

Enfrentando uma temática incômoda: Políticas públicas e a prestação de serviços públicos de interrupção legal de gestação no Brasil

Facing an uncomfortable theme: Public policies and the provision of public services for legal interruption of pregnancy in Brazil

Frente a un tema incómodo: Políticas públicas y la provisión de servicios públicos para la interrupción legal de la gestación en Brasil

Recebido: 15/11/2022 | Revisado: 26/11/2022 | Aceitado: 28/11/2022 | Publicado: 05/12/2022

Luana Cristina da Silva Dantas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4867-5616>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: luanacristina287@gmail.com

Oswaldo Pereira de Lima Junior

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0019-1391>

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

E-mail: oswaldo.lima@ufrn.com

Edna Raquel Hogemann

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3276-4526>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: ershogemann@gmail.com

Resumo

O presente artigo tem por objetivo promover o exame das políticas públicas de saúde para mulheres no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco nas políticas públicas, serviços, programas e projetos em torno da interrupção legal da gestação no Brasil, o denominado Aborto Legal. Como metodologia, utiliza-se a revisão bibliográfica, a pesquisa documental incidente sobre o quantitativo das políticas públicas em torno da interrupção legal do abortamento, a partir da abordagem quanti-qualitativa e objetivos exploratórios, valendo-se do método hipotético-dedutivo, tendo em conta a necessidade de reinterpretação dos dados obtidos a partir de um debate teórico que relaciona violência contra as mulheres, direitos reprodutivos e responsabilidade estatal. Com a análise de dados estatísticos percebe-se que ainda há uma grande desarmonia entre o que está previsto no ordenamento jurídico brasileiro e, especialmente, na formação e normatização das políticas públicas de saúde e a realidade de prestação adequada e concreta dos serviços de atenção à saúde da mulher em situação de abortamento legal. O respeito e garantia aos direitos preceituados nas recomendações, portarias e normas técnicas é, portanto, fortuito e insuficiente. Os resultados sinalizam que a ineficácia estatal quanto à garantia constitucional desse direito produz ainda mais injustiça de gênero no país. Em suma, é preciso que o Estado assuma o compromisso de realizar as normas e políticas públicas já existentes, tratando de aprimorar, expandir, desenvolver e consolidar as políticas, programas e ações integradas e interseccionais que envolvem a saúde da mulher face ao problema do abortamento.

Palavras-chave: Políticas públicas; Direitos reprodutivos; Abortamento legal; Ineficácia.

Abstract

This article aims to promote the examination of public health policies for women within the scope of the Unified Health System (SUS), focusing on public policies, services, programs, and projects around the legal termination of pregnancy in Brazil, the so-called Legal Abortion. As a methodology, a bibliographic review is used, as well as documentary research on the quantitative of public policies around the legal interruption of abortion, based on a quantitative-qualitative approach and exploratory objectives, using the hypothetical-deductive method, considering the need to reinterpret the data obtained from a theoretical debate that relates violence against women, reproductive rights, and state responsibility. With the analysis of statistical data, it is clear that there is still a great disharmony between what is foreseen in the Brazilian legal system and, especially, in the formation and regulation of public health policies and the reality of adequate and concrete provision of care services to health of women undergoing legal abortion. The respect and guarantee of the rights stipulated in the recommendations, ordinances and technical standards is, therefore, fortuitous, and insufficient. The results indicate that the state's ineffectiveness regarding the constitutional guarantee of this right produces even more gender injustice in the country. In short, it is necessary for the State to assume the commitment to carry out existing public norms and policies, trying to improve, expand, develop, and consolidate policies, programs and integrated and intersectional actions that involve women's health in the face of the problem of abortion.

Keywords: Public policy; Reproductive rights; Legal abortion; Ineffectiveness.

Resumen

Este artículo tiene como objetivo el examen de las políticas públicas de salud de la mujer en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), centrándose en las políticas públicas, servicios, programas y proyectos en torno a la interrupción legal de la gestación en Brasil, el llamado Aborto Legal. Se utiliza como metodología la revisión bibliográfica y la investigación documental de lo cuantitativo de las políticas públicas sobre la Aborto Legal, usando un enfoque cuantitativo-cualitativo y objetivos exploratorios, utilizando el método hipotético-deductivo, considerándose la necesidad de reinterpretar los datos obtenidos, haciendo un debate teórico sobre la violencia contra las mujeres, los derechos reproductivos y la responsabilidad estatal. Los datos estadísticos prueban que existe gran disonancia entre lo previsto en el ordenamiento jurídico brasileño y, en especial, en la formación y regulación de las políticas públicas de salud y la realidad de una provisión adecuada y concreta de servicios de atención a la salud de las mujeres que se someten al aborto legal. El respeto y garantía de los derechos previstos en las recomendaciones, ordenanzas y normas técnicas es, por tanto, fortuito e insuficiente. Los resultados indican que la ineficacia del Estado en cuanto a la garantía constitucional de este derecho produce aún más injusticia de género en el país. En conclusión, el Estado necesita asumir el compromiso de cumplir las normas y políticas públicas existentes, procurando mejorar, ampliar, desarrollar y consolidar políticas, programas y acciones integrales e interseccionales sobre la salud de las mujeres frente a la problemática del aborto.

Palabras clave: Políticas públicas; Derechos reproductivos; Aborto legal; Inoperancia.

1. Introdução

O presente artigo propõe uma análise reflexiva da prestação de serviço público de abortamento legal no Brasil como política pública e relevante expressão dos direitos sociais da mulher, em específico o direito à saúde reprodutiva. Para tanto, além das análises conceituais do escopo de uma política pública e do conceito normativo de abortamento legal, realiza o exame estatístico sobre casos, causas, faixa etária e motivações que levam a mulher (e, em muitos casos, a adolescente e a menina) a buscar, por absoluta necessidade e pelo total desamparo em que normalmente se encontra, o serviço de abortamento legal.

Desse modo, num primeiro momento, tratar-se-á da compreensão teórica do abortamento legal e dos direitos reprodutivos da mulher, levando em consideração, especialmente, o advento da Constituição Federal de 1988. Em sequência, adentrar-se-á na análise do conceito de política pública, inserindo a questão do abortamento legal no contexto de uma política direcionada à saúde e aos direitos reprodutivos da mulher. Será avaliado o surgimento do problema, temporalmente situado, e o surgimento de políticas e serviços que visam, se não excluir, equacionar ou minorar a questão do abortamento no Brasil. Para dar consistência e atualidade à análise, serão considerados os dados colhidos junto ao Ministério da Saúde e disponibilizados pelo DataSUS. Posteriormente, serão avaliadas a formação da agenda, a formulação de alternativas e a tomada de decisão no contexto das políticas públicas inerentes ao abortamento legal no país, para, a seguir, considerar a implementação da referida política pública, bem como expor o método pelo qual se fará, ao final, em conclusão, a consideração de resultados, tendo em perspectiva o perfil dos serviços de abortamento no Brasil e o perfil das mulheres que se socorrem dele.

2. Metodologia

O modo de enfrentamento do objeto do estudo é o qualitativo, fazendo-se uso do método hipotético-dedutivo, com a análise assertórica do referencial bibliográfico citado, sendo que a estruturação da pesquisa científica adotou as seguintes técnicas de produção do conhecimento teóricas, conforme descrito em Bittar (2009): a) técnica conceitual ou bibliográfica, em que se opera o tratamento do objeto por meio do estudo do aporte teórico, doutrina, sistema de ideias e bibliografia que consubstanciam a temática; b) técnica normativa, empreendida no exame e reflexão da normativa-jurídica referente ao objeto proposto, na exegese do direito positivo pátrio, dos pareceres, portarias e normas técnicas que fundamentam a presente matéria

Ademais, utilizou-se da técnica de investigação empírica de análise de dados, visando "...chegar a conclusões científicas, basicamente dedicando-se à compreensão do próprio fenômeno *in natura*, de seus efeitos, de seus resultados e de suas materializações concretas..." (Bittar, 2009), por meio das técnicas de observação não participante e de amostragem, em que não há envolvimento direto do pesquisador com o fenômeno, mas há efetiva colheita de dados, informações e estatísticas nos sítios

eletrônicos oficiais de organismos nacionais (governamentais) e não governamentais, perfazendo exame de dados apresentados pelo Ministério da Saúde, através do cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e DataSUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), do Sistema Único de Saúde do Brasil, também de dados albergados pela pesquisa “Mapa do Aborto Legal”, de atualização contínua.

