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, v1.n1, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>>. Acesso em: 05 de out. de 2019.

DANTAS, D. Bolsonaro diz que assessora de Magno Malta é 'forte concorrente' a ministério, Contrária a pautas LGBT e legalização do aborto, Damares Alves foi indicada para Direitos Humanos. **Jornal O Globo Brasil**. 20 de novembro de 2018. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/brasil/2018/11/30/3046-bolsonaro-diz-que-assessora-de-magno-malta-forte-concorrente-ministerio>>. Acesso em: 29 de out. de 2019.

DARDOT, P; LAVAL, C. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. Tradução Heci Regina Candiani. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEITOS, Juliano Marcelino; SOBZINSKI, Janaina Silvana. **O materialismo histórico e dialético: contribuições para a análise de políticas educacionais**. Impulso, Piracicaba, 2015. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/impulso/article/download/2101/1660>>. Acesso em: 06 de jul. 2018.

DEL PRIORE, M. **Ao sul do corpo**: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.

_____. **Magia e medicina na colônia**: o corpo feminino. In: DEL PRIORE, Mary; BASSANEZI, Carla. **Histórias das mulheres no Brasil**. 4. Ed. São Paulo: Contexto, 2001.

_____. **Mulheres no Brasil colonial**. 2 ed. São Paulo: Contexto, 2003.

_____; VENANCIO, R. **Uma breve história do Brasil**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2010.

_____. **Histórias e conversas de mulher**. 2.ed. São Paulo: Planeta, 2014.

DESLANDES, S. F. et al. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 21ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994. Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 26 de jul. 2019.

DICIONARIO PRIBERAM. **Sensibilidade**. Disponível em: <<https://dicionario.priberam.org/sensibilidade>>. Acesso em: 03 de nov. de 2019.

DINIZ, D. MEDEIROS, M; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(2):653-660, 2017.

_____. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, 45(5):981-5, 2011.

_____; ALMEIDA, M. **Bioética e aborto**. Iniciação a Bioética. In: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei. **Iniciação à bioética**. Brasília : Conselho Federal de Medicina, 1998. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/Partellaborto.htm>. Acesso em: 02 de jan. de 2020.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Tradução de M.T. da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(3):847-852, 2014.

FARIAS, H. Com esquerda no poder, Argentina e Costa Rica abrem portas para o aborto. Com o novo protocolo, o aborto será possível em qualquer estágio da gravidez, se a "saúde física, mental e social" de uma mulher estiver em risco ou se a mãe tiver sido estuprada. **JM Notícias**, 21 de dezembro de 2019. Disponível em: <<https://www.jmnoticia.com.br/2019/12/21/com-esquerda-no-poder-argentina-e-costa-rica-abrem-portas-para-o-aborto/>>. Acesso em: 28 de dez. de 2019.

FEDERICI, S. **Calibã e Bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. Tradução Coletivo Sycorax. Editora Elefante, 2017.

FERRAZ, J. **Conselho realiza o Seminário Descriminalização do Aborto** – O que pensa a Enfermagem? COREN-RS, Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. 18 de março de 2019. Disponível em: <<https://www.portalcoren-rs.gov.br/index.php?categoria=servicos&pagina=noticias-ler&id=6771>>. Acesso em: 03 de nov. de 2019.

FERRUGEM, D. **Guerra às drogas e a manutenção da hierarquia racial**. Belo Horizonte: Letramento, 2019.

FREITAS, H. Educação é o melhor contraceptivo': Brasil tem piores índices de educação sexual na América Latina. País não conta com legislação que obrigue escolas a ensinar sobre o tema. **Jornal Estadão**, 12 de janeiro de 2017. Disponível em: <<https://emails.estadao.com.br/noticias/comportamento,educacao-e-o-melhor-contraceptivo-brasil-tem-piores-indices-de-educacao-sexual-na-america-latina,10000099685>>. Acesso em: 01 de jan. de 2020.

FRENTE NACIONAL CONTRA A CRIMINALIZAÇÃO DE MULHERES E PELA LEGALIZAÇÃO DO ABORTO. **Frente**, 2019. Disponível em: <<https://frentelegalizacaoaborto.wordpress.com/about/>>. Acesso em: 01 de jan. de 2020.

FREYRE, G. **Casa Grande & Senzala**: formação da família brasileira sobre o regime da economia patriarcal. 1. Ed, 1933. São Paulo: Maia & Schmidt.

GALEOTTI, G. **Historia del aborto**. 1ª ed. Buenos Aires: Nueva Visión, 2004.

GALLI, B; VIANA, P; SHIRAIWA, T. **Dossiê sobre aborto inseguro para advocacy: o impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres e na qualidade da atenção à saúde reprodutiva no estado do Rio de Janeiro**, 2019. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/outros-artigos-e-publicacoes/dossie-a-realidade-do-aborto-inseguro-o-impacto-da-ilegalidade-do-abortamento-na-saude-das-mulheres-e-nos-servicos-de-saude-do-estado-do-rio-de-janeiro/at_download/file>. Acesso em: 03 de nov. de 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo. Editora Atlas, 2007.

_____. **Métodos e Técnica de Pesquisa Social**. 6. ED. 5. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2012.

GRUPPI, L. **Tudo começou com Maquiavel: as concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci**. Tradução de Dario Canali. Porto Alegre: L&PM, 1980.

GUIMARÃES, J. **O que é Biopsicossocial**. Significados, 09 de setembro de 2019. Disponível em: <significados.com.br/biopsicossocial/>. Acesso em: 03 de nov. de 2019.

HAHNER, J. E. **Emancipação do sexo feminino: a luta pelos direitos das mulheres no Brasil. 1850-1940**. Tradução de Eliane Lisboa; apresentação de Joana Maria Pedro. Florianópolis: Editora Mulheres; Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003.

HYPENESS. **Se homem engravidasse, aborto teria sido resolvido há tempos, diz ministro do STF, 2019**. Disponível em: <<https://www.hypeness.com.br/2019/04/se-homem-engravidasse-aborto-teria-sido-resolvido-ha-tempos-diz-ministro-do-stf/>>. Acesso em: 02 de jan. de 2020.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. In: ABEPSS. **Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**. Ano. 2, n.3 (jan/hul). Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-201804131245276705850.pdf>. Acesso em: 03 de nov. de 2019.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

IBDCIVIL. Instituto Brasileiro de Direito Civil. Análise do voto-vista do ministro luís roberto barroso no julgamento do habeas corpus n. 124.306/RJ e seus fundamentos para descriminalização da interrupção voluntária da gestação no primeiro trimestre da gestação. **Revista Brasileira de Direito Civil**. Vol. 10, out/dez 2016.

INSTITUTE GUTTMACHER. **Aborto en América Latina y el Caribe**. Hoja informativa, 2018. Disponível em:<<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-lac-es.pdf>>. Acesso em: 03 de nov. de 2019.

JOLL, J. **As Idéias de Gramsci**. São Paulo(SP): CULTRIX, 1979.

JULIO, S. S. Mulheres indígenas na América Latina Colonial. Lugares dos historiadores: velhos e novos desafios. **Anais do XXVIII Simpósio Nacional de História**. Florianópolis, 2015. Disponível em:<http://www.snh2015.anpuh.org/resources/anais/39/1439240941_ARQUIVO_Anpuh2015.pdf>. Acesso em: 20 de set. de 2019.

