



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE DIREITO**

LADYANE KATLYN DE SOUZA

**ABORTO SEM FRONTEIRAS:
MULHERES QUE AJUDAM MULHERES.**

MONOGRAFIA

**Brasília – DF
2018**

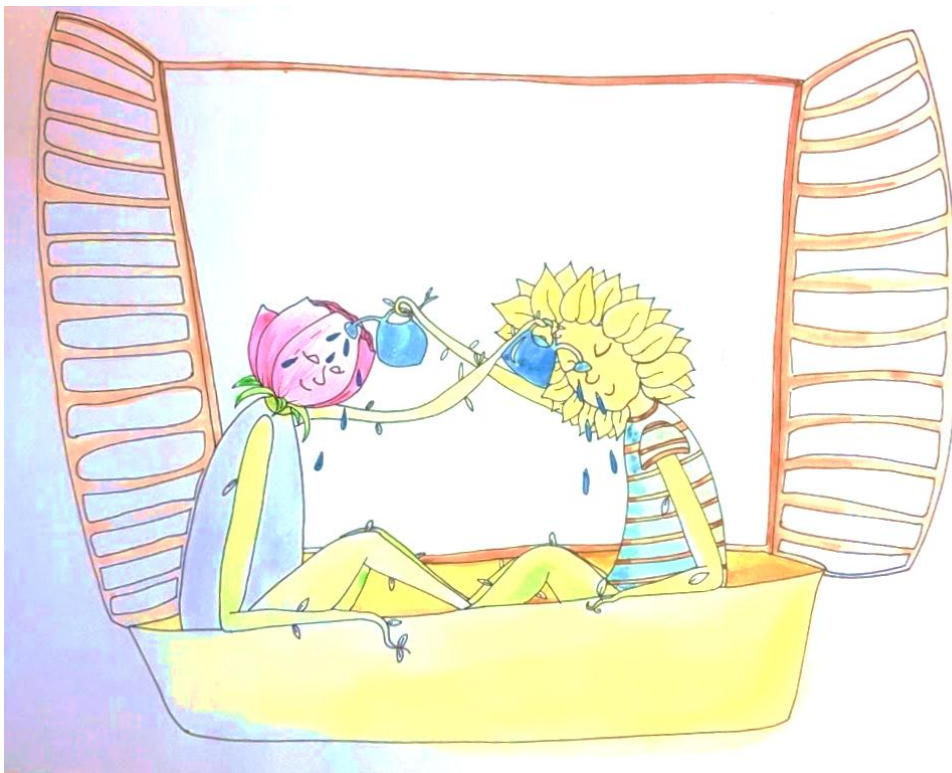
LADYANE KATLYN DE SOUZA

**ABORTO SEM FRONTEIRAS:
MULHERES QUE AJUDAM MULHERES.**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Universidade de Brasília – UnB.

Orientadora: Prof. Dra. Débora Diniz.

**Brasília – DF
2018**



1

“A luta das mulheres por participar e se incorporar a todos os espaços, levada a cabo nos últimos dois séculos, constitui a mais esplêndida, nobre, valiosa, impactante, das revoluções vividas pela humanidade. Hoje mais que nunca temos que estar fortes, unidas e atentas - guardando nossas costas, levando batalhas em todas as frentes, porque as violências não param.”

Discurso proferido por **Minou Tarez Mirabal** no ato em homenagem pelo dia internacional da luta contra a violência de gênero.
(Montevideu, Uruguai, 25 de novembro de 2017)

¹ Ilustração “Zelo”, Nicole Orlandini, Londrina, 2018.

AGRADECIMENTOS

Sou muito grata por podermos externar nosso afeto em um trabalho científico. É nessa página que meu amor transborda, a gratidão por tudo o que pude me tornar nesses cinco anos na Universidade de Brasília.

Agradeço primeiramente à minha orientadora, Débora, por seu trabalho incansável feminista, tão importante para todas nós - em especial, a abraço com essas palavras por me inspirar tantas vezes pessoalmente e estar sempre presente como uma referência querida, topando com entusiasmo me amparar nessa escrita.

À minha avó, Conceição, por me ensinar o poder das palavras e me dizer sempre que gente 'estudada' é a gente mais 'besta' que tem: ensinando-me a não me iludir com o ego e cuidar da simplicidade. Sua maior lição é me ensinar sobre as mulheres antigas.

À minha mãe, Cida, com todo o amor do mundo, por estar se reinventando todos os dias, e a meu pai, Antônio, dentre outras razões, essa singela de me trazer livros da biblioteca de bicicleta. Aos meus irmãos, por nossa cumplicidade e debate feminista: Alanna, Pedro, Flávio, Isabella.

À minha rede de mulheres, que me ensina a revolução do afeto: Heloisa Adegas, Beatriz Barbosa, Juliana Lopes, Thalita Najara, Laiana Rodrigues, Manuela Melo, elas me dizem que sempre temos umas às outras, que não há limites para a solidariedade entre mulheres e mais: ensinam-me que o direito pode ser assim, à revelia.

Ao Maracatu Atômico, pelo meu brilho nos olhos na Universidade. Ao Programa de Educação Tutorial em Direito, pela demonstração de que a universidade e comunidade devem andar juntas. Lá, sou grata, sobretudo à extensão e às mulheres da Colméia, que me ensinaram e quebraram minha cabeça mais do que qualquer aula da faculdade nesses anos, tudo sob a supervisão e carinho da incrível professora Camila Prando.

Ao professor e amigo Marcelo Neves, por todo o apoio desde as aulas de introdução ao Direito, foi com ele que aprendi a ter brilho nos olhos e esse gosto ávido pelo desafio do que não sei - dos livros e da minha pequenez em relação ao infinito da pesquisa no mundo.

À Louise, por nossas boas memórias, por ter pra sempre mudado minha forma de ver o mundo e, principalmente, por me fazer acreditar e sentir o amor e amizade eterna. A

tragédia tão próxima se repercutiu em nós de formas indescritivelmente doloridas e, em mim, gerou uma urgência em falar de gênero na minha universidade.

A Herbert Moura, diariamente: pela profunda amizade e troca, leituras compartilhadas, críticas, afeto. Por nossas viagens e todas as mulheres que conheci no caminho que, de Havana ao Marajó, enriqueceram o que sei e vão sempre fazer parte de quem sou.

À Giza, por me dar o computador em que escrevo esse texto, e estar comigo em absolutamente todas as provações que passei nessa graduação. A Romulo José Alves pela amizade incondicional. Minha gratidão eterna a vocês dois.

À Aline Xavier e Silvia Lordello por demonstrarem tanta sonoridade em sua atuação enquanto psicólogas e pesquisadoras da UnB. À Maria e Patrícia, por compartilharem sua força de mulher comigo. Elvira Gama, Nara Menezes e Carina Calabria, três singulares pernambucanas, pelas risadas, trocas, cafés, indicação de leituras, pelos encontros inesperados, e tanto carinho. Minha torcida por todas vocês é imensa.

Por fim, agradeço às minhas professoras, e muito à Sinara Gumieri, por todo o apoio na graduação. Obrigada a todas que me ensinaram que a vida não precisa ser só, mas em marcha, que o direito não é um caminho alinhado e masculino, que tem espaço para nós. “Vêm dançar comigo, vem.”²

²Matilde Campilho, poema Fevereiro. Disponível em YouTube, por meio do link <https://www.youtube.com/watch?v=VasLnEWnAxY>, acesso em 22.02.2018.

SOUZA, Ladyane. **Aborto Sem Fronteiras: Mulheres Que Ajudam Mulheres.** Monografia (Graduação em Direito), Universidade de Brasília: UnB, 2018.

RESUMO

Este estudo examina a medicação utilizada por mulheres para realizar aborto clandestino no Brasil sob a perspectiva das leis. A partir de revisão bibliográfica, bem como da contraposição das normativas nacionais, procura-se compreender quais são as barreiras que impedem o acesso à pílula do aborto em território brasileiro. Em seguida, faço um exercício de diálogo acerca da relação entre as leis brasileiras e a mobilização transnacional e em rede de organizações de mulheres que buscam garantir os direitos reprodutivos.

Palavras-chave: ONGs, ilegalidade, misoprostol, aborto, aborto inseguro, telemedicina, redes de mulheres e Estado.

SOUZA, Ladyane. **Abortion Beyond The State: Women Helping Women. Monography (Law Degree)**, Universidade de Brasília: UnB, 2018.

ABSTRACT

This study examines the medication used by women to perform clandestine abortion in Brazil under the perspective of the laws. Based on a bibliographical review, as well as on the contraposition of national regulations, it is sought to understand the barriers that block the access to the abortion pill in Brazilian territory. Also, I build a dialogue exercise about the relationship between Brazilian laws and the transnational network mobilization of women's organizations that seek to guarantee reproductive rights.

Keywords: NGOs, misoprostol, illegality, telemedicine, abortion, unsafe abortion, women's networks and the State.

Lista de Figuras

- Figura 1 - Ilustração “comprimidos de misoprostol”. Fonte: desenho editado feito manualmente pela autora desta monografia. 29
- Figura 2 – Jornais e Revistas monitorados pela Anvisa. Fonte: Manual de Monitoramento de Propaganda de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária (2005). 33
- Figura 3 – Fiscalização da Anvisa. Fonte: Manual de Monitoramento de Propaganda de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária, mescla das imagens de jornais contidas no relatório..... 33
- Figura 4: Ilustração “aborto sem fronteiras”. Fonte: desenho feito manualmente pela autora desta monografia..... 41

Lista de Tabelas

Tabela 1 Aprovação de uso do Cytotec por país e por ano.	30
Tabela 2 - Número de pedidos online de pílula para aborto após o alerta da Organização Pan-Americana da Saúde sobre a exposição ao vírus Zika, de acordo com o país, 2016.	43
Tabela 3 - Remessas apreendidas de misoprostol 2015-2016.	46

Lista de Abreviaturas e Siglas

IN = Instrução Normativa

MS = Ministério da Saúde

OMS = Organização Mundial da Saúde

ONG = Organização Não Governamental

PNA = Pesquisa Nacional do Aborto

PCDF = Polícia Civil do Distrito Federal

UNB = Universidade de Brasília

SUS = Sistema Único de Saúde.

GPROP = Gerência de Fiscalização e Monitoração de Propaganda, Publicidade, Promoção e Informação de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária.

ADI = Ação Direta de Inconstitucionalidade

ADPF = Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

DEPEN = Departamento Penitenciário Nacional

CIDH = Corte Interamericana de Direitos Humanos

Sumário

APRESENTAÇÃO	12
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I: TERMOS E CONCEITOS	16
1.1 ÉTICA E METODOLOGIA.....	16
1.2. ANTECEDENTES E CONCEITOS.....	18
1.2.1 Aborto e Justiça Reprodutiva	18
1.2.2 Para o conceito de Redes de mulheres	18
CAPÍTULO II: O ESTADO E A MULHER	24
2.1 CRIMINALIZAÇÕES DO ABORTO NO BRASIL: ASPECTOS SOCIAIS	24
2.2.1 Normas sobre o <i>misoprostol</i> no Brasil.....	28
CAPÍTULO III: MULHERES QUE AJUDAM MULHERES	37
CAPÍTULO IV - CONFLITOS ENTRE AS REDES DE MULHERES E A LEI (O ESTADO)	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

APRESENTAÇÃO

Essa pesquisa parte da minha percepção crítica do Direito, que é indissociável das questões de gênero. Vem do fim de uma graduação de diversos percalços, onde percebi o campo do direito com demasiados limites aos passos das mulheres - desigualdade, descaminhos, prisão.

Minha percepção vem da alternativa que encontrei ao Direito fechado, das salas de aula e dos homens de terno. É fruto dos caminhos abertos por mulheres, por vezes atravessando a ilegalidade e a clandestinidade - essas mulheres me trouxeram o Direito como ferramenta de *liberdade* e *sororidade*. Essa é minha forma política de estar no mundo e cuidar de outras mulheres.

É assim, intrigada em entender o porquê de as mulheres brasileiras terem de agir na ilegalidade-clandestinidade para garantir direitos já assentados há bastante tempo em muitos países, e na “ordem internacional”, que nos capítulos seguintes apresento dados em relação a esses pontos e proponho reflexões.