3. Resultados e Discussão

3.1 Direitos reprodutivos da mulher e a interrupção legal da gestação

Os direitos reprodutivos da mulher sempre foram motivo de muitas polêmicas no Brasil, sempre considerado um tema incômodo e grave questão de saúde pública, não somente por tratar de um país de raízes culturais patriarcais, mas também pela forte influência religiosa que envolve a temática.

No Brasil, o Código Penal em vigor estabeleceu causas excludentes de ilicitude ou antijuridicidade para a prática do abortamento, quais sejam: quando existe risco de morte para a mulher (interrupção terapêutica da gestação - ITG); quando a gravidez decorre de estupro (interrupção sentimental da gestação -ISG)¹ (art. 128, incisos I e II, Código Penal). A interrupção seletiva da gestação (ISG) ocorre nos casos de aborto sucedidos em caso de graves e irreversíveis anomalias fetais, isto é, situações em que a gestação é interrompida diante da constatação de lesões fetais irreversíveis. Geralmente, os casos que justificam a ISG são as patologias que inviabilizam a vida extrauterina: o exemplo clássico é o da anencefalia².

No campo do direito produzido, alguns rastilhos têm desenhado a importância acadêmica e a atualidade sociojurídica do assunto: um desses exemplos é a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n. 442 (Brasil, 2017), que questiona a recepção delitiva do abortamento pela Constituição Federal de 1998 e resvala, outrossim, em outras questões determinantes sobre esse debate, como a laicidade do Estado brasileiro e o desenvolvimento do conceito de cidadania pluralista, desaguando, igualmente, na missão constitucional de promoção e de proteção da dignidade da pessoa humana.

Nesse mesmo sentido, em 2016, por meio do Habeas Corpus (HC) 124306 (Brasil, 2016), a Primeira Turma do Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu que o tipo penal do aborto deve ser entendido e interpretado de acordo com os valores da Constituição Federal de 1988, argumentação que ratifica e reforça a constitucionalização do ordenamento jurídico brasileiro e, concomitantemente, sobreleva em nível fundamental os princípios jurídicos e juízos de proporcionalidade a respeito do abortamento, que devem se nortear por regulamentação jurídica que tutele e harmonize os direitos do nascituro à proteção dos direitos à saúde integral, à liberdade e à autonomia individual, reprodutiva e sexual das mulheres.

Em 2017, o Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), partido político brasileiro, e a organização Anis – Instituto de Bioética –, apresentaram nova ação no Supremo Tribunal Federal, desta vez requerendo que o abortamento realizado até a 12ª semana de gravidez seja descriminalizado, a despeito das motivações que levaram a gestante a optar pela interrupção da gestação – demanda que espera julgamento da Corte.

Muito embora a lei pátria possibilite a interrupção voluntária da gravidez em razão de estupro desde a já longínqua década de 1940, é certo que, por quase 50 anos, o acesso aos serviços de saúde objetivamente não vinha sendo implementado.

O surgimento paulatino de serviços e programas de abortamento no território brasileiro relaciona-se, entre outros fatores, (i) ao aumento da relevância que o problema público da interrupção da gestação recebeu no seio da sociedade, (ii) à reivindicação por políticas públicas estratégicas e em ampla escala por diversos setores da coletividade (em que se incluem as ações e

¹ Essa espécie de aborto apareceu na Europa, na Primeira Guerra Mundial, quando alguns países tiveram suas mulheres violentadas por invasores. Diante da indignação patriota, foi criada a figura do aborto sentimental, para que tais mulheres não fossem obrigadas a carregar no ventre os filhos de seus inimigos agressores.

² Em 2012, o Supremo Tribunal Federal firmou a inconstitucionalidade da interpretação conforme a qual a antecipação terapêutica do parto, nos casos de fetos anencefálicos, estabeleceria crime de aborto, incorporando essa situação ao rol de possibilidades de interrupção da gestação.

movimentos feministas) e (iii) à conjugação e confluência de esforços de múltiplos atores sociais, políticos e profissionais, indispensáveis à implementação dos serviços de atendimento em saúde previsto em lei.

Esse caminhar regulatório e de elaboração de políticas públicas para o abortamento legal alcançou novo nível com a promulgação do texto constitucional de 1988, que impulsionou a normatização e a institucionalização dos serviços pelo Ministério da Saúde, em 1998, e à implementação de disposições relacionadas ao abortamento legal, concebidas dentro da Política Nacional de atenção integral à Saúde da Mulher. A Carta Constitucional (1988) estabeleceu, ainda, a participação social no gerenciamento das políticas sociais e firmou maior articulação entre o Estado e a Sociedade na percepção, no delineamento e na solução de problemas públicos.

Todavia, não obstante o desenvolvimento de serviços de abortamento legal em diversas localidades do Brasil, verificado especialmente a partir do marco constitucional, por meio da elaboração e implementação de Políticas Públicas, as mulheres ainda experienciam variadas adversidades de acesso ao serviço, às políticas e aos programas. Entre a instituição do primeiro serviço especializado em abortamento legal no território brasileiro, datado em 1989, e as três décadas seguintes, é possível recuar e identificar, na seara das Políticas Públicas e do Direito, variados níveis de intervenção pública, como também marchas e contramarchas na promoção da saúde reprodutiva da mulher.

Hoje, o caminho de uma mulher – amparada pela lei e que deseja interromper a gravidez – pode apresentar tortuosos obstáculos burocráticos, geográficos e institucionais, amplificados quando compreendidos dentro das *relações interseccionais* de poder – socialmente estruturadas e interligadas –, como as categorias de raça, classe, capacidade, etnia, faixa etária e estatuto de cidadania (estrangeiras, migrantes e/ou refugiadas). Sob tal lente, constatam-se profundas e violentas lacunas entre o direito e a realidade da sua aplicação ou promoção, configurando uma garantia formal com muitas restrições de acesso³.

Busca-se, assim, analisar a política pública de saúde para mulheres no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no que se refere aos serviços e atendimentos ao aborto legal, suscitando o significado dos programas e ações de saúde que influem diretamente na preservação e na garantia de direitos das mulheres, como também identificar déficits e falhas na prestação dos serviços.

3.2 Considerações sobre um problema público

O campo de pesquisa em Políticas Públicas consolidou, nas últimas décadas, estrutura teórica e epistêmica próprias, densificando a importância dessa área de conhecimento, como também do arranjo institucional, das regras e dos instrumentos que norteiam o planejamento, a decisão, a implementação, o desempenho e avaliação das políticas públicas. Sobre isso, afirma Bucci (2021, p. 35) que o estudo e a investigação das Políticas Públicas “ganha novo sentido quando explicitamente vinculado aos problemas do Estado Social contemporâneo”, pois:

O aprendizado institucional das Políticas Públicas é muito importante para fundamentar o próprio discurso de viabilidade do Estado Social, capaz de contrapor os argumentos das limitações fiscais, demonstrando como, concretamente, políticas de educação, saúde, emprego, ciência, tecnologia e outros [...] são fatores centrais para um novo pacto social, na medida em que proporcionam menos desigualdade, mais estabilidade social e sustentabilidade, condições para o aumento da produtividade econômica de cidadãos e empresas. (Bucci, 2021, p. 35).

3.3 A identificação do problema público e a construção das políticas públicas e serviços

Como anteriormente mencionado, o nosso Código Penal pátrio, na voz do artigo 128, institui que não haverá punição ao ato de interrupção da gestação praticado por médico nos casos de: (a) *aborto necessário* ou *terapêutico*, quando não há outro

³ Lembre-se, por ilustração, o caso da criança de 10 anos, grávida em decorrência de estupro, que acabou por estampar os noticiários nacionais em razão da nitidez com que ficou demonstrada a incompatível dificuldade de acesso ao direito vivenciada pela menina, uma vez que detinha a autorização legal para realizar a interrupção do parto (abortamento), amparada que estava pelos dispositivos do Código Penal que delimitam as exculpantes, mas não encontrava acessava a disponibilidade dos serviços.

meio de salvar a vida da gestante; (b) *aborto sentimental*, no caso de gravidez resultante de estupro; mediante o consentimento da mulher ou de seu representante legal; c) o abortamento de feto anencefálico, tal como decidido pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento da ADPF n. 54 (2012). Todavia, apesar dos permissivos normativo-jurisprudenciais, nota-se que houve, por décadas, verdadeira lacuna de acesso ao direito à interrupção voluntária da gravidez, tempo em que as mulheres que se enquadravam nesses casos não dispunham de serviços públicos, de políticas públicas e de programas de saúde que dessem concretude a esse direito.

