

Porque o aborto autônomo é muito mais do que uma solução provisória para tempos de pandemia

Mariana Prandini Assis^a e Sara Larrea^b

Vínculos institucionais:

(a) Pesquisadora de Pós-doutorado em Redução de Danos como Política Pública na Schulich Law School, Dalhousie University, Canadá

(b) Coordenadora de Pesquisa na Women Help Women, Holanda e Doutoranda em Biomedicina na Universidad Pompeu Fabra, Espanha

Para citar este artigo: Mariana Prandini Assis & Sara Larrea (2020) Why self-managed abortion is so much more than a provisional solution for times of pandemic, *Sexual and Reproductive Health Matters* 28:1, DOI: [10.1080/26410397.2020.1779633](https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1779633).

Palavras-chaves: Acesso ao aborto, COVID-19, Aborto autônomo

A pandemia da COVID-19 atingiu os sistemas de saúde em todo o mundo com uma demanda de serviços sem precedente. Ao responder a essa crise, governos e provedores de saúde se veem diante do desafio de como continuar oferecendo serviços essenciais de saúde ao mesmo tempo em que combatem a nova doença. Nesse contexto, o acesso ao aborto se tornou mais controverso do que nunca.

Governos conservadores utilizam a pandemia como uma oportunidade para declarar o aborto um procedimento eletivo e negar acesso ao serviço. Nos EUA, onde o direito ao aborto se tornou novamente um tema polêmico, vários estados impuseram restrições de acesso que levam ao efetivo banimento do cuidado de aborto.¹ Na América Latina e no Caribe, uma região com as leis sobre aborto mais restritivas no mundo, ativistas apontam as novas dificuldades enfrentadas pelas pessoas que qualificam para fazer um aborto nos poucos casos em que ele é permitido.² Na Polônia, um país com uma das leis sobre aborto mais restritivas da Europa, uma proposta legislativa retirando direitos foi apresentada durante o período de *lockdown*.³

Adotando uma abordagem diferente, alguns países reconheceram que o aborto é um serviço essencial de saúde e implementaram a telemedicina para garantir acesso durante a crise. Depois de muita discussão e confusão pública sobre regulações anunciadas prematuramente, o Reino Unido adotou diretivas que permitem mulheres e outras pessoas gestantes induzir o seu próprio aborto. De acordo com a nova regulação,¹ a pessoa em busca do serviço de aborto pode fazer uma teleconsulta com profissional médico registrado, receber os medicamentos (mifepristona e misoprostol) pelo correio, e usá-los em casa.

Enquanto defensoras no campo da saúde e dos direitos reprodutivos celebram a decisão do Reino Unido e encorajam outros governos a seguir o mesmo caminho, a nova regulação é temporária. Adotada durante o período de *lockdown* obrigatório, o acesso ao aborto por telemedicina durará dois anos ou até o fim da

pandemia.⁴ O pressuposto por trás da regulação e, de fato, do campo da saúde pública em geral é que, uma vez superada a crise do coronavírus, as pessoas devem voltar a ter abortos como sempre foi feito, isto é, no serviço de saúde formal. Mesmo nesse período extraordinário, o controle médico sobre o aborto continua sendo o princípio prevalente.

A história da medicalização do aborto é, contudo, relativamente recente. Por séculos, o aborto foi utilizado rotineiramente para regular a fertilidade, juntamente com a contracepção baseada no calendário e outros métodos então disponíveis. Mesmo depois do banimento público do aborto, a prática permaneceu comum nos círculos de mulheres, e parteiras eram uma figura central nos serviços de planejamento familiar. Apenas no século XIX foi o direito invocado para regular a provisão de aborto. Os médicos estiveram entre as vozes mais estridentes a demandar essa regulação, que eventualmente estendeu a jurisdição médica a um evento da vida que, por séculos, permaneceu sob o controle das próprias pessoas implicadas e acontecia dentro dos círculos íntimos de cuidado.⁵

O relaxamento da regulação do aborto que é apenas uma resposta temporária a uma crise de saúde pública ignora essa história. Ele também assume que as experiências mais recentes de aborto autônomo – ou seja, o uso de pílulas abortivas fora de serviços formais de saúde e sem supervisão médica⁶ – são anormais e menos desejadas. Essa abordagem ignora muito do que já sabemos sobre a relação entre autoindução, ampliação de acesso ao aborto e segurança e qualidade de métodos.