LABOISSIÉRE, P. 8,7 mil crianças e adolescentes esperam. **Portal EBC, Agência Brasil**, 25 de maio de 2018. Disponível em:<<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-05/brasil-tem-87-mil-criancas-espera-de-uma-familia-diz-cnj>>. Acesso em: 03 de nov. de 2019.

LACERDA, L. E. P. Exercício profissional do assistente social: da imediaticidade às possibilidades históricas. **Revista Serviço Social e Sociedade**, v. 117, p.22-44, 2014.

LACERDA, M. B. **Colonização dos corpos**: ensaio sobre o público e o privado. Patriarcalismo, patrimonialismo, personalismo e violência contra as mulheres na formação do Brasil. Dissertação de Mestrado em Direito. Programa de Pós-Graduação em Direito. Rio de Janeiro, 2010.

LIMA, J. D. Ministro da Saúde indicado por Bolsonaro é contra o aborto e crítico do ministro Barroso, do STF. Luiz Henrique Mandetta comandará a pasta que foi dominada por entusiastas do aborto nos governos petistas. Blog da Vida. Sempre família. **Gazeta do Povo**, 20 de novembro de 2018. Disponível em:<<https://www.semprefamilia.com.br/blog-da-vida/ministro-da-saude-indicado-por-bolsonaro-e-contra-o-aborto-e-critico-do-ministro-barroso-do-stf/>>. Acesso em: 29 de out. de 2019.

LIMA, J. A. Não se morre mais de aborto. Com a popularização do misoprostol, diminuiu o número de mulheres que morrem ao abortar. A probabilidade de seqüelas,

contudo, não está eliminada, uma vez que as mulheres podem não usar a dose correta e o medicamento, de uso restrito, pode ser adulterado. **Revista época**, 2019. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDR83215-6014,00.html>>. Acesso em: 02 de jan. de 2020.

LINDNER, J; MONTEIRO, T. Importunação sexual vira crime, com pena de até 5 anos de prisão. Lei foi sancionada nesta segunda-feira pelo presidente da República em exercício, ministro Dias Toffoli, do STF. **Jornal Estadão**, 24 de setembro de 2018. Disponível em: < <https://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,importunacao-sexual-vira-crime-com-pena-de-ate-5-anos-de-prisao,70002517544> >. Acesso em: 02 de jan. de 2020

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12(2):335-342, 2007.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(2):563-572, 2016.

MAGALHÃES. V. P. **Características do desmonte neoliberal na seguridade social brasileira**. 80 Anos de serviço social: tendências e desafios, 2017. Disponível em: <<https://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/c7/c79ed2bc-8a4b-4079-b9e8-0ece5f5baaf3.pdf>>. Acesso em: 03 de nov. de 2019.

MARCHA MUNDIAL DAS MULHERES. **Entidades lançam alerta feminista em defesa dos direitos das mulheres**. 4 de dezembro de 2017. Disponível em<<https://www.marchamundialdasmulheres.org.br/entidades-lancam-alerta-feminista-em-defesa-dos-direitos-das-mulheres/>>. Acesso em: 01 de jan. de 2020.

MARTINS, E. F. et al. Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. **Cadernos de Saúde Pública** 2017; 33(1). Disponível em:<<https://www.scielo.org/pdf/csp/2017.v33n1/e00133115/pt>>. Acesso em: 04 de nov. de 2019.

MARTINS, F.; GOULART, M. Feminismo, Direito e Aborto: Articulações possíveis e necessárias para a emancipação de gênero, **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, Santa Catarina, v. 123/2016, p. 233-258, set. 2016. Disponível em: < [file:///E:/Documentos/Downloads/RTDoc%2018-10-2018%207_59%20\(AM\).pdf](file:///E:/Documentos/Downloads/RTDoc%2018-10-2018%207_59%20(AM).pdf)>. Acesso em: 04 de nov. de 2019.

MAZUI, G; SOUSA, Y. 'Nós queremos Brasil sem aborto', diz futura ministra de Mulher, Família e Direitos Humanos. Assessora do senador Magno Malta, Damares Alves afirmou que 'aborto não desengravidaria nenhuma mulher'. A pastora evangélica foi anunciada nesta quinta (6) para o primeiro escalão. **Jornal G1**, 06 de dezembro de 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2018/12/06/nos-queremos-brasil-sem-aborto-diz-futura-ministra-de-mulher-familia-e-direitos-humanos.ghtml>>. Acesso em: 20 de dez. de 2019.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 17(1): 296, janeiro-abril/ 2009, p. 38-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2009000100003&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 04 de nov. de 2019.

MELO, M. E. V.; GALLI, B. **Mortalidade Materna e Aborto Inseguro**: uma questão de direitos humanos das mulheres, 2019. Disponível em: <http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/660_781_MortalidadeMaternaDH.pdf>. Acesso em: 01 de jan. de 2020.

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, vol. 23, nº 1, jan. - abr., 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/op/v23n1/1807-0191-op-23-1-0230.pdf>>. Acesso em: 04 de nov. de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional da Saúde. **Resoluções 1998, 287**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm>. Acesso em: 28 de dez. de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). **Gestão do SUS**, 2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/gestao-do-sus/cooperacao-em-saude/parceiros/organizacao-pan-americana-da-saude-opas-oms>>. Acesso em: 20 de set. de 2019.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. **Fecundidad, mortalidad infantil y materna**: tendencias a la baja, 2017. Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/fecundidad-mortalidad-infantil-y-materna-tendencias-la-baja>>. Acesso em: 02 de jan. de 2020.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. **Uruguay lidera en América baja de indicadores de mortalidad materna y embarazo adolescente**, 2019. Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/uruguay>>

lidera-america-baja-indicadores-mortalidad-materna-embarazo>. Acesso em: 02 de jan. de 2020.

MIRANDA, C. A. B. **A arte de curar nos tempos da colônia**: limites e espaços da cura.3.ed.rev.ampl. e atual. - Recife: Ed. Universidade da UFPE, 2017. Disponível em: <<https://www.ufpe.br/documents/39938/950195/E-book+A+ARTE+DE+CURAR.pdf/79de256e-161d-4fb1-bf4e-e802193f223a>>. Acesso em: 12 de agos. de 2019.

MORAIS, T. Bolsonaro reforça sua posição contrária à legalização do aborto. **Renova Mídia**, 26 de janeiro de 2019. Disponível em: <<https://renovamidia.com.br/bolsonaro-reforca-sua-posicao-contraria-a-legalizacao-do-aborto/>>. Acesso em: 04 de nov. de 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Abortamento seguro**: orientações técnica e de políticas para sistemas de saúde.2ª ed. 2013.

ONU. Nações Unidas Brasil. **Taxas de aborto em países desenvolvidos caem mais que nos países em desenvolvimento**. 23 de maio de 2016. Disponível em:<<https://nacoesunidas.org/taxas-de-aborto-em-paises-desenvolvidos-caem-mais-que-nos-paises-em-desenvolvimento/>>. Acesso em 10 de dez. de 2019.

OPAS BRASIL. **Folha informativa** - Mortalidade materna. agosto de 2018.Disponível em:<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820>. Acesso em: 04 de nov. de 2019.

PAINS, C. Brasil tem menos parlamentares mulheres do que 151 países. Apenas 10,5% do Congresso é feminino; País fica atrás até de Djibuti e Burkina Faso. **Jornal O Globo**, 7 de março de 2019. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/brasil-tem-menos-parlamentares-mulheres-do-que-151-paises-22462336>>. Acesso em: 04 de nov. de 2019.