A pergunta central desta pesquisa é acerca da entrada de determinado medicamento no Brasil, o misoprostol, que assume proporção política gigantesca quando estamos falando dos direitos reprodutivos e do controle dos corpos de mulheres. É por esse caminho que vamos.

Meus passos enveredam pela legislação brasileira, com o intuito de fazer um estudo sobre quais são as barreiras legais para que as mulheres tenham acesso a esses medicamentos em território brasileiro e, ainda, quais são as alternativas que essas mulheres têm, agindo em rede.

INTRODUÇÃO

A luta pela descriminalização do aborto tem sido há anos uma pauta do movimento feminista, trazida para o debate público por redes regionais e internacionais de mulheres organizadas na busca pela efetivação dos direitos reprodutivos. Nesse contexto, como demonstra a Pesquisa Nacional do Aborto (2016) realizada por Débora Diniz, Medeiros, e Madeiro (2017), aparentemente, o Estado brasileiro ainda não tem dado resposta satisfatória às necessidades das cidadãs, pois no Brasil cerca de uma mulher por minuto realiza aborto clandestino. Ainda, de acordo com a mesma estatística, uma em cada cinco mulheres aos quarenta anos já realizou um aborto no Brasil.

Algumas organizações de mulheres têm oferecido alternativas à atuação estatal. Mais ainda, organizadas internacionalmente, tem influenciado na prática a vida de mulheres, fornecendo acesso a medicamentos como *mifepristona* e *misoprostol*, se articulando a partir de mecanismos internacionais de garantia de direitos. Aqui não menciono seus nomes por um cuidado metodológico, que será abordado no *Capítulo I*.

Na busca pela concretização desses direitos em diversos países, Cecília Macdowell Santos (2012) expõe que a força das organizações que menciono reside em “encontrar possibilidades e vazios nas leis de todo o mundo” (p.270) em uma relação transversal entre os ordenamentos jurídicos em torno do problema jurídico-constitucional do aborto e direitos reprodutivos da mulher.

O ponto-chave da reflexão que aqui está proposta é o pensamento de que a discussão sobre a ilegalidade do aborto ultrapassa o Estado. As mulheres brasileiras que decidem interromper a gravidez têm uma experiência marcada por medos e não raras vezes encontram a morte, justamente por residirem em território nacional, tendo em vista que em muitos outros países do planeta teriam acesso a pílulas de medicamento seguro e a apoio psicológico, médico e mesmo familiar.

A partir do acima arrolado, me interessa compreender quais são as barreiras legais para que as mulheres tenham acesso a esses medicamentos em território brasileiro. É importante compreender nesse contexto que algumas ONGs internacionais - focadas em ativismo por direitos reprodutivos e serviços de saúde prestados por mulheres estrangeiras - classificam o Brasil como um dos países mais difíceis para se obter

pílulas abortivas, lugar onde os números de mortes por aborto inseguro alarmam, ou deveriam alarmar.

Isso sinaliza para o fato de que o Brasil é um país cuja leitura constitucional dos direitos reprodutivos parece ser bastante diferente da de outros países, como EUA, Cuba, França, Uuguai, Holanda, Canadá; bem como da Corte Interamericana de Direitos Humanos,³ e que talvez tal leitura esteja associada também a outras violações a direitos das mulheres.

As organizações supramencionadas atuam na prática trocando informações com mulheres e enviando pílulas – por correios e até mesmo por meio de *drones* - em países onde ainda existe a proibição, conforme está defendido nos sites destas ONG. Ainda, essas entidades têm observado um aumento nos pedidos por pílulas abortivas no Brasil, dentre outros fatores, os relacionados ao vírus zika, como veremos no *Capítulo III*. Percebi, por meio da análise de notas divulgadas por elas, que muitas das remessas de medicamento enviadas ao Brasil têm sido apreendidas e destruídas, possivelmente, por algum conflito legal e regulatório existente sobre esse medicamento.

Diante do exposto, esta pesquisa busca responder, a partir de uma análise dos conflitos existentes entre as ONGs e o Estado brasileiro, **por que as mulheres não têm acesso a pílulas de medicamento abortivo (*misoprostol*) nos limites territoriais do Brasil?**

A partir desta realidade que me deparo, e em busca da resposta ao questionamento proposto nesta monografia, analisarei a aplicação das normativas relacionadas a aborto no território brasileiro para barrar a entrada do misoprostol sob o ponto de vista comparativo internacional; e apresentarei o papel que algumas mulheres têm desenvolvido em ajuda às outras, em conflito com o Estado.

Desenvolverei a análise destes dois itens pois parto da imaginação de **que podem existir normativas que autorizem a entrada do *misoprostol***. Para tanto, esta pesquisa se inicia com uma análise das normativas brasileiras à luz dos protocolos internacionais; segue pela atuação das ONGs, daí continua para a exposição dos dados e do conflito

³ CIDH. Caso Artavia Murillo vs Costa Rica. A corte assinalou que a maternidade forma parte essencial do livre desenvolvimento da personalidade das mulheres. Levando em conta tudo até aqui, a Corte considera que a decisão de ser ou não mãe ou pai é parte do direito à vida privada e inclui, no presente caso, a decisão de ser mãe ou pai no sentido genético ou biológico. Disponível em http://www.corteidh.or.cr/cf/Jurisprudencia2/ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=235 acesso em 10.03.2017

entre as ONGs e o Estado, a partir da apreensão das remessas pela Receita Federal e Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

O primeiro capítulo se chama Termos e Conceitos, e nele apresento à leitora⁴ quais os parâmetros de análise que utilizo durante a pesquisa, para que fique explícito meu ponto de vista, minha metodologia e os antecedentes que me guiam nesta seara;

Os dois capítulos seguintes, segundo e terceiro, apresentam os dados coletados durante a etapa de pesquisa de campo propriamente dita, na investigação das normativas e troca de e-mails com as ONGs. Desta forma, digo que o segundo capítulo, intitulado o Estado e a mulher, irá apresentar as normativas relacionadas a direitos reprodutivos no Brasil e sua aplicação territorial. Já no terceiro capítulo trago para a discussão o papel que algumas mulheres desenvolvem ajudando outras mulheres em diversas redes organizadas por todo o mundo, expondo o funcionamento e o trabalho destes grupos de mulheres e, dialogando com os dados expostos no capítulo anterior, quais as implicações/complicações que isso tem gerado.

Por fim, no quarto capítulo, irei contrapor as ideias e testar a hipótese lançada, por meio da análise/diálogo do estudo de casos de conflitos entre o Estado e organizações internacionais, em que apresento quais as medidas o Estado tem tomado em relação às mulheres que buscam, de forma legal, realizar aborto.

⁴ Uso da linguagem feminina universal, cuidado metodológico para a pesquisa feminista, conforme ensina Débora Diniz (2013).

CAPÍTULO I: TERMOS E CONCEITOS

O que é democracia? É gente para o povo ou homens para o povo?

Phumzile Mlambo-Ngcuka, 2017.

1.1 ÉTICA E METODOLOGIA

Este trabalho se guia pela revisão bibliográfica de pesquisas acadêmicas já publicadas na área de direitos reprodutivos e saúde da mulher, dentre elas principalmente a Pesquisa Nacional do Aborto (2016). O foco na escolha dos textos bibliográficos foi o de buscar aqueles que sistematizassem o estudo sobre aborto e uso do misoprostol, na seara da saúde pública; e, no domínio do direito, os que reunissem informações recentes sobre legalidade do medicamento, aborto inseguro, protocolos internacionais e direitos humanos das mulheres.

Daí em diante, para esmiuçar o problema proposto nesta pesquisa, segui pela análise de documentos e protocolos oficiais do Brasil que mencionam o *misoprostol*: o Manual da Polícia Civil do Distrito Federal, resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, bem como protocolos e manuais do Ministério da Saúde, confrontando-os entre si.

Já na segunda parte da pesquisa, a técnica utilizada foi *(i)* o estudo sobre a apreensão de remessas do medicamento no Brasil, a partir de informações oficiais já divulgadas pela Anvisa e *(ii)* o contato com algumas ONGs internacionais de mulheres, por meio de seus e-mails, sítios eletrônicos e notas divulgadas por elas na mídia social, afim de entender o trabalho por elas realizado.

Tive o cuidado ético metodológico de não expor as organizações de mulheres que menciono, omitindo seus nomes e *sites*. Ainda, procurei me atentar a não utilizar imagens, mas meramente ilustrações neste trabalho, que não correspondem à realidade. Agindo dessa maneira, não comprometo as poucas fontes disponíveis na internet, visto que a lei brasileira, como veremos, proíbe a divulgação de informações acerca do medicamento estudado. A divulgação de informações aqui contida sobre a medicação é apenas de documentos públicos e já anteriormente noticiada pelo estado, publicados nos *sites* e disponíveis nas repartições públicas de cada um desses órgãos.

Por fim, explano que procurei citar bibliografias em sua maioria de mulheres, buscando também autoras negras, historicamente invisibilizadas, desigualdade que é reproduzida no âmbito do conhecimento jurídico e nas ementas das disciplinas da faculdade, como destaca Isis Táboas (2017) acerca do caráter patriarcal do Direito.

Adiante, o caminho que procuro seguir durante a escrita monográfica é, afinal, no conhecimento ensinado pela rede de mulheres à qual pertença, na utilização da perspectiva parcial, corporificada e localizada: um se colocar no mundo reconhecendo seu local de fala, seu corpo e seu olhar, buscando assim conjecturar sobre os métodos que temos, conforme propõe Donna Haraway (1995), com a “esperança na transformação dos sistemas de conhecimento e nas maneiras de ver” (p.24).

Alicerçada nesse método, este texto não tem pretensões de neutralidade: minha perspectiva é parcial e localiza-se a partir de minhas experiências como uma mulher branca, primeira mulher de minha família a ingressar no ensino superior, por falta de acesso àquelas que me precedem. Coloco-me na narrativa em primeira pessoa, como graduanda em Direito pela UnB, militante e estudiosa de movimentos feministas, já disponível como futura advogada de direitos de mulheres em situação de vulnerabilidade.

Débora Diniz (2015) ensina que ao abandonarmos a objetividade, imparcialidade, ou neutralidade do método, não recusamos o método, mas sim procuramos outras maneiras criativas e imaginativas para trocar ciência, equilibradas em regras de linguagem e produção do conhecimento – traduzidas em técnicas de pesquisa e critérios de validação de nossos resultados, assim a pesquisa feminista, mesmo sendo parcial e localizada, não deixa de ser confiável.

É justamente por me situar nessa perspectiva, lugar que não me aprisiona e sim liberta, que tenho tanta desconfiança em relação à moral patriarcal e aos métodos que nos cercam: é a partir daí que minha pesquisa pode se tornar útil a outras mulheres. Nas palavras de Débora Diniz (2014) “é da potência da existência, do testemunho que nos realiza e que desafia a matriz de inteligibilidade do gênero, que se anima a ética feminista. (p.19)”.

A partir do meu contexto, passo agora a apresentar às leitoras os caminhos de onde estou partindo, quais são as autoras e termos que me precedem, bem como os conceitos

que serão essenciais para o debate que insinuo – marcos teóricos na pesquisa e nesse exercício de escrita.

1.2. ANTECEDENTES E CONCEITOS

Esta pesquisa monográfica é realizada referenciando os temas: aborto; aborto inseguro; uso de *misoprostol*; redes de mulheres; Estado. Do que eu estou falando? Nesse ponto situo os pontos de partida da minha produção textual e quais conceitos tenho como pressupostos.

1.2.1 Aborto e Justiça Reprodutiva

O enfoque dado nesta pesquisa é de que o aborto nunca deve ser visto como um evento isolado, como nos ensinam os estudos da justiça reprodutiva, ele é um evento bastante comum na vida das mulheres e indissociável dos estudos sobre maternidade e culturalmente do patriarcado e da heterossexualidade.

Ao se pensar na palavra patriarcado, essa noção está intrínseca à construção cultural de violência contra as mulheres e sua relação também com a colonialidade (conf. María Lugones, 2014), que entendo como o modelo expansivo centrado no homem branco dominador, cuja crença hegemônica reforça ser o melhor padrão. Este texto desacredita dessa ordem, desconfiando das leis e esperando novas formas de organização, decoloniais, anti-racistas e feministas.

