



A SITUAÇÃO DO ABORTO INSEGURO NA AMÉRICA LATINA COM ÊNFASE NO BRASIL: UMA AFIRMAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS.

THE SITUATION OF UNSAFE ABORTION IN LATIN AMERICA EMPHASIZING BRASIL: AN AFIRMATION OF HUMAN RIGHTS.

Fernanda P. AMARAL¹

RESUMO

Essa comunicação visa trazer reflexões acerca do direito ao aborto como uma questão de direitos humanos. Para tanto, é importante entendermos os meandros dessa questão não só no Brasil, mas abrangendo outros países da América Latina, onde estão as maiores restrições e as maiores taxas de mortalidade materna oriunda de abortamentos inseguros. Bem como entendermos a influência religiosa no congresso e sua força na América Latina.

PALAVRAS-CHAVES: Aborto; Direitos Humanos; Direitos Reprodutivos; Feminismo.

ABSTRACT

This article approaches the abortion rights as a human rights demand. It is important to understand how this theme has been debated in Brazil and in other important countries of Latin America, where there are the most restricted laws and the biggest rates of maternal mortality by the unsafe abortions. It will also help us to understand the influence of the Church in the politics of Latin America.

KEY WORDS: Abortion; Human Rights; Reproductive Rights; Feminism.

DIREITOS REPRODUTIVOS COMO DIREITOS HUMANOS

O conceito de “direitos reprodutivos” mais frequentemente adotado consta do Programa de Ação da Conferência Internacional para População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, sob os auspícios da ONU (1990). Entretanto, antes que o uso deste conceito se disseminasse, ele teve que percorrer um longo caminho até influenciar os rumos das políticas de saúde das mulheres.

Elisabeth Vieira (2003) nota que a Declaração Universal dos Direitos Humanos, subscrita em 1948 pela Assembléia das Nações Unidas, não mencionou a questão de direitos reprodutivos, o que aconteceu apenas em 1968, em Teerã, na Conferência Internacional de Direitos Humanos. Entretanto, nessa conferência, a menção aos direitos reprodutivos estava vinculada à preocupação com controle populacional. Na

¹ Mestranda em Sociologia na UNESP, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências e Letras, campus Araraquara. Rod. Araraquara-Jau, Km 1. Bairro dos Machados. Caixa Postal: 174 CEP: 14.800-901- Araraquara, SP
npamaral@yahoo.com.br

Conferência Mundial de População, realizada em Bucareste em 1974, o direito da mulher nas decisões reprodutivas foi reafirmado. No final de 1970 e início de 1980 o movimento feminista introduziu a discussão sobre os direitos da mulher às decisões sobre seu corpo, sua sexualidade e sua vida reprodutiva na agenda política da ONU. A Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, aprovada nas Nações Unidas em 1979, comprova a influência dessa militância. Essa influência também pode ser notada em 1984 na II Conferência Mundial Sobre População e Desenvolvimento, no México, que teve como pauta o “direito de fazer escolhas reprodutivas com base nas noções de integridade corporal e controle”. Sônia Corrêa e Maria Betânia Ávila (2003) informa que em 1984 iniciou-se o uso sistemático do conceito de direitos reprodutivos, mesmo ano em que algumas feministas brasileiras retornaram ao país após participarem do Congresso Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos em Amsterdã. Esse evento foi organizado pelas campanhas ICASC (*International Campaign in Abortion Sterilization and Contraception*, Europa) e CARASA (*Committee for Abortion Rights and Against Sterilization Abuse*, EUA). O termo “direitos reprodutivos” foi criado pelas feministas norte-americanas partindo do famoso slogan “nosso corpo nos pertence”. A partir de então, os direitos reprodutivos adentram a década das conferências da ONU (1990), sendo definitivamente incorporado na pauta de discussões da III Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo e da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, realizada em Beijing, respectivamente em 1994 e 1995. Na plataforma de ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, o Capítulo IV intitulado: Objetivos Estratégicos e Ações, informa no subcapítulo “A mulher e a saúde”, parágrafo 94, o conceito adotado sobre “saúde reprodutiva”, que transcrevo a seguir:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de enfermidade ou doença, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, assim, a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco, e que se tem a capacidade de procriar e a liberdade para decidir fazê-lo ou não fazê-lo, quando e com que frequência. Esta última condição implica o direito para o homem e a mulher de obter informação e ter acesso a métodos seguros, eficientes e exequíveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como a outros métodos por eles proibidos, e o direito de acesso a serviços apropriados de atendimento à saúde que permitam às mulheres o acompanhamento seguro durante a gravidez, e partos sem riscos, e dêem aos casais as melhores possibilidades de terem filhos sãos. Em consonância com essa definição de saúde reprodutiva, o atendimento à saúde reprodutiva se define como o conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos ao evitar e resolver os problemas relacionados com a saúde reprodutiva (ONU, 1996:77).

Dessa forma, a definição do conceito de saúde reprodutiva pela Organização das Nações Unidas é importante para entender a definição da mesma para os “direitos reprodutivos”, que são dispositivos que preservam a saúde reprodutiva. Os “direitos reprodutivos” integram os direitos humanos, conforme atesta a IV Conferência Mundial da Mulher, em sua Plataforma de Ação, parágrafo 95:

(...) os direitos reprodutivos abarcam certos direitos humanos que já estão reconhecidos na legislação nacional, documentos internacionais relativos aos direitos humanos e outros documentos e consensos. Tais direitos têm por base o reconhecimento do direito fundamental de todos os casais e indivíduos a decidir livre e responsabilmente o número de filhos, o espaço a mediar entre os nascimentos e o intervalo entre eles, e a dispor da informação dos meios para isso e o direito de alcançar o nível mais elevado de saúde sexual e reprodutiva. Também inclui seu direito de adotar decisões relativas à reprodução sem sofrer discriminação, coações nem violências, em conformidade com o que estabelece nos documentos relativos aos direitos humanos (ONU, 1996 : 77-78).

