

CONTRADIÇÕES DO ACESSO AO ABORTO PREVISTO EM LEI:

UMA ANÁLISE A PARTIR DA REALIDADE DE PERNAMBUCO

Jayce Mayara Mendes Medeiros¹

Resumo:

Este artigo pretende analisar as contradições do acesso ao aborto previsto em lei no Brasil, a partir dos documentos orientadores do Ministério da Saúde, dos desafios impostos pelo avanço do neoconservadorismo no Brasil, tendo como referência os serviços de referência para assistência às mulheres em situação de violência sexual do Estado de Pernambuco. Pretende-se demonstrar que, apesar do direito ao aborto no Brasil ser regulamentado, com restrições, desde os anos 1940, na contemporaneidade há diversos desafios para a concretização desse direito. Em especial, os anos em que vigorou o governo Bolsonaro e suas vinculações políticas com o fundamentalismo religioso e a extrema-direita agravaram a realidade das mulheres que recorrem à prática do aborto pós-estupro. Tal artigo integra parte da pesquisa realizada pela autora durante o curso de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco.

Palavras-Chave: Aborto. Política de Saúde. Neoconservadorismo

Abstract:

This article aims to analyze the contradictions in Access to abortion provided for by Law in Brazil, based on the guiding documents of the Ministry of Health, the challenges imposed by the advance of neoconservatism in Brazil, taking as a reference service for assistance to women in situations of sexual violence in the State of Pernambuco. It intends to demonstrate that, although the right to abortion in Brazil has been regulated, with restrictions, since the 1940s, in contemporary times there are several challenges to the realization of this right. The years in which the Bolsonaro government and its political links with Religious fundamentalism and the far right have worsened the reality of women who resort to post-rape abortions. This article is part of the research carried out by the author during the PdD course in the Postgraduate Program in Social Service at the Federal University of Pernambuco.

Keywords: Abortion. Health Policy. Neoconservatism.

¹ Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (2009). Possui mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (2013). Atualmente é pós-graduanda no curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE. Tem experiência na política de Assistência Social. Experiência na política de saúde, atuando em unidades de alta complexidade (hospitais)

Introdução

Apesar de consolidado no artigo 128 da Lei Nº 2.848/1940 (Código Penal Brasileiro) em casos de estupro e riscos à vida da mulher², é relativamente recente – só a partir dos anos 2000 - a normatização de diretrizes e princípios para o atendimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), às mulheres vítimas de violência sexual, que recorrem à prática do abortamento.

O direito ao aborto no Brasil sempre apresentou desafios para sua efetiva implementação. Várias são as motivações disso: a) questões de ordem moral e religiosa que estão enraizadas no funcionamento das instituições e no comportamento dos profissionais; b) a precarização e superlotação dos serviços públicos de saúde, que ocasionam a secundarização e minimização dessa demanda; c) a crescente privatização dos serviços públicos de saúde, que também impacta na qualidade dos serviços prestados e na cisão dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, conquistado através de grandes lutas sociais; d) o aumento do conservadorismo, intensificado e fortalecido após o golpe de 2016 e a eleição de Jair Bolsonaro.

O que tem se evidenciado é, na verdade, um profundo desrespeito aos princípios constitucionais e às legislações que, por algum tempo, representaram a incorporação de demandas dos movimentos sociais. No tocante aos direitos do público feminino, esses foram reconhecidos mais tardiamente e efetivados com maiores dificuldades. Isso se explica, em parte, pela predominância do patriarcado, presente na formação social e histórica do Brasil e que se reproduz até os dias atuais sob diversas expressões.

Procura-se a partir deste artigo: a) caracterizar o direito ao aborto no Brasil, analisando as principais normativas do Ministério da Saúde a partir dos anos 2000; b) analisar os atuais desafios para a concretização do direito ao abortamento, tomando como base a realidade de Pernambuco.

Parte das reflexões aqui contidas é oriunda da tese de Doutorado intitulada: “Contradições do Direito ao Aborto no Brasil: Desafios contemporâneos no contexto de agudização da crise do capital e neoconservadorismo”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, em setembro de 2023.

² Em 2012 o STF também aprovou o permissivo legal para o aborto nos casos de fetos anencéfalos.