Especificamente, o conceito que utilizo para aborto é sinônimo de *abortamento*, divulgado amplamente pelo Ministério da Saúde e adotado pelo Manual de Atenção Humanizada ao Abortamento (2005), que com base nos termos da Organização Mundial da Saúde define que abortamento é “a interrupção da gravidez até a 22ª semana de gestação e com o feto pesando menos de 500g” (p.29). Nessa escrita o aborto será estudado enquanto interrupção voluntária da gravidez em seu aspecto farmacológico, ou seja, provocado por medicação até a 9ª semana de gestação.

1.2.2 Para o conceito de Redes de mulheres

Em relação ao termo redes de mulheres, aqui significa a mobilização de grupos profissionais e afetivos de mulheres, articulados em torno das mais diversas demandas

feministas e, nessa pesquisa específica, denota principalmente a mobilização transnacional de mulheres em torno da despenalização do aborto.

Ainda, tal mobilização se contextualiza historicamente pelo fato de os séculos XIX e XX terem sido marcados pela luta sufragista e pelo feminismo com sua capacidade subversiva e de mobilização, como afirma Cynthia Miranda (2011), “diante de uma cultura política profundamente autoritária e excludente, o movimento feminista permitiu às mulheres uma insurreição maciça e global contra seus opressores” (p.52).

É desta maneira que o feminismo em sua articulação tem ganhado também substrato jurídico nos chamados “direitos das mulheres”, expressão que ganha cada vez mais significado em convenções e tratados internacionais de direitos humanos desde a *Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher* CEDAW (1979), a *Conferência de Viena* (1993), a *Convenção de Belém do Pará* (1994), e o *Protocolo de Maputo* (2005).

Acerca da mobilização transnacional por aborto legal e direitos reprodutivos referencio a autora Cecília Macdowell Santos, que estudou a atuação das ONGs, que em suas relações por ora denomino *redes*, no caso do Tribunal Europeu de Direitos Humanos e da Corte de Portugal (2012):

Tendo como base um campo de ação transnacional, a WOW desenvolve atividades midiáticas nos países onde a IVG é criminalizada, procurando chamar a atenção para as consequências nefastas dos abortos clandestinos e para a necessidade do aborto ser despenalizado (...)

A ação da WOW, em parceria com as ONG locais, mostra como o direito tem sido mobilizado pelas lutas feministas, em diferentes escalas de ação, com o objetivo de mudar o status quo legal de determinado país. A ação da WOW procura pautar-se pelos limites da legalidade, articulando normas do direito nacional com normas do direito internacional. (p.269)

A citada parceria entre ONGs internacionais e locais de mulheres é o que denomino articulação em *rede*, em torno de uma pauta jurídica transversal ao direito constitucional dos países onde ainda há a criminalização do aborto. Essa *rede* se constitui diariamente com a comunicação e troca de informações entre mulheres.

1.2.3 Estado e Transconstitucionalismo

O conceito de Estado que utilizo aqui é simplesmente o de Estado nacional, como uma organização de natureza político-jurídica que tem base territorial fixa (cf. NEVES, 2014, c). Significa dizer que o Estado alicerça-se sobre um limite territorial, como organização que, apesar da pretensão de poder que lhe é característica, não mais consegue controlar determinados conflitos político-jurídicos a partir de suas fronteiras.

Tal conceito inova ao contradizer a ideia que se tinha de Estado “soberano”, pois parte do pressuposto que a soberania como “onipotência” naquele espaço territorial é uma ideia falsa já na origem. Assim, a comunicação e integração cada vez mais presente entre os Estados faz com que os limites nacionais não se confundam com os limites da sociedade.

Diferente do que se acreditava no passado, com a globalização e avanços tecnológicos, o Estado passa então a não possuir mais um controle de fronteira tão absoluto, porque a relação entre as pessoas ocorre sem precisar passar por elas, ultrapassando-as. Temos então que hoje na sociedade mundial muitos temas relacionados a direitos humanos e direitos das mulheres não podem conter-se pelo Estado.

A comunicação entre as pessoas e os instrumentos disponíveis, dentre outras razões, levam à desterritorialização de problemas jurídico-constitucionais e este estudo permite que possamos conceber uma nova compreensão das demandas das mulheres e sua ação transnacional.

Acredito que um olhar desterritorial, ou seja, para além do território delimitado pelas fronteiras dos Estados, possa acrescentar muito à discussão jurídico-constitucional da legalização do aborto, pelo diálogo que aí surge entre as diferentes ordens normativas e regulações. Nesse contexto, as próprias mulheres e redes organizadas passam a serem autoras nesse processo.

De fato houve um movimento internacional de legalização do aborto e discussão internacional desses temas, desde a década de 30, com enfoque para a mudança

legislativa global em alguns países de 1996 a 2009⁵, sendo o Brasil um dos países que não aderiu à concretização interna desses tratados e recomendações.

Estudiosas desse movimento, as autoras Reed Boland e Laura Katzive (2008), levantam como motivo da tendência de transformação das leis o reconhecimento do impacto das restrições ao aborto nos direitos humanos femininos em diversas ordens jurídicas.

Por esse ângulo, importante é o conceito de transconstitucionalismo, ainda segundo Neves (2014 c) pois pode servir para descrever essa tendência de problematizações sobre os direitos humanos nas cortes constitucionais:

Cada vez mais, problemas de direitos humanos ou fundamentais e de controle e limitação do poder tornam-se concomitantemente relevantes para mais de uma ordem jurídica, muitas vezes não estatais, que são chamadas ou instadas a oferecer respostas para a sua solução. Isso implica uma relação transversal permanente entre ordens jurídicas em torno de problemas constitucionais comuns. O direito constitucional, nesse sentido, embora tenha a sua base originária no Estado, dele se emancipa, não precisamente porque surgiu uma multidão de novas Constituições, mas sim tendo em vista que outras ordens jurídicas estão envolvidas diretamente na solução dos problemas constitucionais básicos, prevalecendo, em muitos casos, contra a orientação das respectivas ordens estatais. (p. 206)

Nesta pesquisa o transconstitucionalismo tem a ver com a questão de ir além das fronteiras que são puramente físicas e trabalhar num plano que é de *rede* global e *rede* mundial de mulheres que assim possam criar uma forma de reciprocidade e de transversalidade na construção de direitos.

A partir dessa perspectiva, de certa maneira as mulheres têm a possibilidade de conseguir exercer direitos através de redes transterritoriais, por meio da construção de diálogo e troca de informações que vão além do Estado.

Essas mulheres existem no Estado e também fora dele - tendo em vista que a palavra Estado pode ainda adquirir vários significados, de acordo com a teoria ou campo analisados: pode se falar em estado plurinacional, plural, monolítico, de acordo com que agentes políticos se acredita ou não que tenham representatividade. Para a questão da

⁵ No panorama geral, em 2009, quase todos os países permitiam o aborto para salvar a vida das mulheres, relata o World Population Policies. A permissão ao aborto por desejo da mãe passou a valer em 29% dos países da ONU, ante 10% em 1980.

representatividade utilizo na pesquisa como pressuposto o Mapa das Mulheres na Política (2017) divulgado pela União Interparlamentar e ONU Mulheres.

Regionalmente, o Mapa (anexo) apontou que a representação feminina nos parlamentos das Américas atuais é de aproximadamente 25%. A Bulgária e a França lideram o ranking mundial das mulheres com cargos ministeriais, com mais de 50% - paridade - de representantes femininas.

A partir desse Mapa, temos que em relação à participação das mulheres no Congresso, o Brasil tem 55 das 513 cadeiras da Câmara (10,7%), e 12 das 81 do Senado (14,8%) ocupadas por mulheres. No mundo, em posições de lideranças do Estado eleitas as mulheres ocupam um total de 7,2%, dentre os 152 países investigados.

Mulheres estão no Estado e fazem parte das políticas públicas, no entanto é necessário considerar a baixa representatividade e as disparidades de representação entre os Estados. A própria ausência de mulheres na representação do Estado pode indicar que elas têm se organizado em outras formas de mobilização e atuação.

Essa ausência reflete outra visão de Estado que influencia a escrita deste texto: a percepção de que o Estado é “masculino” e os desdobramentos desse conceito nas leis, como coloca Catharine Mackinnon (1982):

O Estado é masculino no sentido feminista. A lei vê e trata as mulheres como os homens veem e tratam as mulheres. O Estado liberal constitui com coação e autoridade a ordem social a favor dos homens como gênero, legitimando as normas, as formas, o relacionamento com a sociedade e suas políticas básicas. As normas formais do Estado recapitulam o ponto de vista masculino no nível do desígnio. Na jurisprudência anglo-americana, a moral (os juízos de valor) é considerada separável e separada da política (as lutas pelo poder) e ambas da sentença (interpretação). A neutralidade, incluindo a tomada de decisões judiciais desapaixonada, impessoal, imparcial e com precedentes, é considerada desejável e descritiva. Os tribunais, fóruns sem predisposição para as partes e sem interesses próprios, refletem a sociedade na sociedade, uma vez que foi resolvido. O governo das leis, não dos homens, limita a parcialidade com obrigações escritas e modera a força com um seguimento razoável das regras. (p.7)

Assim é que o Estado nacional se apresenta para as mulheres brasileiras: como organização jurídica e política que se concretiza também pela lei, regras e decisões

judiciais, muitas vezes de homens e para homens, no mencionado Estado “masculino”. Mas, como continuaremos estudando, as mulheres se articulam também para além dele.

Passo então a um estudo mais aprofundado das leis brasileiras em relação a aborto, para depois discutirmos a mobilização transnacional de mulheres em torno de seus direitos reprodutivos.

CAPÍTULO II: O ESTADO E A MULHER

Pude observar que havia uma conexão entre a lei e o fato de que mulheres estavam morrendo

Rebeca Gomperts, Vessel, 2014

Neste segundo capítulo desejo contextualizar as normativas relacionadas a direitos reprodutivos no Brasil, principalmente em relação à pílula do aborto – misoprostol - de forma a entender como o Estado brasileiro regula na prática o acesso das mulheres a procedimentos abortivos.

É bastante curioso pensar que mulheres de outros países tenham mais ou menos direitos que nós, mulheres do Brasil, e que em casos extremos, poderíamos estar seguras acolá e não aqui, e vice-versa. Tal reflexão também é importante para pensarmos a respeito da medicação objeto deste estudo, tendo em vista que existem lugares onde esse remédio está amplamente disponível, e lugares onde seu acesso é restrito.

Na questão do aborto o poder territorial das leis brasileiras pode ser sentido de forma mais palpável: um exercício de direitos de uma mulher que aqui é levado ao supremo tribunal e rejeitado, como ocorreu no caso de Rebeca Mendes Silva em 2017, em liminar na ADPF 442, caso essa mesma mulher fosse capaz de viajar até a Colômbia, dentre outros países, poderia ser que fosse acolhida por sua sanidade mental e tivesse seu direito essencial de escolher se reproduzir garantido e compartilhado com outras mulheres.

No território brasileiro, a partir de estudos aprofundados em saúde pública, Marilena Corrêa e Miryam Mastrella (2012) constataram que o recurso ao *misoprostol* é hoje o principal meio para se induzir aborto em mulheres no país. Dessa forma é que meu estudo da legislação é centrado nesse medicamento específico.

2.1 CRIMINALIZAÇÕES DO ABORTO NO BRASIL: ASPECTOS SOCIAIS

De acordo com o Código Penal Brasileiro de 1940, o aborto apenas é permitido em três causas: 1) caso seja a única maneira de salvar a vida da mulher; 2) caso a mulher tenha engravidado em decorrência de um estupro até a 22ª semana de gravidez – no caso de crianças menores de 14 anos grávidas, o sexo é considerado não-consentido e está

abarcado por essa regra; e, por último, 3) no caso de a mulher estar grávida de um feto com anencefalia, entendimento que não fazia parte do texto original do código, mas que foi reformulado pela decisão do Supremo na ADPF 54, em 2012. Nos demais casos o aborto ainda é crime.

Quando se pensa no mundo como um todo, sem se considerar os limites territoriais do Estado, temos um grande bolo numérico que nos demonstra que são realizados cerca de 55,7 milhões de abortos todos os anos. Desse total, 45%, ou seja, algo como 25 milhões de abortos são feitos de forma insegura. Ainda, de acordo com Bela Ganatra et al (2017) a maioria de abortos inseguros ocorre em países em desenvolvimento, isto é, 97% dos casos se concentram na África, Ásia e América Latina.