No Brasil, a legitimidade do conceito “direitos reprodutivos” deu-se com a sua entrada na agenda política graças aos movimentos da democratização que se seguiram após o longo período de ditadura. Leila Barsted (2003, p.81) destaca a importância que o movimento feminista teve nesse período para trazer essa discussão para o campo social:

Na década de 1980, a articulação entre o direito à integralidade na atenção à saúde e o direito à autodeterminação no que se refere às esferas da sexualidade, da reprodução e da luta contra a violência marcou a trajetória do movimento feminista em sua atuação no Legislativo e em sua demanda por políticas públicas.

Os direitos reprodutivos encontram relevantes dispositivos para a sua discussão no Brasil na Constituição de 1988, como afirmam Pirotta e Piovesan (2001 p.158-159) “é o documento mais avançado da história constitucional brasileira, no que tange à defesa dos direitos humanos.” Consta na Constituição uma informação importante para as questões de direitos reprodutivos: “Os direitos e garantias expressas nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte”. Dessa forma, a Constituição permite que quaisquer tratados assinados e ratificados pelo país sejam considerados para fins constitucionais, sendo de grande importância para a questão dos direitos reprodutivos os acordos assinados nas Conferências do Cairo e Pequim, em 1994 e 1995 respectivamente.

O aborto é considerado pelos especialistas e estudiosos como um grave problema de saúde pública que afeta milhares de mulheres todos os anos em todo o mundo, pois as consequências de abortos inseguros, praticados em locais com pouca higiene vitima milhares de mulheres à morte e a danos físicos e psíquicos em todo o mundo, todos os anos. Ademais, o aborto tratado como questão de saúde pública é evidenciado na IV Conferência Mundial Sobre a Mulher (Beijing-China/1995), conforme sua Plataforma de Ação, parágrafo 97: “O aborto em condições perigosas põe em perigo a vida de um grande número de mulheres e representa um grave problema de saúde pública, porquanto são as mulheres mais pobres e jovens as que correm os maiores riscos.”

PANORAMA DO ABORTO NA AMÉRICA LATINA

Para compreendermos o debate sobre o aborto inseguro nos países da América Latina, escolhi países relevantes para a pesquisa devido às suas trajetórias quanto à legislação sobre o aborto. É interessante reparar que a discussão sobre a permissividade do aborto nesses países está atrelada à indicadores relevantes de mortalidade materna, trazendo essa importante discussão para o âmbito da saúde pública devido à dificuldade de se debater o tema por meio dos direitos humanos. A discussão sobre o aborto na América Latina não se revestiu de um caráter de direitos, como foi o debate sobre a legalização do mesmo nos Estados Unidos. *Roe versus Wade*, foi um marco nessa área de discussão justamente por não ter sido um debate marcado pelos indicadores de saúde, e sim pela respeitabilidade de direitos e pela alegação de que o feto não era possuidor de cidadania, não sendo considerado um membro da nação norte-americana. Outro ponto relevante é que a América Latina ainda sente a influência da Igreja nos assuntos complexos, que envolvem ética e moral como o aborto, as células-tronco embrionárias e a eutanásia. Não discutirei aqui

esses debates, mas sim farei um breve panorama da situação do aborto entre os principais países da América Latina. Dividi esses países em conjuntos, de acordo com suas legislações. Dessa forma, temos os países que não permitem o aborto e os que permitem sob determinados permissivos. Esse último grupo está subdividido entre os que possuem maiores e menores permissivos.

El Salvador, Nicarágua e Chile, são países que criminalizam totalmente a interrupção voluntária da gravidez, o que gera graves impactos para os seus indicadores sociais. Por terem as legislações mais restritivas, são os países com maiores porcentagens de mortalidade materna. Em El Salvador, o aborto era permitido no caso de estupro, má-formação fetal grave e pra salvar a vida da mulher. No ano de 1998 houve a reforma do Código Penal salvadorenho e se penalizou o aborto em todos os casos existentes, inclusive o aborto terapêutico. Essa proibição do aborto contribuiu para o aumento de abortos inseguros e das mortalidades maternas. Em 86% dos casos de abortos inseguros, as mulheres que o fazem sofrem complicações que necessitam de hospitalização. As políticas públicas de saúde em El Salvador provaram ser ineficazes. A proibição da prática do abortamento não impediu sua feitura em precárias condições de saúde. Caso parecido com esse ocorreu com a Nicarágua. Após mais de 130 anos de legalização do aborto terapêutico² no país, uma lei a respeito da criminalização do aborto em todas as condições realizáveis, inclusive o aborto terapêutico (Ley 603 que revogou o artigo 165 do Código Penal Nicaragüense) foi aprovada pelo Congresso e apresentada à sociedade nicaragüense em 26 de outubro de 2006. Isto significou um retrocesso mediante a sociedade internacional que entende o aborto inseguro como um grave problema de saúde pública e recomenda aos países da América Latina (dentre outros) a reverem suas legislações proibitivas quanto à prática do aborto que vitima milhares de mulheres a cada ano.

O Comitê dos Direitos da Criança e as Nações Unidas recomendaram ao estado nicaragüense a criação de condições para que as crianças e adolescentes possam ter acesso à educação sexual e serviços de saúde reprodutivos, assim como os serviços de aborto em condições seguras, especialmente para as crianças que sofreram violação ou foram vítimas de incesto (QUINTANA, 2007: 8).

