



A DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO EM PORTUGAL: UMA REFLEXÃO SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA LEI NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (2007-2010)

Maurílio Castro de Matos*

Introdução:

A aproximação com o tema dessa comunicação tem sua origem em nosso exercício profissional como trabalhador da saúde – assistente social – em uma maternidade de um hospital público na região da Baixada Fluminense no Rio de Janeiro. Observávamos que um número expressivo de atendimentos era a mulheres que haviam provocado um aborto. Contudo, tal questão não era abordada na relação entre a mulher e a equipe de saúde, havendo um silêncio. Todavia, entre os¹ profissionais de saúde o assunto era comentado. Nesses comentários, em geral, ouvíamos: "tem mais um cytotec na enfermaria"². Portanto, aquela mulher – lá na enfermaria – sofria por diferentes motivos: provocara um aborto em condições de risco à sua saúde e à sua segurança; encontrava-se hospitalizada, sem poder falar para equipe o real motivo da sua internação, em uma enfermaria com outras mulheres acompanhadas de seus recém-nascidos ou não; e tinha sua identidade reduzida à um medicamento que supostamente teria usado, ou melhor, era reduzida à um rótulo, à um estereótipo. Pensávamos, assim, que essas mulheres passavam por situações de preconceito. Mas, o que fazer? Afinal, o aborto era e é crime no Brasil. E parte da equipe não era solidária à essas mulheres, antes as julgavam culpadas sem saber das suas condições objetivas de vida.

Mais a frente, em fevereiro de 2007, estávamos em Portugal realizando um estágio de pesquisa e esse período coincidiu com a aprovação da população lusitana – que foi às urnas – com a

* Mestre e doutor em Serviço Social, respectivamente, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Professor Adjunto da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias / RJ com atuação no Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violência e na Divisão de Serviço Social..

¹ Sobre a questão do gênero masculino e feminino, entendemos que a leitura poderia ficar cansativa caso adotássemos a estrutura de "os/as" para dar expressão aos dois gêneros sexuais. Assim, somos solidários com Barroco "As categorias homem ou ser humano indicam que a linguagem é perpassada pela cultura; no caso sexista e predominantemente 'masculina'. Infelizmente, não temos ainda outro termo e a única coisa que podemos fazer é indicar aos leitores e leitoras que não compartilhamos com essa postura" (2008: 11, nota 1). Enfim, até mesmo pelo tema tratado nessa comunicação, está clara a nossa posição de defesa da emancipação política e humana de mulheres e homens.

² O "cytotec" é o nome comercial para misoprostol. Segundo publicação do Ministério da Saúde brasileiro: "O misoprostol entrou no mercado brasileiro em 1986 para tratamento de úlcera gástrica, e até 1991 sua venda foi permitida nas farmácias. Esse foi um tempo suficiente para a divulgação do medicamento como um método abortivo eficaz, mais barato que as clínicas privadas e com menores riscos à saúde da mulher" (Brasil. Ministério da Saúde. 2009: 35).



descriminalização do aborto a pedido da mulher até a 10ª semana de gestação. Estar em Portugal durante esse período nos possibilitou acompanhar o debate sobre a implementação da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) e lançar diferentes reflexões sobre os desafios postos à esse serviço num contexto de regressão dos direitos adquiridos no Serviço Nacional de Saúde de Portugal tendo em vista o avanço das políticas neoliberais³. Mas, também mostrou-nos a importância de se descriminalizar o aborto e inserir um serviço para tal no sistema público de saúde para esse atendimento.

Esta comunicação, então, se constitui em um desdobramento do estágio de pesquisa realizado em Portugal, na medida em que por meio de pesquisa bibliográfica, em periódicos e pela internet tentamos desvendar como vem se dando na prática o atendimento ao aborto legal no âmbito dos serviços públicos de saúde em Portugal.