Criminalizar o aborto no Brasil significa dizer que a mulher que passou por uma situação de interrupção voluntária da gravidez deve estar na cadeia, por um a três anos. Significa também dizer que o Estado possui determinado controle sobre o corpo de mulheres: seus corpos serão maternos, de uma gravidez desejada ou não, ou serão corpos encarcerados. Isso significa dizer que, hoje, pelo menos 4,7 milhões⁶ de mulheres já deveriam ter sido encarceradas por interromperem a gestação.

Para se ter ideia do tamanho desse dado, basta observar que toda a população carcerária feminina no Brasil, em 2016, reunia 44.721 mulheres⁷ em pena privativa de liberdade. Dessa maneira o número 4,7 milhões de mulheres, maior do que a população de vários países, é assaz maior do que nossas penitenciárias poderiam suportar, daí observemos que talvez não seja muito viável manter a legislação sem aplicação, mas que também não faz sentido começar a aplicá-la e construir enormes presídios. Ilka Teodoro (2015), em discurso proferido na Câmara Legislativa, apontou que esse tratamento criminal à questão do aborto no Brasil reflete um anacronismo de nossa legislação frente à nossa realidade social.

A questão da criminalização do aborto no Brasil faz com que mulheres tenham de agir na clandestinidade e na solidão, com métodos dos mais ineficazes aos mais perigosos e danosos, por uma questão puramente legal: os marcos brasileiros proíbem a mulher de abortar, mesmo que seja para resguardar sua saúde mental, ou para aquelas

⁶ PNA, 2016. Número de mulheres que, no ano de 2016 já teriam realizado aborto ao menos uma vez.

⁷ Dados divulgados pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen), Ministério da Justiça, 2016.

contaminadas pelo vírus Zika - em todos os casos não é permitida a escolha da mulher em relação à maternidade como uma decisão responsável.

O ponto da infecção pelo vírus Zika é central por se tratar de uma doença epidemiológica, com numerosos casos e declaração de situação emergencial pelo governo brasileiro pelo período de novembro de 2015 a maio de 2017. O aspecto que aqui observo é o das mulheres grávidas afetadas, cujas filhas têm saúde comprometida devido à microcefalia e às incertezas científicas advindas desse ‘novo’ vírus.

Destaco principalmente a falta de apoio que essas mulheres têm, situação agravada pela desigualdade social e pela impossibilidade da escolha sobre a maternidade. Acerca desse tema, Débora Diniz (2016, b) contextualiza:

A epidemia da “síndrome congênita do Zika”, que engloba casos de microcefalia e/ou outras alterações do Sistema Nervoso Central associados à infecção pelo vírus, tem geografia e classe no Brasil: são mulheres pobres e nordestinas as principais afetadas pela nova doença. Entre as crianças com sinais indicativos da síndrome congênita do Zika, 72% são filhas de mulheres da Bahia, da Paraíba, de Pernambuco e do Rio Grande do Norte. (p.1)

É pela angústia e demanda dessas mulheres que a questão do vírus Zika motivou duas ações no Supremo Tribunal Federal, a ADI 5581 (2016), e de certa forma também a ADPF 442 (2017), ambas pelo direito de decidir, pela inclusão de uma nova causal que permita que essas mulheres abortem ou pela ampla descriminalização da prática.

Uma das teses que fundamentam esses pedidos levados à Corte é que, a despeito da lei, mulheres de todos os estados da federação seguem arriscando suas vidas em abortos ilegais, na tentativa de evitar serem mães quando não desejam, devido a seu contexto, condições econômicas e sociais, razões de saúde mental ou física, dentre outras motivações. Destaco que as mulheres que mais realizam aborto proporcionalmente são mulheres negras e mulheres indígenas.⁸

Em relação a esse dado, a partir das lições de Rita Segato (2012), devemos observar que a ordem colonial moderna infere nas relações de gênero de mulheres negras e indígenas, interpretando esses dados como um dos aspectos da infiltração colonial nas relações,

⁸ PNA, 2016.

que introduziu violências e diferenças de gênero entre os colonizados numa possível junção de “patriarcados”.

Quando se fala de aborto em relação às mulheres negras e indígenas, não podemos nos privar também de discutir a ampla utilização de métodos contraceptivos irreversíveis no Brasil, tendo em vista que os abortos insalubres, a esterilização em massa e a esterilização forçada - historicamente realizada na América Latina, consistem em práticas de ‘eugenia’ e genocídio da população pobre, negra e indígena no Brasil.

Em pesquisa realizada por Ignez Perpétuo e Simone Wajnman (1993) indicou-se que a ligação das trompas como o método mais utilizado por mulheres brasileiras e, ainda, como a contracepção mais acessível para mulheres pobres naquela época, denunciando o caráter massivo da esterilização em um cenário um tanto quanto curioso, tendo em vista que essa é uma intervenção médica invasiva de custos altos. Nesse contexto, apesar da adesão das mulheres pobres ser aparentemente voluntária, no mesmo ano Suzane Serruya (1993) entrevistou mulheres de Belém que denunciaram o caráter obrigatório que essa esterilização adquiria.

O feminismo negro tem apontado para a conscientização sobre a relação inseparável entre raça e condição social. É nesse viés socioeconômico e racial que o aborto e as esterilizações adquirem outro significado, conforme assinalado por Angela Davis (1981):

Quando as mulheres negras e latinas recorriam ao aborto em tão grande número, as histórias que contavam não eram sobre o seu desejo de se verem livre das suas gravidezes, mas antes sobre as miseráveis condições que as dissuadiam de trazer novas vidas ao mundo. As mulheres negras faziam abortos a si mesmas desde o início dos dias da escravatura. Muitas mulheres escravas recusavam-se a trazer crianças ao mundo do trabalho forçado interminável, onde as correntes e as chicoteadas e o abuso sexual das mulheres eram as condições de vida diária. (P.146)

Igualmente, mesmo com o fim da escravidão formal, o controle de natalidade e dos direitos reprodutivos continuou sendo cerne de políticas públicas racistas e de extermínio, conforme Flauzina (2014, p.1), “o controle dos úteros negros está, portanto, no centro da engenharia genocida no Brasil”.

Assim é que as mulheres negras e pobres são as que mais morrem por aborto inseguro no país, pois aquelas que possuem mais dinheiro têm acesso facilitado a métodos mais seguros, como a pílula, e quem não tem se sujeita a todo tipo de perigo e risco: chás, objetos pontiagudos, além de serem mais expostas à possibilidade de serem descobertas e encarceradas. Outro fator crucial para o entendimento das mortes de mulheres por aborto tem a ver com a violência e racismo institucional⁹ na recepção dessas mulheres nos hospitais e nos serviços de aborto legal do SUS.

Tal fato se dá porque o serviço de aborto legal existente é pouco acessível a mulheres que precisam, tendo em vista a pouca disponibilidade dos serviços, apontada na pesquisa de Madeiro e Diniz (2016). Existe ainda um julgamento moral e racismo muito presente no dia-a-dia dos hospitais, que contam com profissionais muitas vezes despreparados que, ora exigem documentos e decisões judiciais, em momentos os quais elas não são exigíveis, ora alegam a chamada “objeção de consciência” para se recusar a realizar o procedimento, ou, ainda, tentam dissuadir as mulheres de abortar, desrespeitando em todos esses casos as orientações de apoio humanizado.

2.2.1 Normas sobre o *misoprostol* no Brasil

A partir dessas reflexões sobre ilegalidade do aborto, passo a identificar os fundamentos legais que autorizam ou impedem o acesso ao misoprostol, de maneira a levantar quais são as normativas do território brasileiro em relação a esse medicamento específico. O que impede ou permite que as mulheres não possam hoje simplesmente comprar e tomar essa medicação em segurança.

Para entender a legislação atual sobre esse fármaco, é preciso olhar para o passado regulatório e ver como no tempo e no contexto histórico foram surgindo as proibições em torno deste. Proponho fazer um apanhado geral de todo o processo que envolve a utilização legal e segura desse remédio.

O composto químico denominado misoprostol é base para a fabricação de vários medicamentos, dentre eles os principais são *cytotec* ou *citotec* e *prostokonos*¹⁰; A indicação médica para esses remédios, como é possível observar nas bulas

⁹ Campanha “SUS sem racismo”, Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-11/saude-lanca-campanha-contraracismo-no-sus>. Acesso em 12/01/2018.

¹⁰ Anvisa proíbe a propaganda de medicamentos à base de misoprostol. Publicação em 11.04.2011. <http://portal.anvisa.gov.br> acesso em 12.01.2018.

farmacêuticas são: úlceras gástricas, intestinais e duodenais em relação aos primeiros, e aborto induzido, em relação ao último. Todos eles provocam dilatações no útero, que podem levar ao parto ou ao aborto, e são assim bastante utilizados na obstetrícia.

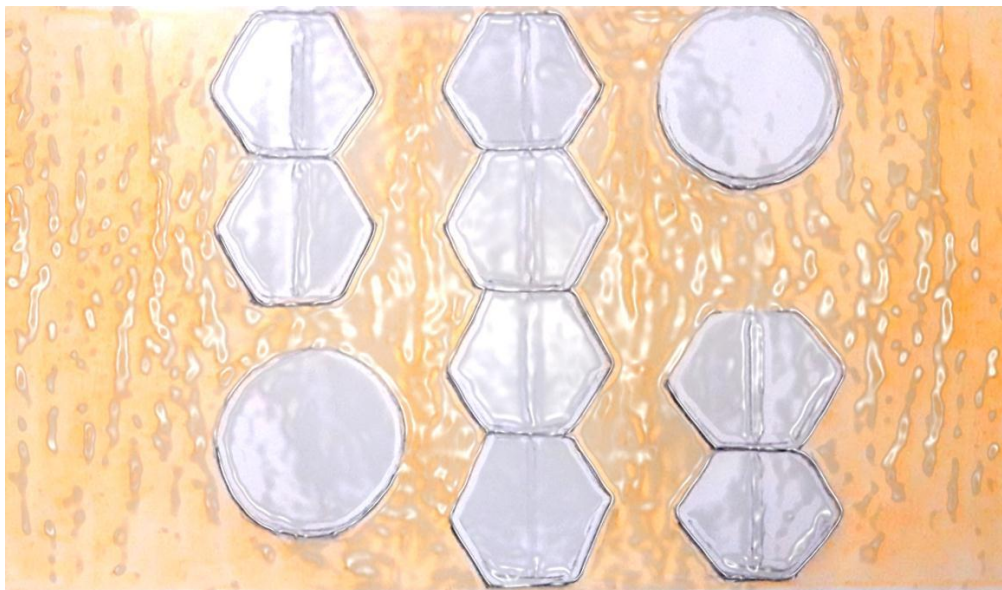


Figura 1 - Ilustração “comprimidos de misoprostol”. Fonte: desenho editado feito manualmente pela autora desta monografia.

Seu uso começou a se popularizar no Brasil em 1990, quando, a partir das contra indicações inscritas na bula da medicação gástrica, mulheres de nosso país começaram a utilizar a medicação com foco nos efeitos adversos, para pôr término a uma gravidez indesejada - um conhecimento que foi compartilhado com outras mulheres do mundo¹¹, por se tratar de uma droga que não precisa ser armazenada em locais refrigerados, e pelo fato de ser um medicamento barato e eficaz.

Ressalta-se que, em grande, parte a popularização do *misoprostol* pode também ter sido ocasionada por este ser um fármaco que, para seu uso, não necessita acompanhamento médico. Quando sua venda era permitida sem a necessidade de apresentação da receita, a mulher poderia comprá-lo na farmácia e toma-lo em casa, de maneira a fazer por ela mesma, de forma autônoma e segura o procedimento.

A Organização Mundial da Saúde (2018) considera que as doses seguras são, para até 12 semanas de atraso menstrual, 800 microgramas de misoprostol. As pílulas podem ser usadas embaixo da língua ou introduzidas na vagina. Uma mulher pode usar até três

¹¹ Vessel, 2014, documentário, 12 1h 26min. Dir. Diana Whitten, disponível em Netflix e YouTube, acesso em 22.02.2017.

doses do medicamento em 12 horas. Se na primeira dose, a mulher não sangrar, a segunda dose poderia ser 3 horas após a primeira.