PANDJIARIJIAN, V; PIMENTEL, S. **Aborto**: discriminar para não discriminar. In: PEREIRA, G. Irotilde; et al. Aborto legal: implicações éticas e religiosas. Cadernos. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2002. Disponível em:<<http://catolicas.org.br/wp-content/uploads/2014/08/publica%C3%A7%C3%A3o-aborto-legal-implicacoes-eticas-2002.pdf>>.Acesso em: 20 de jul. de 2019.

PASSARINHO, N. Brasileiras procuram abortos seguros nos poucos países da América Latina onde prática é legal. **Jornal BBC News Brasil**, 10 de agosto de

2018. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-45135808>>. Acesso em: 04 de nov. de 2019.

PATEMAN, C. **O contrato social**. Tradução Marta Avancini. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993. Disponível em: <<https://www.dropbox.com/s/kkl11j4vg2s6cue/Carole%20Pateman%20-%20O%20Contrato%20Sexual%20completo.pdf?dl=0>>. Acesso em: 01 de jan. de 2020.

PATRIOTA, T. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**: Plataforma de Cairo. Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres, 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 05 de nov. de 2019.

PAZ, R. **O catolicismo e questões bioéticas**. In: GOLDIM, José Roberto et al. (Org.) *Bioética e espiritualidade*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

PIZZI, M. L. G. Conceituação de família e seus diferentes Arranjos. *Ensino de Sociologia em Debate*. **LENPES-PIBID de Ciências Sociais** - UEL. Edição Nº. 1, Vol. 1, jan-jun. 2012.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Brasil. **O que é Desenvolvimento Humano**, 2019b. Disponível em:<<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-desenvolvimento-humano.html>>. Acesso em: 05 de nov. de 2019.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Brasil. **O que é o IDH**, 2019a. Disponível em:<<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-o-idh.html>>. Acesso em: 05 de nov. de 2019.

PORTAL RAÍZES. **Por Que A Chamada “Bela, Recatada E Do Lar” Trouxe Tanta Revolta Às Redes Sociais?**, 2019. Disponível em:<<https://www.portaltraizes.com/1belarecatadaedolar/>>. Acesso em: 05 de nov. de 2019.

PREFEITURA DE PORTO ALEGRE. Secretária municipal da saúde. **Apresentação**, 2019. Disponível em:<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=807>. Acesso em: 05 de nov. de 2019.

RAGO, L. M. **Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

RAMINELLI, R. **Eva Tupinambá**. In: DEL PRIORE, Mary; BASSANEZI, Carla. *Histórias das mulheres no Brasil*. 4.ed. São Paulo: Contexto, 2001.

REPRODUCTIVE RIGHTS. **Aborto y Derechos Reproductivos en América Latina: implicaciones para la democracia**, 2015. Disponível em: <<https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Aborto-y-Derechos-Reproductivos-en-America-Latina.pdf>>. Acesso em: 10 de dez. de 2019.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

RIO DE JANEIRO (Estado). Defensoria Pública Geral. **Entre a morte e a prisão: quem são as mulheres criminalizadas pela prática do aborto no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www.defensoria.rj.def.br/uploads/arquivos/c70b9c7926f145c1ab4cfa7807d4f52b.pdf>>. Acesso em: 02 de jan. de 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2016.

ROMIO, J. A. F. **Femicídios no Brasil, uma proposta de análise com dados do setor de saúde**. Tese (Doutorado em Demografia) Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/330347/1/Romio_JackelineAparecidaFerreira_D.pdf>. Acesso em: 05 de nov. de 2019.

SACONI, J. P. Cotada para ministra diz que 'mulher nasce para ser mãe' e 'infelizmente tem que ir para o mercado de trabalho, Damares Alves é considera "forte concorrente" para pasta dos Direitos Humanos. **Jornal o Globo Brasil**. 30 de novembro de 2018. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/brasil/cotada-para-ministra-diz-que-mulher-nasce-para-ser-mae-infelizmente-tem-que-ir-para-mercado-de-trabalho-23272762>> Acesso em: 29 de out. de 2019.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, J. S. **Questão social**: particularidades no Brasil. Biblioteca Básica, Serviço Social. Editora Cortez, 2012.

SCAVONE, L. **A maternidade e o feminismo**: diálogo com as ciências sociais. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a08.pdf>>. Acesso em: 20 de jun. 2019.

SENADO FEDERAL. **Sugestão nº 15, de 2014**. Regular a interrupção voluntária da gravidez, dentro das doze primeiras semanas de gestação, pelo sistema único de saúde. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=3514212&ts=1567535242662&disposition=inline>>. Acesso em: 05 de nov. de 2019.

SGRECCIA, E. **Manual de bioética I**: Fundamentos e ética biomédica. Tradução Orlando Soares Moreira. 2º ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

SILVA, L. S. **Mulheres em cena**: as novas roupagens do primeiro damismo na Assistência Social. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=15501@1>>. Acesso em: 06 de nov. de 2019.

SILVA, M. B. N. **Mulheres brancas no fim do período colonial**. Cadernos Pagu, (4), 75-96, 2008.

SIMIONATTO, I. **O social e o político no pensamento de Gramsci**. In: AGGIO, A. (Org.). Gramsci: vitalidade de um pensamento. São Paulo: Ed. da Unesp, 1998, p. 37-64.

SODRÉ, N. V. **Desenvolvimento brasileiro e luta pela Cultura Nacional**. Itu (SP): Ottoni Editora, 2010.

SOUZA, J. M. A. Edmund Burke e a gênese conservadorismo. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 126, p. 360-377, maio/ago. 2016.

TIBURI, M. **Feminismo em comum**: para todas, todes e todos. 2ª edição. Editora Rosa dos Tempos. Rio de Janeiro, 2018.

TINTI, E. C. **Capitalismo, trabalho e serviço social**. In: Capitalismo, trabalho e formação profissional: dilemas do trabalho cotidiano dos assistentes sociais em Ribeirão Preto. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURCK, M. G. G. **Serviço Social Metodologia da Prática Dialética**. Porto Alegre: Editora Gratürck, 2012.

UNDP. United Nations Development Programme. **Human Development Report 2019. Beyond income, beyond averages, beyond today: Inequalities in human development in the 21st century, 2019**. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2019.pdf>>. Acesso em: 27 de dez. de 2019.

VAINFAS, R. **Homoerotismo feminino e o Santo Ofício**. In: PRIORI, Mary Del(org); Carla Bassanezi(coord. de textos). 9.Ed. 1ª reimpressão- São Paulo: Contexto, 2008. p. 115-139.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3ª edição. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA, 2009.

VIANA, R.C.; NOVAES, M. R. C. G.; CALDERON, I. M. P. Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada. **Ciências da Saúde** - 22 Sup1:S141-S152, 2011.

VILLELA, W. V. **Aborto, saúde e cidadania**. São Paulo: Edit. Unesp, 2011.

_____. **Saúde integral, reprodutiva e sexual da mulher**. Redefinindo o objeto de trabalho a partir do conceito de gênero e da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Coletivo feminista: sexualidade e saúde, 2016.

VIEIRA, G. A. **HC 124.306 e a criação de um precedente**. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 22, n. 5230, 26 out. 2017. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/60711/hc-124-306-e-a-criacao-de-um-precedente>>. Acesso em: 22 de dez. de 2019.

VIOLIN, T. C. A sociedade civil e o Estado ampliado, por Antonio Gramsci. **Revista Eletrônica do CEJUR**, v. 1, n. 1, ago./dez. 2006.

