

Memorial para Audiência Pública no âmbito da ADPF 442

Expositora: Lia Zanotta Machado

Organização/Instituição: ABA – Associação Brasileira de Antropologia

Data e horário de exposição: 03 de agosto de 2018, às 17h

A Associação Brasileira de Antropologia gostaria de apresentar nesta audiência uma tese simples, porém crucial a ser entendida por esta Corte: a criminalização do aborto produz e reforça o estigma contra as mulheres. Este é um momento importante para mostrarmos como direito e cultura se encontram e, especialmente, como a lei pode reproduzir padrões culturais opressivos a determinados grupos sociais.

Estigma é uma avaliação moral negativa sobre determinados sujeitos ou comunidades, produzida quando estes violam uma expectativa de normalidade, de papéis sociais ou um padrão de adequação moral. Essa avaliação negativa pode levar à marginalização daqueles marcados pelo estigma, por serem considerados inferiores e menos dignos de igual respeito e consideração por aqueles que determinam as regras e definem o que é normal ou são responsáveis pelo poder.

Sujeitos estigmatizados são depreciados, menosprezados e mesmo violentados por determinadas características que possuem ou por práticas que vivenciam. Pessoas negras são estigmatizadas em sociedades racistas como a brasileira. Pessoas com deficiência são estigmatizadas na maior parte das sociedades, por um capacitismo com o qual temos dificuldade de romper. Pessoas em sofrimento mental também são alvo de forte estigma, assim como pessoas em relações homossexuais. Muitos desses temas, inclusive, já foram objeto de discussão desta corte para a garantia de direitos fundamentais violados pela discriminação, esta, por sua vez, fundamentada em estigmas. E mulheres são vítimas de estigma de diversas maneiras – uma delas, pelo interdito moral e legal do aborto.

O estigma do aborto faz com que os efeitos da criminalização excedam a ameaça de punição: o medo provocado às mulheres e, secundariamente, aos profissionais de saúde, gera barreiras ao acesso a

serviços de saúde reprodutiva, mesmo nas hipóteses legais em que o aborto já é permitido ou em outras circunstâncias relacionadas, para acesso a medidas preventivas, como à contracepção de emergência. Contracepção de emergência não é aborto – aqui me permito e faço um breve aparte: contracepção de emergência é um cuidado em saúde oferecido às mulheres que sofreram estupro e consiste em nada além que uma maior dose de contraceptivos. Por isso, falamos em “contracepção de emergência”, é um contraceptivo.

O Estado abandona e vulnerabiliza mulheres à marginalização quando decide que um evento comum da vida reprodutiva será tema de cadeia, e não de cuidado; quando se rende aos efeitos do estigma permitindo a discriminação ou a injustiça. Para desenvolver esta tese, gostaria de propor o aprofundamento de dois pontos principais: i) a partir de evidências, explorar como o estigma do aborto opera contra as mulheres no Brasil, mesmo nos casos em que é previsto em lei, isto é, em caso de estupro, risco de vida e anencefalia; e ii) apresentar, como contraponto à experiência brasileira, a história de Rebeca Mendes, que solicitou acesso ao aborto no Brasil, em 2017, mas apenas pôde realizá-lo na Colômbia, país em que as instituições do Estado, em especial as de saúde pública, oferecem uma lição a ser aprendida para redução do estigma às necessidades de saúde das mulheres.

Os efeitos do estigma da criminalização do aborto

O aborto é um acontecimento comum na vida das mulheres brasileiras: 1 em cada 5 mulheres até os 40 anos já fez pelo menos um aborto no país. Só em 2015, foram 503 mil, ou quase uma por minuto.¹ Sabemos que essas mulheres não estão todas presas – se estivessem, teríamos um sistema penal quase 10 vezes maior que o atual, com mais de 5 milhões de encarcerados, sendo mais de 4

¹ DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Cien Saude Coletiva*, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

milhões apenas de mulheres que fizeram aborto.² Essas mulheres não estão presas, mas sofreram as consequências da criminalização mesmo antes de o Estado perseguir-las com a polícia ou processos judiciais.

Elas sofrem a criminalização pelos efeitos do estigma³: pelo medo de não poder procurar ajuda sem ser punida, pela solidão de enfrentar uma decisão sozinha e muitas vezes em contexto de violência, pelo risco de ser discriminada na família, na comunidade ou nos serviços de saúde, ainda quando estão dentro dos casos previstos em lei. Pelo terror de adoecer ou morrer. Pelos efeitos do estigma e da negação de acesso aos serviços de saúde, as mulheres podem ser submetidas a consequências inadmissíveis mesmo para a lei penal: a adoecimentos graves, que podem ser considerados tratamentos cruéis, inumanos e degradantes, e à morte.