Na medida em que as políticas públicas representam o conjunto de programas, projetos, ações e decisões escolhido com intencionalidade e racionalidade prévias, estas se colocam como caminho para a solução de problemas públicos. Nessa ordem de ideias, a Constituição Federal⁴ (1988) *consagra ser a saúde um direito social de todos e dever do Estado (art. 6º, CF)*, devendo ser garantida por intermédio de políticas públicas que visem tanto a redução do risco de doenças e outros agravos quanto ao acesso, universal e igualitário, às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. No Brasil, o direito à saúde é possibilitado, majoritariamente, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS)⁵, categorizado como política pública de Estado, devendo ser universal, integral e gratuito⁶.

Contextualizando, em 1989, no Hospital Municipal Artur Ribeiro de Saboya – conhecido como “Hospital do Jabaquara”, localizado no município de Jabaquara, no estado de São Paulo (SP) – foi registrada a implementação do *primeiro* serviço de atendimento aos casos de abortamento permitidos em lei. Para ter acesso ao serviço, a mulher precisava portar: i) cópia do Boletim de Ocorrência (BO); ii) um laudo pericial do Instituto Médico Legal.

Em 1999, ocorreu a regulamentação nacional do abortamento legal, através das normas técnicas “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, atualizada em 2005 e 2011, e da “Atenção Humanizada ao Abortamento” (2005), que impulsionaram a estruturação de serviços ligados à saúde da mulher vítima de violência sexual, como também autorizavam e atribuíam a gestores municipais e estaduais a implementação de unidades de referência na realização do abortamento humanizado permitido em lei e a capacitação das equipes hospitalares na prestação do atendimento a mulheres nessa condição (Diniz & Madeiro, 2015, p. 563).

Vê-se, portanto, que o abortamento legal se caracteriza como um *problema público* constante e persistente, mas não que não recebera, por muito tempo, atenção necessária por parte do Estado brasileiro. A violência contra a mulher – normalizada por uma ordem-opressão patriarcal, sexista e de desigualdade de gênero – e sua problematização, com os debates em torno do direito legal ao abortamento, adentraram, paulatinamente, na seara de pautas gestadas pelo processo de redemocratização do país. Nesse caudaloso cenário, começaram a surgir as primeiras respostas contundentes do Estado às demandas pleiteadas pelas mulheres no que se refere a temas como sexualidade, liberdade, autonomia e saúde reprodutiva.

Nesse cenário, que será mais bem esmiuçado a seguir, a mulher passa, gradualmente, a figurar como sujeito(a) do direito à saúde.

⁴ Art. 196 da Lei Maior de 1988: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

⁵ As políticas, programas, projetos e modelos de atenção e gestão à saúde estruturados no SUS constituem o modo de organização do sistema de saúde pátrio e suas ações representam respostas às necessidades da população e aos problemas públicos em saúde. Nessa órbita, o Sistema Único de Saúde (SUS), gerado com a Constituição de 1988, consubstancia a reunião das ações e serviços de saúde fomentados e fornecidos por órgãos e instituições governamentais, como também por meio de serviços oferecidos pela iniciativa privada.

⁶ Nesse passo, as políticas em saúde consubstanciam diversos tipos de ações, coletivas e individuais, empreendidas por múltiplas instituições públicas e, de modo complementar, por iniciativas privadas; integram as políticas sociais e, como tal, constituem sistemas de proteção social. Aqui, cumpre lembrar os ensinamentos de Marshall (1967) quando ressalta que a expressão política social está fortemente vinculada à solução de problemas públicos, havendo um liame com os valores de Justiça, de direitos sociais e de cidadania, estando, os serviços de saúde, dentro do núcleo central da política social.

3.4 Um problema persistente: dados gerais do abortamento no Brasil

No Brasil de 2020, até o mês de junho, pelo menos 642 meninas entre dez e catorze anos foram internadas no Sistema Único de Saúde (SUS) para realização de abortamento, envolvendo casos que compreendem tanto decisões médicas ou legais quanto complicações na gravidez. Em 2019, o Brasil apresentou, por dia, a média de cinco internações por abortamento de crianças até catorze anos. Nesse mesmo ano, o SUS registrou cerca de 195 mil internações decorrentes de abortamentos espontâneos ou por decisão judicial ou médica, o que indica uma média de 535 episódios por dia. As interrupções realizadas em decorrência de permissivos legais, no entanto, são minoria. Verifica-se que, a cada 100 internações, apenas uma é contabilizada como abortamento previsto em lei (Lichotti, Mazza & Buono, 2020).

No que se refere à taxa de mortalidade, importante registrar que, conforme dados obtidos no sistema DATASUS (Brasil, 2022)⁷, durante o período de 2010 a 2020, cerca de 730 mulheres, nas cinco regiões do Brasil, morreram pelas seguintes categorias CID-10: O03 Aborto espontâneo; O04 Aborto por razões médicas e legais (aborto legal); O05 Outros tipos de aborto; O06 Aborto NE; O07 Falha de tentativa de aborto; O08 Complicações no aborto e gravidez, sendo cem mulheres da região norte; duzentas mulheres da região nordeste; trezentos e doze mulheres da região sudeste; cinquenta e duas mulheres da região sul e sessenta e seis mulheres da região centro-oeste. Consta nos dados que a maior parte dos óbitos ocorre entre mulheres pretas e pardas. Desses 730 óbitos, a maioria ocorreu nas regiões sudeste e nordeste do Brasil. Os números são, contudo, subdimensionados, mormente em casos de abortamentos induzidos, uma vez que a ilegalidade da prática colabora com sua subnotificação. O problema é agravado pelo fato de uma parte substancial das mulheres não possuir acesso aos serviços de saúde para a realização do procedimento, mesmo em se tratando de interrupção sob permissivo legal.

3.5 O abortamento e a evolução temporal das políticas públicas direcionadas à saúde da mulher no Brasil

As iniciativas da sociedade civil organizada e dos profissionais da área de saúde fizeram com que diversas conquistas fossem alcançadas no marco do Sistema Único de Saúde e, por consequência, reverberassem em políticas públicas de saúde para mulheres. Em 2004, o Ministério da Saúde implementou a **Política Nacional de Atendimento à Saúde da Mulher**, compreendendo municípios e unidades federativas, abraçando, outrossim, setores da sociedade civil com o intuito de diluir os problemas públicos em saúde da mulher, **entre eles, o problema do abortamento inseguro e da ampliação da rede de serviços de aborto legal**. Nesse momento, exsurtem princípios, diretrizes, ações e estratégias estruturadas pela Área Técnica da Saúde da Mulher (ATSM), vinculadas ao Ministério da Saúde. A respeito dessa evolução das Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher, elucida o documento que:

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. **Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares** (Brasil, 2004, p. 17) (grifou-se).

O documento atesta que os programas em saúde da mulher, até os anos 70, firmavam-se em eixos materno-infantis e em planos de proteção de grupos tidos como de risco e que detinham maior vulnerabilidade, como crianças e gestantes. Ademais, outro elemento constitutivo desses programas era seu caráter verticalizado e a ausência de comunicação com outros programas e ações, implicando num fracionamento da política de assistência e no baixo impacto dos indicadores de saúde da mulher. Além disso, nota-se a adoção de estratégia de política pública reducionista e restrita, que oferece à mulher serviços de cuidado com a

⁷ Para encontrar dados referentes à mortalidade materna no Brasil no Sistema Único de Saúde (SUS), é preciso acessar o “DATASUS”, escolher o item “Estatísticas Vitais” e clicar na opção “Mortalidade – desde 1996 pela CID-10) para, na sequência, clicar no item “Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos” e escolher a opção de pesquisa entre os indicadores cadastrados, a abrangência geográfica e o período temporal, entre outros.

saúde vinculados tão-somente ao **ciclo gravídico-puerperal**, mas não apresenta qualquer preocupação em oferecer acesso à assistência em saúde integralista.

A década de 1980, por seu prisma de resistência e luta pela retomada da democracia no país, foi o palco de uma série de contestações e críticas a respeito dos programas até então instituídos para cuidar da saúde da mulher, contribuindo para a organização de agenda política nacional com a realocação de preceitos, cuidados e contornos aos problemas públicos relacionados à saúde feminina.