WALBERT, A.; FERREIRA, P. **Entenda a hierarquia de governo da igreja católica**. Portal EBC, 4 de março de 2013. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/noticias/internacional/2013/03/entenda-a-hierarquia-de-governo-da-igreja-catolica>>. Acesso em: 06 de nov. de 2019.

WARREN, I.S. Redes **de movimentos sociais na América Latina**: caminhos para um política emancipatória?. Caderno CRH, Salvador, v. 21, n. 54, p. 505-517, Set./Dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v21n54/07.pdf>>. Acesso em: 20 de dez. de 2019.

ZORDAN, P. B. M. B. G. Bruxas: figuras de poder. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 13(2): 256, maio-agosto/2005.



APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “O debate sobre o aborto e a Política de Saúde no Rio Grande do Sul”, cujo objetivo geral é conhecer e analisar a compreensão da sociedade civil e dos gestores das Políticas de Saúde sobre o Aborto e analisar as ações, programas e estratégias criadas para a proteção das mulheres, a fim de contribuir com subsídios para potencializar o debate no campo da saúde e direito da mulher. Acreditamos que esta pesquisa seja importante para compreender como aborto tem sido abordado pela sociedade civil e pela política de saúde, visto que estes também são responsáveis pela condução do debate dentro da sociedade, assim, identificando os aspectos que cercam essa discussão para a partir disso desenvolver estratégias que realmente contribuam para proteção da saúde e vida das mulheres que acabam sendo prejudicadas por esse procedimento quando realizado clandestinamente.

Para a realização deste estudo será utilizado à técnica de entrevista semiestruturada em conjunto com o instrumento formulário com questões abertas e fechadas, que levará aproximadamente 35 minutos, em local decidido junto entrevistado. As respostas serão gravadas, Será aplicado esse conjunto de técnica e instrumento ao representante _____. Os dados gravados (coletados) serão transcritos, ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora principal por um período de 5 anos e após serão destruídos.

É possível que aconteça os seguintes desconfortos ou riscos como sentimento de exposição, constrangimento ou/e desconforto em relação ao tema por ser um debate delicado e complexo, ultrapassar o tempo estimado de entrevista, cansaço ao responder as perguntas, devolução ou comunicação inapropriada de resultados dos estudos, o entrevistado em algum momento expor algo que não gostaria que fosse analisado, o que deverá ser imediatamente retirado. Você não receberá qualquer remuneração pela participação, não terá nenhuma interferência no seu trabalho ou rotina. Assim como poderá retirar seu consentimento em qualquer momento do estudo, cessando sua participação. Neste caso, qualquer informação sua não será utilizada, sem prejuízo para a pesquisa ou para você.

Os benefícios esperados neste estudo são elementos que possam contribuir em pesquisa que poderá auxiliar na formulação de estratégias que facilitem o debate sobre aborto entre sociedade civil e a política de saúde da mulher, promovendo a discussão para o campo da saúde e do direito sexual e reprodutivo da mulher, visando o desenvolvimento de mecanismos que previnam os efeitos prejudiciais do aborto inseguro através da proteção à saúde e vida das mulheres, e futuramente possa contribuir com subsídios para a descriminalização e legalização do procedimento, visto que apenas resistir ao debate ou julgá-lo moralmente e religiosamente não minimiza ou números de abortamentos realizados. As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo.

Caso você tenha dúvidas ou necessite algum esclarecimento, entrar em contato com a pesquisadora responsável Dra. Prof. Maria Isabel Barros Bellini pelo telefone (55) 3320-4515 ou com a acadêmica Gessiane Pereira Casali pelo telefone (51) 9 96388279, como também com o Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública, pelo telefone (51)3901-1532, Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS pelo telefone (51) 3320.3345, ou o Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP/SMS pelo telefone(55) 3289 -5517.

Autorização:

Eu, _____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresse minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Nome e assinatura do voluntário

Nome e assinatura de uma testemunha

Nome e assinatura pesquisador(a) responsável

Nome e assinatura da acadêmica pesquisadora

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo.

(Local), ____ de ____ de 20____.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido respeita as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

APÊNDICE B - Instrumento para entrevista com o Gestor Municipal e Estadual da Política de Saúde de Porto Alegre.

1. Quais as ações, políticas, programas existem para amparo e proteção da saúde feminina?
2. De que forma o aborto é abordado pela política de saúde?
3. Quais são as ações previstas na política de saúde para trabalhar o aborto inseguro?
4. Atualmente há alguma estratégia para compreender os reflexos do aborto inseguro na saúde e vida das mulheres?
5. O que você pensa sobre o efeito se houvesse a descriminalização e/ou legalização do aborto?
6. A descriminalização e/ou legalização poderia contribuir para diminuir os dados de mortes maternas e de mulheres?
7. Diante desse contexto de abortos inseguros e precário como é possível garantir a proteção a saúde das mulheres?

APÊNDICE C - Instrumento para entrevista com os profissionais da saúde de Porto Alegre (Enfermagem e Serviço Social).

O Conselho tem acompanhado os debates sobre o aborto?

Qual a opinião do Conselho a respeito do que está sendo debatido?

Qual a compreensão do Conselho sobre o que é o aborto?

A discussão sobre o aborto tem sido uma pauta da sua categoria profissional e de que forma é debatida? Quem participa do debate? Qual a frequência? O que fez com que fosse incluído na pauta? Foi organizado algum tipo de grupo de discussão? Um fórum?

A sua categoria profissional tem discutido sobre os números de aborto realizados de forma insegura e que acabam sendo terminados no sistema de saúde ou acarretam em sequelas à saúde da mulher ou sua morte? Tem discutido/ pensado estratégias?

O que você pensa sobre o efeito se houvesse a descriminalização e/ou legalização do aborto?

A descriminalização e/ou legalização poderia contribuir para diminuir os dados de mortes maternas e de mulheres?

Por estar inserido no campo da saúde poderia identificar as consequências de um aborto realizado de forma insegura e precária?

APÊNDICE D - Instrumento para entrevista com os grupos religiosos e com os de Porto Alegre.

1. Como aborto é compreendido pela sua Igreja/religião?
2. O aborto tem estado nas suas discussões?
3. Como é abordado a questão do aborto, visto que através de estudos pode se constatar que mulheres religiosas também o realizam?
4. Há algum contexto/situação em que o aborto seja aceito?
5. Quais são as estratégias e ações propostas para evitar o aborto clandestino e inseguro?
6. Como vocês articulam a saúde da mulher e o aborto?
7. O que você pensa sobre o efeito se houvesse a descriminalização e/ou legalização do aborto?
8. A descriminalização e/ou legalização poderia contribuir para diminuir os dados de mortes maternas e de mulheres?

APÊNDICE E - Instrumento para entrevista com o Movimento Feminista de Porto Alegre.

1. Como o aborto é compreendido pelo movimento?
2. Quais são as estratégias de abordagem para debater sobre o aborto?
3. Atualmente o movimento tem se articulado com outros movimentos, órgãos, conselhos, grupos religiosos?
4. O que você pensa sobre o efeito se houvesse a descriminalização e/ou legalização do aborto?
5. A descriminalização e/ou legalização poderia contribuir para diminuir os dados de mortes maternas e de mulheres?
6. Quais argumentos são utilizados para fortalecer o debate sobre a descriminalização e legalização do aborto?
7. Quais as estratégias que estão sendo desenvolvidas para contribuir no debate sobre o aborto?