Atualmente, a venda desses medicamentos está restrita aos hospitais. Em uma breve retrospectiva legal é possível recordar que no Brasil o primeiro medicamento à base de misoprostol, *cytotec*, indicado para o trato de úlceras gástricas, teve uso aprovado pela secretaria de vigilância sanitária do Ministério da saúde em 1985, entrando no mercado brasileiro no ano seguinte (Tabela 1).

Tabela 1 Aprovação de uso do Cytotec por país e por ano.

1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
México	Brasil Alemanha Guatemala Honduras Portugal Suíça Venezuela	Antígua Argentina Austrália Barbados Bélgica Canadá Colômbia Costa Rica Rep. Dominicana Equador França Granada Hong Kong Luxemburgo Montserrat Nova Zelândia Peru Filipinas El Salvador S. Kitts S. Lucia S. Vicente Tortola	Bahamas Curaçao Grécia Coréia Tailândia Trinidad	Itália Panamá Taiwan Grã- Bretanha EUA	China Chipre Eire Islândia Israel Kuwait Malta Singapura África do Sul Espanha Suécia Emr. Árabes Jamaica Mauritius	Malásia Holanda Paquistão Qatar URSS	Áustria Bahrain Tchecoslováquia Hungria Jordânia Líbano Arábia Saudita Turquia	Finlândia Gana Polônia

Fonte: BARBOSA, R. M.; Arilha, M. . A Experiência Brasileira com o Cytotec. Revista Estudos Feministas 1993.

Sua comercialização foi livre e irrestrita até o ano de 1991, quando o Ministério da Saúde passou a exigir receita médica com retenção da prescrição, principalmente pelas discussões e visibilidade que o uso do *cytotec* ganhou como droga indutora do parto e aborto, a partir da década de 90.

Após, em 1998, por meio da portaria nº344/98 do Ministério da Saúde, o medicamento foi incluído em uma lista denominada C1- que enumera as substâncias sujeitas a controle especial. Tal controle era realizado da seguinte forma: passava-se a exigir obrigatoriamente a apresentação de uma receita especial em duas vias para a obtenção da substância. Nesse contexto, a respeito da portaria nº 344/98, Marilena Corrêa e Myriam Mastrella (2012) destacam:

O ambiente regulatório criado pela portaria conferiu ao misoprostol novo estatuto, representando, na prática, uma clara medida restritiva de acesso a este fármaco e seu uso no aborto: o misoprostol acabou restrito a estabelecimentos hospitalares credenciados pela autoridade sanitária do MS [sic]. (p.3)

Pouco tempo depois, em 1999 foi criada a Anvisa, que no mesmo ano publicou a portaria nº 06, que aprovava a Instrução Normativa daquela Portaria SVS/MS nº 344/98, que já conhecemos. Ainda, nessa IN exigiu o cadastro de estabelecimentos hospitalares que vislumbrassem utilizar misoprostol. Até hoje todos os hospitais que recebem o fármaco essencial têm cadastro e remessas controladas da medicação.

A partir daí, em 2000, 2002 e 2003 a Anvisa atualizou tal instrução normativa, enrijecendo o controle sobre os fármacos constantes na lista C1. Em relação especificamente ao misoprostol as mudanças principais se referem à embalagem que o contém: tornou-se obrigatório nas duas faces um destaque, com a figura de uma mulher grávida, dentro de um círculo barrado, com expressões que alertassem para o uso restrito a hospitais e o risco para mulheres grávidas.

Aproximadamente nesse período, em dezembro de 2003, o laboratório Pfizer que era responsável pela distribuição do *cytotec* no País, encerrou a comercialização do medicamento devido à proibição pelo Ministério da Saúde.¹² O misoprostol é então comercializado para uso hospitalar desde 2001 com o nome de *prostokos*, e passou a ser fabricado pela Hebron S.A. Indústrias Químicas e Farmacêuticas, localizada em Caruaru, Pernambuco.

Dentro dessa política restritiva, em 2006 a Anvisa chega a controlar a divulgação de informação sobre o medicamento, em *sites* e redes sociais – fóruns de discussões, murais de recado, através das Resoluções nº 911/2006 e nº 1050/2006. O texto dessas resoluções foi atualizado anos depois pela Resolução nº1534/2011 e, desta maneira, em 2011 as propagandas de todas as empresas que divulgaram medicação contendo misoprostol foram suspensas no Brasil.¹³

¹² Conselho Federal de Farmácia. Notícias. Disponível em www.cff.org.br - acessado em 22.02.2017.

¹³ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência Geral de Monitoramento e Fiscalização de Propaganda / GGPRO/ANVISA. Relação de Propagandas Suspensas - 2001 a 2011. Disponível em: www.portal.anvisa.gov.br - acessado em 22/02/2018.

O texto da supracitada resolução nº 1.050/2006 da Anvisa proíbe toda a exposição de dados sobre o misoprostol, mesmo em fóruns de discussão on-line. A justificativa de tal determinação estaria no segundo artigo dessa resolução, e seria em razão da “prática ilegal de aborto representar iminente risco sanitário à população, podendo trazer graves consequências para a saúde da gestante ou mesmo provocar a morte (...)”.

Em fevereiro de 2004, a Anvisa, por meio da Portaria nº 123, criou a Gerência de Fiscalização e Monitoração de Propaganda, Publicidade, Promoção e Informação de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária (GPROP). Desta maneira a GPROP passou a exercer fiscalização sobre diversos produtos: afora o tabaco, que não consta da lista, a tabela é bem extensa e envolve medicamentos, alimentos e mesmo álcool.

No Manual de Monitoramento de Propaganda de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária (2005), o misoprostol se encontra no grupo “3”, medicamentos sujeitos a controle especial, e a fiscalização em torno dele se justifica porque “

(...) Diversos veículos de comunicação ao informar sobre novos tratamentos ou novos medicamentos ressaltam inovações e benefícios, em detrimento de dados essenciais como as contra-indicações, cuidados e reações adversas. Estas últimas são informações fundamentais que possibilitam o fortalecimento da capacidade de escolha da população, individual e coletivamente. A inclusão do nome comercial de medicamentos de venda sob prescrição médica em informes e reportagens direcionadas ao público leigo tem sido observada em alguns veículos de comunicação, apesar de proibido na legislação sanitária. Tais fatos resultam na disseminação de informações equivocadas, que induzem à compra de medicamentos sem orientação e indicação médica, podendo ocasionar sérios problemas como intoxicações, atrasos de diagnóstico e agravamento de um estado patológico por utilização de produtos inadequados.
(p.24)

A imagem abaixo, advinda do mencionado manual, adverte sobre os jornais nos quais a informação é controlada:



Figura 2 – Jornais e Revistas monitorados pela Anvisa. Fonte: Relatório de atividades 2004 - 2006 Gerência de Monitoramento e fiscalização de publicidade, promoção e informação de produtos sujeitos à vigilância sanitária. Brasília: Anvisa; 2006

Esse cenário regulatório, que proíbe divulgação de informações em redes de comunicação e até mesmo murais pessoais na internet, que gera a probabilidade de que a lei provoque uma situação em que médicos e empresas não possam divulgar informação técnica completa sobre aborto medicamentoso.



Figura 3 – Fiscalização da Anvisa. Fonte: Relatório de atividades 2004 - 2006 Gerência de

Monitoramento e fiscalização de publicidade, promoção e informação de produtos sujeitos à vigilância sanitária. Brasília: Anvisa; 2006

Por fim, quanto à importação desse fármaco, a partir da portaria nº344/98 da Anvisa e do Código Penal brasileiro, sua comercialização é proibida, sendo somente permitida a importação para seu uso pessoal e restrito,¹⁴ em pequenas quantidades, sujeita a apresentação de dois documentos: a receita médica e o documento fiscal comprobatório da aquisição em quantidade para consumo individual.

No entanto, tal disposição legal gera uma conjuntura contraditória: a mulher que desejasse abortar precisaria de receita médica. Mesmo que a obtivesse, estaria dizendo ao Estado brasileiro que desejaria abortar, provocando possíveis investigações criminais e perseguição penal.

Esse é o panorama normativo brasileiro hoje, a medicação só pode ser adquirida por hospitais e sua comercialização ou informações sobre ela são proibidas por portaria da Anvisa, sua importação é condicionada a receita médica e para consumo individual. Tal política de restrição das pílulas abortivas é apontada por Margareth Arilha (2012) como consequência de um setor religioso conservador estrategicamente atuante na regulação brasileira:

Nos últimos quinze anos, o continente vem sofrendo grandes transformações, com a eleição de governantes de esquerda, o que poderia ser compreendido como um risco à manutenção da presença de valores religiosos nas culturas locais. Em relação ao que esse setor conservador considera uma ameaça, ele vem atuando com uma política de produção e absorção de recursos humanos qualificados e estrategicamente situados, defensores de propostas específicas, seja por meio de enunciados de leis, seja por argumentos usados para a criação de barreiras a medicamentos e regulações na América Latina, incluindo o Brasil. (p.1)

Fato que pode corroborar para esse aspecto político da proibição é que o misoprostol consta da Lista de Medicamentos Essenciais do SUS, RENAME 2017, bem como está na lista da OMS como medicamento essencial, com um uso de elevado grau de segurança – Elizabeth Raymond e David Grimes (2012) apontam para o fato de que o aborto induzido com misoprostol é indicado como mais seguro que dar à luz.

¹⁴ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Orientações - Importação de medicamentos sujeitos a controle especial para pessoa física, à Base de Outras Substâncias, para uso próprio e para fins de tratamento de saúde. Disponível em: www.portal.anvisa.gov.br - acessado em 22.02.2018.

Ainda, em minha pesquisa observei que existem manuais do próprio Ministério da Saúde que apontam o misoprostol como opção válida e segura para interrupção da gravidez, particularmente no primeiro trimestre. Dentre eles destaco o Protocolo do Misoprostol (2012); a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2011); e a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual do Ministério da Saúde (2012).

O Manual de Atenção humanizada ao abortamento indicou, vitória das mulheres, que os profissionais de saúde do SUS devem acolher às vítimas de violência que desejam realizar aborto legal mesmo sem o documento policial (Boletim de Ocorrência). Todos os manuais evidenciam o aborto inseguro como uma das principais causas de mortalidade materna.

Todas essas publicações parecem ser contrárias às normativas expedidas pela Anvisa, visto que oferecem visão técnica sobre a utilização do misoprostol como um fármaco seguro para as mulheres, e que assim poderia vir a ser utilizado como política pública.

Percebe-se com esse estudo que a referida medicação está disponível em hospitais, com protocolos bastante atuais para os casos de indução de parto ou realização de aborto seguro e legal. No entanto tal medicação é restrita ao ambiente hospitalar e a causas específicas previstas na lei penal, por uma definição jurídica amparada pelas regulamentações expedidas pela Anvisa.

Existe, verdadeiramente, uma contradição legal sobre o misoprostol no Brasil, tendo em vista que as políticas públicas e normas técnicas adotadas pelo Ministério da Saúde estão aparentemente em confronto com as regulações e definição jurídica brasileira, pois esta última propõe a absoluta proibição de venda e aquisição, bem como o controle de informações sobre uma medicação segura e constante das listas essenciais de saúde.

Assim, o substrato normativo a respeito do misoprostol no Brasil hoje não tem pressupostos técnicos para sua proibição, o que me leva a crer que é alicerçado então por juízos de valor moral e político. A partir de todas as informações expostas, concluo que a Anvisa ao exigir receita retira de circulação medicamento seguro, e que as proibições a respeito da circulação de conhecimento sobre o misoprostol são em verdade abuso de autoridade, no exagero de suas atribuições enquanto agência reguladora, em postura demasiado conservadora que priva mulheres de informações.

Dessa forma, o panorama atual é um tanto quanto inquietante: retrata a dificuldade legal de mulheres brasileiras obterem um medicamento que está cadastrado na lista de medicamentos essenciais do SUS. Com o conhecimento e o reconhecimento oficial de que o aborto com misoprostol é bastante seguro para as mulheres, a insegurança delas passa a estar intrinsecamente ligada à dificuldade de acesso a esse medicamento no país.