Nesse cenário, um importante passo foi dado em 1984, com o **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**, criado pelo Ministério da Saúde. O documento, emanado no processo de redemocratização do país, provocou sismos conceituais na política de atenção à saúde da mulher. Com forte influência dos movimentos feministas, **introduziu a concepção de atenção integral à saúde feminina**, com ênfase em aspectos da saúde reprodutiva⁸, instituindo nova linha de princípios norteadores dessa perspectiva que começava a florescer. Nesse sentido, a PAISM contemplou, entre as suas ações, a teorização de programas de cunho educativo e preventivo, atividades de prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação, como também abordou programas de assistência pautados no perfil populacional das mulheres (Brasil, 1984). Conforme Osis (1998, p.31), “no contexto da PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério”.

No que concerne ao problema do aborto, no ritmo da formulação e implementação dos primeiros atendimentos prestados (vide o exemplo pioneiro do Hospital Municipal Artur Ribeiro de Saboya - 1989), a ampliação da rede de serviços e programas foi integrada aos avanços da política de assistência integral à saúde da mulher e à agenda institucional que se formulava. Os anos 1990 e a década de 2000 acompanharam o esforço paulatino de efetivação do direito ao abortamento legal através, sobretudo, da expansão do número de serviços e do estabelecimento de objetivos e estratégias. Dentre os esforços destacados, há o surgimento de normas técnicas e portarias, como, a par das já mencionadas⁹, a Portaria GM/MS 1.508/2005 do Ministério da Saúde – responsável por regulamentar o abortamento, nos casos de violência sexual, **sem a exigência de registro de boletim de ocorrência ou autorização judicial** – e o estabelecimento, em 2014, do código para o cadastro de serviços de aborto, previsto em lei dentro do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

Nesses traços, nota-se a formatação e inserção de nova agenda¹⁰, em que os problemas ganham certa relevância no âmbito político e formal de atuação do Estado brasileiro, e na qual há postura de mudança do *status quo*. Ademais, houve o agrupamento de diversos atores e grupos de interesse em torno da identificação do problema, da formação dessa agenda, da delimitação de princípios constitutivos e construtivos, do estabelecimento de objetivos e estratégias, como também da exposição de caminhos e ações com a finalidade de albergar resolutividade para as questões.

Por seu conteúdo e vocação, a **Política Nacional de Atendimento à Saúde da Mulher (PNASM)**, lançada em 2004, significou, também, importante marco e reverberou nas políticas e programas em torno do abortamento legal. O documento contém uma série de princípios, diretrizes e estratégias para a implementação e avaliação de políticas públicas na área da saúde

⁸ Sobre saúde reprodutiva, a recomendação geral do Comitê DESC da Organização das Nações Unidas (ONU) elucida que “o direito à saúde sexual e reprodutiva é profundamente afetado pelos determinantes sociais da saúde, segundo a definição da OMS. Em todos os países, os padrões de saúde sexual e reprodutiva geralmente refletem desigualdades sociais e uma distribuição desigual de poder com base em gênero, etnia, idade, deficiência e outros fatores. A pobreza, a disparidade de renda, a discriminação sistêmica e a marginalização com base nos fundamentos identificados pelo Comitê são determinantes sociais da saúde sexual e reprodutiva, que também repercutem no gozo de outros direitos. A natureza desses determinantes sociais, muitas vezes expressos em leis e políticas, limita as escolhas das pessoas em relação à sua saúde sexual e reprodutiva. Portanto, para concretizar o direito à saúde sexual e reprodutiva, os Estados devem abordar os determinantes sociais na legislação, arranjos institucionais e práticas sociais que impeçam os indivíduos de desfrutar efetivamente de sua saúde sexual e reprodutiva na prática”.

⁹ Além das já mencionadas: “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, atualizada em 2005 e 2011 e “Atenção Humanizada ao Abortamento” (2005).

¹⁰ Importante destacar, nesse ponto, a classificação de Secchi *et al* (2020, p. 60) para os tipos de problemas, tendo por mote o que denomina “diagnóstico da tendência”. Aduz, o autor, a tendência dos *problemas em declínio*, segundo o qual o problema perde espaço progressivamente na agenda. Nesses termos, destaque-se que, atualmente, no Brasil, há um ativismo governamental categórico e injustificado contra os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, revelado, por exemplo, na publicação das Portarias 2.282/2020 e 2.561/2020, que trouxeram modificações drásticas nas regras de realização do abortamento previsto em lei em casos de estupro e impingem um conjunto de dificuldades às mulheres e aos profissionais de saúde de acesso ao aborto.

da mulher. No segundo caderno da série “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de ação 2004-2007”, se encontra um plano de ação plurianual, que estabelece objetivos e atividades para a elaboração de políticas públicas. No que concerne ao seu objetivo 3, tem-se:

Promover a Atenção Obstétrica e Neonatal Qualificada e Humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes. Estratégia do plano: **Qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento. Elaborar e imprimir o manual atendimento humanizado ao aborto inseguro e ao aborto previsto no Código Penal. Revisar e imprimir a Norma Técnica de Atenção ao Aborto Legal. Apoiar capacitações sobre atenção humanizada ao aborto inseguro. Garantir maternidades de referência na atenção ao aborto previsto pelo Código Penal.** Implantar a técnica de curetagem pelo AMIU (aspiração a vácuo). Garantir anestesia nas curetagens pós-aborto (Brasil, 2004, p.19) (grifou-se).

A PNASM tem por finalidade estimular e construir um consenso nacional em torno da necessidade de elaboração e implementação de políticas públicas de saúde para mulheres de modo integrado e em todos os níveis do sistema. No ano seguinte ao lançamento da PNASM (2004), o Ministério da Saúde emitiu a norma técnica “Atenção Humanizada ao Abortamento”, dentro da série “direitos sexuais e direitos reprodutivos”, retomando conceitos e objetivos da Política, para ressaltar a necessidade de oferecimento, no âmbito de atuação do SUS e de seus conveniados, do atendimento humanizado às mulheres em situação de abortamento, como também a garantir a disponibilidade dos serviços e oferecer, aos profissionais de saúde, os subsídios necessários para que possam proporcionar qualidade na prestação dos atendimentos. A norma estabelecia, ainda, as diretrizes de atenção clínica ao abortamento e pós-abortamento, os aspectos ético-profissionais e jurídicos que orbitam em torno do abortamento, assim como a integração de outros serviços de promoção à saúde da mulher e garantia dos seus direitos.

No que se refere à dinâmica da tomada de decisão no âmbito do problema de acesso ao abortamento previsto em lei, nota-se que as múltiplas políticas de atenção à saúde da mulher alocam-se no campo das políticas sociais. A Política de Saúde da Mulher, brevemente delineada nessa análise, ganhou – mormente com o processo de redemocratização do país – papel central entre os temas e estratégias da luta pela cidadania e emancipação da mulher no Brasil. Articula-se dentro da ampla rede de atenção à saúde tecida pelo SUS, tendo como objetivos precípuos a implementação de programas de saúde integrais e equitativos. Nesse caminho, essa política de Atenção à Saúde da Mulher compreende, em síntese, o cuidado para redução das taxas de morbimortalidade e o cuidado aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres – em que se inclui o tema do abortamento legal.

3.6 Saúde da mulher: sobre a implementação da política pública e avaliação de resultados

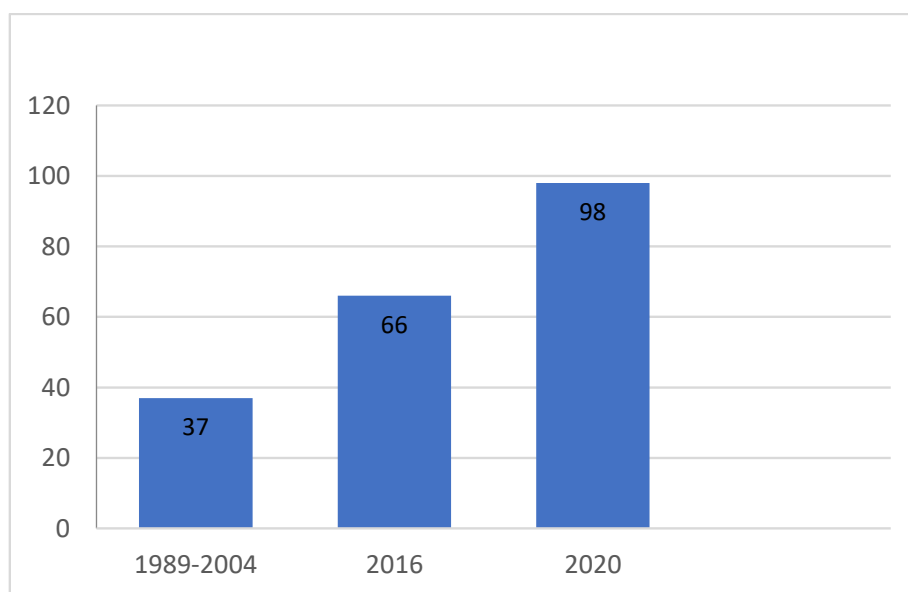
No que concerne à política de atenção à saúde da mulher¹¹, analisa-se, neste tópico, a prestação direta de serviço público de abortamento previsto em lei no território nacional. Nesse sentido, Lucena (2010) considera que o programa instituído para implementação da política de acesso ao abortamento legal em âmbito nacional, executado a partir dos marcos regulatórios e objetivos supracitados, **não se concretizou** e ainda se encontra no cerne das buscas por efetivação dos valores constitucionais e das políticas sociais no Brasil.