APÊNDICE F - Roteiro para pesquisa documental

Data de elaboração do documento:

Tipo de documento:

Responsável pela elaboração do documento:

Ideias principais:

Palavra-chave:

Relação com os outros documentos:

Relação com a temática:

PROPOSTAS PARA CRIMINALIZAR O ABORTO

NÚMERO	SOBRE	AUTOR	SITUAÇÃO	LINK PARA ACESSO
PL 478/2007	Dispõe sobre o Estatuto do Nascituro e dá outras providências. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 1940 e a Lei nº 8.072, de 1990. (confere ao embrião proteção jurídica).	Srs. Luiz Bassuma, e Miguel Martini)	Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher (CMULHER)	https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=345103
PL 1763/2007	Dispõe sobre a assistência à mãe e ao filho gerado em decorrência de estupro.	Srs. Jusmari Oliveira, e Henrique Afonso	Apensado ao PL 478/2007	https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=362577
PL 6.335-A/2009	Dispõe sobre o direito à objeção de consciência como escusa ao princípio constitucional insculpido no inciso II do art. 5º da Constituição Federal.	Sr. Gonzaga Patriota	Pronta para Pauta no PLENÁRIO (PLEN)	https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=457993
PEC 164/2012	Estabelece a inviolabilidade do direito à vida desde a concepção.	Srs. Eduardo Cunha, João Campos e outros	Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)	https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=543252
PL 5069-A/2013	Tipifica como crime contra a vida o anúncio de meio abortivo e prevê penas específicas para quem induz a gestante à prática de aborto.	Sr. Eduardo Cunha e outros	Pronta para Pauta no PLENÁRIO (PLEN)	https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=565882
PEC 29/2015	Altera a Constituição Federal para acrescentar no art. 5º, a explicitação inequívoca “da inviolabilidade do direito à vida, desde a concepção.	Senador Magno Malta e outros.	MATÉRIA COM A RELATORIA	https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/120152
PL 4642/2016	Dispõe sobre a prevenção e conscientização dos riscos e consequências relacionados ao aborto.	Sr. Flavinho	Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher (CMULHER)	https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2078898
PL 0352/2019	Cria medidas de apoio à mulher gestante e à preservação da vida na rede municipal de saúde.	Vereador Fernando Holiday	Tramitando	https://www.radarmunicipal.com.br/proposicoes/projeto-de-lei-352-2019
REQ 1983/2019	Requer a criação da Frente Parlamentar Mista contra o Aborto e em Defesa da Vida.	Sra. Deputada Federal Chris Tonietto	Não tem situação	https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2212376
PL 564/2019	Dispõe sobre a representação e defesa dos interesses do nascituro.	Deputada Federal Chris Tonietto	Apensado ao PL 478/2007	https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2191495
REQ 3072/2019	Requer a desapensação do Projeto de Lei nº 564, de 2019, que dispõe sobre a representação e defesa dos interesses do nascituro, do Projeto de Lei nº 478, de 2007 e demais apensos.	Chris Tonietto	Aguardando Despacho do Presidente da Câmara dos Deputados	https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2231033

Fonte: Casali(2019)

PROPOSTAS PARA DESCRIMINALIZAR O ABORTO

NÚMERO	SOBRE	AUTOR	SITUAÇÃO	LINK PARA ACESSO
PL 20-B/1991	Dispõe sobre a obrigatoriedade de atendimento dos casos de aborto previstos no Código Penal, pelo Sistema Único de Saúde	Eduardo Jorge - PT/SP	Aguardando Deliberação do Recurso na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA)	https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=14943
PL 1135/1991:	Suprime o artigo que caracteriza crime o aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento; (liberalização do aborto); altera o Decreto-lei nº 2.848, de 1940.	Deputados Eduardo Jorge e Sandra Starling	Apensado: PL 176/1995. Arquivada	https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=16299
PL 176/1995.	Dispõe sobre a opção da interrupção da gravidez.	José Genoíno - PT/SP	Apensado ao PL 1135/1991	https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=15125
ADPF 54	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54- pede-se a declaração de inconstitucionalidade, com eficácia para todos e efeito vinculante, da interpretação dos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848/40) que impeça a antecipação terapêutica do parto na hipótese de gravidez de feto anencéfalo, previamente diagnosticada por profissional habilitado.	: MIN. MARCO AURÉLIO	Aprovado	http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2226954 http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticia/stf/anexo/adpf54.pdf
SUG 15/2014:	Regular a interrupção voluntária da gravidez, dentro das doze primeiras semanas de gestação, pelo sistema único de saúde.	Dirceu Viera Machado Filho	Arquivada	https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/119431
PL 882/2015	Estabelece as políticas públicas no âmbito da saúde sexual e dos direitos reprodutivos e dá outras providências.	Jean Wyllys - PSOL/RJ	Apensado ao PL 313/2007	https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1050889
ADPF 442/2018:	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. Dispõe sobre a descriminalização do aborto.	PARTIDO SOCIALISMO E LIBERDADE (P-SOL)	Em tramite	https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5144865

Fonte: Casali(2019)

PRODUÇÕES: BIBLIOTECA DIGITAL BRASILEIRA DE TESES E DISSERTAÇÕES

	TÍTULO	AUTOR	TESE/ DISSER- TAÇÃO	ANO	PROGRAMA	LINK	PALAVRA-CHAVES	SOBRE:
1	A intervenção do assistente social frente a solicitação do aborto	Simone Lolatto	Dissertação	2004	Programa de Pós-graduação em Serviço Social - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico.	http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/88197	Aborto. Assistente Social. Serviço Social. Intervenção. Ética. Questão social. Direito. Reprodutivo. Políticas públicas de saúde.	O aborto clandestino, compreendendo a prática como um direito reprodutivo da mulher.
2	Aborto pós-estupro : uma trama (des)conhecida entre o direito e a política de assistência à saúde da mulher	Elcylene Maria de Araújo-Leocádio	Dissertação	2006	Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília	http://repositorio.unb.br/handle/10482/2364	Aborto legal- legislação e implementação de políticas. Assistência a saúde da mulher - aborto pós-estupro. Violência sexual-estupro. direitos sexuais e reprodutivos - direito ao aborto	O aborto legal e fatores para implementação do acesso.
3	Sentidos da vida na controvérsia moral sobre o abortamento induzido: o caso da anencefalia	Flávia Regina Guedes Ribeiro	Dissertação	2008	Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social	https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17248	Controvérsia. Sentidos de Vida. Anencefalia. Práticas Discursivas. Retórica.	A controvérsia moral sobre o abortamento induzido e os sentidos sobre a vida, com foco no caso da anencefalia.
4	Infância associada ao tema aborto voluntário em peças jornalísticas publicadas no jornal online da Folha de S. Paulo (1997-2005)	Vanessa Monteiro Bizzo	Dissertação	2008	Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17267	Infância. Mídia. Ideologia. Estudos sobre infância. Aborto voluntário.	O tratamento dado à infância em peças jornalísticas publicadas sobre o aborto voluntário
5	Cotidiano, ética e saúde: o serviço social frente à contra-reforma do Estado e à criminalização do aborto	Maurílio Castro de Matos	Tese	2009	Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social -Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	https://tede2.pucsp.br/handle/handle/18000	Serviço Social. Saúde, Ética. Aborto.	O cotidiano de trabalho do assistente social na saúde, com dois eixos principais, a contra-reforma do Estado na Saúde e a criminalização do aborto no Brasil.