O artigo está dividido em três partes. A primeira está destinada a trazer reflexões gerais sobre configuração do direito ao aborto no Brasil, contextualizando o desenvolvimento da política de saúde no Brasil e as principais normativas que orientam a assistência às mulheres que optam pelo abortamento após estupro. Na segunda parte será discutida a organização da assistência em Pernambuco, trazendo os resultados da pesquisa contida na tese supracitada, que foi realizada a partir de entrevistas com gestores dos serviços de referência do Estado e com integrantes da Frente Estadual Contra a criminalização das mulheres e pela legalização do aborto³.

A política de saúde no Brasil e assistência ao aborto legal e seguro - Normativas técnicas dos anos 2000 no âmbito do SUS.

Segundo Sobrinho (1993), o Brasil apenas inaugurou uma política voltada aos direitos sexuais e reprodutivos em 1984 com a implantação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher). No período anterior não havia uma política de saúde universal e boa parte da população tinha dificuldades de acessar serviços e assistência à saúde.

Para Damasco ET AL. (2012), foi a partir da década de 1980 que os conceitos em torno da saúde e direitos reprodutivos ganharam maior destaque no Brasil, devido ao “aumento progressivo de mulheres em partidos políticos, ONGS feministas e agências internacionais” (2012, p. 136), mas, sobretudo, devido ao contexto internacional, principalmente após a Conferência de Cairo, em 1994.

Foi a partir da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), construído após importantes lutas por direitos sociais no contexto de derrocada da ditadura militar e anseio por uma redemocratização do país, que conseguimos garantir uma política de saúde de acesso universal e de responsabilidade do Estado para o planejamento, execução e financiamento. Além disso, é com o SUS que se consolida a assistência ao aborto de forma mais segura para as mulheres, ainda que com diversas contradições e desafios que se intensificam nos dias atuais.

³ Tal frente é composta por várias entidades feministas que lutam pela legalização do aborto e contra a criminalização das mulheres em Pernambuco, e também pela garantia do aborto previsto em lei nas unidades públicas de saúde.

O SUS foi consolidado na década de 90 pelos artigos 196 a 200 da Constituição Federal e pelas leis 8.080/1990 e lei 8.142/1990. Nessas legislações está prevista que a saúde é um sistema público descentralizado, com “comando único em cada esfera de governo, uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, conforme a complexidade de atenção à saúde, de acesso universal, com integralidade da atenção, financiamento tripartite e o controle social” (CORREIA, 2017, p. 70-71).

O SUS rompe com o conceito anterior sobre saúde, antes compreendida unicamente como ausência de doença e as intervenções centradas no modelo hospitalocêntrico. Estabelece como determinantes e condicionantes da saúde “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990).

Foi, portanto, no decorrer do desenvolvimento e da consolidação do Sistema Único de Saúde e a partir das lutas feministas, que foram elaborados documentos orientadores para os serviços e profissionais de saúde. Em 1997, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da resolução Nº 258, solicitou ao Ministério da Saúde a regulamentação e a normatização da assistência ao aborto no SUS (CAMARGO, 2018). E em 1999, sob a vigência do Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), foi criada a primeira norma técnica no âmbito do SUS, intitulada “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”.

Tal norma descrevia os procedimentos e critérios para assistência ao abortamento legal e seguro no SUS, quando a gravidez fosse decorrente da violência sexual. Contudo, apesar de muito importante, pois formaliza a introdução desse debate no SUS, a norma supracitada trazia como prerrogativa a realização do boletim de ocorrência, o que anos mais tarde seria retirado, após vários questionamentos, uma vez que no Código Penal não há qualquer menção sobre tal obrigatoriedade.

Em 2005, já na vigência do governo Lula, o Ministério da Saúde publicou uma nova edição da Norma técnica “Prevenção e tratamento aos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, construída em parceria com a Secretaria Especial de Políticas para as mulheres (SEPM). Representou maior aprofundamento sobre o tema do aborto, fruto do acúmulo de debates das feministas, dos profissionais de saúde e de importantes entidades como a Federação Brasileira das Associações de ginecologia e obstetrícia (FEBRASGO).

