



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Excelentíssima Ministra Rosa Weber,
Excelentíssimos Ministros e autoridades presentes,

Agradeço a oportunidade de estar aqui, dando continuidade à exposição da Academia Nacional de Medicina.

Gostaria de dar sequência à exposição de meu confrade apresentando mais duas razões pelas quais o aborto precisa ser compreendido como uma questão de saúde pública:

- a) A primeira é que a criminalização não impede que as mulheres realizem o aborto, mas impede que o façam em condições adequadas, fazendo com que se submetam a procedimentos que podem resultar em lesões, hemorragias, infecções ou morte. Isso caracteriza o aborto com uma importante causa de morbimortalidade materna. Com isso, além de ser responsável por severas consequências para a saúde da mulher, a criminalização da prática também impacta o orçamento público em saúde, em decorrência das intervenções e internações provocadas pelo procedimento inseguro.
- b) A segunda é que a criminalização do aborto impede a redução das taxas de morbimortalidade materna, assim como impede a prevenção da própria prática do aborto. Isto porque afasta as mulheres dos serviços de saúde ou faz com que elas, por medo de violação do sigilo médico, mintam, criando um obstáculo para o tratamento de sequelas físicas do aborto inseguro e inviabilizando a compreensão de seu estado de saúde sexual e reprodutiva. Por mais que pareça



contrafactual, isto é, contra uma aparente expectativa de lógica, a descriminalização do aborto, ao remover essas barreiras de acesso das mulheres aos serviços de saúde, costuma estar acompanhada de redução do número de gestações não planejadas e, por consequência, de redução do número de abortos.

1) O aborto inseguro é causa de morbimortalidade materna e impacta sobre o orçamento público

Das quase meio milhão de mulheres que fizeram aborto clandestino em 2015, aproximadamente metade foi internada após o procedimento.¹ A curetagem pós-aborto é um dos procedimentos mais realizados em assistência obstétrica pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Estima-se que sejam realizadas, por ano, cerca de 200 mil internações relacionadas a curetagens pós-abortamentos, com custos elevados para o sistema de saúde.²

A morbimortalidade produzida pelo aborto inseguro é representada por “hemorragias, infecções, lesões traumáticas genitais, intestinais, esterilidade e agravos psíquicos pela clandestinidade”, ou mesmo pela morte.³ No Brasil, o aborto representa uma das principais causas de mortalidade materna, ainda que seja plenamente evitável, dada a segurança que a tecnologia e a clínica médica já alcançaram para o procedimento.⁴ Não é possível admitir a

¹ DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Op. cit.

² GOLLOP, Thomaz Rafael. Por que despenalizar o aborto? *Cienc. Cult.*, São Paulo, v. 61, n. 3, p. 4-5, 2009. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252009000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun. 2018.

³ Idem.

⁴ MONTEIRO, Mario Francisco Giani; ADESSE; DREZETT, Jefferson. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013, *Reprodução & Climatério*, v. 30, 2015.



morte de mulheres em plena capacidade reprodutiva quando há como evitá-la. A criminalização nos força à omissão de cuidados, quando existem as ferramentas necessárias para ele. Não é correto admitirmos a persistência de grave adoecimento das mulheres quando sabemos, como médicos, cuidar delas.

O tratamento de complicações causadas por aborto inseguro exige mais intervenções que a realização de abortos seguros e consome importantes recursos em saúde, como leitos, bolsas de sangue, medicamentos, salas de cirurgia, anestesia e médicos especialistas.⁵ Há evidências também sobre os efeitos da recusa dos serviços de aborto na saúde mental das mulheres. Aqui, Senhora Ministra, peço atenção no que passo a expor: os efeitos à saúde mental são pela recusa dos serviços de aborto, ou seja, ao proibirmos uma mulher de abortar em condições sanitárias adequadas. Um estudo comparativo entre mulheres que realizaram um aborto induzido e mulheres que tiveram seus pedidos de aborto negado nos Estados Unidos mostrou que aquelas que tiveram o pedido negado apresentaram maior risco de efeitos psicológicos adversos iniciais.⁶ Isso é o oposto do que muitas vezes se afirma, de que o aborto induzido seria causa de sofrimento mental às mulheres. Não há nenhuma evidência confiável na literatura que mostre o contrário – se há efeitos à saúde mental é pela criminalização do aborto e a maternidade compulsória. Quando decidem, as mulheres estão seguras de que esse é o caminho necessário naquele momento às suas vidas.

⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Unsafe abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008. 6th ed. Geneva, 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44529/1/9789241501118_eng.pdf>. Acesso em 19 jun.. 2018.

⁶ BIGGS M. Antonia, UPADHYAY UD, MCCULLOCH CE, FOSTER DG. Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. JAMA Psychiatry, 74(2) p.169-178, 2017.



Por todas essas razões, é evidente que a criminalização do aborto tem efeitos humanos e orçamentários importantes sobre a saúde pública. Se o aborto pudesse ser realizado de maneira segura e custo-efetiva pelos serviços de saúde ou com o uso de medicamento abortivo recomendado pela OMS, as complicações pós-aborto poderiam ser evitadas, diminuindo o número de internações, os custos dessas internações, quando fossem excepcionalmente necessárias, e a morbimortalidade materna. Diante da criminalização ficamos reféns de procedimentos inadequados que geram riscos e custos evitáveis para o sistema.

2) O aborto inseguro e a morbimortalidade materna que dele decorre podem ser prevenidos, mas para isso é preciso tratar o aborto como uma questão de saúde pública

Dados de países em que o aborto foi descriminalizado revelam que com a descriminalização do aborto é possível reduzir simultaneamente não só a mortalidade materna decorrente das complicações do aborto inseguro como também as taxas de aborto como um todo. Destaque-se que o Brasil não alcançou o objetivo do milênio referente à queda de mortalidade materna, um desafio que se mantém até os dias de hoje e que só conseguiremos superar com uma política de saúde reprodutiva baseada nas evidências científicas. Ao contrário do que se possa imaginar, a taxa de abortos é maior em países com leis restritivas que em países com leis mais permissivas sobre aborto. A América Latina e Caribe infelizmente lidera o ranking global, com taxa de 44 abortos por 1.000 mulheres em idade reprodutiva.⁷ Isso revela que não só que a criminalização não cumpre papel em prevenção, não sendo capaz de dissuadir

⁷Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. Disponível em: <<https://www.gutmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>>. Acesso em 23 jun. 2018.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

as mulheres em suas decisões, como pode estar relacionada a políticas mais frágeis de saúde sexual e reprodutiva, que permitem a permanência de gestações não planejadas e, por consequência, de procura por aborto.

Tratar o aborto como um tema de saúde pública é o que permite que o número de abortos seja reduzido. Para isso, é necessário que a descriminalização do aborto seja acompanhada de serviços de planejamento familiar. As duas medidas são necessariamente interdependentes. Isso porque a criminalização do aborto impede a efetivação do acesso ao planejamento familiar, tendo em vista que estigmatiza e ameaça de punição as mulheres que se deparam com a impossibilidade de seguir adiante com uma gravidez. O estigma e a ameaça afastam essas mulheres dos serviços de saúde, impedindo que acessem efetivamente inclusive os serviços de prevenção, os quais envolvem o acesso à informação e a métodos contraceptivos, particularmente importantes no momento pós-aborto, para evitar que outro venha a acontecer.

No contexto da criminalização, as mulheres que abortam não chegam aos hospitais ou não falam a verdade para os médicos porque têm medo, com razão, do grave risco de violação do sigilo médico. Nenhum médico pode denunciar uma mulher, pois a garantia da confidencialidade e privacidade são pilares da prática médica. Entristeço ao imaginar que há colegas médicos que denunciam as mulheres, que permitem algemá-las ainda no leito de um hospital. Não quero defender meus colegas médicos em seus erros, mas penso se o contexto de crime e perseguição não os confunde sobre seu papel de cuidadores: em vez de zelar pela proteção de informações sensíveis de saúde, colegas de profissão podem ser levados a concluir que o acesso privilegiado a elas os transforma em informantes da polícia. Se as mulheres desconfiam de nós, não nos procurarão nos momentos em que mais precisam. Se não nos falam



a verdade, não conseguimos evitar um futuro aborto, não somos capazes de reduzir danos do que acontece em sua vida para um aborto ser necessário.