6	Saúde entre o social, o científico e o jurídico: o abortamento de anencéfalos	Suelen Chirieleison Terruel	Dissertação	2011	Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade estadual Paulista " Júlio de Mesquita Filho"	http://hdl.handle.net/11449/98593	Anencefalia. Abortamento de anencéfalos. Dignidade humana.	A situação de abortamento em caso de anencefalia.
7	Aborto legal e políticas públicas para mulheres : interseções, construção, limites	Delaine Santana de Melo Cavalcanti	Tese	2011	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife	https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9477	Aborto; Aborto Legal; Política de Saúde da Mulher; Direitos Reprodutivos; Gênero; Patriarcado; Violência contra a Mulher	As interfaces entre ações públicas municipais relacionadas ao aborto legal e sua efetivação.
8	Humanização na atenção à saúde das mulheres em processo de abortamento no Instituto de saúde Elpidio de Almeida em Campina Grande-PB	Mary Help Ibiapina Alves	Dissertação	2015	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - PPGSS	http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/2894	Humanização. Aborto. Atenção à saúde. Saúde da mulher	A efetivação dos princípios da humanização nos serviços de abortamento.
9	O serviço de cuidado à saúde de crianças e adolescentes atendidas no SAVVIS em Manaus	Lilian Augusta Rosa Machado Maciel	Dissertação	2015	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - PPGSS	http://tede.ufam.edu.br/handle/tede/5008	Violência sexual. Criança e adolescente	Os serviços de atendimento a violência sexual, constata a não realização do aborto legal.
10	"Eu aborto, tu abortas, somos todas clandestinas" mídia e aborto: uma perspectiva do feminismo decolonial	Fernanda Marcela Torrentes Gomes	Dissertação	2017	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico	https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/188077	Aborto. Feminismo decolonial. Mídia.	A discussão do aborto em dois veículos de comunicação, realizando a abordagem a partir do feminismo decolonial.
1	Se podes olhar, vê : o aborto no cotidiano de trabalho das assistentes sociais	Nayara André Damião	Dissertação	2018	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social- Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados	http://www.biblioteca.digital.uel.br/document/?code=vtls000218077	Serviço social, Aborto, Patriarcado, Direitos reprodutivos	Percepção das/os assistentes sociais sobre o aborto no cotidiano profissional.

Fonte: Casali(2019)

Na busca realizada na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, constatou que das onze (11) produções, cinco (05) abordam o tema do aborto sob a perspectiva do procedimento legal (sem o peso da criminalização), quatro (04) sob perspectiva do aborto clandestino (criminalizado), e dois (02) discutem o aborto em casos de anencefalia, em vista das datas da publicação, ainda não era permitido pela legislação brasileira (ADPF %\$ foi aprovada em 2012 – que garante o aborto legal em casos de feto anencefálicos). Realizando o recorte de gênero, das onze (11) produções, dez(10) foram realizadas por mulheres, e uma (1) por um homem. Das onze (11) produções, nove(09) são dissertações e duas (2) são teses. As palavras-chaves utilizadas para a busca foram aborto e abortamento, e não houve delimitação de período temporal. A produção "Bela, recatada, do lar e clandestina: perspectivas sobre o aborto inseguro" tem como intuito contribuir na intervenção e diálogo dos profissionais da saúde, principalmente o profissional de serviço social, e os demais setores da sociedade diante da situação de aborto inseguro e clandestino. Propõe o diálogo com diferentes segmentos que compõe sociedade civil, juntamente com a política de saúde para as mulheres, apontando sua percepção e ações para tratar o aborto clandestino

PRODUÇÕES: CATÁLOGO DE TESES DE DISSERTAÇÕES

	TÍTULO	AUTOR	TE-SE/DISSERTAÇÃO	ANO	PROGRAMA	LINK	PALAVRA-CHAVES	SOBRE:
1	A intervenção do assistente social frente a solicitação do aborto	Simone Lolatto	Dissertação	2004	Programa de Pós-graduação em Serviço Social - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico.	http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/88197	Aborto. Assistente Social. Serviço Social. Intervenção. Ética. Questão social. Direito. Reprodutivo. Políticas públicas de saúde.	O aborto clandestino, compreendo a prática como um direito reprodutivo da mulher.
2	Aborto pós-estupro : uma trama (des)conhecida entre o direito e a política de assistência à saúde da mulher	Elcylene Maria de Araújo Leocádio	Dissertação	2006	Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília	http://repositorio.unb.br/handle/10482/2364	Aborto legal- legislação e implementação de políticas. Assistência a saúde da mulher - aborto pós-estupro. Violência sexual-estupro. direitos sexuais e reprodutivos - direito ao aborto	O aborto legal e fatores para implementação do acesso.
3	Sentidos da vida na controvérsia moral sobre o abortamento induzido: o caso da anencefalia	Flávia Regina Guedes Ribeiro	Dissertação	2008	Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social	https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17248	Controvérsia. Sentidos de Vida. Anencefalia. Práticas Discursivas. Retórica.	A controvérsia moral sobre o abortamento induzido e os sentidos sobre a vida, com foco no caso da anencefalia.
4	Infância associada ao tema aborto voluntário em peças jornalísticas publicadas no jornal online da Folha de S. Paulo (1997-2005)	Vanessa Monteiro Bizzo	Dissertação	2008	Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17267	Infância. Mídia. Ideologia. Estudos sobre infância. Aborto voluntário.	O tratamento dado à infância em peças jornalísticas publicadas sobre o aborto voluntário.
	Cotidiano, ética e saúde: o serviço soci-				Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço	https://tede2.pucsp.br/handle	Serviço Social. Saúde,	O cotidiano de trabalho do assistente social na saúde,

5	al frente à contra-reforma do Estado e à criminalização do aborto	Maurílio Castro de Matos	Tese	2009	Social -Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	/handle/18000	Ética. Aborto.	com dois eixos principais, a contra-reforma do Estado na Saúde e a criminalização do aborto no Brasil.
6	Saúde entre o social, o científico e o jurídico: o abortamento de anencéfalos	Suelen Chirieleison Terruel	Dissertação	2011	Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade estadual Paulista " Júlio de Mesquita Filho"	http://hdl.handle.net/11449/98593	Anencefalia. Abortamento de anencéfalos. Dignidade humana.	A situação de abortamento em caso de anencefalia.
7	Aborto legal e políticas públicas para mulheres : interseções, construção, limites	Delaine Santana de Melo Cavalcanti	Tese	2011	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife	https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9477	Aborto; Aborto Legal; Política de Saúde da Mulher; Direitos Reprodutivos; Gênero; Patriarcado; Violência contra a Mulher	As interfaces entre ações publicas municipais relacionadas ao aborto legal e sua efetivação.
8	Humanização na atenção à saúde das mulheres em processo de abortamento no instituto de saúde Elpídio de Almeida em Campina Grande-PB	Mary Help Ibiapina Alves	Dissertação	2015	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - PPGSS	http://tede.bc.upeb.edu.br/jspui/handle/tede/2894	Humanização. Aborto. Atenção à saúde. Saúde da mulher	A efetivação dos princípios da humanização nos serviços de abortamento.
9	O serviço de cuidado à saúde de crianças e adolescentes atendidas no SAVVIS em Manaus	Lilian Augusta Rosa Machado Maciel	Dissertação	2015	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - PPGSS	http://tede.ufam.edu.br/handle/tede/5008	Violência sexual. Criança e adolescente	Os serviços de atendimento a violência sexual, constatada a não realização do aborto legal.
10	"Eu aborto, tu abortas, somos todas clandestinas" mídia e aborto: uma perspectiva do	Fernanda Marcela Torrentes	Dissertação	2017	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Universidade Federal de Santa Catarina,	https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/188077	Aborto. Feminismo decolonial. Mídia.	A discussão do aborto em dois veículos de comunicação, realizando a abordagem a partir do femi-

	feminismo decolonial	Gomes			Centro Sócio-Econômico			nismo decolonial.
1	Se podes olhar, vê : o aborto no cotidiano de trabalho das assistentes sociais	Nayara André Damião	Dissertação	2018	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social- Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados	http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000218077	Serviço social, Aborto, Patriarcado, Direitos reprodutivos	Percepção das/os assistentes sociais sobre o aborto no cotidiano profissional.