No Chile, o aborto está totalmente criminalizado, embora ele seja considerado como um problema de saúde pública. A cada ano ocorrem cerca de 150.000 a 160.000 abortos. Estima-se que as complicações por aborto no Chile demandem cerca de 15 milhões de dólares/ano com a área da saúde. 35% das gravidezes no Chile terminam em aborto, ou seja, ocorrem 4,5 abortos para cada 100 mulheres de 15 há 49 anos (Situacion Legal em Chile, 2007). El Salvador, Nicarágua e Chile são os três países da América Latina que criminalizam totalmente a prática do aborto. Como vimos, nem sempre foi assim. Esses países passaram por transformações que culminaram na total penalização do aborto, contrariando as recomendações das Nações Unidas, e as discussões sobre o assunto nos demais países latino-americanos. Assim, damos seqüência à situação do abortamento na América Latina para entendermos os permissivos.

Quando estudamos o aborto no Paraguai, constatamos altos índices de mortalidade materna oriundos de abortamentos inseguros. Segundo a pesquisadora Clyde Soto (2006), no Paraguai o aborto é permitido

² O aborto terapêutico é um tratamento médico indicado para interromper a gravidez quando o feto não pode sobreviver fora do útero da mãe, e é feito com o único propósito de salvar a saúde e a vida da gestante. O aborto terapêutico é indicado quando: a gestante apresenta uma enfermidade que possa agravar-se com a gravidez, colocando a vida da mulher e do feto em risco; quando a saúde da mulher está padecendo com a gravidez; quando o feto é anencéfalo – isto é, desprovido de atividade cerebral ; e quando a gravidez é resultante de estupro.

somente quando realizado para salvar a vida da gestante (artigos 349,350,351 e 352 do Código Penal de 1998). Segundo dados do Ministério da Saúde e Bem Estar Social do Paraguai (MSPBS), 36 mulheres morreram devido às conseqüências do aborto inseguro durante o ano de 2005. Entre 2001 e 2005, o MSPBS registrou 179 mortes de mulheres por aborto, representando 24,4% da totalidade de mortes maternas no país. O Ministério da Saúde do Paraguai estima que ocorra uma média de 27 abortos clandestinos por dia. Entretanto, por ser uma prática ilegal, os dados são imprecisos. Há uma curiosidade em relação à legislação paraguaia sobre o aborto: o Código Penal atenua as penalizações para a prática do aborto para salvar a “honra” das mulheres: “Em caso de aborto, causado para salvar a honra da esposa, mãe, filha ou irmã, as penas correspondentes serão diminuídas à metade (artigo 35 do Código Penal).”³ É curioso pensar no aborto como negação do direito da mulher de decidir livremente sobre sua reprodução, mas tendo sua penalização reduzida pela legislação quando feito com o único objetivo de “salvar a honra” da mulher (consequentemente, da família assentada no patriarcalismo).

Em países como o Peru, a Argentina e a Bolívia, percebemos uma flexibilização das leis a respeito do aborto. Esse conjunto de países traz alguns permissivos quanto ao abortamento, sempre alegando a saúde da gestante como justificativa para tais permissividades. Aqui não há menção ao aborto como uma questão de direitos humanos, mas sim como problema de saúde pública.

No Peru estima-se que ocorram cerca de 410 mil abortos/ano apesar da proibição vigente e é considerado a terceira causa de mortalidade materna no país. A legislação só o permite quando a gravidez coloca em risco a vida da mulher (desde que o feto não tenha mais que 06 meses), e se o feto for produto de violência sexual (Mídia Independente, 2005). Na Argentina a legislação só permite o aborto quando é feito para evitar perigo para a vida e a saúde da mulher, ou se a gravidez resultou de violência sexual em “mulher idiota ou demente” (artigo 86, inciso 1 e 2 do Código Penal). Ou seja, uma mulher que sofreu uma violação sexual só pode abortar se for considerada “idiota ou demente”, segundo os termos da Constituição. A mulher em condições consideradas “normais” (para a Argentina) que for violentada não tem direito ao aborto seguro (ROSARIO, 2004). Na Bolívia ocorrem cerca de 115 abortos/dia e cerca de 40 mil a 50 mil/ano, e a cada ano 650 mulheres morrem vítimas de abortos inseguros no país (Cimac noticias, 2007). O aborto é criminalizado na Bolívia, salvo os casos estipulados no Código Penal, que são: violência sexual em menores e risco para a saúde da gestante. Por que essas mulheres estão constitucionalmente amparadas apenas quando menores? O que possibilita, nesse caso, o abortamento seguro é a idade da mulher? No Peru, na Bolívia e na Argentina os permissivos quanto ao abortamento dizem respeito às condições de saúde da mulher e aos casos de violência sexual ainda bastante evidentes na América Latina, embora com ressalvas pela Argentina e Bolívia que não asseguram a toda mulher a garantia do aborto seguro nos casos de violação sexual. Embora esses permissivos estejam amparados constitucionalmente, a jurisprudência pode modificá-los a qualquer momento, como ocorreu em El Salvador e Nicarágua. Por isso os movimentos pró-aborto estão sempre às voltas com discussões de maiores flexibilizações e manutenção dos direitos já adquiridos nesses países.

³ “En caso de aborto, causado para salvar el honor de la esposa, madre, hija o hermana, las penas correspondientes serán disminuidas a la mitad.” Id. Página 12 (tradução minha).

A Colômbia possui uma das legislações mais flexíveis nessa temática, pois insere a preocupação com a saúde do feto também, desencadeando a discussão da viabilidade fetal. Desde 1963, o aborto estava criminalizado em todas as circunstâncias, sem permissivos, entretanto, o Tribunal Constitucional do país flexibilizou a legislação restritiva sobre o aborto, despenalizando-o nos casos de estupro, mal-formação fetal e riscos à saúde da mulher em maio de 2006. A legislação colombiana permite a objeção de consciência pelos profissionais à realização do aborto, mas obriga as instituições médicas a praticarem o aborto dentro dos casos previstos em lei. Atualmente, são realizados cerca de 200 mil a 400 mil abortos/ano. É a segunda causa de morte materna no país (Mujeres Hoy, 2005). Vemos assim que deste segundo conjunto de países da América Latina, os quais aplicam alguns permissivos à prática do aborto, a Colômbia oferece mais condições para a realização legal, pois menciona a questão da má-formação fetal (anencefalia, por exemplo) como um permissivo além de assegurar o aborto a toda mulher vítima de violação sexual, constituindo-se assim o diferencial da legislação colombiana para as legislações peruanas e argentinas.