Mas o estigma não é uma consequência direta nem necessária de uma prática, ele é uma desvalorização moral aprendida e reforçada diante de expectativas hegemônicas de normalidade. Estigma é do campo da moral, não da natureza das coisas. Por isso, é algo que pode ser transformado, se demonstrado injusto. No caso do aborto, é produzido por um complexo formado e reafirmado por religião, moral e lei que impõe sobre o corpo das mulheres a expectativa de que toda gravidez resulte em um parto, que todas as mulheres devem ser, compulsoriamente, mães. E o mais inocente, se não perverso para a compreensão antropológica: de que haveria uma natureza feminina a ser conformada pela lei. Na espécie humana é a diversidade cultural que estabelece distintos e mutáveis sentidos sobre diferenças biológicas, papéis e poderes entre homens e mulheres. Preciso repetir: não há natureza

² Dados estimados a partir da Pesquisa Nacional do Aborto 2016 e dos dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2014 (DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Cien Saude Coletiva*, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>>. Acesso em: 25 jun. 2018. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2014*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94935.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2018).

³ GOFFMAN, Erving. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1980.

feminina. Estamos falando de culturas, portanto, de práticas que fazem uso da lei ou de costumes, para garantir sua imposição às mulheres. Uma mulher não é menos mulher, não é contra a natureza porque decide não ter filhos ou mesmo fazer um aborto. Eu sou mãe e avó, mas não sou mais mulher por ser mãe e avó.

Em oposição a essa expectativa, há a experiência cotidiana das mulheres, com suas formas íntimas de vivenciar e descrever o aborto. Como antropóloga, preciso ouvir as mulheres antes de falar com elas nesta Corte. Não conheço mulheres que viveram um aborto que descrevam suas experiências como ouço algumas vozes de meus colegas biomédicos ou juristas nestas audiências públicas – que falam de uma lei distante da realidade, de termos que só dizem respeito às suas comunidades morais (sejam elas religiosas ou científicas), mas pouco escutam as mulheres que vivem essa experiência em suas intimidades e corpos.

As mulheres não falam em abortamento ou mesmo aborto. Já escutei: interromper a gestação, descer a regra, regular a menstruação, menstruar por susto, tirar, desmenstruar.⁴ Eufemismo seria? Não, não é eufemismo, é sensibilidade ao vivido e não imposição da lei como forma de definir as existências. É bem verdade que a lei se impõe às existências – por isso falamos de seus efeitos perversos na criação do estigma – mas há sempre resistência: uma delas é descrever as experiências de outra forma. A diversidade de nomenclaturas existe porque as mulheres lidam com a experiência do aborto de muitas formas diferentes e para além do código do crime. Enfrentar uma gestação não planejada é um tema comum e recorrente para mulheres de diversas sociedades e comunidades morais, e a possibilidade de interrompê-la se apresenta como uma necessidade básica independentemente de

⁴ DINIZ, Debora. Aborto In: Antropologia e direito: temas antropológicos para estudos jurídicos / coordenação geral [de] Antonio Carlos de Souza Lima. – Brasília / Rio de Janeiro / Blumenau: Associação Brasileira de Antropologia / laced / Nova Letra, 2012, 576 p.

Disponível em: http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/Antropologiadireito_1.pdf. Acesso em 23 jun. 2018.

qual seja a regulação moral e legal da prática. As mulheres fazem aborto, senhora Ministra – e elas são mulheres comuns, muito comuns, aquelas mesmas que ensinam aos nossos filhos matemática, aquelas que vão à igreja ou ao culto aos sábados e domingos, aquelas que cozinham para as famílias abastadas e aquelas que fazem parte das famílias abastadas.

O descompasso entre avaliação moral e práticas gera a aparente surpresa dos dados que já conhecemos: as pesquisas de opinião mostram com frequência que “brasileiros são contra o aborto”, enquanto outras que medem a magnitude do fenômeno, como a Pesquisa Nacional do Aborto em suas edições de 2010 e 2016, mostram que 1 em cada 5 mulheres aos 40 anos segue fazendo aborto no país – o resultado encontrado em 6 anos de intervalo foi o mesmo. Há uma permanência no tempo: a taxa estável nos mostra que algo persiste a tentativas de maior criminalização ou mesmo ao crescimento do estado policial no Brasil – as mulheres comuns fazem aborto. Mas, veja, senhora Ministra, como entender as culturas é algo que nos exige paciência: o estigma é tão intenso que mesmo mulheres que fizeram um aborto se posicionam contrariamente. Isso poderia nos parecer uma contradição, mas não é, e explico duas razões.