Abordar um tema como o aborto é algo complexo, uma vez que emerge um debate muito polarizado, por vezes raivoso, restrito apenas entre ser contra ou à favor, sem explorar as inúmeras contradições e conflitos decorrentes dessa situação complexa. Não queremos ser dogmáticos e nem convencer ninguém. Queremos, então, poder socializar pontos de vista sobre a importância da descriminalização do aborto. Faz parte da democracia que possamos expor nossos raciocínios e que lutemos por aquilo que acreditamos. Afinal, como muitos já falaram, descriminalizar o aborto não significa impor a quem não quer fazê-lo. Mas, a descriminalização do aborto permite o direito, de quem necessite, a sua realização sem risco de agravos à sua saúde ou mesmo a morte, bem como o risco de prisão.

A implementação da lei em Portugal

As polarizações que envolveram a discussão sobre o aborto em Portugal não se encerraram quando da implementação da lei, em 2007, que dispõe sobre a sua descriminalização do aborto por escolha da mulher até dez semanas de gestação.

Em julho de 2009 o tema da (des)criminalização do aborto retornou ao plenário da Assembleia da República por meio de uma petição assinada por cinco mil pessoas que propunham a revogação da lei que descriminalizou o aborto por escolha da mulher, até dez semanas de gestação,

³ O projeto neoliberal tem suas origens nas formulações de Hayek, que datam de 1940, mas que emergem com força planetária após a década de 1970, com a crise do modelo de acumulação fordista-keynesiano e, conseqüentemente, dos modelos de bem-estar social. O neoliberalismo surge como alternativa à reanimação do capitalismo, no qual os precursores na sua adoção foram os EUA e a Inglaterra, e na América Latina, o Chile. No entanto, em nenhum lugar do mundo o neoliberalismo cumpriu a promessa de ativar o crescimento econômico. Ao contrário aumentou a pobreza. Contudo, conseguiu um efeito único, que foi o êxito ideológico que se expressa pela aparente falta de alternativas, gerando, assim, um consenso (Anderson, 1996).



em Portugal. Os partidos de esquerda - Bloco de Esquerda, Partido Comunista de Portugal e o Partido Socialista - mantiveram posicionamento favorável à lei, bem como questionaram a linguagem utilizada na petição⁴. Parlamentares de outros partidos também mantiveram a defesa da lei que, portanto, não foi revogada (Diário de Notícias, 23/07/2009).

Na realidade desde 2007, em Portugal, vem acontecendo manifestações - especialmente de setores vinculados à Igreja Católica - contra a descriminalização do aborto. E isso é previsível, pois as tensões postas na sociedade, bem como no interior do próprio Estado, não se resolvem por meio de Leis. O debate sobre a diferença é salutar e rico para a democracia, desde que com respeito às diferenças. Assim, é que para cada análise sobre o avanço da implementação da lei também surgem leituras que afirmam o seu contrário.

Em 2007, segundo o Director Geral de Saúde Francisco George, já houve uma diminuição do número de atendimento às mulheres em decorrência de complicações pós abortamento clandestino. No primeiro semestre do ano foram atendidas 23 mulheres com septicemia (infecções graves) e 11 com perfurações. No segundo semestre foram atendidas 12 mulheres com septicemias e apenas uma com perfuração (Jornal de Notícias, 11/07/2008).

Sobre o número de interrupções voluntárias de gravidez realizadas, o Sr. Francisco George informou que foram 14.247 realizadas em 2007. Destas pouco mais de 2.000 foram no setor privado. No setor público quase 100% das interrupções foram praticadas por meio medicamentoso. Enquanto que no setor privado mais de 90% foi pelo método cirúrgico, mais indicado para as gestações a partir da nona semana (Jornal de Notícias, 11/07/2008).