CAPÍTULO III: MULHERES QUE AJUDAM MULHERES

Since states too often do not represent women, wheter by actions or failures to act within the sphere of their powerand authority, women facing unresponsive oficial mechanisms, doctrines, and authorities have reached, often trought their own NGOs, to hold the law in their own hands.

Uma vez que os estados frequentemente não representam as mulheres, seja por ações ou falhas em agir dentro da esfera de seu poder e autoridade, as mulheres que enfrentam insensíveis mecanismos oficiais, doutrinas e autoridades, conseguiram, muitas vezes por meio de suas próprias ONGs, segurar a lei em suas próprias mãos. (tradução livre)

Catherine Mackinnon, 2006.

Neste terceiro capítulo trago para a discussão o papel que algumas mulheres desenvolvem na disseminação de informações sobre misoprostol, em redes organizadas por todo o mundo, expondo o funcionamento e o trabalho desses grupos e, dialogando com os dados expostos no capítulo anterior, quais as implicações/complicações que isso tem gerado.

Ao adotar as normativas da Anvisa como política pública relevante, o Estado situa a venda do *misoprostol* na ilegalidade. Desta maneira, a procura e venda desse fármaco apenas se dá no mercado paralelo, contrabandeado de hospitais ou de outros países. É possível mesmo que isso ocasione a falsificação da droga, aliada a chantagens e ameaças providas desse tipo de venda proibida.

Com as proibições definidas por essa regulação, é provável que a mulher não acesse nem mesmo notas sobre a forma de utilização do medicamento, alertas sobre a superdosagem, possíveis alergias, dentre outras complicações e, assim, o aborto provocado de forma ilegal se torna ainda mais arriscado.

É necessário também mencionar que, em um contexto de ilegalidade, a mulher está mais suscetível a ameaças, assédio e violência, tanto do companheiro quanto dos fornecedores da medicação. Em estudo de Débora Diniz e Alberto Madeiro (2012), verificou-se em um processo penal no DF que o farmacêutico se ofereceu para inserir a medicação abortiva no útero da vítima com o próprio pênis, aproveitando-se do momento de vulnerabilidade psicológica da mulher. Esse é apenas um exemplo de como

o mercado paralelo coloca a mulher numa situação de temeridade que abre espaço para inúmeras violências, e até mesmo a morte.

Há dificuldade em se obter dados reais e recentes sobre o uso dessa medicação de forma clandestina, pois as mulheres que se submetem a esse tipo de aquisição da droga permanecem invisíveis. É importante destacar que o misoprostol não é detectável pela perícia policial, exceto em curto intervalo de tempo, em casos raros onde são ainda encontradas pílulas previamente inseridas por via vaginal. Nos demais casos, ainda que a mulher tenha utilizado a medicação, se ela disser que teve aborto espontâneo, as autoridades não conseguem clinicamente avaliar diferença, conforme demonstra o Manual da Polícia Civil do Distrito Federal (2014):

Detecção de misoprostol: Não é possível detectar o misoprostol no plasma sanguíneo mesmo cinco minutos depois de tomar uma dose oral. O misoprostol é rapidamente metabolizado em ácido de misoprostol. O ácido de misoprostol, tem uma vida média de 20-40 minutos (...) Com as técnicas de detecção atualmente disponíveis, uma dose de 600mcg de misoprostol por via oral não é mais detectável após seis horas. Os picos plasmáticos mais altos são atingidos na administração por via sublingual, e observa-se um declínio mais lento após administração via vaginal, mas, independente da via de administração, a curta vida média requer que a coleta de sangue seja feita dentro de poucas horas após a administração. (p.43)

A mesma impossibilidade de detecção é compartilhada pelo serviço médico, pois a medicação provoca uma maturação do colo do útero que é idêntica à provocada pelo aborto espontâneo. Essa dificuldade gera um clima de suspeita na conduta médica: como veremos à frente, existem relatos de mulheres que, em uma gravidez desejada sofreram aborto espontâneo, mas que ao chegar ao serviço médico foram recebidas como mulheres que provocaram o aborto voluntariamente e tratadas de forma antiética por profissionais da saúde, com ameaças de denunciá-las à polícia.

Na campanha “*Eu vou contar*”¹⁵ realizada pelo instituto ANIS de bioética, uma mulher anônima narra que, casada e com 23 anos, já com duas filhas e em sua terceira gravidez teve aborto espontâneo, mas que nem por isso se sentiu menos julgada ou culpada. Ela estaria sangrando e sentindo-se mal, e foi maltratada pelo serviço médico quando pediu uma cadeira de rodas. Relata que a médica a atendia sem a olhar e questionava sempre

¹⁵ Eu vou contar. Campanha da Anis - Instituto de Bioética e apoiada pela Think Olga. 2018. Histórias 18 e 2, respectivamente. Disponível em <https://eu-vou-contar.tumblr.com> - acessado em 10.03.2018.

se ela não tinha “*enfiado*” nada, levando a paciente a experimentar uma culpa que a perseguiu por ter perdido o bebê: “*Eu estava sangrando, só que isso não importava, pois para eles eu tinha feito um aborto. Quero contar minha história, porque no final pouco importa se provocamos ou sofremos um aborto: somos sempre julgadas*”.

Outra mulher narra em sua história que, aos 19 anos, ao ter uma gravidez não desejada entrou em desespero: “*Nossa casa era muito pobre, não caberia mais uma criança ali*”. A partir de então tentou marcar a cirurgia com uma mulher que ouviu falar que realizava. Todavia, antes da data marcada ficou sabendo que uma moça havia morrido no quarto de cirurgia dessa senhora. Pediu então ajuda às amigas, que indicaram um rapaz que trabalhava em uma maternidade e vendeu o *citotec* a ela, um comprimido oral e uma injeção. Assim foi por ela relatado:

Em 15 minutos eu achava que ia morrer. Aquilo não era citotec, não existe citotec injetável, mas eu não sabia. Eu gritava de dor, os médicos e enfermeiras eram muito rudes comigo. Eles sabiam que eu tinha provocado um aborto. Eu fiquei numa maca mais de 24 horas, e sangrava muito.(...) Eu fiz imediatamente a curetagem, mas senti tudo. Eu sentia e ouvia rasparem meu útero. Eles não me deram anestesia. Assim que acabou eu já saí andando da maca. Eu tinha certeza que eles iam chamar a polícia. O mais certo é dizer que eu fugi do hospital. Eu não tinha para onde ir, fui para a casa de uma amiga. (história 2)

De um lado o risco da punição estatal, de outro lado os riscos de saúde, integridade. Isso aponta para uma preocupação importante: uma mulher que conseguiu o medicamento por vias ilícitas tem medo de ser denunciada pelo serviço médico, e evita os procurar até mesmo em ocorrência de sangramentos, hemorragias, pela notícia de que em muitos casos quebram o sigilo profissional e encaminham a mulher para a polícia.

Especificamente sobre o uso do misoprostol, ARILHA (2012 b) traz essa restrição do direito à informação como uma afronta aos direitos humanos das mulheres:

Apesar da restrição ao medicamento, sabe-se que jovens e mulheres realizam aborto com misoprostol por meio de acesso irregular ao mesmo, comprando-o no mercado paralelo, submetendo-se a utilizar medicamentos falsificados, com pouca ou nenhuma informação sobre as indicações de uso e nem sobre as formas de administração da droga, colocando em risco sua saúde reprodutiva. As normativas restritivas à difusão da informação sobre o uso do medicamento misoprostol, desrespeitam os direitos humanos das mulheres. (P.3)

A falta de informações seguras, o receio de ir ao hospital e a falta de acompanhante elevam a situação de risco em que uma mulher que realiza o abortamento ilegal se encontra. O Estado, no entanto, acaba sendo responsável por uma política pública ou ausência dela que reforça o medo dessa mulher.

É assim que, no contexto brasileiro, as mulheres têm de agir na clandestinidade e ilegalidade para garantir seus direitos fundamentais, rodeadas por uma política sexual do Estado que as coloca em risco.

Ausente a resposta do Estado brasileiro às exigências por direitos humanos das mulheres, visualizo dois movimentos que buscam propor alternativas: *i*) O movimento nacional de reunião de mulheres. A construção de redes de ajuda e suporte emocional, bem como de coletivos de atuação de pressão popular - que se movimentam reunindo-se em marchas, estudos para a apresentação de projetos no Congresso Nacional, pela realização de *lobby* legislativo ou mesmo pela mobilização em torno de demandas judiciais. Nesse contexto, Flávia Biroli (2016) argumenta que é “na atuação dos movimentos feministas que a agenda da reprodução e da sexualidade seria politizada e associada à autonomia e cidadania das mulheres” (p. 41).

O segundo movimento que observo são *ii*) as redes de mulheres que, organizando-se internacionalmente, propõem alternativas. Articuladas em ONGs em torno do ativismo de informação permanente, são na prática uma rede de solidariedade global que divulga dados sobre os medicamentos abortivos, protocolos de uso, e oferecem serviços de telemedicina – consultas e receitas de medicamentos *online*, já que muitas delas são médicas e profissionais da saúde.

Com foco no estudo desse segundo movimento, entende-se que seu funcionamento é desenvolvido da seguinte forma: seu funcionamento: em países onde compartilhar informações é ilegal, e dar as pastilhas também, mulheres fazem um esforço e trabalho agitador, defendendo uma tentativa específica de garantir direitos humanos. Sua atuação se dá em contato direto a mulheres e, a partir dessa ligação, intentam proporcionar o acesso a informação, a métodos anticoncepcionais, dispositivo intrauterino (DIU), contraceptivos de emergência, e também a pílulas de misoprostol.

Essas ONGs aqui analisadas buscam maneiras de garantir a escolha da mulher de modo que não passem pela lei brasileira, nem por leis de outros países que são igualmente

proibitivas em relação a direitos reprodutivos e sexuais. Assim, em sua maioria, essas organizações possuem *sites* com registro fora Brasil, e seu funcionamento tem sede em outros países, o que impede contrariedades legais, pois não há crime na nação onde se estabelecem. Ainda, divulgam *links*, *sites* e telefones de pessoas que no Brasil falsificam o misoprostol, ou não são uma fonte confiável, munindo mulheres de informações.



Figura 4: Ilustração “aborto sem fronteiras”. Fonte: desenho feito manualmente pela autora desta monografia.

A depender do local de atuação, essas organizações não governamentais operam estrategicamente, realizando campanhas com barcos – se aproveitando do *status* jurídico das águas internacionais – ora com outras táticas, como o envio de pílulas pelos correios ou drones, buscando formas em que as mulheres possam importar o medicamento e abortar de forma segura e legal, como coloca (SANTOS 2012):

A nossa principal ação é responder a uma necessidade e construir uma logística legal que permita essa resposta. A força da WOW consiste em encontrar possibilidades e vazios nas leis de todo o mundo. (p.270)

Essa é a situação atual brasileira, onde mulheres estrangeiras utilizando-se de mecanismos transnacionais e em rede tentam possibilitar às mulheres o acesso a pílulas, a partir de uma desconfiança da legislação brasileira e de um esforço de ocupar as possíveis “lacunas” existentes na lei.

Como vimos, essas lacunas estão, por exemplo, na questão da importação: a pessoa que adquire a medicação por meio dessas ONGs não estaria, *a priori*, cometendo nenhum crime, pois a lei não fala em proibição da importação para uso pessoal, mas sim para venda e distribuição.

Deste modo, para que a brasileira que importasse tal medicação em pequena quantidade e para uso pessoal, chegasse a incorrer no crime de aborto, precisaria estar comprovado que a droga foi utilizada para este fim. De acordo com o que observamos, é importante atentar-se para o fato que a importação deve ser realizada com a devida receita médica, que também é fornecida pelo atendimento em rede dessas organizações.

O alcance dessas redes de mulheres é tão amplo que dados de 2018 revelam que, aproximadamente, 12 mil brasileiras acessam a cada mês o site de apenas *uma* dessas organizações, seja em busca de informação sobre os protocolos, para fazer uma consulta online ou para saber mais sobre serviços de distribuição. Nas redes sociais, mais de 20 mil brasileiras seguem a mesma organização e realizam constantes pedidos de informação ou pastilhas, cerca de mil e-mails por mês são de esclarecimentos requeridos por brasileiras.¹⁶

O Estado tem um papel repressor que ainda é forte, mas as possibilidades de novas redes através de ONGs, movimentos sociais relacionados a direitos das mulheres trazem esperança, pois é muito difícil de o governo conseguir controlar a internet, não é como no passado onde tudo era o controle de fronteira.