A primeira razão é que o campo da moral não é o da coerência das doutrinas: é o da combinação de possibilidades de existência e sobrevivência. As mulheres fazem aborto, mas buscam um vocabulário moral para sobreviver ao estigma quando perguntadas de maneira tão inquisitiva se são “contra ou a favor” daquilo que se apresenta como crime. Por isso, a segunda razão é tão importante de ser entendida aqui: o que se responde a essas pesquisas é a repetição do marco moral imposto ao colocar o tema em termos de “contra ou a favor”. A pergunta é violenta: não se pergunta às mulheres do que elas precisam, mas o que se espera que digam como resposta certa.

A frase de uma adolescente que provocou o aborto clandestinamente: “Não é o certo, mas foi o certo pra mim”, é reveladora desta complexidade vigente sobre o aborto, não somente entre as camadas

populares como entre as camadas médias e altas.⁵ De um lado, no foro íntimo, entende-se que há circunstâncias classificáveis como individualmente adequadas e necessárias para a realização do aborto e, de outro, a consigna a ser imposta moralmente como crime e como estigma sobre todas, de fato, sobre “as outras”.

Essa distância cruel entre moral e práticas permanece em outros temas. Há uma compreensão compartilhada de que a violência contra as mulheres é um fenômeno grave, expressa mesmo em frases populares e simplórias como “em mulher não se bate nem com uma flor”. Ainda assim, o Brasil é o 5º país onde mais se mata mulheres no mundo – um problema tão endêmico que levou em 2015 à criação de uma nova nomenclatura para essa matança, feminicídio. O estigma ruidoso do aborto convive com o estigma silencioso da violência feminicida. As mulheres são muitas vezes desacreditadas nas suas denúncias de violência anteriores à violência fatal, da mesma forma que são ignoradas ou questionadas nas suas demandas por interrupção da gestação como uma necessidade de saúde, mesmo quando também são vítimas de estupro.

Um dos efeitos mais evidentes desse estigma são as barreiras de acesso aos serviços de saúde reprodutiva, mesmo em situações em que o aborto atualmente não é criminalizado, ou seja, nas exceções à punição: em caso de estupro, risco de vida e anencefalia. A vigilância constante que acompanha o estigma do aborto como crime opera um ciclo de marginalização social, médica e jurídica dos processos reprodutivos das mulheres, o que impacta de forma significativa o seu cuidado em saúde. Recentemente, foi noticiado que o principal hospital de assistência ao aborto por estupro no país teria agora uma médica responsável que se define “como católica”. Logo a seguir, foi noticiada sua

⁵ MACHADO, Lia Zanotta. O impacto social das narrativas biológicas, jurídicas e religiosas sobre o aborto, cap.4 de Feminismo em Movimento, São Paulo: Editora Francis, 2010.

MARQUES, Myriam Silva .1999. “Não é o certo, mas foi o certo prá mim – um estudo sobre aborto provocado entre adolescentes”. Dissertação de mestrado em Enfermagem. Grupo Ânima (BH, MG).

declaração: “tento separar a profissão da religião.” Em que importaria a crença privada e a liberdade religiosa de uma dirigente de hospital público para o cuidado de mulheres que passaram por um estupro e buscam o aborto legal? É certo que isso pode ser apenas apelo para as notícias, ou indagação sobre o que deve prevalecer: uma específica moral religiosa do profissional ou um direito à saúde das mulheres. Mas essa é uma evidência de como opera o estigma – eles nos confunde. Queremos médicos que saibam cuidar, não julguem, respeitem a dor e a escolha das mulheres.

Quando se trata de gravidez resultante de estupro, o estigma impede que o aborto legal seja praticado como direito e forma de cuidado à saúde das mulheres e meninas. De acordo com a Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, de 2012, o consentimento da mulher vítima de violência ou de seu representante legal seria requisito suficiente para o acesso ao aborto legal.⁶ Consentimento significa, além dos requisitos legais, a confiança na palavra da mulher. Veja, senhora Ministra, o que ocorre na realidade desses serviços, e como se distancia do que diz a letra da regra jurídica.