Já com a aproximação das mulheres aos serviços de saúde, os profissionais poderão identificar as razões pelas quais ocorreu a gravidez não desejada, que podem ser desde acesso precário a informações sobre métodos contraceptivos à violência, e atuar no sentido de combater essas razões, evitando que as mulheres tenham de recorrer ao aborto novamente. Embora pareça contraintuitivo, a efetividade de políticas de planejamento familiar pode depender da descriminalização do aborto mesmo para garantir que as medidas de prevenção funcionem.

Um estudo publicado no periódico britânico *The Lancet*, em 2016, comprovou que em países onde o aborto foi legalizado houve uma queda tanto no número de procedimentos, quanto de mortes maternas. Se em 1990 cerca de 39 milhões de casos de abortos eram registrados nos países de renda baixa, que têm leis mais restritivas, hoje eles chegam a 50 milhões. Nos países de renda alta, que ampliaram o acesso ao aborto seguro nas últimas décadas, eles foram em uma direção oposta, passando de 12 milhões para 7 milhões.⁸ Dados sobre o processo de descriminalização na França e na Romênia mostram o mesmo. Em ambos os países houve uma queda no número de abortos a partir da descriminalização do aborto e da ampliação da política de planejamento familiar.

⁸ SEDGH, Gilda et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional and subregional levels and trends. *The Lancet*, v. 388, No. 10041, p. 258-267, 16 July 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30380-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30380-4). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30380-4/abstract?code=lancet-site](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30380-4/abstract?code=lancet-site). Acesso em 24 jul. 2018.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Em 1990, ano seguinte à legalização do aborto na Romênia, a taxa de aborto induzido era muito alta. Nesse mesmo ano, foi desenvolvida uma política de planejamento familiar que contou com o desenvolvimento de uma rede de clínicas de e uma política de treinamento de médicos para oferta dos serviços. Isso fez com que o uso de métodos contraceptivos no país ficasse acima de 70%. Em 2010, a taxa de abortos induzidos passou de 163,6 para 10,1. Repito: de mais de 160 para 10 por 1.000 mulheres Houve ainda uma queda expressiva da mortalidade materna. Em 1989, a taxa era de 169 por 100.000 nascidos vivos. Em 2010, essa taxa passou para 5,2 por 100.000 nascidos vivos.⁹ Por favor, guardem esses números: 169 mulheres morriam para cada 100.000 recém nascidos; agora 5 morrem.

É tendência mundial a redução do número de abortos quando há aumento no acesso a contraceptivos. O acolhimento de mulheres que abortam é essencial para proporcionar esse aumento no acesso a contraceptivos, o que contribui em seguida para a diminuição do número de abortos. Na França, desde a descriminalização do aborto em 1975, as taxas da prática, que já eram baixas, diminuíram ainda mais. Houve uma redução de mais de 24% no número de abortos e a taxa se estabilizou abaixo da média mundial.¹⁰

Por isso é possível concluir que, apenas ao considerar o aborto uma questão de saúde pública será possível cuidar de necessidades de vida das mulheres, diminuir o impacto do fenômeno na saúde e vida das mulheres e na gestão de recursos do sistema público de saúde.

⁹ HORGÁ, Mihai; GERDTS, Caitlin; POTTS, Malcolm. The remarkable story of Romanian women's struggle to manage their fertility. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2013.

¹⁰ INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES. *Avortements: evolution du nombre d'avortements et des indices annuels*. Disponível em: <<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>>. Acesso em: 25 jun. 2018.



ACADEMIA
NACIONAL DE
MEDICINA

Assim será possível finalmente diminuir o número de abortos, por permitir o conhecimento das situações de gestação indesejada para a prevenção. Descriminalizar o aborto é uma prática em defesa da vida.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Excelentíssima Ministra Rosa Weber,
Excelentíssimos Ministros e autoridades presentes,

Agradeço a oportunidade de estar aqui, representando a Academia Nacional de Medicina, a mais antiga instituição médica do país fundada em 1829 sob o reinado de D. Pedro I. Enquanto organização cuja missão é promover informação médica e motivar políticas públicas em saúde, entendemos que é nosso dever alertar para as sérias consequências para a saúde pública geradas pela criminalização do aborto.