Essa versão atualizada e amadurecida da norma retirou a obrigatoriedade da apresentação do (B.O.), contida na norma técnica de 1999. O encaminhamento à delegacia para registro e investigação é elencado no documento como uma orientação necessária à proteção da mulher e à identificação e responsabilização do agressor, não como uma prerrogativa de acesso à demanda do aborto ou qualquer outra assistência que venha a requisitar. Considera que a exigência tanto do B.O, como o laudo pericial do Instituto de Medicina Legal (IML) é incorreta e ilegal.

A edição da norma em 2005 reconheceu a importância de que os profissionais de saúde saibam identificar as diferentes manifestações da violência contra as mulheres e adolescentes, além da organização de uma rede de proteção integrada. Reforça também a importância e obrigatoriedade da notificação de qualquer suspeita ou confirmação de violência, com base na lei Nº 10.778/2003.

Outro elemento fundamental contido na NT de 2005, com atualizações posteriores (2012 e 2014), é a compreensão sobre a importância do sigilo e ética profissional diante da assistência às mulheres vítimas de violência sexual, que recorram ou não à prática do abortamento. Dessa forma, repudia qualquer ação do profissional de saúde que possa constranger ou intimidar as mulheres. “É importante não culpabilizar a pessoa e não acelerar ou influenciar nas suas decisões, mantendo uma atitude isenta de julgamentos e respeitando suas crenças e sistemas de valores morais” (BRASIL, 2005, p. 30).

Além disso, a norma técnica estabelece os procedimentos clínicos para a assistência à mulher vítima de violência, que vai desde a prevenção, com contracepção de emergência e profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis, à assistência ao aborto. Demarca, assim, que a interrupção gestacional em decorrência de violência sexual constitui um direito da mulher à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2005), além de representar sua autonomia perante decisões que impactam no seu corpo e na sua vida em sociedade.

É estabelecido, ainda, como deve ocorrer todo o atendimento da mulher vítima de violência no SUS. Propõe que os serviços destinados para a assistência desta demanda sejam garantidos, preferencialmente, em local com estrutura e equipes próprias, longe das grandes maternidades e prontos-socorros como forma de garantir maior sigilo, privacidade e menos exposição da vítima. É, portanto, um compilado de orientações éticas e técnicas aos profissionais de saúde com o objetivo de garantir assistência humanizada às mulheres em situação de violência e que recorrem à prática do aborto.

Outro documento importante criado no âmbito do Ministério da Saúde, também em 2005, é a norma técnica intitulada “Atenção Humanizada ao abortamento”. Nela estão contidos subsídios aos profissionais de saúde para que possam oferecer, não só o cuidado imediato às mulheres em situação de abortamento, mas também, “na perspectiva da integralidade deste atendimento, disponibilizar às mulheres alternativas contraceptivas, evitando o recurso a abortamentos repetidos” (BRASIL, 2005, p. 09). Pressupõe que o abortamento em decorrência do estupro é um direito da mulher e que deve ser ofertado pelos serviços de saúde, independentemente das aspirações morais ou religiosas dos profissionais.

Em 2009 foi apresentado um importante elemento de avanço para discussão da legalização do aborto no Brasil, trata-se do Programa Nacional de Direitos Humanos 03 (PNDH-3) que indicava o apoio à descriminalização do aborto. No entanto, tal plano gerou muitas polêmicas e a reação neoconservadora.

Segundo Damiano e Carlotto (2023, p.58):

O PNDH-3, inicialmente, propunha a descriminalização do aborto sob o argumento da autonomia da mulher para decidir sobre o próprio corpo. A elaboração ia ao encontro das formulações feministas e tinha o grande êxito de colocar a mulher no centro do debate. Entretanto, o trecho foi revogado após reação dos conservadores, tanto os que faziam parte do governo quanto os externos a ele, dando lugar apenas à preocupação sobre aborto como problema de saúde pública e propondo acesso aos serviços de saúde, ou seja, uma grande perda no debate, não apenas do ponto de vista retórico.

Percebe-se, assim, que o Brasil ainda não conseguiu avançar na construção de uma sociedade que tenha como parâmetro a legalização e a descriminalização do aborto e essa não é uma dificuldade apenas do nosso país. No âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos o aborto é o mais polêmico e seu acesso é desigualmente distribuído ao redor do mundo, já que há países com maiores ou menores restrições quanto ao direito de acesso à prática do aborto.