A dupla moral existente em nossa sociedade, ao mesmo tempo em que considera o estupro um crime repugnante, condena e discrimina a mulher vítima.⁷ Estudo realizado por meio de 82 entrevistas qualitativas com profissionais da saúde de serviços de aborto legal de cinco capitais, uma em cada região do país, constatou a existência de suspeitas à narrativa de mulheres e meninas sobre o estupro. Idade, roupas, vida sexual ativa ou ausência de companheiro fixo são todas razões que podem levar os profissionais a duvidarem da verdade do estupro. Aquelas que não se encaixam em um padrão de vítima ideal correm sério risco de serem abandonadas pelo serviço criado para acolhê-las.

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3ª ed. atual. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 6). Disponível em: <https://goo.gl/FzWd5s>. Acesso em: 23 jun. 2018.

⁷ MACHADO, Lia Zanotta. “Sexo, Estupro e Purificação”. In Violência, Gênero e Crime no Distrito Federal – Brasília (Paralelo 15): Editora Universidade de Brasília, 1999.

Por atuarem nas margens da lei, os profissionais também temem o risco permanente de serem criminalizados caso realizem um aborto que posteriormente seja considerado ilegal. De todos os 37 serviços existentes no país, segundo dados de 2015, 5 (14%) afirmaram solicitar boletim de ocorrência (BO) para realizar o aborto em caso de estupro; 3 (8%) serviços requeriam laudo do Instituto Médico Legal; 3 (8%) pediam alvará judicial; 4 (11%) solicitavam parecer do Comitê de Ética institucional; e 3 (8%) serviços requeriam despacho do Ministério Público. Em caso de anencefalia, 2 (6%) serviços ainda requeriam o alvará judicial como condição para a interrupção da gravidez.⁸ Todos esses são requisitos não previstos pela norma técnica do Ministério da Saúde e que criam obstáculos injustos ao cuidado às mulheres e meninas já vulnerabilizadas. Em apenas um dos serviços, foi observado uma prática de reconhecimento da voz da mulher como soberana para a realização do procedimento garantido por lei.⁹

Assim, o interdito moral produzido pela criminalização do aborto no Brasil afeta o fornecimento dos serviços, e muitas mulheres vítimas de estupro acabam sendo estigmatizadas e maltratadas.¹⁰ Preciso aqui qualificar o que descrevo como “mulheres” – no caso de estupro, são muitas delas meninas as que sofrem os efeitos do estigma. Esse contexto faz com que apenas algumas mulheres e meninas vítimas de estupro procurem hospitais de referência ou encaminhamento ao cuidado de emergência, que inclui o atendimento para evitar doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a

⁸ MADEIRO, Alberto; DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil: um estudo nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0563.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

⁹ DINIZ, Debora; DIOS, Vanessa; MASTRELLA, M. ; MADEIRO, Alberto. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Revista Bioética (Impresso)*, v. 22, p. 291-298, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/11.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2018.

¹⁰ FAÚNDES, A. e BEDONE, A. J. “Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas”. In *Caderno Saúde Pública* (vol.23, no.2). Rio de Janeiro, 2007.

contracepção de emergência.¹¹ Outras, por medo de represálias, revitimizações ou mesmo por desconhecimento de seus direitos, podem desenvolver uma gravidez e acabar submetendo-se, muitas vezes, aos abortos inseguros. Em caso de complicações, podem postergar a busca por cuidados médicos por medo de um processo criminal, colocando, assim, suas vidas em risco.¹²

Embora a lei permita o aborto para salvar a vida da mulher e para preservar a sua saúde física ou mental em casos de violência sexual, na prática, o aborto legal e seguro é ainda de difícil acesso justamente porque a criminalização do procedimento gera o interdito moral sobre o tema. O estigma está, assim, posto: mulheres e profissionais de saúde entendem que o aborto possui estatuto de crime, mesmo diante da exceção à punição. Profissionais sentem-se submetidos à vigilância da lei que os perseguirá caso realizem o procedimento de aborto e repassam o medo e a suspeição às mulheres. Imagine o que é ser um médico com medo de perseguição – como é cuidar de alguém de cuja palavra se duvida? E pior: como é ser cuidada quando mesmo sendo vítima se sente a suspeita?

Aqui importa entender as posições distintas dos sujeitos segundo o gênero, interseccionado com classe e raça/etnia, nas diferentes sociedades e contextos, porque o estigma do aborto entendido como crime impacta profissionais da saúde, médicos, enfermeiros e psicólogos, mas possui consequências permanentes e mais frequentes na vida das mulheres. As diferenças observadas nos corpos das mulheres são descritas nas relações sociais como diferenças naturais por relações de poder que procuram justificar em termos discursivos o que as mulheres vivenciam como desigualdade de gênero na prática: suas ações precisam seguir expectativas normativas impostas a elas pelo fato de serem mulheres.