Fonte: Casali(2019)

Na busca realizada no Catálogo de Teses e Dissertações da Capes, constatou que das quatorze (14) produções, cinco (5) abordam o tema do aborto sob a perspectiva do procedimento legal (sem o peso da criminalização), sete (7) sob perspectiva do aborto clandestino (criminalizado), e dois (2) não foi possível identificar a abordagem trabalhada sobre o aborto. Realizando o recorte de gênero, das quatorze (14) produções, doze (12) foram realizadas por mulheres, e duas (2) por um homens. Das quatorze (14) produções, onze (11) são dissertações e três (3) são teses. As palavras-chaves utilizadas para a busca foram aborto e abortamento, e não houve delimitação de período temporal. A produção "Bela, recatada, do lar e clandestina: perspectivas sobre o aborto inseguro" tem como intuito contribuir na intervenção e diálogo dos profissionais da saúde, principalmente o profissional de serviço social, e os demais setores da sociedade diante da situação de aborto inseguro e clandestino. Propõe o diálogo com diferentes segmentos que compõe sociedade civil, juntamente com a política de saúde para as mulheres, apontando sua percepção e ações para tratar o aborto clandestino.

TÍTULO: CATEGORIAS FINAIS DA ANÁLISE

CATEGORIA FINAL	CATEGORIAS INTERMEDIARIAS	EXPRESSA
CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO	Óbito materno; Ausência de dados; Mortalidade materna; Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica; Óbito; segundo peso; (criminalizar a mulher ao qualificar o dado); Criminalização do aborto; Ética	Implica na ausência de dados, caracterizado pelo segundo peso, visto que os profissionais entendem que qualificar o dado, podem criminalizar essa mulher, afastando-a do serviços de saúde. Isso também afeta o profissional que fica “de mãos atadas” diante do contexto de aborto ilegal. Também implica em óbitos, mortalidade materna;
	Ausência de dados; Aborto inseguro e clandestino; Profissionais da saúde; Criminalização/ilegalidade; Ética profissional; Saúde reprodutiva; Modelo de atenção;	Implica não somente na realização do aborto inseguro, mas também na ausência de dados, dificultando que haja uma percepção da demanda real na cidade de Porto alegre. Porém, também se evidencia que a informação aparece, mas não há mecanismo para trabalhá-la. Os profissionais nesse processo de ilegalidade também hesitam pela questão do sigilo e proteção a essas mulheres;
	Adoecimento mental; Aborto inseguro; “estou praticando um crime”; Perda reprodutiva, mutilar a mulher; morte de mulheres; Internações longas e custos elevados para o sistema de saúde ;Profissionais envolvidos em aborto fora dos parâmetros; processo ético; Cassação do exercício profissional;	Aparece como determinante para os abortos inseguros, repercutindo em danos a saúde biopsicossocial das mulheres.
	Aborto tema relacionado a saúde pública; Aborto proibido; Realidade de inúmeras clínicas escondidas clandestinas; Não oferece condições de segurança; Condições dignas; Sofrimento; Casos que não dão certo o aborto- consegue se registrar; Os que dão certo ficam na clandestinidade; Custo para o Estado; Custo emocional, psicológico; Requerer políticas públicas; Apoio espiritual;	A proibição repercute na criação de clínicas clandestinas que possivelmente não iram oferecer serviços de qualidade e com dignidade para as mulheres, impactando em custos para o estado no cuidado a esse pós aborto incompleto, assim como no custo psicológico, físico dessas mulheres. Destaca também somente os casos de aborto precários acabam sendo registrados, pois o que dão certo ficam na clandestinidade;
DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO	Descriminalização do aborto; Marcos legais, éticos e técnicos; Regulação pelo Estado; Segurança para as mulheres; Mulheres de baixa renda;	Aparece como processo para regulamentação (marcos legais, éticos e técnicos) do aborto, ampliando o debate e garantido segurança as mulheres ao acessar o aborto. Assim como amparo as profissionais da saúde.

DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO	Diminuição de números de mortes materna; Garantia de acesso seguro;	Como parte do processo para diminuição da mortalidade materna e da garantia de serviços, garantindo condições seguras para abortar;
	Descriminalização do aborto; mapear o numero real de abortos; dados concretos possível identificar as principais causas e motivos que levam ao aborto; Melhorar ou superar essa realidade; Criminalizar o aborto não impede sua prática; Incentiva o aborto clandestino; Aumenta os riscos de mortes de gestantes;	Entende que com a descriminalização seria possível saber a real dimensão do aborto e os motivos que levam as mulheres a abortar ,usando essa informação para melhorar ou superar essa realidade. Compreende que a criminalização não coíbe a prática e coloca a vida de gestantes em risco.
LEGALIZAÇÃO DO ABORTO	Descriminalização do aborto; Legalização do aborto; Saúde pública; Diminuição da taxa de abortos; Legalização do aborto; Liberdade; Discurso moral;	Surge como a materialização da descriminalização do aborto, trabalhando o aborto como demanda de saúde pública, ampliando os serviços, garantindo a autonomia da mulher para decidir, sem ser criminalizada ou julgada. Além dos profissionais também serem amparados nesse cenário. A legalização do aborto ocupa espaço entre as bandeiras de luta da categoria profissional de Serviço Social.
	índice de morte de mulheres diminuiria; Não mudaria as crenças religiosas; garantir condições seguras e legais para as mulheres e profissionais da saúde; igualdade no acesso ao procedimento;	Aparece como forma de diminuir o número de morte de mulheres em decorrência do aborto inseguro e garantir acesso igualitário(desigualdade social) para todas as mulheres e segurança para os profissionais
	Luta pela legalização do aborto; lei que regularize; Tirar o aborto do Código Penal; Direito; Que o Estado de garantias; Sem sequelas ou mortes; Questão de saúde pública; Acesso e cuidados necessários; Apoio médico; Risco de vida; Legalização do aborto; Saúde pública;	Aparece como forma de regularizar o acesso ao aborto nas condições adequadas de saúde, tirando o peso penal e responsabilizando o Estado pela garantia desse acesso. Influencia também sobre a diminuição de mortes maternas e abortos clandestinos
	Diminuição do aborto clandestino; Acesso ao aborto seguro; Diminuição/fim do tráfico de medicamentos; Proteção das mulheres;	Compreende principalmente como forma de proteger as mulheres que ao procurar pelo aborto na clandestinidade muitas vezes acabam sendo enganadas pelo tráfico de medicamentos. Garante a promoção de um aborto seguro e a diminuição da procura pelo procedimento na clandestinidade.