Hoje, uma já extensa pesquisa mostra que a autoadministração de medicamentos para o aborto até 12 semanas com envolvimento limitado de profissionais de saúde é efetivo e tem resultados similares a um aborto medicamentoso administrado por profissionais em unidades de saúde.⁷ Além disso, o uso de medicamentos abortivos fora dos sistemas formais de saúde é responsável pela redução de complicações por aborto e mortalidade materna em todo mundo, mas particularmente em países de baixa e média renda.⁸ Para um grande número de mulheres e outras pessoas gestantes ao redor do mundo, o aborto autônomo não é uma solução temporária; é, de fato, a melhor opção.

Já por algumas décadas, organizações feministas em todo o mundo vêm apoiando pessoas gestantes a induzir seus abortos, especialmente em lugares em que o aborto é restrito por leis e regulações, estigma, ou falta de recursos. A partir do conhecimento inicialmente desenvolvido e disseminado pelas mulheres brasileiras nos anos 1980, iniciativas feministas em favor do aborto autônomo criaram diversos aparatos de conhecimento e recursos que operam tanto localmente quanto em uma rede transnacional. As pessoas acessam os medicamentos online ou em farmácias locais e as ativistas fornecem informação baseada em evidência sobre como usar as pílulas de forma eficaz e segura, assim como prestam assistência durante todo o processo.

As formas como as ativistas fornecem apoio variam, mas todas elas compartilham um compromisso comum com a ética feminista. *Socorristas en Red* é uma rede nacional argentina que garante acesso e informação através do telefone e por meio de acompanhamento pessoal e reuniões em grupo.⁹ Na África, *MAMA*, uma rede de ativistas e grupos feministas locais, trabalha para expandir conhecimento e eliminar o estigma em

torno do aborto auto induzido em nível comunitário. *Samsara*, na Indonésia,¹⁰ de forma semelhante a ativistas em muitos países na América Latina e no Caribe,¹¹ opera uma linha de aborto seguro que fornece informação sobre aborto auto induzido com medicamento em lugares em que o aborto é criminalizado. *Women Help Women* e *Women on Web* dirigem serviços de tele saúde que garantem tanto acesso a medicamento quanto informação e acompanhamento por e-mail a pessoas em todo o mundo.¹² Ao fazer esse trabalho essencial, as ativistas feministas respondem a uma necessidade que é frequentemente negligenciada ou negada pelo Estado em tempos de ‘normalidade’, e ainda mais em tempos de pandemia.

Ativistas feministas demonstram que as iniciativas de apoio ao aborto autônomo são de fato muito mais do que uma solução provisória. As pessoas relatam preferir o aborto autônomo porque ele promove a privacidade, a autonomia e a confidencialidade.⁶ O método também permite que as pessoas gestantes estejam em casa ou em qualquer outro lugar de sua escolha, rodeadas pelas pessoas em que confiam. E, acima de tudo, o aborto autônomo coloca o controle sobre o processo de volta nas mãos das pessoas gestantes.

Mulheres e pessoas não-conformes de gênero há muito lutam pela desmedicalização de seus corpos e saúde. Contudo, abordagens da saúde pública normalmente não consideram a autonomia e o controle sobre processos médicos como indicadores de qualidade de cuidado. O advento das pílulas abortivas criou a possibilidade de se atender à demanda política por autonomia, pelo menos no cuidado ao aborto. Agarrando essa oportunidade, iniciativas feministas de aborto autônomo nos mostram o que é o cuidado desmedicalizado, respeitoso e digno, e que promove o poder das pessoas.

De fato, as histórias por trás das iniciativas feministas de aborto autônomo falam de solidariedade e apoio sem julgamentos,^{5,6} experiências que pessoas gestantes, especialmente aquelas de comunidades marginalizadas, normalmente não encontram nos sistemas formais de saúde. Toda pessoa, não importa o seu contexto, merece um cuidado de aborto de qualidade quando decide terminar uma gestação, e acesso a atenção médica de emergência se necessário. Elas também precisam ser capazes de decidir como querem ter seu aborto, sem medo de perseguição ou julgamento moral: se em uma unidade de saúde formal, sob a supervisão de profissional de saúde, ou em um lugar de sua escolha, com informação acessível e cuidado de quem quer que desejem. Agora, compete a governos nacionais e aos sistemas formais de saúde aproveitar as oportunidades criadas pela COVID-19 e fazer melhorias permanentes há muito necessárias na provisão de aborto.