¹¹ Idem.

¹² VEKEMANS, M. e HURWITZ, M. “Acesso a serviços de interrupção de gravidez seguros até ao limite máximo permitido por lei”. Boletim Médico da IPPF, Volume 38, Número 4, 2004.

Se uma mulher ficar grávida, não importará o contexto, como o da violência do estupro, pois o estigma gerado pela criminalização do aborto descreverá a interrupção da gravidez como um crime, ainda que este não seja penalizado. Mesmo que se considere o estupro um crime altamente repugnante, do mesmo modo condena-se a mulher vitimada. Ela é duplamente estigmatizada: porque foi violada e porque quer interromper a gravidez. Acabam sendo maltratadas pelo desconhecimento, negligências e pelo preconceito dos profissionais de saúde.

Essa imposição sobre os corpos das mulheres as dissocia de relações sociais e as descreve a partir da expectativa das normas do gênero: quando precisa recorrer a um aborto, a mulher é vista como uma violadora da expectativa de normalidade de que deva seguir com a gravidez até o final, mesmo que não esteja violando a lei. Com isso, é frequentemente discriminada pelo seu grupo social e pelo hospital/maternidade no qual vai buscar atendimento, seja para realizar o procedimento ou para receber cuidados de emergência em caso de complicações.¹³

A história de Rebeca Mendes: a descriminalização do aborto como passo para redução do estigma e cuidado às mulheres

O estigma gera ainda a concepção generalizante de que uma mulher que realiza um aborto não deseja a maternidade. Diante dessa forma discriminatória de pensar, não conseguimos compreender a realidade vivida por mulheres brasileiras: perde-se de vista que a interrupção, muitas vezes, é uma decisão reprodutiva vinculada fundamentalmente ao cuidado a outros membros das famílias. Muitas das mulheres que realizaram abortos possuem filhos ou outras relações de dependência, para as quais

¹³ PORTO, Rozeli. Entremeando Relações de Poder: Itinerários Abortivos e os/as diferentes Mediadores/as em Saúde. In: Antropologia e Mediadores no Campo das Políticas de Saúde. Valle, C.G.O; NEVES, R. C. M; TEIXEIRA, C.C. (Orgs.), 2017. PORTO, Rozeli. “Aborto legal e o cultivo ao segredo: dramas, práticas e representações de profissionais de saúde, feministas e agentes sociais no Brasil e em Portugal”. Tese de Doutorado. PPGAS, UFSC, Florianópolis, SC, 2009.

um novo projeto de maternidade seria disruptivo. Outras mulheres planejam ter filhos em outro momento da vida e outras não.

A história de Rebeca Mendes Silva Leite, hoje presente nesta audiência pública, é representativa. Ministra, passo a falar desse exemplo sabendo que as razões apresentadas pela senhora quando da chegada da demanda a esta Corte foram razões de não cabimento processual do caso. Mas para além do processo, o caso provoca os sentidos das barreiras de acesso a serviços de saúde conformadas pelo estigma da criminalização, sobre as quais gostaria ainda de refletir.

Paulistana de 30 anos, Rebeca é mãe de dois filhos, Felipe de 7 anos e Thomas, de 9. Em novembro de 2017, descobriu que estava grávida, e não considerava possível arcar com o cuidado de um terceiro filho sem descuidar dos demais. Rebeca exercia a maternidade sozinha, era remunerada por um trabalho provisório que lhe pagava 1.200 reais por mês e cursava o quinto semestre de uma faculdade privada, paga por bolsa integral do Programa Universidade Para Todos (ProUni). A gravidez veio em um intervalo de desproteção de métodos contraceptivos: os métodos hormonais lhe faziam mal, e ela esperava há meses atendimento pelo SUS para colocar o DIU. O mesmo Estado que a vulnerabilizou pela demora de acesso ao método adequado de planejamento familiar é o Estado que a ameaçaria de cadeia por não poder seguir adiante com essa gravidez. Tudo que conto está documentado em seu processo judicial.