Mais recentemente o aborto entrou como pauta central da configuração política neoconservadora e fundamentalista que demarcou a vigência do governo Bolsonaro. Foram deflagradas novas portarias para dificultar ainda mais o acesso ao aborto no Brasil, sob a justificativa falaciosa de defesa da vida. Tais portarias, contudo, foram revogadas com o início do mandato do então Presidente Lula, em 2023.

Após a consolidação das normatizações no Brasil, várias unidades de saúde de todo o território nacional organizaram-se com o intuito de prestar assistência às mulheres

vítimas de violência e ao abortamento previsto em lei. Ainda há muitas barreiras na efetivação desses serviços, cuja maioria se concentra nas capitais, além de poucas e precárias unidades existentes, considerando a magnitude do Brasil e suas variadas expressões de desigualdades e violências.

Segundo pesquisa realizada por Diniz e Madeiros (2016), entre 2013 e 2015 existiam 68 hospitais listados pelo Ministério da Saúde para referência do aborto legal, mas apenas 37 deles realizavam tal procedimento.

De acordo com pesquisa recente de Rosas e Paro (2021, p. 11),

Em 2016, apenas 66 serviços estavam cadastrados no Sistema do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). Em setembro de 2020, o Sistema registrava 98 serviços de aborto previsto em lei no Brasil, segundo matéria investigativa publicada no Portal Catarinas (GUZZO, 2020). No entanto, 18 desses não haviam realizado nenhum aborto previsto em lei nos últimos cinco anos (GUZZO, 2020). A situação é ainda pior nas regiões Centro-oeste e Norte do país, onde é praticamente inexistente a assistência ao aborto previsto em lei.

Em 2019, segundo Jacobs (2022), haviam 101 estabelecimentos registrados como serviços de referência para interrupção da gravidez, em casos previstos em lei. “Desses 101 serviços, 96 (95%) eram hospitais, sendo 70 hospitais gerais, 25 maternidades e um hospital pediátrico. Além desses, estavam registradas duas policlínicas, um centro de especialidade, um pronto atendimento e uma unidade mista (JACOBS, 2022, p. 110).

A pesquisa realizada pela autora apontou incompatibilidade de registros nos serviços de informação do SUS, pois, algumas unidades que realizaram o aborto não estavam cadastradas como serviços de referência para interrupção da gravidez em casos previstos em lei; e serviços que estavam cadastrados com essa finalidade não registraram nenhum aborto ao ano.

Para a supracitada autora, “esse descompasso entre os registros dificulta a consolidação da informação para monitoramento e avaliação da oferta de serviços pela gestão e pela academia, assim como atrapalha o acesso à informação pelos usuários” (JACOBS, 2022, p. 123). Dessa forma, observa-se barreiras não apenas geográficas, mas do âmbito da informação, uma vez que poucos estados e municípios disponibilizam em seus sites oficiais a divulgação dos serviços que ofertam o aborto legal e seguro no âmbito do SUS.

Além das controvérsias das informações sobre a quantidade dos serviços existentes no país, também é muito difícil obter a real dimensão dos abortos realizados

no Brasil nos serviços de saúde, dada a subnotificação e as dificuldades de acesso, devido às barreiras morais, que naturalizam as violências, e à precária divulgação das unidades de saúde que realizam assistência ao aborto legal e seguro no SUS em cada território. Ademais, dada à criminalização, não é possível obter o número de procedimentos que são realizados nas clínicas clandestinas.

Apesar disso, foi possível obter um dado alarmante: No primeiro semestre de 2020 o número de mulheres atendidas em todo país pelo SUS em razão de abortos malsucedidos (provocados ou espontâneos) foi 79 vezes maior que o de interrupções de gravidez previstas pela lei, de acordo com o DATASUS. Esse dado revela como as inúmeras barreiras para o acesso ao aborto legal submetem meninas e mulheres à clandestinidade e sérios riscos à saúde e à vida.

Em março de 2023, a antropóloga Débora Diniz divulgou a mais recente Pesquisa Nacional do Aborto, 2021, que demonstra o perfil das mulheres que realizam aborto no Brasil. O levantamento, realizado em novembro de 2021 ouviu 2 mil mulheres em 125 municípios, concluindo que 01 a cada 07 mulheres, com idade próxima aos 40 anos de idade, já realizou pelo menos um aborto no país.