Finalmente escrevo sobre o aborto no Uruguai e no México pela recente visibilidade frente à comunidade internacional a respeito da necessidade de revisão nas legislações desses países, e se tornarem casos bem específicos dentro da América Latina de importância para a região no que diz respeito à história do aborto. No Uruguai, são registrados cerca de 33 mil abortos/ano conforme dados do Parlamento e da Associação Uruguia de Planejamento Familiar. A lei uruguia atualmente vigente data de 1938, e atenua a pena das intervenções ocorridas até o primeiro trimestre de gestação, em casos de gravidez por estupro, para salvar a honra da família, em “situações de angústia econômica” e risco muito grave para a saúde física da mulher. Essa é uma discussão importante no país atualmente, pois o Senado aprovou no dia 06 de novembro de 2007 (por 18 votos a favor) a lei de Saúde Sexual e Reprodutiva, na qual consta a despenalização do aborto. A Câmara dos Deputados irá debater em 2008 essa lei e o presidente do Uruguai, Tabaré Vasquéz, afirmou que vetará. Caso isso ocorra, isto é, se Tabaré Vasquéz vetar a nova lei, o Senado se reunirá para nova votação e aprovação da lei. O deputado Luis Gallo (Asamblea Uruguay) sugeriu um referendo para discutir e votar a questão na sociedade, tal como foi feito em Portugal. O texto aprovado pelo Senado permite a prática do aborto até a 12ª semana de gestação devido às razões econômicas ou familiares, à idade da gestante, aos riscos à saúde e à malformação fetal. Quando a vida da gestante estiver em grande risco ou quando o feto possuir uma má-formação grave incompatível com sua sobrevivência fora do útero após o período de gestação, sua interrupção poderá ser feita a qualquer momento.

No México, os dados oficiais do governo estimaram que 110.000 mulheres/ano recorreram a abortos inseguros, mas grupos que lutavam pela despenalização do aborto afirmavam que o número era muito maior do que os dados oficiais. O Código Penal Mexicano autoriza o aborto em casos específicos, como: estupro, má-formação fetal, perigo para a vida da mãe e em casos de inseminação artificial não consentida. Muitas mulheres mexicanas recorriam a remédios abortivos e ao uso de técnicas caseiras para abortar, como chás de ervas, por exemplo. As mulheres mais abastadas pagavam clínicas com boas condições de higiene, ou simplesmente voavam para os Estados Unidos. Entretanto, o México funciona como uma república

federalista, isto é, seus Estados possuem leis próprias. Assim, é possível que uma cidade mexicana aprove o aborto (como ocorreu na Cidade do México, DF) e as demais, não. O discurso sobre o aborto na Cidade do México (DF) foi respaldado nas milhares de mortes evitáveis em consequência de abortos inseguros, mal realizados, ou realizados em condições muito precárias em toda a América Latina.

Pela primeira vez o assunto ganhou visibilidade na sociedade mexicana, sendo objeto de discussões nas salas de aula, arrastando pessoas para marcharem a favor dos direitos reprodutivos e outras para afirmar a crença na vida intra-uterina. A Igreja foi implacável nas declarações e suas atitudes fizeram com que Jorge Díaz Cuervo (parlamentar do Partido Alternativo) afirmasse que não havia razão para que a Igreja impusesse suas crenças a 100% da população. Além da Igreja, outros atores importantes como os movimentos de mulheres e os/as políticos/as travaram debates intensos na arena pública.

A legislação em vigor sobre o aborto na Cidade do México (DF) legaliza o aborto até o primeiro trimestre de gravidez por quaisquer razões, inclusive por vontade da mulher. O serviço é gratuito nos hospitais municipais, embora os centros privados podem realizar o procedimento a qualquer mulher que o queira.

Tal lei saiu vitoriosa no distrito federal do México, com o resultado de 46 votos a favor e 19 contra, contando com uma abstenção. Os votos contrários à lei vieram do partido do presidente Felipe Calderón que se posiciona contrário à legalização. A Igreja se fez ouvir através da polêmica de um arcebispo de Acapulco, Felipe Aguirre Franco, que condenou à excomunhão os políticos que votaram a favor da lei. O Papa Bento XVI também condenou a nova legislação sobre o aborto da Cidade do México: “A ação legislativa em favor do aborto é incompatível com a participação na Eucaristia, e os políticos que votaram a favor do aborto deveriam eles mesmos se excluírem da comunhão religiosa” (GOODSTEIN, 2007).

Entre os fatos que vimos acima, toda a discussão sobre os permissivos do aborto recaem sobre a área da saúde das mulheres. O foco aqui apresentado não é o debate sobre a questão de direitos das mulheres, mas sim as altas taxas de mortalidade materna que são semelhantes entre os países que colocam restrições à prática do abortamento. Sabe-se que há falhas nessas políticas pois, a criminalização do aborto não impede sua prática, apenas fomenta a clandestinidade do aborto inseguro. A Igreja, por sua vez, sempre esteve presente na história da América Latina. Foi assim no período pós-colonial, nas lutas contra os regimes ditatoriais no Brasil, na Argentina e no Chile, e na consolidação da democracia. Entretanto, a Igreja perdeu poder nos séculos XX e XXI, mas continua a ser um ator social importante e que tenta se impor através da nova roupagem de seus discursos, agora revestidos de cientificismo e elementos políticos.