Conforme dados da pesquisa “Serviços de Aborto Legal em hospitais públicos brasileiros” (Talibe & Citele; 2005, p. 54) – que analisou a distribuição dos serviços de acordo com o tipo de portaria que os instituíam –, em 1989, o Brasil passou a oferecer a primeira prestação direta de serviço público de abortamento previsto em lei. Entre 1989 e 1997, oito serviços foram implementados no país e, nos três anos seguintes após a expedição da Norma Técnica do Ministério da Saúde (1998-2000),

¹¹ Na implementação da política pública, deve ser colocado em prática aquilo que foi construído na fase de formulação e tomada de decisão. Nessa etapa da vida da política, em síntese, faz-se o planejamento e organização dos recursos humanos e materiais empregados para fazer funcionar a política pública. Os planos, programas e projetos elaborados iniciam sua atividade a fim de alcançar os objetivos definidos pela política pública. A implementação representa, pois, a fase executória da política pública, o momento em que a ação planejada encontra o destinatário final (beneficiário). De acordo com Silva (2009) a implementação pode ser considerada como “...um processo de interação entre a determinação de objetivos e as ações empreendidas para atingi-los. Consiste no planejamento e na organização do aparelho administrativo e dos recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos necessários para realizar uma política” (Silva, 2009).

outros 15 serviços foram instituídos. No quadriênio de 2001-2004, treze novos serviços foram iniciados (*ibid*), contabilizando um total de 37 hospitais de saúde com prestação direta. Segundo os dados cadastrados no sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹², em 2016, um total de 66 serviços estavam cadastrados no sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) na classificação 006, referência para atenção à interrupção de gravidez nos casos previstos em lei (Brasil, 2022). Em 2020, por sua vez, o sistema CNES¹³ mostrava a disponibilidade de 98 serviços, tendo subido para 110 estabelecimentos em 2022 (Brasil, 2022), esses números alimentaram a tabela abaixo, que mostra a evolução numérica total dos estabelecimentos que prestam os serviços de referência do ano 1989 até o ano de 2022.

Gráfico 1 - Evolução numérica dos Serviços de referência para atenção à interrupção legal da gravidez no Brasil.



Fonte: Pesquisa “Serviços de Aborto Legal em hospitais públicos brasileiros” e Ministério da Saúde (Lista CNES, 2016 e 2020). Elaboração dos autores.

Embora o gráfico não possa indicar a efetividade dos serviços prestados, é de se notar que empresta visibilidade para o fato de que de 1989 até 2022 houve de fato um constante acréscimo na quantidade de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de referência para a interrupção legal da gravidez. Surge em 1989 com apenas 01 estabelecimento e vai aumentando, de modo que, em 2004, tem-se 37 estabelecimentos, em 2016, 66 estabelecimentos, em 2020, 98 estabelecimentos e, finalmente, em 2022, 110 estabelecimentos cadastrados. Isso deveria indicar um aumento significativo, mas ainda é de se avaliar, como se fará à frente, a distribuição desses estabelecimentos nos Estados brasileiros, algo de suma importância, dada a dimensão continental do país e ao fato de que os serviços de abortamento legal devem priorizar regiões mais pobres e com maiores necessidades.

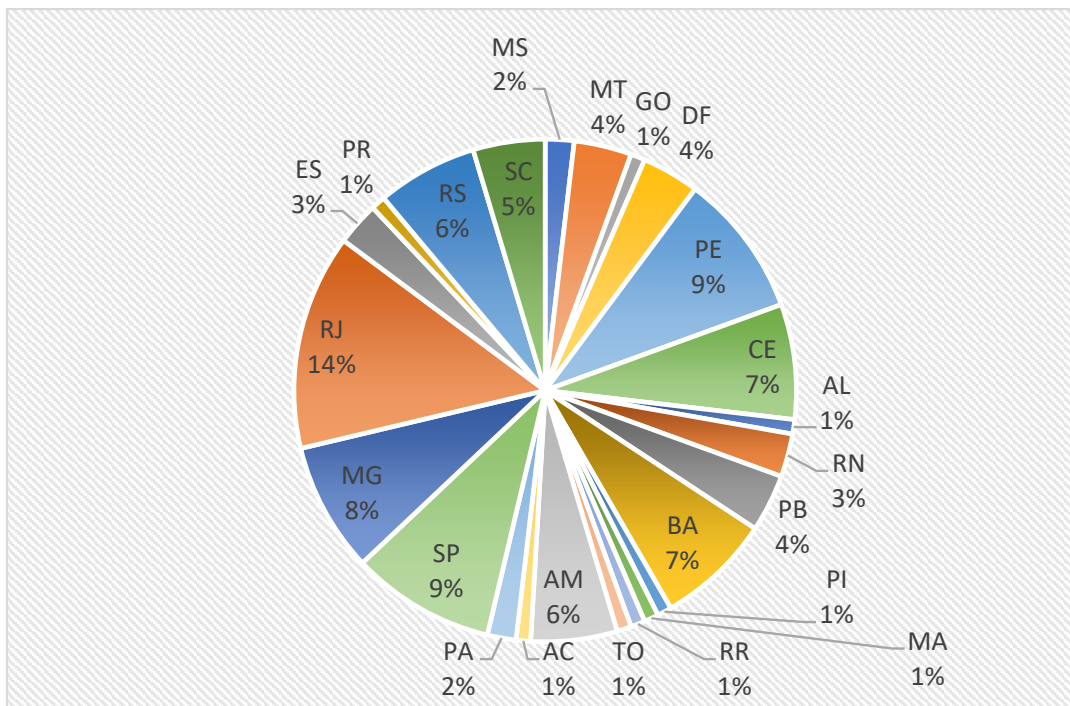
Assim sendo, para compreender como se distribui no país a prestação de serviços de abortamento legal, analisou-se a lista CNES de 2022 (Brasil, 2022), filtrada por meio do indicador: “serviços especializados”; tipo de serviço: “Atenção às pessoas em situação de violência sexual” e classificação: “Atenção a interrupção de gravidez nos casos previstos em lei”. A pesquisa,

¹² É possível ter acesso ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no sítio eletrônico do DataSus, do Governo Federal. O DATASUS, por sua vez, disponibiliza informações estatísticas e indicadores acerca de programas e ações de saúde no Brasil, a fim de informatizar e mensurar o estado de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo dos anos e, igualmente, auxiliar no aperfeiçoamento das políticas públicas de concretização do direito social à saúde.

¹³ Para encontrar a rede de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Sistema Único de Saúde (SUS), é preciso acessar o “DATASUS”, a “Rede Assistencial” e clicar na opção “CNES – Estabelecimento” e escolher a opção de pesquisa entre os indicadores cadastrados, a abrangência geográfica e o período temporal. Para a obtenção dos dados utilizados neste item da pesquisa, foi selecionado o indicador “serviços especializados”, e o tipo de serviço “Atenção às pessoas em situação de violência sexual”, com classificação “Atenção a interrupção de gravidez nos casos previstos em lei”.

efetuada de maneira virtual, registrou um total de 110 estabelecimentos de saúde cadastrados para realizar o abortamento legal no território nacional, conforme a seguinte distribuição geográfica disposta no gráfico 2:

Gráfico 2 - Percentual de estabelecimentos de saúde autorizados a realizar o abortamento legal segundo a Lista CNES 2022 por Estado.



Fonte: Ministério da Saúde (Lista CNES, 2022). Elaboração dos autores.

O Gráfico 2 faz revelar que, embora seja constatado um aumento ao longo dos anos no número de prestadores de serviço de saúde que oferecem o abortamento legal (Gráfico 1), a realidade é que a distribuição ainda é deveras desigual nos Estados brasileiros. Há claro destaque para os Estados do Rio de Janeiro (14%), São Paulo e Pernambuco (9%), Minas Gerais (8%), Bahia e Ceará (7%), Amazonas e Rio Grande do Sul (6%) e Santa Catarina (5%) que, juntos, somam 49% dos estabelecimentos que prestam ditos serviços. Estados como Acre, Tocantins, Roraima, Maranhão, Piauí, Alagoas, Goiás, Paraná totalizam apenas uma centésima parte desses estabelecimentos (1%), mostrando, portanto, a má distribuição numérico-geográfica e a necessidade de mais implementações de serviços desse tipo.