Ao decidir de fato por não prosseguir com a gravidez, Rebeca pensava em como continuar a ser a mãe de que seus filhos precisavam. Era essa a sua preocupação. Rebeca conhecia os sites de fornecedores de medicamento clandestino para interromper a gestação, mas não admitia ter de tomar esse caminho para uma decisão tão delicada: em suas palavras, não podia “sangrar até morrer” ou ter como destino uma condenação penal. Nos dois casos, Felipe e Thomas ficariam sem cuidadora e sustento. A carta de seu apelo, contando as razões pelas quais não poderia prosseguir com aquela

gravidez e a necessidade de interrompê-la com segurança para que continuasse a cuidar de seus filhos foi endereçada ao Supremo Tribunal Federal.

Seu pedido judicial para realização do aborto com segurança no Brasil não pôde ser atendido. Com apoio de grupos de direitos humanos, Rebeca fez sua primeira viagem de avião, para participar de um evento na Colômbia, onde também se sentiu confiante para realizar o procedimento com apoio médico legal e qualificado, após ser constatado que estava com sua saúde mental afetada. O aborto em caso de risco à saúde da mulher, seguindo o conceito da Organização Mundial da Saúde de saúde integral, englobando os aspectos físicos, mentais e sociais, é permitido na Colômbia.

O atendimento no serviço de saúde incluía ainda a possibilidade de escolher e adotar imediatamente o método contraceptivo de sua escolha. Foi assim que Rebeca teve acesso ao cuidado de que precisava, com respeito às suas decisões em um país que não era o seu: realizou o procedimento, saiu da consulta protegida para evitar futuras gestações e será uma mulher que muito provavelmente não voltará a realizar um aborto. Ao permitir a interrupção da gravidez em caso de risco à saúde, a Colômbia entende, diferentemente do Brasil, como o acesso ao aborto é parte necessária da proteção aos direitos reprodutivos das mulheres e também, ainda que pareça contrário à lógica, para redução do número de abortos no médio e longo prazo.

Quando o aborto não é considerado um crime, as mulheres têm acesso a programas e serviços de saúde reprodutiva livres de estigma, e é possível que tenham acesso à informação, aos contraceptivos mais adequados à sua saúde e ao suporte para planejamento familiar sem discriminação ou medo de prisão – como ocorreu com Rebeca Mendes. Se as mulheres e meninas têm medo, elas não procuram os serviços de saúde e perdemos até mesmo a chance de saber e cuidar quando são vítimas de violência. A criminalização, que de nenhuma forma reduz o número de abortos, ainda abandona as mulheres e meninas a ciclos recorrentes de violência, à margem da proteção da saúde pública.

Esta Corte já pôde alcançar a gravidade do estigma e da criminalização no passado recente, quando entendeu que o procedimento de interrupção da gestação em caso de anencefalia não podia ser punido. O Tribunal ouviu as mulheres: retirou o estigma da palavra e reconheceu a antecipação terapêutica do parto como um direito e um cuidado em saúde, que protege as mulheres da gestação compulsória e da tortura. Ouviu integralmente as mulheres – até mesmo na sensibilidade sobre como descrever suas vivências. Era antecipação terapêutica do parto.

Mais uma vez, é hora de ouvir as experiências das mulheres e entender que descriminalizar o aborto até a 12ª semana é condição necessária para cuidar da saúde, vida digna e cidadania de todas nós. Estamos falando do cuidado à vida concreta, e não do que descreve o código penal com uma moral do século passado.¹⁴ Ouvir as razões das mulheres é constatar, por exemplo, que uma das fortes razões é a previsibilidade ou não de prover o cuidado dos filhos já existentes. Neste sentido, faz parte do direito ao planejamento familiar.¹⁵ A descriminalização do aborto é necessária para não morrermos em situação de aborto inseguro e clandestino, e para estarmos de acordo com os direitos à dignidade e à integridade psíquica e física. A não imposição moral compulsória de condutas permitirá a não estigmatização das mulheres em suas decisões sobre direitos reprodutivos.



Profª Drª Lia Zanotta Machado
Presidente da ABA (Gestão 2017/2018)

Associação Brasileira de Antropologia, Caixa Postal 04491, Brasília-DF, CEP: 70842-970
Tel/Fax: (61) 3307-3754 – E-mail: aba@abant.org.br – Site: www.portal.abant.org.br

¹⁴ MACHADO, Lia Zanotta. O aborto como direito e o aborto como crime: o retrocesso neoconservador. Cad. Pagu, Campinas, n. 50, e17504, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332017000200305&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Jun. 2018. Epub July 06, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201700500004>

¹⁵ É importante lembrar que jamais há plena eficácia dos componentes do planejamento familiar de informação e educação sexual para a prevenção e de oferta e uso dos métodos contraceptivos.