Nos países latino-americanos e caribenhos, o aborto é permitido sem restrições nas Guianas, em Barbados, em Cuba, nas Antilhas Francesas e em Porto Rico. Em contrapartida, é totalmente proibido no Chile, em El Salvador, na Nicarágua, em Honduras, na República Dominicana e em San Martín.

O PANORAMA BRASILEIRO

O debate sobre o aborto inseguro no Brasil teve início na década de 1980 e se originou na reflexão e prática do Movimento Feminista Internacional, que introduziu essas questões no Brasil no final da década de 1960 e no começo de 1970. Grupos feministas lideraram o movimento a favor da legalização do aborto no Brasil amparado pelos discursos das feministas norte-americanas de 1970. Elisabeth Pinto (2002) nos informa que

o Movimento Feminista, na década de 1980 buscou estratégias para que as mulheres tivessem garantias sobre os direitos ao próprio corpo, sendo o direito ao aborto uma expressão de autonomia da mulher. Entre os acontecimentos nesse campo destaca a introdução do Cytotec⁴ no Brasil em 1986 e sua disseminação como abortivo, o que ocasionou sua retirada do mercado nacional em meados de 1988. Em 1987 havia debates na sociedade a respeito da Nova Constituição, proclamada em 1988, a qual manteve o aborto em dois casos específicos: estupro e quando a gestação poderia acarretar na morte da parturiente.

Segundo Rocha (1996), a questão da regulação da fecundidade – sem “intenções controlistas da natalidade” – foi incluída na Constituição Federal de 1988, considerado como um direito do casal, cabendo ao Estado o dever de atendê-lo (1996, p. 388).

Em 1989 foi implantado no país, na cidade de São Paulo, um serviço de atendimento ao aborto previsto por lei, o “Programa de Aborto Legal no Hospital Jabaquara, Dr. Arthur Ribeiro de Saboya” (CORTES, 2002), conquista de pressões dos movimentos de mulheres junto aos congressistas para que a lei existente sobre a prática do aborto seguro fosse cumprida. A reivindicação da década de 1990 dentro do movimento feminista era: “Um filho se eu puder, quando eu puder”. Nesse período, as ONGs feministas lutavam pela ampliação dos direitos do aborto, pois buscavam assegurar os casos previstos por lei e posteriormente ampliar esses casos. Sílvia Pimentel, em 1991, fazia uma análise sobre a questão das diferenças entre os termos descriminalização e legalização: “Ela acredita ser preferível trabalhar com o conceito de legalização, porque somente com a legalização do aborto é que se conseguirá desenhar e implementar serviços disponíveis e adequados, procurando-se, desta forma, garantir os direitos das mulheres” (PINTO, 2002, p. 61).

A Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento, no Cairo em 1994 (ICPD ou CIPD), organizada pelas Nações Unidas, reuniu representantes de mais de 180 governos e 1.254 ONGs. O Programa de Ação do Cairo foi aprovado por 179 governos, dentre os quais, o Brasil. Um dos pontos importantes nesta Conferência foi a preparação das delegações para levarem suas pautas de reivindicações para o evento, pois foi o momento em que houve uma capacidade de articulação entre os níveis nacionais, regionais e internacionais (Corrêa, 2007) afim de ajustarem as suas estratégias políticas. Nesta rede de articulação pode-se definir uma agenda política básica, baseada nas discussões/debates intensos nos variados países (EUA, União Européia e G-77) que puderam estabelecer uma união entre as reivindicações no âmbito das questões de gênero. Dentre esses debates e os detalhamentos das pautas, destaco aquele que me será útil para essa discussão:

Durante os intensos do Cairo - e a despeito das muitas pressões – manteve-se no parágrafo 8.25 a linguagem que se reconhece o aborto como grave problema de saúde pública e recomenda-se o tratamento imediato e humanitário das mulheres que experimentaram complicações do aborto clandestino (CORREA, 2007:04).

Assim sendo, após a assinatura do Brasil neste documento primeiro foi necessário que se criasse algum mecanismo institucional que verificasse o andamento que as questões levantadas e aceitas no Plano de Ação tivessem na agenda política de cada país signatário. Fátima Oliveira (2007) traz a informação de que foi

⁴ Remédio inicialmente usado para o combate às úlceras gástricas, cujo princípio ativo –misoprostol- provoca contrações, e que foi descoberto como um abortivo largamente utilizado no país.

criado um sistema de monitoramento “Pós-Cairo” no Brasil, cuja principal representante era Wilza Villela. Na IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, em Beijing, China - 1995, foi aprovada a Declaração de Beijing, na qual os governos signatários se comprometeram a cumprir as metas estipuladas na mesma até o final do século XX. Dentre essas, destaco o parágrafo 97, que nos informa que:

Ademais, a saúde da mulher está exposta a riscos particulares devidos à inadequação dos serviços existentes e à falta desses serviços para atender às necessidades relativas à sexualidade e à saúde. As complicações relacionadas com a gravidez e o parto, em muitas partes do mundo, contam-se entre as principais causas de mortalidade e morbidade das mulheres em idade reprodutiva. Existem, em certa medida, problemas similares em alguns países com economia em transição. O aborto em condições perigosas põe em perigo a saúde pública, porquanto são as mulheres mais pobres e jovens as que correm os maiores riscos (ONU, 1996:79).

Em março de 1995 o Parlamento Brasileiro recebeu uma proposta de emenda constitucional proibindo a prática do aborto induzido em qualquer circunstância, e em abril de 1996, essa proposta foi rejeitada por uma larga margem de votos na Câmara dos Deputados. Rocha ressalta a importância da apresentação e discussão gerada por essa proposta na reflexão para o debate que ocorreu na sociedade brasileira sobre o tema do aborto (ROCHA, 1996). Em 1997, o aborto passou a ser considerado não apenas como um problema de saúde ou uma questão legal, e sim como questão de gênero e de justiça social no 8º Encontro Internacional Mulher e Saúde, no Rio de Janeiro, no período de 16 a 20 de março de 1997.