O perfil dessas mulheres demonstra que são, no geral, jovens, com filhos, professam alguma religião, oriundas de diversas classes sociais e regiões do Brasil, mas apresentam uma nítida concentração entre as mulheres do Nordeste brasileiro, negras e com menores taxas de escolaridade. A pesquisa demonstra, portanto, que o aborto é uma realidade presente na vida das mulheres, mas que as repercussões do aborto são agravadas a depender da classe social, de sua cor e região.

Em 2021, 21% das mulheres que abortaram realizaram um segundo procedimento, chamado ‘aborto de repetição’. Entre elas, estão predominantemente mulheres negras. Parte das entrevistadas (39%) usou medicamento para interromper a gestação. A pesquisa cita que o medicamento mais usado é um indicado para prevenção e tratamento de úlcera gástrica.

Além disso, 43% das mulheres foram hospitalizadas para finalizar o aborto. A finalização do aborto numa unidade de saúde pode ser consequência da clandestinidade e práticas inseguras. A criminalização do aborto deixa, assim, as mulheres em vários graus de riscos: de serem presas, prejuízos à saúde e até mesmo ocasionar a morte.

A pesquisa apontou, também, que 01 em cada 02 mulheres fez o primeiro aborto com menos de 19 anos. O que nos leva a correlacionar esse dado com o precário debate

na sociedade sobre os direitos sexuais e reprodutivos. Débora Diniz, em entrevista ao podcast “O Assunto” comandado pela jornalista Natuza Nery, no dia 24 de Março de 2023, sinalizou que uma das prováveis hipóteses desse cenário se refere ao fato de que nos anos de vigência do governo Bolsonaro a educação sexual e as ações de saúde voltadas para adolescentes foram praticamente inexistentes. Para a antropóloga e coordenadora da PNA 2021, o debate da saúde reprodutiva precisa estar no centro da discussão e da elaboração de políticas públicas que protejam meninas e mulheres.

Contradições no acesso ao aborto legal: A realidade de Pernambuco.

Em Pernambuco existem atualmente onze (11) serviços cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde)⁴ para a assistência humanizada às mulheres em situação de violência sexual, os quais garantem medicações preventivas para infecções sexualmente transmissíveis, além de assistência psicológica e social.

Dessas onze unidades existentes, apenas seis (06) são referências para a prática do abortamento⁵, sendo a maioria desses serviços concentrados na capital pernambucana, Recife. Isso dificulta ainda mais o acesso das mulheres residentes no interior do Estado, muitas sem receber a orientação de que têm o direito de optar pela continuidade ou não da gestação.

Além disso, das seis unidades existentes não se tem a certeza da concretude do atendimento, uma vez que a maioria dos procedimentos está concentrada no HAM, no CISAM e no Hospital da Mulher, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde do Recife. Muitas das mulheres atendidas nessa unidade foram encaminhadas pelas unidades credenciadas, as quais informaram às mulheres não realizar o procedimento do aborto.

⁴ Pró-Marias - Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) /Recife; Serviço de Apoio à Mulher Wilma Lessa (Hospital Agamenon Magalhães/ Recife); Centro de Atenção à Mulher Vítima de Violência Sony Santos (Hospital da Mulher do Recife); Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques; Maternidade Bandeira Filho; Unidade Mista Prof. Barros Lima; Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)/ Recife; Hospital Geral de Camaragibe Aristeu Chaves; Hospital Jesus Nazareno/ Caruaru; Hospital Regional Rui de Barros Correia/ Arcoverde; Hospital Regional Inácio de Sá/ Salgueiro; Hospital Dom Malan / Petrolina; Hospital Prof. Agamenon Magalhães / Serra Talhada.

⁵ Pró-Marias - Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) /Recife; Serviço de Apoio à Mulher Wilma Lessa (Hospital Agamenon Magalhães/ Recife); Centro de Atenção à Mulher Vítima de Violência Sony Santos (Hospital da Mulher do Recife); Hospital Dom Malan / Petrolina; Hospital Prof. Agamenon Magalhães / Serra Talhada; Maternidade Bandeira Filho.