Por muito tempo, o debate político sobre aborto esteve pautado em entendê-lo como um tema pertencente ao campo da moral, para o qual seria necessário fazer perguntas sobre se uma sociedade seria contra ou a favor da prática. Mas essa não é uma pergunta verdadeira, pelo menos duas razões:

- a) A primeira é que o aborto é um fenômeno comum à vida das mulheres, apesar da vigência de qualquer lei. Não há lei ou crença de grupos, mesmo que hegemônicos, sobre aborto que possa ser suficiente para dissuadir uma mulher quando ela, diante de suas condições e de sua família, entende que não pode manter uma gestação;
- b) A segunda é que a medicina, atualmente, considera o aborto um tema de saúde, para o qual há métodos disponíveis e treinamento para profissionais sobre como realizá-lo. Negar o procedimento a uma mulher que dele necessita não é feito com critérios médicos com base nas melhores práticas em saúde, mas sim de um juízo estritamente moral. Isso é especialmente sensível quando se leva em



consideração que a razão para uma gestação pode ser a falha de um método contraceptivo.

Portanto, quando se pergunta sobre ser contra ou a favor do aborto, sobre criminalizar ou descriminalizar o aborto, a resposta possível não é dizer sim ou não ao aborto. O que está em discussão é se abortos serão legais ou clandestinos, seguros ou com alto risco, e se mulheres diante desta decisão serão acolhidas ou abandonadas. Esta Corte tem a possibilidade de fazer a pergunta nos termos mais adequados: como oferecer melhor assistência em saúde diante de um fato da vida reprodutiva das mulheres?

1) O aborto é um fenômeno comum na vida reprodutiva das mulheres

O aborto é parte da vida de mulheres de todas as classes, raças, faixas etárias, níveis educacionais e religiões. Estima-se que 1 em cada 5 mulheres, aos 40 anos já realizou, pelo menos, um aborto.¹ A concentração anual também é importante de ser conhecida: em 2015, cerca de 503 mil mulheres abortaram.² Isso significa mais de 1.300 mulheres a cada dia, quase uma por minuto.

Os dados mostram que a lei não é capaz de interferir nas questões mais fundamentais à decisão de uma mulher. Mesmo sob ameaça de prisão e correndo os riscos do mercado clandestino, para medicamentos ou clínicas de fundo de quintal, as mulheres ainda assim precisam recorrer ao aborto. Embora a necessidade de interromper uma gestação possa fazer

¹ DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun. 2018.

² Idem.



parte da história de qualquer mulher, a mesma pesquisa demonstrou que as mulheres negras e indígenas, das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, estão mais vulneráveis a ter que enfrentar essa decisão que as mulheres brancas e das regiões Sul e Sudeste. As razões para se fazer um aborto são tão diversas quanto as mulheres, porém o aborto é um evento mais comum e arriscado justamente para aquelas mulheres já marcadas por outros fatores de desigualdade.

Segundo a pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, que ouviu 24 mil mulheres entre 2011 e 2012, mais de 55% das brasileiras que tiveram filhos não haviam planejado a gravidez.³ As circunstâncias em que uma gestação não planejada ocorre podem ser muitas: pode haver desconhecimento sobre o uso consistente dos métodos contraceptivos, faltar acesso aos métodos mais adequados, haver dificuldade de negociar o uso do método com o parceiro ou mesmo ocorrer a falha em sua utilização. Muitas das mulheres nessa situação já são mães e não podem ter outro filho sem prejudicar o cuidado e a subsistência dos primeiros, ou não dispõem de rede de apoio para iniciar um projeto de maternidade que lhe dê segurança. A ausência da rede de apoio pode ser inclusive responsabilidade do Estado, pela ausência de creches, falta de garantia de igualdade de acesso, proteção adequada no mundo do trabalho ou insuficiência de políticas de assistência social à infância e maternidade.