A luta no país em 2002 era a de que se reconhecesse a descriminalização e legalização do aborto como direito de cidadania e questão de saúde pública, além de requerer a garantia ao atendimento imediato na rede pública de saúde para as mulheres que recorressem aos casos de aborto previstos pelo Código Penal, além de lutar para a garantia ao aborto quando houver malformação fetal incompatível com a vida. Essas foram decisões da Plataforma Política Feminista aprovada na Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras.

No ano de 2004, 243.998 internações na rede SUS foram motivadas por curetagens pós-aborto, devido aos casos de complicações pós-abortamentos espontâneos e inseguros. As curetagens são o segundo procedimento obstétrico mais praticado nas unidades de internação, o primeiro são os partos normais. Já o abortamento é a quarta causa de óbito materno no País. Os dados recentes disponíveis de 2001 pelo Ministério da Saúde indicam 9,4 mortes de mulheres por aborto por 100 mil nascidos vivos. Dados do Ministério da Saúde apontam que 159 mulheres sofrem aborto a cada 60 minutos no país. Todos os dias, mais de 140 adolescentes retiram o feto. Cerca de 72% delas são negras e de baixa renda. Além de causarem mortes e graves seqüelas às mulheres e suas famílias, os abortos feitos em clínicas clandestinas resultam em prejuízos aos cofres públicos. Em 2004, o governo gastou mais de R\$ 35 milhões para tratar mulheres internadas em hospitais públicos vítimas de procedimentos feitos clandestinamente (CONGRESSO EM FOCO, 2007 b).

Cumprindo com as recomendações das conferências acima explicadas, o Brasil recentemente publicou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal³, lançado pela Presidência da República em 2004 (dez anos após o Cairo), aprovado na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde. Esse pacto tem como escopo a articulação de diversos atores sociais interagindo para que se tenha uma melhoria na qualidade de vida das mulheres e das crianças. Para garantir sua implementação, foi

lançado em 2005 a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

O Governo reconhece a importância de se estabelecerem políticas públicas para melhorar os indicadores de mortalidade materna e ao mesmo tempo encontra sua justificativa para os empecilhos encontrados. Assim sendo, no capítulo 2 do pacto Nacional pela Redução de Mortalidade Materna e Neonatal (2004:08), reconhece-se a questão dos direitos reprodutivos amplamente discutidos nos tratados internacionais:

Mulheres e homens têm o direito de decidir livre e conscientemente se desejam ter filhos, o seu número, o espaçamento entre eles, devendo-lhes ser asseguradas as informações e os meios necessários para concretizar essa decisão. Têm, ainda, o direito de viver com plenitude e saúde a sua sexualidade. Assim como durante a gestação e o abortamento legal ou inseguro, as mulheres têm o pleno direito de ser atendidas com segurança e qualidade pelos serviços de saúde. Estas prerrogativas denominadas direitos sexuais e direitos reprodutivos, já reconhecidos como direitos humanos, têm sido objeto de compromisso assumidos pelo Governo Brasileiro em Conferências Internacionais, estando garantidos na Constituição Brasileira. Entretanto, no Brasil, há um longo caminho a ser percorrido para assegurá-lo.

Em 2004, a I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, realizada em Brasília, aprovou a legalização do aborto e a garantia do Estado laico; a humanização da assistência ao abortamento inseguro e nos casos previstos em lei, e o fim à discriminação de mulheres e profissionais que realizam abortos. Neste período, foi elaborada também pelo Ministério da Saúde a “Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento”. As Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro lutaram pela descriminalização, regulamentação e acesso à interrupção voluntária da gravidez através do SUS. Foi uma articulação específica pelo acesso ao aborto legal e seguro, garantindo a decisão da mulher, em Brasília em fevereiro de 2004. A reunião foi organizada e coordenada pela Rede Feminista de Saúde e realizada sob a coordenação metodológica do Instituto Patrícia Galvão – Comunicação e Mídia (SP).

Ainda em 2004, O Ministério da Saúde divulgou um documento no qual se comprometia a reduzir a mortalidade materna e neonatal : *Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*, versão aprovada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada em 18/03/04.

Este documento descreve em cerca de 14 páginas os maiores problemas enfrentados nessa área e estabelece algumas medidas de redução do problema a serem aplicadas em território nacional. Tais medidas são: a necessidade do direito pleno ao atendimento seguro e a qualidade no atendimento pelos serviços de saúde quando a mulher tiver de recorrer a esses serviços por causa de um aborto legal ou inseguro.

Um Projeto de Lei chegou a suscitar debates na sociedade em 2005, prevendo o direito ao aborto seguro às gestantes de bebês portadores de anencefalia (Projeto de Lei 4834-05, de autoria da deputada Luciana Genro, atualmente pelo PSOL/ RS e Dr. Aristodemo Pinotti, atualmente no DEM/ SP).

De acordo com a estimativa da OMS, no Brasil, 31% das gravidezes resultam em abortamento. Ocorrem cerca de 1,4 milhões de abortamentos espontâneos e/ou inseguros, com uma taxa de 3,7 abortos para 100 mulheres de 15 a 49 anos, por ano.