Como recorte de interesse desse estudo analisamos apenas os dois maiores serviços do Estado de Pernambuco: o CISAM e o Wilma Lessa. São serviços de grande importância para o Estado, mas que são atravessados pelas dificuldades e contradições que impactam o funcionamento efetivo do SUS, bem como os enfrentamentos morais para a efetivação do aborto.

A escolha desses serviços ocorreu por serem mais antigos e estruturados dentro da realidade pernambucana, além de serem as maiores referências no Estado, devido à existência de fluxos mais organizados e consolidados. Juntos tais serviços foram responsáveis pelo atendimento de 1.634 mulheres no ano de 2022. No que se refere ao número de abortos realizados, o Serviço Wilma Lessa informou ter garantido assistência a 57 mulheres nesse mesmo ano.

Em Pernambuco o primeiro serviço a atender a demanda da assistência à mulher vítima de violência e abortamento foi o CISAM, em 1996, na gestão do então governador Miguel Arraes (1995-1999). Em 2001, na gestão do governador Jarbas Vasconcelos (2000-2006), foi criado o Serviço de Apoio à Mulher – Wilma Lessa, localizado no Hospital Agamenon Magalhães. Foi a primeira unidade de saúde a ter uma estrutura e equipe específica para atendimento das mulheres vítimas de violência. Este serviço conta atualmente com 04 Assistentes Sociais (sendo 01 delas a coordenadora), 05 médicos/as obstetras, 06 enfermeiras e 05 psicólogos/as, todos servidores públicos efetivos da Secretaria Estadual de Saúde.

O Wilma Lessa funciona no interior do Hospital Agamenon Magalhães e possui uma estrutura própria, ou seja, o local é específico para atendimento às mulheres em situação de violência sexual e doméstica. Dada a dinâmica do local é possível garantir maior privacidade e conforto para as mulheres atendidas.

Atualmente, o serviço tem funcionado com grandes dificuldades, muitas vezes sem garantir equipe assistencial completa (considerando a equipe clínica e psicossocial), dado aos constantes desfalques de servidores, sem a devida recomposição da equipe, que é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde. Em alguns momentos já ocorreu o fechamento do plantão por falta de equipe, ocasionando maiores dificuldades para as mulheres que necessitam de assistência de urgência, principalmente aquelas oriundas do interior do Estado.

Já o atendimento no serviço PRÓ-MARIAS, localizado no CISAM, ocorre na própria estrutura e dinâmica da maternidade, não havendo profissionais específicos para

essa finalidade. Os responsáveis pela assistência às mulheres em situação de violência são os profissionais que estiverem no plantão na unidade hospitalar de saúde.

O serviço PRÓ-MARIAS foi criado em 1996 em meio às discussões nacionais sobre a importância da criação de mais unidades e capacitações de profissionais para o atendimento de mulheres que recorriam ao aborto legal, sobretudo em decorrência de violência sexual que, na falta de uma assistência adequada, morriam ao realizar o aborto clandestino.

Foi um serviço pioneiro na região Nordeste. No período em que foi criado, ainda não havia normatizações do Ministério da Saúde sobre a prática do aborto legal no SUS, apenas a experiência do hospital pioneiro na assistência ao abortamento no Brasil, localizado em São Paulo.

Segundo os entrevistados 01 e 02 na gênese do PRÓ-MARIAS houve muitas discussões coletivas, envolvendo não só profissionais de saúde, mas representantes da sociedade civil, além de pesquisadores/as da Universidade de Pernambuco, à qual o CISAM está vinculado. Na época, as equipes de saúde perceberam que muitas mulheres que chegavam ao serviço com histórico de abortamento espontâneo, na verdade eram mulheres que realizavam aborto clandestino, cuja gravidez era, na maioria dos casos, oriunda de uma violência sexual.

Foi identificado que essas mulheres eram muito maltratadas dentro do serviço. Elas ficavam pro final do atendimento, elas tinham medo de dizer, porque o aborto, de uma forma geral, era proibido. Elas chegavam a procurar outro serviço e vinham pra cá, muitas vezes, quando não tinha mais o que fazer e morriam. (ENTREVISTADA 01)

Apesar dos avanços em termos de orientações técnicas no campo da saúde para a prática do aborto, essa é uma realidade ainda muito presente na contemporaneidade. Em 2020 e em 2021 assistimos a situações de grande repercussão nacional de meninas que foram impedidas de realizar o aborto em seus estados de origem e foram encaminhadas para o CISAM.