Ainda, segundo Abigail Aiken (2016) tais organizações observam um aumento na demanda por abortos seguros com a epidemia de zika, os pedidos cresceram em 108%, no Brasil, 107,7% no Equador e 93,3% na Venezuela, tal a urgência e atualidade desse conflito na América Latina:

¹⁶ Informações por mim trocadas por e-mails confidenciais com essas ONGs em Fevereiro de 2018.

Tabela 2 - Número de pedidos online de pílula para aborto após o alerta da Organização Pan-Americana da Saúde sobre a exposição ao vírus Zika, de acordo com o país, 2016.

País	Pedidos Reais (n°)	Pedidos Esperados (n°)	Alteração relativa entre pedidos reais e esperados (%)	P. Valor
Grupo A: transmissão autóctone do vírus zika, aborto legalmente restrito.				
Brasil	1210	581.7	108.0	<0.001
Colômbia	141	101.7	38.7	<0.001
Costa Rica	67	49.2	36.1	0.04
El Salvador	24	17.7	35.6	0.01
Equador	71	34.2	107.7	<0.001
Honduras	36	20.5	75.7	<0.001
Jamaica	25	37.2	-32.9	0.65
Venezuela	86	44.5	93.3	<0.001

Fonte: The new England Journal of Medicine. July, 28, 2016.

Nesse ponto, devo contextualizar que a questão do direito ao aborto no caso da epidemia das mulheres contaminadas com zika foi levada ao STF por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº5581/DF, protocolada em 24.08.2016, aguarda julgamento há mais de um ano, sem prioridade na pauta.¹⁷ O próprio não enfrentamento dessa ação constitucional deve ser visto como um dado sintomático em nossa democracia.

A mobilização em torno das causais tem bastante relevância para a agenda feminista em torno dos direitos reprodutivos, que articula em diversas frentes, ora pedindo a descriminalização ampla e irrestrita do aborto, ora se mobilizando em torno de novas causais que permitam que mais mulheres tenham acesso ao aborto legal.

É partir da exceção-circunstância existente na legislação de que a gravidez poderia ser interrompida em casos que coloquem em risco a saúde da mulher que médicas argentinas têm colocado em seus relatórios o fato de que toda gravidez coloca em risco

¹⁷ Conf. Documentário Zika (2016), Vozes da Igualdade, o canal da Anis. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=m8tOpS515dA> – acessado em 22/02/2018

a vida da mulher.¹⁸ De tal modo, alertam para riscos de pré-eclampsia, diabetes gestacional, incompatibilidade de Rh, placenta prévia, dentre outras complicações do parto.

A partir da informação de que um parto é muito mais perigoso que um aborto, esse outro grupo de mulheres segue a lei argentina ao estabelecer que não se pode clinicamente garantir a vida dessa mulher em uma gravidez indesejada, visto que todas as gestações seriam de risco e assim caberia à mulher escolher se submeter. Ainda, relembram que as condições da gravidez muitas vezes determinam que ela seja um agravante na saúde mental e integridade da mulher.

Espalhadas pelo mundo, as redes de mulheres mencionadas buscam oferecer alternativas às mulheres dos países em desenvolvimento, para que possam realizar aborto seguro, em sua maioria atuando no acesso ao aborto medicamentoso em casa, com a utilização do misoprostol.

É importante debater que essas redes, apesar de suas tentativas e de não realizarem cobranças a mulheres que enviam a pílula, muitas vezes não conseguem atingir mulheres mais pobres, de mulheres que não têm acesso à internet. Por isso tentam também realizar campanhas presenciais.

Agindo dessa maneira, essas redes têm buscado abrandar a insegurança para mulheres brasileiras que ousam não ter seu destino definido por uma política discriminatória do Estado e se arriscam, sem desejar estar nas mãos de outros homens em sua decisão, sejam eles fornecedores, farmacêuticos ou deputados, senadores.

Conjecturando em perspectiva, esse tipo de ativismo seria uma das estratégias para reclamar políticas públicas enquanto o Estado pode estar a sustentar e perpetuar a violência de gênero através de engrenagens cúmplices e patriarcais.

Agora que entendemos alguns dos problemas em torno da regulação do misoprostol no Brasil, passo a ampliar para os problemas jurídicos que envolvem fornecer essa medicação às mulheres brasileiras.

¹⁸ Informações oral compartilhadas na Assembleia “Corpos, subjetividade e direitos”, painel Alaíde Foppa, no 14º Encontro Feminista Latinoamericano e Caribenho (EFLAC), nov, 2017.

CAPÍTULO IV - CONFLITOS ENTRE AS REDES DE MULHERES E A LEI (O ESTADO).

“Tentam nos confundir, distorcem tudo o que eu sei. Século XXI e ainda querem nos limitar com novas leis.

*A falta de informação enfraquece a mente
Tô no mar crescente porque eu faço diferente”*

Mc Carol e Karol Conka, 2016.

A partir do estudo de caso de dois recentes conflitos entre as organizações internacionais de mulheres e o Estado brasileiro, busco analisar quais medidas o governo federal têm adotado em relação às mulheres que desejam, de forma legal, realizar aborto.

Os conflitos aqui relatados se referem a casos ocorridos no período de 2015 a 2017, referentes a duas diferentes organizações, que aqui estão nomeadas como “A” e “B”, as quais atuam da forma descrita no terceiro capítulo, enviando misoprostol a mulheres brasileiras.

No primeiro caso, desde o início de 2016, ano em que foi protocolada a ação constitucional que discute o mesmo tema no STF, a entidade “A” lançou a campanha no Brasil para ajudar grávidas que desejassem interromper a gravidez e tivessem sido contaminadas com o vírus zika – e cujos bebês poderiam desenvolver microcefalia.

Nessa ocasião, as lideranças dessas organizações teriam feito um apelo às autoridades brasileiras, alegando se tratar de conduta desumana impedir o acesso dessas grávidas ao misoprostol, em contexto tão grave.

Conforme vimos, o vírus zika de fato traz outro panorama para a questão reprodutiva no Brasil: além das mortes de mulheres por aborto ilegal, há a questão das morbidades desenvolvidas pelos bebês, e a situação no Brasil é agravada por contextos de pobreza das mães e precariedades do SUS para esse tipo de atendimento.

Segundo nota divulgada pela organização “A”, os pacotes com pílulas foram barrados pelos Correios e encaminhados para a Anvisa e então a agência não teria liberado os pacotes para entrega às destinatárias finais:

Todos os pacotes enviados devido à crise do vírus zika no Brasil foram ilegalmente confiscados pelo governo brasileiro. O Estado brasileiro continua forçando as mulheres a procurar procedimentos que não são seguros, apesar das suas consequências. Muitas mulheres agora são forçadas a recorrer a abortos não seguros, que podem levar a um aumento nas taxas já alarmantes de morte materna no Brasil.¹⁹

Nesse contexto apresenta-se o dado de que a Receita Federal confiscou 1.457 comprimidos de junho de 2015 a fevereiro de 2016 (Figura 4). Destaca-se que nesse período o governo Federal decretou estado de emergência em razão crise de epidemia de zika no país, crise que perdurou de novembro/2015 a maio/2017.

Tabela 3 - Remessas apreendidas de misoprostol 2015-2016.²⁰

Data	Remessas Apreendidas	Comprimidos
Junho 2015	8	96
Julho 2015	7	177
Agosto 2015	7	299
Setembro 2015	2	259
Outubro 2015	10	175
Novembro 2015	2	12
Dezembro 2015	20	144
Janeiro 2016	17	120
Fevereiro 2016	20	175

Fonte: BBC Brasil.

A partir desse caso, afere-se que a primeira e mais óbvia resposta do Estado às movimentações de mulheres que tentam fornecer misoprostol em defesa do aborto seguro no Brasil é o confisco de medicação pela Receita Federal, que os encaminha à ANVISA para destruição.

No outro estudo de caso, da organização “B”, a entidade narra que na data de seu surgimento, em agosto de 2015, foram enviados cerca de 10 pacotes ao Brasil, dos quais apenas metade chegou à destinatária. Houve tentativas e estratégias de envio de distintos continentes, mas não conseguiram garantir a entrega.

¹⁹ Nota divulgada pela entidade A.

²⁰ BBC Brasil. Disponível em www.bbc.com/portuguese - acessado em 26 fevereiro 2016.

Em janeiro de 2017, a entidade “B” realizou novo teste, de países distintos. Ao todo, 10 novos pacotes foram enviados e apenas 2 foram entregues. Os 8 restantes foram apreendidos e o status apresentado no controle de rastreamento era "*Uncontrollable clearance delay*". A ONG ressalta que em nenhum dos envios realizados foi feita alguma cobrança financeira às mulheres.

Atualmente o serviço de envio de medicamentos ao Brasil pela entidade “B” está interrompido, decidiu-se que o envio seria interrompido até que uma nova estratégia de distribuição fosse desenvolvida, com a justificativa de que elas não pretendem criar falsas expectativas nas mulheres nesse contexto.

Ressaltaram que essa é uma situação de bastante indignação, uma vez que a demanda de usuárias brasileiras por apoio é crescente e diariamente somos confrontadas com relatos de desespero pela falta de acesso a procedimentos seguros - e não necessariamente pela decisão de abortar em si.

No período de julho de 2017, o companheiro de uma usuária que havia dado seu endereço para entrega do pacote no Brasil entrou em contato a organização “B” afirmando que havia sido intimado a depor. Nessa ocasião a entidade ofereceu apoio jurídico para instruções legais, mas não havia nada que mencionasse “B” ou as pílulas em específico.

Essa pode ser outra resposta do Estado a esse tipo de atuação, que mereceria um estudo mais aprofundado. A criminalização dos envolvidos, e a perseguição dessas entidades. Em outros estados, como a Guatemala e Portugal, houve a judicialização dos conflitos com as ONGs.

Questionadas sobre algum conflito judicial no Brasil as organizações responderam que a única situação que se envolveram no judiciário se refere às ações constitucionais que tramitam no STF. Nas referidas ações as entidades tentaram ingressar na figura processual de *Amicus Curiae* - expressão que alude a uma espécie de amigo do judiciário para esclarecer questões essenciais ao processo – no entanto encontraram barreiras processuais, como por exemplo os problemas por não possuírem CNPJ no Brasil.

Assim, o problema dessas ONG tem sido principalmente o confisco da medicação, apesar de também relatarem que em alguns períodos seus sites foram bloqueados temporariamente no Brasil, em uma espécie de censura.

Finalmente, as organizações apontam para o fortalecimento de redes regionais e seu contato com as redes transnacionais de mulheres em defesa de direitos humanos como uma das saídas para se evitar a morte de mulheres brasileiras por aborto inseguro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados expostos, e da análise do contexto latino-americano, verifica-se que as dificuldades de acesso ao misoprostol impostas pela lei criam um contexto de enorme insegurança para as mulheres brasileiras, que são mais vulneráveis a violências e até mesmo a morte do que em Estados onde a lei permite a comercialização desse medicamento para além dos hospitais.

Nesse estudo das barreiras legais para que as mulheres tenham acesso a ao misoprostol em território brasileiro verifica-se que existe uma contradição legal, e que ainda existe um juízo moral, não técnico, na produção de normas regulatórias no Brasil.

Tal quadro é agravado pelo cenário de enorme desigualdade social, que cria diferentes níveis de acesso ao medicamento no mercado paralelo, fazendo com que mulheres pretas, pobres e indígenas sejam as principais vítimas dessa política pública de Estado. Redes de mulheres nacionais e internacionais têm tentado mudar esse cenário, com diferentes estratégias, algumas delas desafiando a legalidade.

Ainda, imagino que a insegurança que as mulheres sofram esteja atrelada à ilegalidade do aborto, que dificulta o acesso a pílulas e a informações médicas seguras no país. Por oportuno, há que se pontuar que existem exceções de classe e de acesso, como é o caso dos EUA, local onde apesar de haver marcos legais favoráveis às mulheres, em certos casos elas não podem pagar pelo procedimento.