O debate a respeito da descriminalização do aborto na sociedade brasileira sempre foi permeado pela condicionante religiosa. Ou seja, o ponto principal de discussão não é a questão dos altos índices de mortalidade materna causadas pelo aborto clandestino, e sim o aspecto divino do embrião. E para entender

um pouco melhor como essa questão foi trabalhada no Congresso é importante pensar sobre a bancada religiosa que o compõem. O site “Brasil sem aborto” orgulha-se de ter em seu quadro 185 parlamentares que são favoráveis à “defesa da vida desde a concepção”, e numa de suas matérias enfatiza a necessidade de barrar qualquer PL que descriminalize o aborto:

A Câmara dos Deputados teve uma renovação de 46 % e isso representa 235 novos deputados e deputadas. A primeira grande tarefa da Frente Parlamentar em Defesa da Vida – Contra o Aborto será a de verificar o percentual de parlamentares que são contra a legalização do aborto no Congresso Nacional. Isso será feito, segundo o Presidente da Frente Parlamentar em Defesa da Vida, *Deputado Federal Luiz Bassuma-PT/BA*, reeleito, “com a máxima urgência, uma vez que, faz-se necessário recompor a Frente Parlamentar para continuar a realizar o seu trabalho de articulação política dentro do Congresso Nacional, com o objetivo de barrar toda e qualquer proposição legislativa que tenha como escopo legalizar ou descriminalizar o aborto em nosso país (BRASIL SEM ABORTO, 2007).

Há no Congresso bancadas específicas em “defesa da família”: A frente “Em defesa da vida, contra o aborto”, cujo líder é o deputado Luiz Bassuma (PT/SP) que tem apoio de 194 parlamentares; a “Frente Parlamentar em Favor da Vida”; a “Frente Parlamentar da Família e apoio à vida”, cujo presidente é o bispo Robson Rodovalho (DEM/DF), com 215 membros, e a “Frente Parlamentar contra a legalização do aborto, pelo direito à vida”, com 230 integrantes e mais 43 congressistas que figuram na bancada evangélica. (CONGRESSO EM FOCO, 2007 b).

Este cenário nos leva a pensar na vinculação, de alguma forma, entre o Estado e a Igreja. Em 2007 o atual Papa Bento XVI veio ao Brasil com um discurso pronto condenando o aborto e apoiando a excomunhão dos políticos que votaram a favor da aprovação do aborto no México. Neste último, houve um embate entre a Igreja Católica e os legisladores, culminando com a descriminalização do aborto (praticado até a 12ª semana de gravidez) no dia 24 de abril deste ano. Em entrevista ao jornal Folha de São Paulo deste ano quando da visita do Papa ao Brasil, este foi indagado a respeito de sua concordância com a excomunhão feita pelos bispos do México aos deputados que votaram a favor da lei e sua resposta foi positiva.

Alguns parlamentares insistem em dizer que não estão vinculados a nenhuma proposta político-religiosa, que são sim religiosos, mas que esta não interfere em suas posições e decisões. Bem, não é isto que ocorre na prática, como declara o bispo Robson Rodovalho (DEM/DF): “Nós somos claramente contra o aborto porque ele é uma interrupção de um projeto de vida que não pertence mais a um homem, pertence a Deus e à Criação” (CONGRESSO EM FOCO, 2007 b).

Em oposição a essa postura, temos o próprio presidente da república Luiz Inácio Lula da Silva, defendendo a discussão do aborto como problema de saúde pública, e esta postura foi adotada mesmo com a visita do Papa ao país e a condenação do pontífice ao assunto:

Eu disse em todas as eleições da qual participei, em 1989, 1990, 1994, 1998, 2002, 2006, e vou dizer agora: eu tenho um comportamento como cidadão, sou contra o aborto. Agora, como chefe de Estado, acho que o aborto tem que ser discutido como uma questão de saúde pública, porque eu conheço casos de mulheres que perfuraram o útero com agulha de crochê, pessoas que tomavam chá de caroço de abacate, chá de fuligem... tudo para acabar com uma gravidez indesejável. E essas pessoas acabavam morrendo. Então, acho que a legalização do aborto tem que ser discutida. Eu tenho minha visão sobre o aborto e ela permanece inalterada: sou contra o aborto. Mas sou a favor da discussão como uma questão de saúde pública. (CONGRESSO EM FOCO, 2007 a).

O Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, também reafirmou a necessidade de um debate na sociedade sobre a problemática e criticou a postura do papa que em vários de seus discursos em solo brasileiro condenou o aborto e até ameaçou os parlamentares quando deu a declaração de apoio à excomunhão dos parlamentares mexicanos. Na opinião do Ministro:

No Brasil, o Estado e a Igreja se separaram há séculos. Uma questão é que cada um possa se manifestar livremente sobre suas crenças e opiniões. Outra coisa é a decisão do governo do Estado brasileiro, por meio do Congresso Nacional, em relação a essas questões. (CONGRESSO EM FOCO, 2007 c).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma e nessa rápida exposição a respeito desse grave problema que afeta a sociedade brasileira, bem como a de toda a América Latina, o aborto tratado como crime demonstra a necessidade de revisão de nossa legislação e a incapacidade das atuais políticas públicas de Planejamento Familiar que não conseguem estancar os índices altos de mortalidade materna (ou gestacional). Ou seja, as políticas públicas vigentes são ineficazes, uma vez que não evitam a ocorrência de abortos clandestinos, mas têm que arcar com o custo dessa prática no Brasil e em toda a América Latina. Não obstante, os Direitos Humanos são desrespeitados dia após dia, e a urgente necessidade da legalização do aborto esbarra nas condicionantes morais e religiosas que permeiam as sociedades latino-americanas.

Dessa forma, enquanto as discussões seguem nos diversos segmentos da sociedade, as mulheres continuam a morrer ano após ano em decorrência de abortos inseguros, realizados em péssimas condições de higiene, revelando o descaso com a saúde pública, com os direitos humanos e com as disparidades da desigualdade social no Brasil e em toda a América Latina.

AGRADECIMENTOS

Esse texto é parte de minha dissertação de Mestrado sobre o Aborto no Brasil. Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio à pesquisa, e especialmente à Christina Windsor Andrews e à Clyde Soto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABORTO NA AMÉRICA LATINA. Mídia Independente, 2005, disponível em:

<http://www.midiaindependente.org/pt/red/2005/09/330578.shtml>. Acessado em 12 de novembro de 2007.