O cuidado de aborto deve ser contextualizado em relação às circunstâncias sociopolíticas locais e adaptadas às necessidades e preferências pessoais. Isso significa que não há uma fórmula universal de melhoria. Contudo, algumas medidas simples teriam um grande impacto no acesso ao aborto e na qualidade do cuidado. Por exemplo, reduzir as barreiras de acesso às pílulas abortivas, tais como as regulações que restringem a distribuição e o uso a unidades de saúde autorizadas ou que requerem receita médica para compra em farmácias, pode ampliar a acessibilidade e a segurança. Erradicar a censura à informação online sobre aborto pode aumentar a capacidade das pessoas de fazer escolhas seguras independentemente de seus contextos. A produção local de medicamentos para aborto e medidas para definir preços acessíveis

podem reduzir as desigualdades locais em acesso bem como reduzir o ônus injusto da morbidade e mortalidade pós-aborto que pessoas empobrecidas e marginalizadas sofrem. Intervenções para reduzir o estigma associado ao aborto e para desenvolver habilidades para o cuidado respeitoso entre profissionais de saúde podem tornar hospitais um espaço mais seguro para mulheres e outras pessoas gestantes e aumentar o acesso e a qualidade de cuidado em aborto e pós-aborto. Finalmente, o aborto autônomo pode ser oferecido como uma dentre muitas opções, juntamente com intervenções cirúrgicas e aborto medicamentoso administrado na unidade de saúde, dependendo das preferências e necessidades de cada pessoa.

A emergência da COVID-19 levou alguns sistemas formais de saúde a reconhecer e aprender com estratégias ativistas, como o exemplo do Reino Unido nos mostra. Talvez ela também levará a sociedade e os governos a compreender que, se por um lado, profissionais médicos são insubstituíveis em algumas áreas de cuidado, por outro lado, o seu controle sobre todo e qualquer processo de saúde sob todas as circunstâncias não é necessário nem desejável. De fato, o caso do aborto mostra que a medicalização funciona como uma barreira a um serviço essencial de saúde, tanto em tempos normais quanto excepcionais. O momento atual nos convoca a confiar nas pessoas na tomada de decisões e a abraçar abertamente o poder da autogestão.

Referências:

1. Sherman C. (2020, March 28) Coronavirus Is Destroying Abortion Access Across the U.S, *Vice News*. Retrieved from https://www.vice.com/en_us/article/xgg3y3/anti-abortion-activists-are-winning-the-coronavirus-pandemic
2. Palomino S. (2020, April 8) La pandemia obstaculiza aún más el aborto seguro en América Latina, *El País*. Retrieved from <https://elpais.com/sociedad/2020-04-09/la-pandemia-obstaculiza-aun-mas-el-aborto-seguro-en-america-latina.html>
3. Walker S. (2020, April 14) Concerns over Polish government tightening abortion laws during Covid-19 crisis, *The Guardian*. Retrieved from <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/14/concerns-over-polish-government-tightening-abortion-laws-during-covid-19-crisis>
4. Department of Health and Social Care. *The Abortion Act 1967-Approval of a Class of Places.*; 2020. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
5. Joffe C. "Abortion and Medicine: A Sociopolitical History." In *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*, 2009, pp. 1–9, doi:10.1002/9781444313031.ch1.
6. Wainwright M, Colvin CJ, Swartz A, Leon N. Self-management of medical abortion: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health Matters*. 2016; 24(47):155-167. doi:10.1016/j.rhm.2016.06.008
7. Gambir K, Kim C, Necastro KA, Ganatra B, Ngo TD. Self-administered versus provider-administered medical abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020, Issue 3. Art. No.: CD013181. DOI: 10.1002/14651858.CD013181.

8. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*. 2006; 368(9550):1887-1892. doi:10.1016/S0140-6736(06)69778-X
9. Zurbriggen R, Keefe-Oates B, Gerdtz C. Accompaniment of second-trimester abortions: the model of the feminist Socorrista network of Argentina. *Contraception*. 2018;97(2):108-115. doi:10.1016/j.contraception.2017.07.170
10. Gerdtz C, Hudaya I. Quality of Care in a Safe-Abortion Hotline in Indonesia: Beyond Harm Reduction. *Am J Public Health*. 2016; 106(11):2071-2075. doi:10.2105/AJPH.2016.303446
11. Drovetta RI. Safe abortion information hotlines: An effective strategy for increasing women's access to safe abortions in Latin America. *Reprod Health Matters*. 2015;23(45):47-57. doi:10.1016/j.rhm.2015.06.004
12. Endler M, Lavelanet A, Cleeve A, Ganatra B, Gomperts R, Gemzell-Danielsson K. Telemedicine for medical abortion: a systematic review. *BJOG*. 2019;126(9):1094-1102. doi:10.1111/1471-0528.15684