Para além dessa exceção considero que, talvez, em locais onde o aborto é ilegal as mulheres estejam destinadas a correr riscos por agirem na clandestinidade e não terem a possibilidade de recorrer a serviço médico confiável. E quiçá, onde tenham leis que a resguardem, estejam em segurança.

Nesse sentido é que alguns Estados podem estar naturalizando a violência de gênero, na medida em que governos/assembleias legislativas conservadores e religiosos têm ganhado espaço. É através do controle social de nossos corpos que o patriarcado se mantém e avança: o número de feminicídios - aqui considerando as mortes por abortamento também como um feminicídio - aumenta sem políticas institucionais e públicas de prevenção.

A violência a nossos corpos transcende os limites de nossos territórios, tendo em vista que estamos delimitadas por Estados que nos obrigam e nos fragmentam enquanto “mulheres”, à medida que existem marcos normativos melhores ou piores a depender da fronteira. Assim, proponho pensarmos em como unirmos essa fragmentação para resistir nos lugares em que habitamos, a partir de diálogos entre ordenamentos jurídicos e das redes de mulheres organizadas que propõem mudanças e garantem direitos na clandestinidade.

Temos que ter mais políticas e estratégias entre nós, que informem mulheres. Saber como é em outros países e estratégias de mulheres resistindo às políticas públicas e se aproveitando delas: isso está dando certo na minha comunidade, talvez pudesse funcionar em toda a América Latina. Fortalecer a rede e chegar a um número maior de mulheres para que tenhamos uma compreensão e reação mais articulada.

Longe de uma conclusão, deixo um questionamento: que fazemos para criar uma rede de mulheres mais forte que nos proteja juntas contra as leis e estados patriarcais em todos os espaços?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIKEN, Abigail; SCOTT, James G., GOMPERTS, Rebecca; TRUSSELL, James; WORRELL, Marc.; AIKEN, Catherine. (2016). Requests for Abortion in Latin America Related to Concern About Zika Virus Exposure. *New England Journal of Medicine*, 375(4): 396-398.

ARILHA, Margareth. Aborto: avanços na América Latina e retrocessos no Brasil?. *Le Monde Diplomatique (Brasil)*, v. --, p. --, 2012.

ARILHA, Margareth. Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)*, v. 17, p. 1785-1794, 2012. (b)

BARBOSA, Regina Maria; Arilha, Margareth. . A Experiência Brasileira com o Cytotec. *Revista Estudos Feministas (UFSC. Impresso)*, v. 1, p. 408-417, 1993.

BIROLI, Flávia. Aborto, justiça e autonomia. In: Biroli, Flávia; Miguel, Luis Felipe (Orgs.). *Aborto e democracia*. São Paulo, 2016.

BOLAND, Reed; KATZIVE, Laura. Developments in law on induced abortion: 1998-2007. *International Family Planning Perspectives*, vol. 34, no. 110-20. Guttmacher. 2008.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto Nº 4.377, de 13 de Setembro de 2002. Promulga a *Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher CEDAW (1979)*.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria SVS/MS nº 344**, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Anvisa; 1998.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria SVS/MS nº 06**, de 29 de janeiro de 1999. Aprova a Instrução Normativa da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. Brasília: Anvisa; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 98**, de 20 de novembro de 2000. Atualiza a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. Brasília: Anvisa; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 178**, de 17 de maio de 2002. Atualiza a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. Brasília: Anvisa; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 18**, de 28 de janeiro de 2003. Atualiza a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. Brasília: Anvisa; 2003

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 137**, de 29 de maio de 2003. Autoriza, apenas, o registro/renovação de medicamentos pertencentes às classes/ princípios ativos, só se as bulas e embalagens contiverem a advertência pertinente. Brasília: MS; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório de atividades 2004 - 2006** Gerência de Monitoramento e fiscalização de publicidade, promoção e informação de produtos sujeitos à vigilância sanitária. Brasília: Anvisa; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de Monitoramento de Propaganda de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária**. Gerência de Monitoramento e fiscalização de publicidade, promoção e informação de produtos sujeitos à vigilância sanitária. Brasília: Anvisa; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Resolução RE n.º 1.050**, de 06 de abril de 2006. Determina a suspensão em todo território nacional das publicidades dos medicamentos a base de misoprostol divulgados em meio eletrônico. Brasília: MS; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Resolução RE nº 911**, de 24 de março de 2006. Determina a suspensão em todo território nacional das publicidades dos medicamentos a base de misoprostol divulgados em meio eletrônico. Brasília: MS; 2006

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica**. Brasília: MS; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica**. Brasília: MS; 2005

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Protocolo do Misoprostol*. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename*. Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Polícia Civil do Distrito Federal (PCDF). *Manual de Rotinas Instituto de Medicina Legal Leonídio Ribeiro* - Polícia Civil Do Distrito Federal 2014, p. 43-44.

CORREA, Marilena Cordeiro Dias Villela; MASTRELLA, Miryam. Aborto e misoprostol: usos médicos, práticas de saúde e controvérsia científica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1777-1784, Julho 2012.

DAVIS, Angela. Racismo, controle de natalidade e direitos reprodutivos. Cap. 12. *Mulheres, raça e classe*. S.Paulo: Boitempo, 2016 [1981].

DINIZ, Débora. Carta de uma orientadora: o primeiro projeto de pesquis. 2 de. Rev. Brasília:LetrasLivres, 2013.

DINIZ, Debora. Feminismo: modos de ver e mover-se. In: *O que é feminismo?* Cadernos de Ciências Sociais. Lisboa: Escolar, 2015, p. 49

DINIZ, Debora. Perspectivas e articulações de uma pesquisa feminista. Estudos feministas e de gênero. Editora Mulheres, p. 19, 2014.

DINIZ, Débora. Vírus Zika e mulheres. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(5):e00046316, mai, 2016, (b).

DINIZ, Debora; Madeiro, Alberto . Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, p. 1795-1804, 2012.

DINIZ, Debora; Medeiros, Marcelo ; Madeiro, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva (Online)*, v. 22, p. 653-660, 2017.

FLAUZINA, Ana Luiza. *A dimensão racial dos ventres livres*. Correio Braziliense artigo publicado em setembro 29, 2014

GANATRA, Bela; GERDTS, CAITLIN; Rossier, CLÉMENTINE; JOHNSON, Ronald B; TUNÇALP, özge; ASSIFI, Anisa; SEDGH, Gilda. SINGH, Susheela; BANKOLE, Akinrinola; POPINCHALK, Anna; BEARAK, Jonathan; KANG, Zhenning. ALKEMA, Leontine. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, Volume 390, Issue 10110, 2017, Pages 2372-2381

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu* (5), Campinas-SP, Núcleo de Estudos de Gênero - Pagu/Unicamp, 1995, pp. 7-41.

LUGONES, María. 2014. Rumo a um feminismo descolonial. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 22(3):935-952.

MACKINNON, Catharine A. Feminism, Marxism, Method, and the State: An Agenda for Theory”, em *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 7, no. 3, 1982: 515-544. Acesso por meio do link <http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/mackinnon-hacia-una-teoria-feminista-del-estado.pdf>

MACKINNON, Catherine A. Are woman human? *Womens Status, Men’s States*, 2006.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 563-572, Fev. 2016 .

MIRANDA, Cynthia Mara ; Participação política e pública das mulheres brasileiras: um olhar sobre as enunciações jornalísticas de 1979 A 1988. *Revista Ártemis*, v. 12, p. 48-55, 2011.

NEVES, Marcelo. (Não) solucionando problemas constitucionais: transconstitucionalismo além de colisões. *Lua Nova (Impresso)*, v. 93, p. 201-232, 2014.

PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva; WAJNMAN, Simone. A esterilização feminina no Brasil: diferenciais por escolaridade e renda. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 10, ns. 1 e 2, p. 25-39, 1993

RAYMOND, Elizabeth G.; GRIMES, David A. MD. The Comparative Safety of Legal Induced Abortion and Childbirth in the United States. *Obstetrics & Gynecology*: June 2012 - Volume 119 - Issue 6.

SANTOS, Cecília Macdowell. ; Duarte, Madalena (2012), Fazer Ondas nos Mares da Justiça: dos Direitos das Mulheres aos Direitos Humanos das ONG,in Cecília MacDowell dos Santos (org.), A Mobilização Transnacional do Direito: Portugal e o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos. Coimbra: Edições Almedina, 265-294.

SEGATO, Rita Laura. Gênero e colonialidade: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial. In: e-cadernos CES, 18, 2012: 106-131. Disponível em: <http://eces.revues.org/1533>.

SERRUYA, Suzanne. Ligação de trompas e imaginário feminino. Rev Bras Estud Popul 1993; 10:57-70.

TÁBOAS, Isis Menezes. Métodos Jurídicos Feministas e o (Des)Encobrimento do Direito no Cotidiano das Mulheres. In SCHINKE, Vanessa (Org.). *A Violência de gênero nos espaços do direito*. Rio de Janeiro: Lumen Iuris, Ed. 2, 2017. P. 337

SITES

Anvisa proíbe a propaganda de medicamentos à base de misoprostol. Publicação em 11.04.2011. <http://portal.anvisa.gov.br> acesso em 12.01.2018.

Campanha “SUS sem racismo”, Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-11/saude-lanca-campanha-contra-racismo-no-sus>. Acessado em 02/02/2018.

CDH - Ilka Teodoro (Comissão da Mulher da OAB-DF) aborda questões jurídicas em torno do aborto disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=gWX2ZTiPGE0&t=410s> publicado em 05/05/2015, acesso em 15/02/2018.

CIDH. Caso Artavia Murillo vs Costa Rica. Disponível em http://www.corteidh.or.cr/cf/Jurisprudencia2/ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=235 acesso em 10.03.2017

Conferência de Viena (1993). Disponível em <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/viena.htm>. acesso em 10.03.2017.

Convenção de Belém do Pará (1994), Comissão Interamericana de Direitos Humanos, OEA. Disponível em <http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm> acesso em 10.03.2017.

Documentário Zika (2016), Vozes da Igualdade, o canal da Anis. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=m8tOpS515dA> – acessado em 22/02/2018

Epidemia de zika aumenta apreensão de pílulas abortivas enviadas ao Brasil. BBC Brasil. Disponível em www.bbc.com/portuguese - acessado em 26 fevereiro 2016.

Eu vou contar. Campanha da Anis - Instituto de Bioética e apoiada pela Think Olga. 2018. Histórias 18 e 2, respectivamente. Disponível em <https://eu-vou-contar.tumblr.com> - acessado em 10.03.2018.

Vessel, 2014, documentário, 12 1h 26min. Dir. Diana Whitten, disponível em Netflix e YouTube, acesso em 22.02.2017

Matilde Campilho, poema Fevereiro. Disponível em YouTube, por meio do link <https://www.youtube.com/watch?v=VasLnEWnAXY>, acesso em 22.02.2018.

Mapa das Mulheres na Política (2017) divulgado pela União Interparlamentar e ONU Mulheres. Disponível em <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2017/8/un-women-strategic-plan-2018-2021> acesso em 15.03.2018. anexo.

Música 100% feminista. Mc Carol e Carol Conka. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=NMccIKKQOBU>. Acesso em 15.03.2018.

ONU Mulheres, Phumzile Mlambo-Ngcuka. <https://nacoesunidas.org/brasil-fica-em-167o-lugar-em-ranking-de-participacao-de-mulheres-no-executivo-alerta-onu/>

Organização Mundial Da Saúde. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2ª edição. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf. Acessado em 22.02.2018.

Protocolo de Maputo (2005). Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (CADHP) disponível em <http://www.achpr.org/pt/instruments/achpr/> acesso em 10.03.2017.

Supremo Tribunal Federal, Ação Direta de Inconstitucionalidade nº5581 DF - Distrito Federal (2016), Número Único: 4003652-09.2016.1.00.0000 Relatora Atual Ministra Cármen Lúcia. Disponível em <http://Portal.Stf.Jus.Br/Processos/Detalhe.Asp?Incidente=5037704>, acesso em 15.03.2018.

Supremo Tribunal Federal , Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 442 (2017), Df - Distrito Federal Número Único: 0002062-31.2017.1.00.0000 Relatora Atual Ministra Rosa Weber. Disponível em <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5144865>. Acesso em 15.03.2018.