Importante frisar que a criação do PRÓ-MARIAS teve uma efetiva participação dos movimentos feministas de Pernambuco, que contribuíram para o debate e no fortalecimento da equipe. Além disso, por estar vinculado à Universidade de Pernambuco, o serviço tem um maior incentivo à produção de conhecimento, pesquisas, etc, que em muito contribuem para seu enriquecimento teórico-prático e político no campo da defesa da autonomia das mulheres.

No tocante à realização do aborto, tanto o Wilma Lessa quanto o PRÓ-MARIAS possuem dinâmicas e rotinas semelhantes, pois seguem as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Devido às barreiras impostas pela legislação brasileira são previstos termos que devem ser assinados tanto pela mulher, a qual se responsabiliza pelas informações prestadas, quanto pela equipe médica. Tais termos⁶ foram criados em 2005 na perspectiva de garantir segurança jurídica aos profissionais de saúde que temiam represálias ao realizar abortos nos serviços de saúde, mesmo com a permissão legal nos casos de violência sexual.

Muitas vezes tal temor faz com que os profissionais de saúde extrapolem sua área de atuação e assumam uma postura investigativa diante das informações fornecidas pelas mulheres, no que concerne ao contexto da violência. É perceptível a discrepância no atendimento quando a mulher procura o serviço nas primeiras 72 horas após exposição à violência sexual, onde, na maioria das vezes, há certa “sensibilidade” no atendimento e a percepção da mulher como “vítima de uma atrocidade” – ainda que essa sensibilidade seja seletiva, a depender das circunstâncias da violência, do local da ocorrência, do comportamento da mulher, da cor e de sua classe social, entre outros fatores que podem reforçar o errôneo, porém hegemônico, entendimento da culpabilização das mulheres pela violência sofrida.

Contudo, o tratamento tende a ser modificado quando a procura pelo serviço de saúde é motivada pelo desejo do aborto legal. Nessas situações, tende-se a intensificar o olhar destinado à mulher como “suspeita”, suas palavras são desacreditadas e os relatos sobre a violência sofrida questionados como um verdadeiro interrogatório criminal.

São ainda comuns questionamentos vexatórios sobre a mulher, interferências de médicos durante a realização do exame de ultrassonografia, impondo à mulher a escuta dos batimentos cardíacos do feto, na tentativa de sensibilizar as mulheres e fazê-las desistir do procedimento, além de negativas de membros da equipe médica em realizá-lo, alegando “objeção de consciência”.

Segundo Rosas e Paro (2021, p.10), a objeção de consciência “consiste na recusa do médico em cumprir o dever legal/ profissional quando esse dever é contrário aos valores pessoais, sejam estes morais/ éticos ou religiosos e não deve ser confundida com desconfiança em relação à palavra da mulher”. Trata-se de um direito assegurado na

⁶ Termo de consentimento livre e esclarecido; Termo de responsabilidade; Termo de Relato circunstanciado; Parecer técnico e Termo de aprovação de procedimento de interrupção gestacional.

Constituição Federal e no Código de Ética Médico, mas por vezes utilizado de maneira errônea pelos profissionais, acarretando a desassistência das mulheres. Além disso, a alegação da objeção de consciência não é cabível para a instituição de saúde, que deve sempre garantir profissional apto para assistir tal demanda.

Na rotina dos serviços são viabilizadas estratégias para a organização de fluxos que privilegiem parcerias com profissionais que apresentem posturas mais técnicas e menos conservadoras, a fim de garantir a assistência adequada às mulheres. No entanto, se isso, por um lado, facilita na prestação da assistência às mulheres, por outro personaliza essa assistência em profissionais “parceiros”, como se o atendimento a elas dependesse de uma “humanização”, e não como uma obrigação de todos os profissionais de saúde.

Contudo, segundo os gestores do CISAM e Wilma Lessa aos poucos essa realidade vem se modificando. Para eles, isso ocorre pela historicidade e contradições que permeiam a dinâmica da realidade. Tanto o CISAM quanto o Wilma Lessa são serviços que acumulam experiências importantes na assistência e defesa dos direitos das mulheres e que possuem certa notoriedade perante a sociedade. Destacam, portanto, que, apesar de todas as dificuldades, os serviços se mantêm abertos e garantindo assistência humanizada e digna às mulheres.