Mas poderíamos saber ainda mais, e com mais precisão, sobre quais são os contextos e as razões das mulheres se fosse permitido que elas chegassem ao sistema de saúde para buscar atendimento. Ao impedir que o aborto seja também um tema de saúde, o Estado lhes nega

³ VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública, vol. 30, supl. 1. Rio de Janeiro, 2014, p. 5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2018.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

cuidado em duas etapas: a primeira, quando cria obstáculos ao aprimoramento de suas políticas de saúde sexual e reprodutiva, e, portanto, não diminui as chances de uma mulher enfrentar uma gravidez não planejada, e a segunda, quando criminaliza a decisão de interromper essa gestação que não pôde ser evitada. O Estado ameaça encarcerar as mesmas mulheres das quais não pôde cuidar em seu dever de prevenção – em especial, as mais vulneráveis, negras e indígenas, e moradoras das regiões menos abastadas deste país. Da mesma forma, ameaça os médicos por acolhê-las em momento tão difícil e lhes oferecer cuidado. Nós sabemos como oferecer proteção ou redução de danos a uma mulher que venha a fazer aborto: se na legalidade, sem riscos; se na clandestinidade, para evitar que morra ou adoença gravemente.

A resposta do Estado continua sendo inadequada mesmo que se imagine um cenário ideal, e certamente muito distante da realidade do Brasil, de pleno acesso à informação e educação integral em sexualidade e acesso a métodos de planejamento familiar. Isto porque nenhum método contraceptivo é infalível. É preciso considerar ainda que há uma diferença entre o uso perfeito de um método e seu uso típico. O uso típico é a regra, e reflete a eficácia de cada método para o casal médio que nem sempre o utiliza de forma correta ou consistente. O uso perfeito seria o que dizem as bulas de remédios, a partir dos resultados dos estudos clínicos em que cada indivíduo é monitorado pelos pesquisadores.

Poucos casais, se é que algum, conseguem manter o uso de um mesmo método sem falhas, especialmente durante longos períodos de tempo. Por que uma mulher erraria no uso de um método? Porque ela esquece o medicamento, porque ela sofre violência, porque ela cuida de outros filhos e tem pouco tempo para ela, porque ela mora longe de seu trabalho e são muitas horas por dia em precários transportes públicos, que tornam sua rotina extenuante, porque no



posto de sua comunidade o método mais adequado às suas necessidades não está disponível. Levando isso em consideração, se sabe que com o uso típico do anticoncepcional injetável pode haver até 6% de falha em 1 ano de uso do método; em uso perfeito, a falha poderia chegar a até 1% em 1 ano. Para o uso do preservativo masculino, a falha em uso típico pode ser de até 18% em 1 ano; mesmo em um uso perfeito e improvável, ainda seria de 2% em 1 ano; já para o preservativo feminino, a falha em uso típico chega a 21% em 1 ano, e a 5% em uso perfeito – e a taxa aumenta progressivamente no tempo.⁴

Se nem mesmo a ciência pode prometer às mulheres e às famílias eficácia para os métodos de saúde reprodutiva, é incompreensível que o Estado pretenda criminalizá-las ainda que tenham feito tudo ao seu alcance para evitar uma gestação. Em nenhum outro tema de saúde consideramos que o fato de uma pessoa ter a possibilidade de evitar ou diminuir as chances de um evento deva responsabilizá-la a ponto de negar-lhe cuidado em saúde: não se nega atendimento para indivíduos com colesterol alto, ainda que o paciente tenha falhado em seguir a dieta recomendada por seu médico, nem para o uso excessivo de álcool, açúcar ou cigarro. Todas essas condições são consideradas importantes para a saúde pública e as pessoas em vulnerabilidade são populações-alvo de políticas de prevenção e tratamento. Com ainda mais razão, para um tema tão caro como a decisão de ter filhos, as mulheres e famílias deveriam ser cuidadas em suas necessidades, e amparadas nas situações em que não puderam evitá-lo.