ABORTO INSEGURO E CLANDESTINO	Mortes maternas; sem condições de acessar o serviço porque é negado; condições econômicas; classe popular; mulheres mais pobres; mulheres negras; realizam o aborto inseguro e clandestino; quando acessam em condições de saúde precária; mulher tenha liberdade; decisão; sobre sua vida, saúde e corpo;	Surge como expressão da criminalização do aborto, onde mulheres recorrem ao aborto clandestino e inseguro, pois não tem condições de acessar o serviço adequado./ Pontua a interseccionalidade que atravessa esse fenômeno do aborto (classe, raça, gênero- pois o homem não é criminalizado), entendendo o aborto inseguro e clandestino como consequência da criminalização. Destaca o cenário conservador das relações políticas (Parlamento)
	Debate na sociedade; descriminalização do aborto; Marcos legais, éticos e técnicos; Regulação pelo Estado; Questões individuais de fé e de ideologia; Debate salutar; Ampliar debate; Marcos regulatórios; Segurança para as mulheres; Mulheres de baixa renda;	Surge quando se pensa a descriminalização, visto que são mulheres de baixa renda que fazem aborto clandestino ou caseiros (inseguros), e morrem, bem como os profissionais nesse processo.
SAÚDE PÚBLICA	Redução de mortes ; Mortes evitáveis; Saúde pública; Aborto inseguro; Aborto inseguro determinante nos óbitos;	Apresenta-se como o debate deveria ser abordado, e um efeito da descriminalização/legalização, onde a demanda por este procedimento seria tratado no campo da saúde pública e repercutiria na diminuição de mortes maternas e de mulheres.

**Análise do documento: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
Princípios e Diretrizes (PNAISM)**

Data de elaboração do documento:

2.^a reimpressão – 2011

Tipo de documento:

Política de saúde para as mulheres

Responsável pela elaboração do documento:

Ministério da Saúde

Ideias principais:

O documento salienta o enfoque de gênero e em como este deve ser utilizado para entender e produzir elementos para atender a saúde feminina no Brasil. O gênero não somente torna-se um condicionante para o cuidado a saúde, mas para o acesso da mesma, assim como determinante que expõe as mulheres as diferentes formas de violação e violência, oriundas das desigualdades sociais, de gênero, econômicas, políticas, que implicam na saúde biopsicossocial das mulheres e na sua expectativa e qualidade de vida.. Nesse processo também cabe às mulheres a reponsabilidade do cuidado com a saúde aqueles a sua volta. O texto destaca a relevância de nortear as políticas de saúde para as mulheres sob perspectiva do gênero, pois, no que tange a saúde feminina, este é essencial e necessário para ampliação dos serviços às mulheres, de acordo com suas particularidades, como raça, etnia, classe social e região. Um ponto importante que emerge e é destacado, é a abordagem dos direitos reprodutivos e sexuais o qual o texto da política apenas salienta. A PNAISM não dispõe de ferramentas para que realmente os direitos reprodutivos e sexuais se consolidem e assumam a sua característica principal, a autonomia sobre o gerenciamento reprodutivo. O que se disponibiliza e é pontuado é a importância de combater o aumento das doenças sexualmente transmissíveis e o planejamento familiar. Entretanto, é necessário pensar que para que essas ferramentas disponibilizadas também se efetivem é importante que exista educação sexual, algo que não é pautado na política, para que os sujeitos entendam e apropriem-se de sua sexualidade de maneira responsável, consequentemente, controlado seu processo reprodutivo de maneira eficaz e consciente, o que também implicaria em proteção e menos gestações indesejadas.

Sem dúvidas, a PNAISM é um avanço no que tange a saúde feminina e ampliação de algumas demandas, principalmente por reconhecer o gênero como determinantes social e condicionantes para a saúde, assim como o aborto inseguro como uma prática que gera sequelas ou a morte de mulheres, e que poderiam ser evitadas. Entretanto, a PNAISM possui fragilidades quanto a realidade feminina, como o aborto, que somente é destacado e propõe-se um atendimento humanizado a situação de abortamento, não evidenciando os diferentes atravessamentos que compõe a prática, e que este procedimento deveria ser uma ferramenta para o cuidado com a saúde reprodutiva e sexual das mulheres.

Palavra-chave:

Saúde da mulher. Serviços de saúde para mulheres. Política de Saúde (consta no documento)

Saúde. Reprodução. Gênero. Desigualdades de gênero. Vulnerabilidade. Humanização. Acesso.

Relação com os outros documentos:

A PNAISM é destacada pela gestão de saúde nas entrevistas realizadas, juntamente com a Norma técnica de atenção humanizada ao abortamento, também elaborada pelo Ministério da Saúde. A norma técnica de atenção humanizada ao abortamento surge como mecanismos para materialização de algumas propostas da PNAISM.

Relação com a temática:

O documento analisado configura a política de atenção e cuidado a saúde das mulheres, elencando quais direcionamentos os serviços de saúde devem aderir para atender as demandas e realidades femininas.

Análise do documento: Atenção Humanizada ao Abortamento

Data de elaboração do documento:

2ª edição – 2011

Tipo de documento:

Norma técnica - Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 4

Responsável pela elaboração do documento: Ministério da Saúde

Ideias principais:

O documento destaca o seu compromisso em materializar as metas assumidas pela PNAISM, bem como tornar-se instrumento de trabalho para os profissionais da saúde para que atuem de maneira ética e disponibilizem serviços humanizados, qualificados e sem julgamentos. Pontua também as desigualdades imbricadas no abortamento inseguro, desde seu acesso e como esse acesso se dá, pois as mulheres que detém de recursos financeiros conseguem acesso a prática ilegalmente, porém com condições mínimas de salubridade, enquanto as que se encontram sem situação de vulnerabilidade econômica, recorrem ao procedimento possivelmente danoso a sua saúde. O texto realmente torna-se um instrumento para os profissionais da saúde que possam vir atender situações de aborto, tanto ilegais, como de aborto legal. Aos profissionais que possa ter alguma dúvida em relação à como portar-se diante de um aborto inseguro, ou sobre o direito de objeção de consciência, podem encontrar suporte nesta norma técnica. Para além dos profissionais da saúde, o texto possivelmente pode ser utilizado para distribuir informações sobre ao acesso ao aborto legal e o direito ao atendimento qualificado e humanizado.

Palavra-chave:

Saúde da Mulher. Abortamento. Atenção Humanizada (consta no documento).
Aborto legal. Aborto inseguro. Profissionais da saúde. Humanização. Procedimento.

Relação com os outros documentos:

Este documento expressa as diretrizes para o atendimento humanizado ao aborto inseguro no sistema de saúde destacado na PNAISM.

Relação com a temática:

O documento analisado torna-se um espaço de informação e ferramenta para entender como o aborto deve ser abordado pelas equipes de saúde, tanto a prática permitida em lei, bem como aquelas realizadas na ilegalidade e que acabam sendo terminados no sistema de saúde.

Análise do documento: Vítimas de Violência sexual: abortamento. Orientações éticas e jurídicas aos médicos

Data de elaboração do documento:

1ª edição – 2018

Tipo de documento:

Documento de orientações

Responsável pela elaboração do documento: Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (CREMERS)

Ideias principais:

No documento são apontados diversos questionamento sobre a realização do aborto, com o intuito de proteger e esclarecer possíveis dúvidas dos profissionais da medicina. Destaca quando os profissionais são amparados legalmente e pelo seu conselho profissional na realização de um aborto, além de salientar que a categoria somente deve realizar abortos nos casos que **estejam previstos expressamente na lei.**

Palavra-chave:

Medicina. Aborto. Violência sexual. (consta no documento).
Aborto legal. Abortamento. Leis.

Relação com os outros documentos:

Livro disponibilizado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul – RS (CREMERS).

Relação com a temática:

O documento analisado destaca quando deve ocorrer a intervenção dos profissionais da medicina (CREMERS) na realização do aborto.