Em tempo, é importante destacar que, segundo as normas técnicas “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” (Brasil, 1999) e “Atenção Humanizada ao Abortamento” (Brasil, 2005), os serviços de interrupção legal da gestação, nos casos previstos na legislação brasileira (exculpantes legais para o abortamento), os prestadores de serviços de saúde não precisam estar cadastrados. Segundo as normas citadas, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve oferecer o serviço de abortamento legal¹⁴ dentro do território nacional de modo a garantir o acolhimento e os direitos da mulher, o amparo e a informação legal, o esclarecimento acerca dos métodos de interrupção da gestação que serão utilizados, como também realizar as orientações necessárias a respeito do planejamento reprodutivo. Isso não indica necessariamente aumento no número de estabelecimentos prestadores do serviço, mas uma indicação de que a normativa visa facilitar a prática em prol da melhor tutela à mulher.

¹⁴ O registro de realização dos procedimentos de interrupção da gravidez legal é efetuado na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), tendo o código do CID 10 O04.

3.6.1 Perfil dos serviços de abortamento por causas legais no Brasil – dados censitários

Questões que envolvem saúde sexual e reprodutiva das mulheres – em que se incluem as discussões em torno do abortamento – têm ligação indissociável com aspectos legais, perspectivas éticas e sociais, políticas públicas e defesa dos direitos humanos em favor das mulheres. Nesse sentido, a fim de verificar o quadro real de estabelecimentos que oferecem o serviço de abortamento legal e, desse modo, a medida de realização dos direitos das mulheres no acesso ao serviço de saúde pública, a pesquisa Mapa Aborto Legal (Artigo 19, 2022)¹⁵ contextualizou a disponibilidade dos serviços listados pelo portal CNES em 2022 por meio do cotejamento de dados reais obtidos por meio de colheita de depoimentos, verificação da disponibilidade em contato direto com os hospitais (via contato telefônico, contato por e-mail e envio de formulários) e dados oficiais sobre o aborto legal no Brasil disponíveis em plataformas oficiais públicas. A pesquisa em comento, de extensão nacional, analisou a disponibilidade e qualidade dos serviços públicos de abortamento previstos em lei por meio, também, de checagem e entrevistas com Secretarias Estaduais de Saúde e com a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, o estudo dirigido pelo Mapa Aborto Legal (*ibid.*, 2022), atualizado regularmente, realizou a publicização de quais hospitais oferecem, de fato, atendimento às mulheres que desejam realizar a interrupção da gestação nos casos previstos em lei. Segundo os dados divulgados pelo portal Mapa Aborto Legal (Artigo 19, 2022) em sua última atualização, que data o mês de setembro de 2022, dos hospitais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que participaram da pesquisa, apenas 53 unidades médicas afirmam realizar o procedimento de interrupção legal da gestação¹⁶.

Em contrapartida, a despeito do credenciamento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como unidades hospitalares que realizam o procedimento médico do aborto legal, 21 unidades que participaram da pesquisa afirmam não oferecer o procedimento, dados que dimensionam o hiato entre os serviços cadastrados como disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e as unidades que, de fato, realizam o procedimento¹⁷.

¹⁵ Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília.

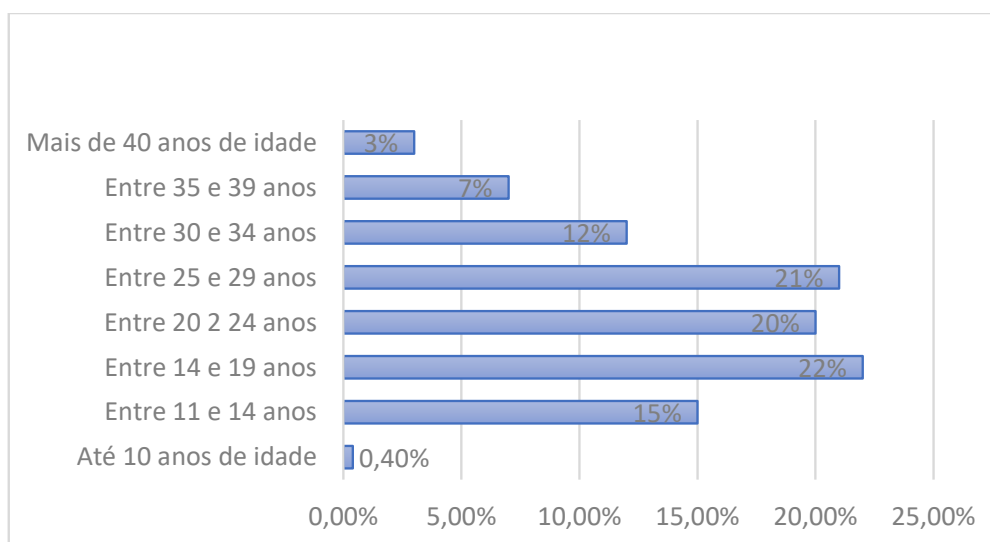
¹⁶ As unidades que afirmaram realizar o procedimento de interrupção legal da gestação são: Hospital Nossa Senhora da Saúde (Diamantina, MG); Centro de Testagem e Aconselhamento de Paulínia – CTA (Paulínia, SP); Santa Casa de Campo Grande (Campo Grande, MS); Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães (Porto Seguro, BA); Hospital Materno Infantil de Brasília – HMIB (Brasília, DF); Maternidade Maria da Conceição de Jesus (Salvador, BA); Maternidade Cândida Vargas (João Pessoa, PB); Hospital Estadual da Criança – HEC (Feira de Santana, BA); Hospital São Sebastião (Três Corações, MG); Santa Casa de Caridade de Formiga (Formiga, MG); Maternidade Divino Amor (Parnamirim, RN); Hospital Maternidade Herculano Pinheiro (Madureira, RJ); Hospital Márcio Cunha (Ipatinga, MG); Maternidade Tsylla Balbino (Salvador, BA); Hospital Geral Dr. César Cals (Fortaleza, CE); Hospital Municipal Albert Schweitzer (Realengo, RJ); Hospital Estadual da Mulher – HEMU (Goiânia, GO); Hospital Geral Santa Tereza (Ribeira do Pombal, BA); Hospital Estadual de Presidente Prudente (Presidente Prudente, SP); Hospital Municipal Carlos Chagas – FSFX (Itabira, MG); Hospital Universidade Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (Rio Grande, RS); Hospital Universitário da UFMA (São Luís, MA); Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM-UPE (Recife, PE); Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (Dourados, MS); Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (Boa Vista, RR); Hospital Maternidade São Lucas (Juazeiro do Norte, CE); Hospital Santo Antônio (Blumenau, SC); Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes (São José, SC); Hospital Maternidade São José (Colatina, ES); Maternidade Darcy Vargas (Joinville, SC); Hospital Dom Malan (Petrolina, PE); Maternidade Escola Januário Cicco (Natal, RN); Hospital Dr. José Pedro Bezerra (Natal, RN); Hospital Municipal Esaú Matos (Vitória da Conquista, BA); Hospital Edson Ramalho (João Pessoa, PB); Santa Casa de Rondonópolis (Rondonópolis, MT); Hospital e Pronto Socorro Municipal Milton Pessoa Morbeck (Barra do Garças, MT); Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (Curitiba, PR); Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (Campina Grande, PB); Hospital Professor Agamenon Magalhães (Serra Talhada, PE); Hospital Maternidade Fernando Magalhães (Rio de Janeiro, RJ); Hospital Fêmina (Porto Alegre, RS); Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (Porto Alegre, RS); Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Porto Alegre, RS); Hospital Nossa Senhora da Conceição (Porto Alegre, RS); Hospital Geral de Caxias do Sul (Caxias do Sul, RS); Hospital Universitário Clemente de Faria (Montes Claros, MG); Hospital de Clínicas de Uberlândia (Uberlândia, MG); Hospital das Clínicas FAEPA Ribeirão Preto (Ribeirão Preto, SP); Hospital das Clínicas de Botucatu (Botucatu, SP); Santa Casa de Misericórdia do Pará (Belém, PA); Hospital Municipal Fernando Mauro Pires da Rocha (São Paulo, SP); Hospital Municipal Tide Setúbal (São Paulo, SP); Hospital Municipal Doutor Carmino Caricchio (São Paulo, SP); Hospital de Clínicas da UNICAMP (Campinas, SP); Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes A. Silva (São Paulo, SP); Centro de Referência da Saúde da Mulher (São Paulo, SP); Hospital Municipal e Maternidade Professor Mário Degni (São Paulo, SP); Hospital Regional de Cotia (Cotia, SP); Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiá (Jundiá, SP); Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (Florianópolis, SC); Hospital Universitário Canoas (Canoas, RS); Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (Belo Horizonte, MG); Maternidade de Referência Professor José Maria Magalhães Neto (Salvador, BA); Hospital Julia Kubitschek (Belo Horizonte, MG); Hospital Universitário Ana Bezerra (Santa Cruz, RN); Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (Aracajú, SE); Hospital da Mulher Maria José dos Santos Stein (Santo André, SP); Hospital da Mulher Dra. Mercês Pontes Cunha (Recife, PE); Maternidade Odete Valadares (Belo Horizonte, MG); Hospital Estadual Azevedo Lima (Niterói, RJ); Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques (Recife, PE); Hospital Agamenon Magalhães (Recife, PE).