Nessa mesma reportagem também é informado que após aconselhamento 700 mulheres decidiram continuar com a gravidez. E que a objeção de consciência⁵ não impediu a implementação do serviço, estando em 2008 - quando da divulgação desses dados - a rede composta 38 hospitais públicos, 03 unidades privadas e 03 centros de saúde (Jornal de Notícias, 11/07/2008).

Segundo a Direcção Nacional de Saúde no primeiro semestre de 2009 foram realizadas 9.972 interrupções de gravidez em Portugal, envolvendo situações de má-formação congênita e de livre escolha das mulheres, o que equivale a 5,5% a mais que no ano anterior durante o mesmo período. Destes - grande parte realizados em Lisboa - 70% foram realizados em hospitais públicos e 30% no setor privado, continuando a maioria dos abortos medicamentosos realizados no setor

⁴ A petição, um texto de sete páginas, continha as seguintes afirmações: "é preciso parar o quanto antes com a matança dos inocentes" e "Condenar à morte um ser indefeso é vilania das vilanias. Um dia este país julgará em tribunal inseto os autores da legislação que viabilizou tal infanticídio. Ou será que a teriam aplicados às suas próprias mães" (Diário de Notícias, 23/07/2009).

⁵ Refere-se ao direito que o profissional tem em não realizar uma ação que considere moralmente condenável.



público e no setor privado a maioria pelo meio cirúrgico. A maioria das mulheres eram da periferia urbana e tinham entre 20 e 30 anos, sendo que 40% não tinham filhos (Público, 15/11/2009).

Frente ao expressivo número de abortos realizados nos serviços de saúde em 2009, emergiu um debate durante esse ano se isto estaria relacionado com a crise econômica. Os defensores da criminalização do aborto diziam que se esse fosse o motivo deveria o Estado dar melhores condições a população. Os defensores da atual lei colocavam que poderia até se ter uma ligação, contudo o aumento deveria ser mais pela divulgação da lei e pela disponibilização do serviço (Público, 15/06/2009). Em cena aqui estava a estratégia dos que defendem a criminalização do aborto de relativizar o direito da mulher na escolha.

A maioria das interrupções voluntárias de gravidez tem sido realizadas em Lisboa na Maternidade Alfredo da Costa. Segundo Sara Sereno (2009)⁶, entre janeiro e abril de 2009 foram realizadas 150 abortos em mulheres de 16 até 44 anos, sendo preponderante a faixa etária entre 19 e 29 anos. Dessas mulheres 76% eram portuguesas e 20% africanas. Sobre a religião a maioria era católica, o que equivale a 56%. Sobre o acesso ao ensino 40,7% possuíam ensino básico, 45,7% ensino secundário e 14% ensino superior. Acerca da situação de trabalho 61,3% eram ativas profissionalmente, 27,3% estudantes e 10,7% encontravam-se desempregadas. O nível sócio-econômico de 51,3% das mulheres era baixo, 15,3% tinham situação sócio-econômica média e 6% elevada.

Sobre o percurso reprodutivo das mulheres atendidas para IVG na Maternidade Alfredo da Costa, Sereno (2009) constatou que 40,7% nunca tinha até então engravidado; 53% não tinha filhos; 71,3% nunca tinha realizado um aborto; 21,3% teve um aborto e 7,4% dois ou mais abortos.

Sobre a gestação que originou a IVG, Sereno (2009) identificou que 50,7% se originou em um contexto de namoro, 40,7% em situação marital e 8,7% por meio relação ocasional. Sobre a contracepção 70% das mulheres faziam uso de algum método (sendo que 20,7% de forma inconsistente e 40% reconheceram falhas na utilização); 16,7% não sabe o que aconteceu e 2% faziam uso de métodos de duração prolongada ou tinham feito laqueadura tubária. A pílula, com 53,3%, e o preservativo com 41,9% são os métodos contraceptivos mais utilizados.