BARSTED, Leila Linhares. O campo político-legislativo dos Direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, in: BERQUÓ, Elza (org.) Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Editora da Unicamp/NEPO, 2003.p. 79-94.

BBC NEWS. Colombia court eases abortion ban. Em 11 de maio de 2006. Disponível em:

<http://news.bbc.co.uk/2/hi/americas/4760595.stm>, acessado em 15 de fevereiro de 2008.

CORREA, Sonia. ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros, in: BERQUÓ, Elza (org.) Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Editora da Unicamp/NEPO, 2003.p.17-73.

CORTES, Gisele. Rocha. O discurso médico sobre o aborto provocado. Dissertação de Mestrado em Sociologia. UNESP/Araraquara, 2002.

CORRÊA, Sonia. Internacional: O Cairo, um olhar das ONGs. Disponível em:
<http://www2.fpa.org.br/portal/modules/news/article.php?storyid=1530>. Acessado em 11/10/2007

Diputados tratará aborto em 2008. El País, 09 de novembro de 2007. Disponível em:
<http://www.diariosalud.net/content/view/6633/2/>, acessado em 23 de fevereiro de 2008.

Diputados tratará aborto em 2008. El País, 09 de novembro de 2007. Disponível em:
<http://www.diariosalud.net/content/view/6633/2/>, acessado em 23 de fevereiro de 2008.

EN BOLÍVIA SE REALIZAN 115 ABORTOS ILEGALES AL DIA. Címac Noticias, 2007, disponível em:
[http://www.cimacnoticias.com/site/07042606-En-Bolivia-se reali.17388.0.html](http://www.cimacnoticias.com/site/07042606-En-Bolivia-se_reali.17388.0.html).Acessado em 20 de novembro de 2007.

FERRARE, Carol. Descriminalização abortada. Parlamentares se unem para evitar que o aborto deixe de ser crime e tentam endurecer legislação sobre o assunto. Congresso em foco (b) (online). Atualizada em: 19/06/2007. Disponível em: <http://congressoemfoco.ig.com.br/Noticia.aspx?id=17405>. Acessado em 21/06/2007

FERRARE, Carol. Descriminalização abortada. Parlamentares se unem para evitar que o aborto deixe de ser crime e tentam endurecer legislação sobre o assunto. Congresso em foco (b) (online). Atualizada em: 19/06/2007. Disponível em: <http://congressoemfoco.ig.com.br/Noticia.aspx?id=17405>. Acessado em 21/06/2007

GAMBOA, Santiago. Sobre el aborto em Colômbia. Mujeres hoy, 2005. Disponível em:
<http://www.mujireshoy.com/secciones/3270.shtml> Acessado em 18 de novembro de 2007.

GOODSTEIN, Laurie. Pope Opens Trip With Remarks Against Abortion. The New York Times. Em 10/05/2007. Disponível em:
<http://www.nytimes.com/2007/05/10/world/americas/10pope.html?scp=4&sq=abortion+mexico&st=nyt>, acessado em 15 de fevereiro de 2008.

LOPES, Jaime Ferreira. Frente contrária ao aborto leva vantagem. Brasil sem aborto (online). Disponível em <http://www.brasilsemaborto.com.br/destaques.asp?op=1&id=147>. Acessado em 21/06/2007

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. IV Conferência mundial sobre a mulher, Beijing, China-1995. FIOCRUZ. Rio de Janeiro: 1996.

OLIVEIRA, Fatima de. Cairo + 10. Disponível em:
www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/cario10/cairo10oliveira59a70.pdf - acessado em : 11/10/2007

PINTO, E. A. Ventres Livres: O aborto numa perspectiva étnica e de gênero. São Paulo: Terceira Margem, 2002.

PIROTTA, Wilson R. Buquetti. PIOVESAN, Flávia. Direitos reprodutivos e o poder judiciário no Brasil, in: OLIVEIRA, Maria Coleta. DA ROCHA, Maria Isabel Baltar (orgs.) Saúde reprodutiva na esfera pública e política. Campinas, SP: Editora da Unicamp/NEPO, 2001

QUINTANA, Maria Esther. Por qué si al aborto terapêutico? Grupo Estratégico por la Despenalización del Aborto Terapêutico: Managua, Nicaragua, 2007.

ROCHA, M. I. O Congresso Nacional e a questão do aborto no Brasil: O debate no Congresso Nacional. Revista de Estudos Feministas (Rio de Janeiro), v.4, n.2, 1996.p.381-399.

ROSÁRIO, Marité. Aborto en Argentina: síntesis de su historia legislativa. Derecho al aborto, 2004, disponível em: <http://www.derechoalaborto.org.ar/artic/argentina.htm>. Acessado em 12 de novembro de 2007.

SITUACIÓN LEGAL EN CHILE. Foro Salud. Disponível em:

<http://www.forosalud.cl/forosalud/revista/uploaded/abortoenchile.htm>. Acessada em 12 de novembro de 2007.

SOTO, Clyde. 28 de septiembre: día por la despenalización del aborto en América Latina y el Caribe. La Micrófona: boletín del área mujer del Centro de Documentación y Estudios (CDE). São Lorenzo: Paraguay, 2006.

STEFANO, Daniela. Capital mexicana autoriza aborto. Radio Nederland Wereldomroe. Em 26/04/2007

Disponível em: http://www.parceria.nl/atualidade/americalatina/al070426_aborto, acessado em 10 de abril de 2008.

URUGUAI MAIS PRÓXIMO DE DESCRIMINALIZAR O ABORTO. Mulheres de Olho. Em 07/11/2007, disponível em: <http://www.mulheresdeolho.org.br/?p=260>, acessado em 12 de fevereiro de 2008.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. Políticas públicas e contracepção no Brasil, in: BERQUÓ, Elza (org.) Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Editora da Unicamp/NEPO, 2003.p. 151 - 190.

Artigo recebido:29/04/2008

Aprovado: 31/05/2008