¹⁷ As 21 unidades que participaram da pesquisa que afirmaram não oferecer o procedimento são: Hospital Geral de Vitória da Conquista (Vitória da Conquista, BA); Casa de Caridade de São Lourenço, (São Lourenço, MG); Policlínica da Atenção Secundária Paranoá (Brasília, DF); Hospital Municipal Lourenço Jorge (Rio de Janeiro, RJ); Hospital Municipal Senador Carlos Jereissati (Banabuiú, CE); Hospital Municipal Lourenço Jorge (Rio de Janeiro, RJ); CAISMI – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher de Itatiba (Itatiba, SP); Hospital Regional de Paraíso Dr. Alfredo Oliveira Barros (Paraíso do Tocantins, TO); Hospital da Mulher Dra. Nise da Silveira (Maceió, AL); Hospital Regional Materno Infantil De Imperatriz (Imperatriz, MA); Hospital Maternidade Regional Jesus Nazareno – FUSAM, (Caruaru, PE); Hospital Público Regional Prefeito Osvaldo Rezende Franco (Betim, MG); Hospital Municipal de Pinheiros (Pinheiros, ES); Hospital e Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti (Belém, PA); Hospital e Maternidade Sinhá Carneiro (Santa Luzia, PA); Maternidade Escola da UFRJ (Rio de Janeiro, RJ); Centro de Testagem e Aconselhamento de São João del Rei (CTA) (São João del Rei, MG); Hospital Regional de Gama (Brasília, DF); Maternidade Climério de Oliveira (Salvador, BA); Policlínica Agamenon Magalhães (Recife, PE); Maternidade Bandeira Filho (Recife, PE).

3.6.2 Perfil das mulheres – dados sobre as destinatárias dos serviços de abortamento por causas legais no Brasil

Segundo dados divulgados pela pesquisa “Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional” (Diniz & Madeiro; 2016), que analisou a prestação dos serviços de saúde de aborto legal no Brasil no período de 2013-2015, foi delineado o perfil das mulheres destinatárias dos serviços de abortamento por causas legais no Brasil nos seguintes traços: a) 0,4% tinham até 10 anos de idade (cinco com menos de 10 anos); b) 15% tinham entre 11 e 14 anos; c) 22% apresentavam entre 14 e 19 anos; d) 20% estavam na faixa dos 20 a 24 anos; e) 21% entre 25 e 29 anos; f) 12% detinham entre 30 e 34 anos; g) 7% apresentavam 35 a 39 anos e h) 3% mais de 40 anos de idade. Quando analisado o nível de escolaridade, as usuárias têm ensino fundamental (35%), ensino médio (37%) e ensino superior (14%). Ainda, 6% declararam-se analfabetas e 8% não informaram sobre o nível de escolaridade. Há, ainda, uma concentração de mulheres solteiras (71%). Entre essas usuárias, 43% afirmaram-se católicas e 24% evangélicas. Destaca-se, outrossim, o perfil raça/cor, em que 51% eram brancas, 26% pardas, 10% negras, 2% indígenas, 1% amarelas e 10% não informaram. Para melhor visualizar esses dados, foi elaborado o gráfico abaixo (gráfico 3) que expressa a faixa etária das usuárias dos serviços de referência para atenção à interrupção legal da gestação e a quantidade percentual de atendimentos na respectiva faixa etária.

Gráfico 3 - Faixa etária das usuárias dos Serviços de Referência para Atenção à Interrupção Legal da gestação.



Fonte: Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. Elaboração dos autores.

Uma leitura preliminar do gráfico 3 aponta para os números significativos dos casos de interrupção legal da gravidez entre meninas (entre 11 e 14 anos – 15%), adolescentes e jovens (entre 14 e 19 anos – 22%) e jovens (entre 20 e 24 anos – 20%), somando um total de 57% do total dos atendimentos. Um cotejo entre a faixa etária e as causas do aborto legal requer uma reflexão muito desassombrada em relação ao fenômeno em si e, em especial, no que diz respeito à necessidade objetiva de se buscar reduzir esses números, não dificultando o acesso dessas meninas, jovens e adultas à prestação desse serviço público, mas, em como atacar suas causas primeiras. Entre as causas que motivaram o aborto legal: **a) 94% foram por estupro**; b) 4% anencefalia; c) 1% por risco de morte da mulher; d) 1% outras malformações graves. No que concerne ao tempo de gestação interrompida: a) 27% até 8 semanas; b) 41% de 9 a 14 semanas; c) 27% de 15 a 20 semanas; d) 5% acima de 20 semanas.

Os números falam por si só: somos um país de estupradores de meninas e adolescentes. Isso se expressa no conteúdo do 13.º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, publicado em setembro de 2019, apontando o recorde da violência sexual no país, ocorrido no ano anterior, em que 66 mil (meninas, jovens e adultas) foram vítimas de estupro, apontando para o maior índice desde que o estudo começou a ser realizado, em 2007. Esse estudo constatou que não somente a maioria das vítimas foram

as meninas, até 13 anos, mas também que, pela consolidação dos dados fornecidos pelas secretarias de Segurança Pública de todos os estados e do Distrito Federal, **quatro meninas até essa idade são estupradas por hora no país**, sendo certo que ocorrem em média 180 estupros por dia no país.

Mas é de se destacar as crescentes dificuldades que a implementação de serviços de abortamento legal ainda enfrenta. De acordo com o parecer técnico do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília,

Na perspectiva dos profissionais entrevistados, existem dois obstáculos que dificultam a implementação e o funcionamento dos serviços de aborto legal atualmente. Primeiro, a pequena disponibilidade dos profissionais, principalmente médicos, para a realização do aborto. Segundo, a necessidade de maior capacitação da equipe quanto à ampliação do conhecimento sobre a legislação e sobre a garantia de direitos em saúde sexual e reprodutiva das mulheres (Diniz & Madeiro, 2015, p. 568).

Ademais, não há como verificar se a totalidade desses casos de estupro que resultaram em gravidez indesejada foram contemplados com a implementação dos serviços de interrupção dessas gestações decorrentes da violência sexual. As causas são muitas, desde a falta de dados oficiais, às causas supracitadas e ao estigma social, existente sobre a interrupção voluntária da gravidez – ainda que sob o respaldo da lei.

4. Conclusão

Nesse panorama, a base de dados apresentada ao longo da pesquisa oferece caminho para o delineamento das definições do impacto e das falhas que corporificam o andamento e o desenvolvimento da prestação direta de serviços públicos de abortamento previstos em lei no território nacional, em seu papel de garantidor principal de serviços públicos adequados e equitativos às suas cidadãs.

Espera-se, com o presente ensaio analítico, contribuir com os recortes acerca da postura responsiva (ou omissiva) do Estado brasileiro frente às demandas e reivindicações das mulheres em seus direitos reprodutivos e sexuais, mormente no que se refere ao direito de acesso ao aborto seguro previsto em lei.

Desse modo, os elementos estatísticos elencados denotam que há ainda um espaçamento significativo entre aquilo que está previsto no arcabouço formativo e normativo das políticas públicas de saúde e a palpável realidade de oferecimento (adequado e concreto) dos serviços de atenção à saúde da mulher em situação de abortamento legal. O respeito e garantia dos direitos preceituados nas recomendações, portarias e normas técnicas é, também, fortuito e insuficiente.