Os motivos alegados para a IVG, foram: instabilidade financeira (41,3%); falta de condições (22,7%); emprego/estudos, não deseja mais filhos / não está preparada para ser mãe (20,7%); relação conjugal inconsistente (12%); falta de um pai para o potencial filho (6%); filho não desejado (5,3%) e pressão para IVG (1,3%). Sobre o período gestacional a grande maioria fez o

⁶ Os dados - resultados da sua dissertação de mestrado - foram apresentados por Sara Sereno no colóquio "IVG: do aborto a contracepção", promovido pela APF em 11 de dezembro de 2009.



aborto entre quatro e nove semanas (94,7%) e uma minoria quando das dez semanas (5,3%). A decisão para a realização do aborto foi compartilhada em 95,3% com pessoas significativas segundo as próprias mulheres, sendo que 72,7% com o namorado ou companheiro, 29,4% com amigas e 25,9% com a mãe e/ou o pai (Serenó, 2009).

Um dos focos da pesquisa de Sereno (2009) era identificar como que as mulheres que submetiam a uma IVG lidavam psicologicamente com essa questão. A autora chegou a conclusão de que mesmo esse momento sendo tenso para as mulheres - porque fruto de uma decisão difícil e emocionalmente exigente - havia uma baixa conflitualidade na escolha pela interrupção da sua gestação.

Ainda sobre os dados empíricos disponíveis, acerca da experiência da implementação da IVG em Portugal e sua particularidade na Maternidade Alfredo da Costa, que de longe é a unidade que mais presta atendimento na área da saúde reprodutiva em geral e na interrupção voluntária da gravidez também, um dado recente interessante é sobre a repetição de interrupções da gravidez pela mesma mulher, o que significou 3%. Ao mesmo tempo em que segmentos contrários a descriminalização do aborto levantaram a bandeira de que estaria havendo uma banalização da IVG, a equipe autora do estudo e a integrante da direção da Maternidade afirmaram que o dado era bem menor que de vários países (Público, 14/11/2009).

A experiência de implementação do serviço de Interrupção Voluntária da Gravidez no Serviço Nacional de Saúde indica questões que reafirmam a recente trajetória da política de saúde em Portugal.

Naquele país de forte tradição do serviço público e estatal de saúde desde 1974 há, ainda, uma prevalência deste setor e com qualidade. Isso se expressa, por exemplo, no número de procedimentos de IVG realizadas em hospitais públicos. Contudo, com o avanço do neoliberalismo cada vez mais vem se implantando em Portugal o setor privado de saúde e isso se expressa também neste tipo de atendimento, uma vez que os últimos dados apontam para uma taxa de 30% de interrupções de gravidez no setor privado, ainda que seja o número de estabelecimentos privados bem menor do que os dos públicos. Há ainda que se citar que a Clínica dos Arcos em Lisboa é conveniada com a rede pública e por isso recebe encaminhamentos por meio de convênios. No setor privado a maioria dos abortos tem sido feitos por meio do procedimento cirúrgico - mesmo que indicado para as gestações acima de nove semanas - que é mais caro que o procedimento medicamentoso, não por acaso o mais usado no setor público.



A Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) de Portugal realizou uma análise do atendimento no setor privado e constatou que as condições são seguras. No entanto, ressaltou que as unidades devem aumentar a possibilidade da escolha da mulher sobre o método a ser utilizado no abortamento, que é importante a atualização das técnicas sobre o aborto cirúrgico e que essas unidades precisam encaminhar as mulheres atendidas para o planejamento familiar e disponibilizar métodos contraceptivos adequados (Jornal de Notícias, 02/02/2009).

A existência de uma lei que garanta direitos à livre escolha da mulher e a efetivação de um serviço de aborto legal é importante para que possamos, inclusive, termos noção da dimensão da realidade. Com a descriminalização do aborto, Portugal pode ter uma noção não só dos dados, mas de como as mulheres vivenciam essa situação. Tirar o aborto da criminalidade foi em primeiro lugar um exercício de direitos humanos e como desdobramento vem possibilitando várias questões, como por exemplo, uma análise sobre a magnitude dos dados sobre o aborto.