Seja qual for a situação que levou à gravidez não planejada, os números e as evidências científicas mostram que não é a criminalização que vai evitar a decisão final de uma mulher, e

⁴ Trussell, James. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404. doi:10.1016/j.contraception.2011.01.021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3638209/>. Acesso em 24 jun. 2018.



qualquer política preventiva só tem possibilidade de funcionar se for dissociada de políticas punitivas e estigmatizantes, que são posturas totalmente contrárias às boas práticas de saúde pública. Tenho certeza que outros expositores no dia de hoje desenvolverão em ainda mais detalhes essa tese, mas gostaria, antes de terminar, de ressaltar outro ponto central à saúde pública: o aborto já é um procedimento conhecido e de treinamento obrigatório para médicos ginecologistas e obstetras, por ser uma prática regular de cuidado à saúde em situações reconhecidas, como, no Brasil, em caso de risco à vida da mulher, estupro e anencefalia.

2) O aborto já é um procedimento reconhecido de proteção à saúde das mulheres

Há uma grave violação no fato de que as 500 mil mulheres que abortam anualmente, não podem recorrer aos serviços públicos de saúde para realizar um aborto seguro. De acordo com o próprio Ministério da Saúde, garantir que uma mulher possa decidir pelo aborto em caso de estupro é “de alta prioridade para profissionais de saúde”, como forma de evitar o prosseguimento da gravidez indesejada, preservando um direito fundamental da mulher: o direito reprodutivo.⁵ Nessa situação, o Ministério da Saúde já reconhece que o aborto se apresenta como uma necessidade de saúde pública, sendo assumida a importância dos serviços de saúde na garantia de um direito fundamental, para o qual profissionais da saúde devem ser treinados e sensibilizados.

Essa argumentação é extensível a qualquer situação em que uma mulher esteja diante de uma gravidez não planejada. Como o Ministério da Saúde afirmou para os casos de violência

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2018.



sexual, “a gravidez se destaca [como consequência] pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas que determina”, sendo a gestação indesejada ou forçada “encarada como uma segunda violência, intolerável para muitas mulheres”⁶. Encarar uma gestação por falha de um método contraceptivo, em um momento em que não há condições de saúde física ou mental de levar adiante outro projeto de vida ou que por qualquer outra razão se mostre inviável para a configuração familiar de uma mulher pode ser também intolerável e um fator de adoecimento. Talvez aqui valha destacar que as restrições no acesso ao aborto são incompatíveis com o nível de desenvolvimento do Brasil. Entre as 10 maiores economias do mundo, o Brasil é o que mais limita o direito ao aborto e com isso restringe o acesso a intervenções que são boas práticas em virtualmente todos os países desenvolvidos. Não há justificativa em saúde para que se imponha a maternidade compulsória.

Destaque-se que o aborto clandestino, que será buscado por essas mulheres desamparadas pelos serviços de saúde, muitas vezes é realizado com o uso do misoprostol, medicamento que encontra-se incorporado na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) desde 2009 como um medicamento essencial para a proteção da saúde sexual e reprodutiva da mulher.⁷ Este medicamento, todavia, tem sua comercialização proibida, sendo de uso restrito a hospitais, mesmo que seja considerado seguro não apenas pelo Ministério da Saúde, como também pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a realização do aborto,

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Op. cit.

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2017. Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_rename_2017.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2018.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

e inclusive do auto-aborto, quando a mulher goza de boa saúde e está nas primeiras semanas de gestação.⁸ Aqui, encontra-se um outro problema: a negação do acesso, às mulheres, de um medicamento reconhecido como essencial para a sua saúde e que é classificado como seguro pelas agências globais.

A verdade encoberta é que o aborto inseguro e a clandestinidade são fatores de morbidade e de mortalidade materna no país entre adolescentes e jovens, de todas as raças e etnias, atingindo, sobretudo, aquelas em situação de pobreza. Não fosse crime no Brasil, médicos e hospitais fariam o procedimento legalmente e mulheres pobres teriam acesso a um serviço seguro, longe de métodos cruéis que, quando não matam, deixam sequelas irreversíveis, físicas e psíquicas. Precisamos enxergar o aborto com a visão da saúde pública e não com qualquer outra leitura, que, sob o pretexto de defender vidas, podem pôr ainda mais mulheres na mira de uma morte violenta e, sobretudo, desnecessária.

⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2ª ed. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf;jsessionid=9662A94E51E8AC0DED075524718C64C6?sequence=7>. Acesso em: 24. Jun. 2018.