Verifica-se que, entre os serviços ativos, há certo progresso na prestação de atendimento inicial à mulher, como, por exemplo, no oferecimento da profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis e na disponibilidade de medicamentos contraceptivos de emergência. Entretanto, a exigência de documentos desnecessários (prática ilegal) por parte dos centros hospitalares, como condição para o acesso ao serviço, ainda se coloca como recorrente cinismo que desenha cenário da mais insidiosa burocracia kafkiana.

Não se pode olvidar que as dificuldades de acesso são reflexo, também, da estrutura patriarcal moralista brasileira, que possui expressões particulares no cotidiano e que produz, ainda, variadas e profundas violências contra as mulheres, sobretudo aquelas negras e indígenas, expressando, ainda que *en passant*, a relevância da análise dos reflexos interseccionais no problema e no desenvolvimento da política pública. Note-se, por elucidação, que a maioria das beneficiárias do serviço optaram pelo abortamento legal por motivo de estupro, no alarmante número de 94%, cujas vítimas são, majoritariamente, meninas e jovens. Veja-se também que se, por um lado, 51% das usuárias na pesquisa utilizada declararam-se brancas, por outro, as mulheres negras são as que mais morrem vítimas de aborto inseguro, retrato das históricas desigualdades sociais e étnico-raciais que assolam o Brasil.

Outro entrave à implementação e desenvolvimento dos serviços certamente está na criminalização legal e social do abortamento no Brasil. Nesse campo, surge uma forte relutância e temor, entre os profissionais de saúde, de serem criminalizados ou condenados socialmente pela realização dos procedimentos. Ademais, constata-se que, sobretudo na última década, há uma grande estagnação do Estado no oferecimento dos serviços, principalmente nas regiões Norte e Centro-Oeste do país. Para ter acesso aos serviços qualificados e especializados, é necessário o deslocamento a partir das regiões desassistidas para as unidades da federação que realizam o procedimento, do que infere a urgente obrigação governamental de ampliação dos serviços.

Em suma, pode-se afirmar que a política pública de saúde brasileira deve garantir assistência e atenção à saúde da mulher que se enquadra nas causas de interrupção legal da gestação. E, para que a mulher tenha acesso ao direito social que lhe é devido, se mostra necessária a disponibilidade dos serviços de modo seguro, humanizado e equitativo, em observância à escolha reprodutiva da usuária da política. A diligência do Estado deve ser contínua e no sentido de promover a expansão, o aprimoramento, o desenvolvimento e a consolidação da política, de programas e de ações integradas e interseccionais. Nesse sentido, a avaliação da política, pautada no monitoramento e no exame crítico dos serviços e programas implementados, coloca-se como elemento fundamental das estratégias de aperfeiçoamento dos serviços de aborto previsto em lei.

Infelizmente, após um período promissor ao tempo da Constituição Federal de 1988 e a redemocratização, o paulatino esquecimento e a falta de respaldo governamental a essa importante política pública parecem estar fazendo as ainda insuficientes conquistas desvanecerem, o que justifica a análise em conteúdo e números como a presente.

Finalmente, é preciso considerar, para futuras investigações, as motivações que levam tantos estabelecimentos de saúde a estarem cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) como prestadores de serviço de abortamento legal, mas, de fato, não fazerem o respectivo procedimento. Há de se continuar a investigação, portanto, em futuros artigos procurando compreender a posição do Ministério da Saúde frente a esse descompasso e frente às novas políticas públicas de saúde que devem emergir com a instauração de um novo governo, mais progressista e historicamente preocupado com a saúde da mulher e com o problema do abortamento legal.

Referências

Artigo 19. (2020) Atualização no Mapa Aborto Legal indica queda em hospitais que seguem realizando o serviço durante pandemia. *Artigo 19*. <https://artigo19.org/2020/06/02/atualizacao-no-mapa-aborto-legal-indica-queda-em-hospitais-que-seguem-realizando-o-servico-durante-pandemia/>.

Artigo 19. (2022). Mapa Aborto Legal. *Artigo 19*. <https://mapaabortolegal.org/>.

Arzabe, P. H. M. (2006). Dimensão jurídica das Políticas Públicas. In: Dallari, M. P. (org.). Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. Saraiva.

Brasil. (1940). Presidência da República. Casa Civil. Decreto Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal, 1940. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm.

Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

Brasil. (1999). Ministério da Saúde (MS). *Secretaria de Políticas de Saúde*. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.

Brasil. (2005) Ministério da Saúde (MS). *Secretaria de Atenção à Saúde*. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento.

BRASIL. (2005). *Ministério da Saúde*. Portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

Brasil. (2009) *Ministério da Saúde*. Hospitais e serviços de referência em atendimento para mulheres e adolescentes em situação de violência sexual – Brasil. <https://pt.scribd.com/document/154381161/at-sm-res-serv-at-viol-domest-2009>.

Brasil. (2011). Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011. Lei de Acesso à Informação. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12527.htm.

Brasil. (2011). 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.

Brasil. (2011). *Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao abortamento.

- Brasil. (2012). *Conselho Federal de Medicina*. Resolução n. 1.989, de 10 de maio de 2012. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências.
- Brasil. (2012). Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54. Diário da Justiça Eletrônico n. 78/2012. <http://www.stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioProcesso.asp?numDj=77&dataPublicacaoDj=20/04/2012&incidente=2226954&codCapitulo=2&numMateria=10&codMateria=4>.
- Brasil. (2013) Lei n.º 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12845.htm.
- Brasil. (2014). *Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.
- Brasil. (2015). *Ministério da Saúde*. Portaria nº 415, de 21 de maio de 2014. Inclui o procedimento interrupção da gestação/antecipação terapêutica do parto previstas em lei e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS.
- Brasil. (2015a). *Ministério da Saúde*. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas Para as Mulheres. Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios.
- Brasil. (2016). Supremo Tribunal Federal. Habeas Corpus n. 124.306 Rio de Janeiro. <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/HC124306LRB.pdf>.
- Brasil (2017). Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 442. <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5144865>.
- Brasil. (2020a). *Ministério da Saúde*. Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-de-agosto-de-2020-274644814>.
- Brasil. (2020b). *Ministério da Saúde*. Portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. <https://in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-23-de-setembro-de-2020-279185796>.
- Brasil. (2022) *Ministério da Saúde*. DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS). <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>.
- Brasil. (2022) *Ministério da Saúde*. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. <http://cnes.datasus.gov.br/>.
- Bucci, M. P. D. (2021). *Fundamentos para uma teoria jurídica das Políticas Públicas*. Saraiva Educação.
- Dunn, W. N. (1993). *Public policy analysis: an introduction*. Prentice-Hall.
- Dye, T. R. (2008). *Understanding public policy*. Pearson.
- Guzzo, M. (2020). Aborto previsto em lei: um direito em disputa no Brasil. *Catarinas: Jornalismo com perspectiva de gênero*. <https://catarinas.info/aborto-previsto-em-lei-no-brasil/>.
- Howlett, M.; Ramesh, M. & Perl, A. (2013). *Política Pública: seus ciclos e subsistemas (uma abordagem integradora)*. Elsevier.
- Lichotti, C., Mazza, L. & Buono, R. (2020). Os abortos diários no Brasil. *Revista Piauí*. <https://piaui.folha.uol.com.br/os-abortos-diarios-do-brasil/>.
- Lindblom, C. E. (1959). The science of “muddling through”. *Public Administration Review*, 2. (XIX).
- Lucena, M. F. G. (2010). *Saúde, gênero e violência: um estudo comparativo Brasil/França sobre a saúde da mulher negra*. Editora Universitária da UFPE.
- Madeiro, A.P.; Diniz, D. (2016). Serviços de aborto legal no Brasil: um estudo nacional. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21(2), 563-572.
- Marshall, T. H. (1967). *Cidadania, classe social e status*. Zahar.
- Organização Mundial Da Saúde. (2013). *Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde*. OMS.
- Osis, M.J.M.D. (1998). Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 14, 25-32.
- Secchi, L.; Coelho, F.S. & Pires, V. (2020). *Políticas públicas: conceitos, casos práticos, questões de concurso*. Cengage.
- Souza, C. (2006). Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologia*, n. 16.
- Sjblom, G. (1984). Problemi e soluzioni in política. *Rivista Italiana di Scienza Política*, 14(1), 41-85.
- Vázquez, D. & Delaplace, D. (2011). Políticas Públicas na perspectiva dos Direitos Humanos. *Revista Internacional de Direitos Humanos*, 14. <https://sur.conectas.org/politicas-publicas-na-perspectiva-de-direitos-humanos/>.