Durante a campanha para o plebiscito em Portugal os partidários da criminalização do aborto argumentavam que as mulheres não chegariam a tempo (até dez semanas de gestação) nas unidades de saúde e que usariam o aborto como método contraceptivo. Tal questão parece não ter se materializado. As mulheres têm procurado o serviço à tempo, diminuiu-se bastante os atendimentos a situações de abortamento provocado fora dos serviços de saúde e segundo os próprios estudiosos e gestores o número de abortos por repetição é baixo.

Quando o resultado do plebiscito apontou para descriminalização do aborto, os defensores da sua criminalização tentaram incluir o aconselhamento como obrigatório, dizendo que as mulheres chegariam com muitas dúvidas. A realidade tanto de quando fizemos o estágio na Maternidade Alfredo da Costa, em 2007, como da pesquisa de Sereno, em 2009, indicam o contrário. Ou seja, para a mulher a escolha por um aborto não é uma decisão simples, envolve um "auto-diálogo" que quando ela procura os serviços, na sua maioria, ela já tem clareza da escolha e do que isto implica.

Comentários finais:

Temos por hipótese de que a descriminalização do aborto foi aprovada em Portugal, em 2007, devido ao impacto negativo que tiveram para a população os julgamentos após o plebiscito de 1998 (o resultado desse plebiscito apontou para a manutenção da criminalização do aborto no país), quando surpreendeu a aplicação, de fato, da lei (Tavares, 2003. Campos, 2007. Peniche, 2007) e, também, por que foi muito forte o argumento da importância de se adaptar o país à modernidade,



tema este muito caro, ainda, para os portugueses, considerados os longos anos de ditadura (entre as décadas de 1930 e 1970) e a necessidade de pertencimento à Europa.

Sobre a contra-reforma na saúde, acreditamos que está sendo feita devido à exigência da União Européia, sendo prerrogativa para a entrada de maiores financiamentos no país, com isso há um progressivo deslocamento da centralidade do público e estatal na assistência à saúde e uma expressão disso é o atendimento à interrupção voluntária da gravidez. Nesse atendimento é visível a presença do setor privado, pois mesmo que o número de unidades privadas seja pequeno, os dados apontam para um aumento do atendimento no privado, com o procedimento utilizado mais lucrativo, que é o aborto cirúrgico.

Em Portugal, em ambos os casos – a contra-reforma do Estado na saúde e a descriminalização do aborto (ainda que esta seja uma conquista importantíssima e fruto de lutas históricas do movimento feminista) – mesmo que em direções opostas e com densidades diferentes, está o papel central normativo da União Européia e a adaptação que esta exige dos seus países membros, que está vinculada ao poder, maior ou menor, de negociação de cada um dos seus países integrantes.

Referências bibliográficas:

- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E e GENTILI, P. *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. (3ª edição). São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- BARROCO, Maria Lúcia Silva. *Ética: fundamentos sócio-históricos*. São Paulo: Cortez, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf (Acesso em 18/10/2009).
- CAMPOS, Ana. *Crime ou castigo? Da perseguição contra as mulheres até à despenalização do aborto*. Coimbra: Almedina, 2007.
- PENICHE, Andrea. *Elas somos nós. O direito ao aborto como reivindicação democrática e cidadã*. Porto: Edições Afrontamento, 2007.
- TAVARES, Manuela. *Aborto e contraceção em Portugal*. Lisboa: Livros Horizonte, 2003.
- SERENO, Sara. Interrupção Voluntária da Gravidez: ajustamento psicológico no processo de decisão [Apresentação no Colóquio IVG: do aborto à contraceção realizado em 11/12/2009] Lisboa: APF, 2009. (Disponível em <http://www.apf.pt>. Acesso em: 13/01/2010).