De acordo com a gestora do Wilma Lessa, no serviço a objeção de consciência é incompatível com o exercício profissional da equipe, uma vez que os profissionais trabalham exclusivamente com a assistência às mulheres em situação de violência sexual, que engloba as ações preventivas, como também a prática do aborto. O que existe no serviço são concepções diferentes a respeito do direito ao aborto. Há profissionais que defendem sua total legalização e outros que compreendem o aborto apenas nas permissões descritas na legislação atual.

As dificuldades têm se concentrado muito mais na estrutura dos serviços do que necessariamente na postura conservadora dos profissionais. A superlotação das unidades de saúde, a sobrecarga de demandas aos profissionais, o adoecimento das equipes de saúde agravado pelo contexto da pandemia, são as barreiras mais perceptíveis para o acesso ao aborto legal na realidade de Pernambuco no cenário contemporâneo.

A questão do acesso ficou bastante restrita. Não há investimento em serviços desse porte. Pelo contrário, o SUS vem sendo cada vez mais sucateado, investimento vem diminuindo e não houve nenhuma abertura de outro serviço. Eu fico escandalizada quando vem uma pessoa do sertão pra cá. Acontece e não é pouco (ENTREVISTADA 03).

Uma das maiores dificuldades enfrentadas quanto à estrutura dessas unidades de saúde é a composição da equipe multidisciplinar. A realidade do Wilma Lessa, por exemplo, é de uma equipe desfalcada, com ampla dificuldade de cobertura dos plantões diários por falta de profissionais na escala.

Ademais, os gestores foram unânimes em reconhecer que o contexto político brasileiro entre 2018 e 2022 significou o aprofundamento das concepções fundamentalistas que imperam na política de saúde, ocasionando repercussões negativas na efetivação do direito ao aborto legal. O fortalecimento do fundamentalismo religioso e sua inserção no Estado trouxeram impactos importantes no debate sobre o aborto e, consequentemente, no acesso das mulheres aos serviços de saúde.

Aumentaram as dificuldades para as mulheres terem acesso aos serviços de saúde, porque houve uma instrumentalização, por exemplo, dos conselhos tutelares, porque a pessoa humilde, pobre, essas pessoas ficaram mais vulneráveis dessa interferência ideológica e religiosa. Essas pessoas não recebem informação dos profissionais de saúde, mas dos conselhos tutelares ou da igreja, então há um grande trabalho de desinformação, com conteúdo religioso para que a mulher não tenha informação sobre seus direitos e até desestimulando, ameaçando (...) (ENTREVISTADO 02).

Além disso, foi identificado como um entrave ao melhor funcionamento dos serviços em Pernambuco o baixo financiamento em pesquisas e capacitações de profissionais sobre a temática do aborto, organizadas pelo governo federal, o que corrobora com a tendência do negacionismo durante a gestão do governo Bolsonaro a qualquer incentivo educacional que se vincula ao campo do conhecimento científico e da saúde pública.

Até 2016 o governo federal, por meio do Ministério da Saúde, organizava encontros com os profissionais e gestores dos serviços de aborto legal, a fim de capacitar novos profissionais e atualizar orientações necessárias para o fortalecimento dos serviços. Após o golpe de 2016, que depôs a Presidenta Dilma Rousseff, essa iniciativa deixou de ser incentivada.

Além disso, verifica-se que são insuficientes os serviços de referência para o atendimento integral das mulheres vítimas de violência sexual e que realizam também a prática do aborto em Pernambuco. Ainda há incipiente preparo dos profissionais de saúde sobre esta temática que insistem em conectar a violência ao âmbito policial, e não como um determinante social da saúde.

No quadro abaixo elencamos os principais entraves que os/as profissionais entrevistados/as identificaram na realidade dos serviços durante a gestão do governo Bolsonaro. Válido ressaltar que são tendências observadas antes mesmo do período elencado (2018-2021), mas que são aprofundadas a partir de uma agenda política moralista e contrária à expansão dos direitos humanos, em especial os direitos sexuais e reprodutivos.

•Diminuição de recursos para capacitações dos profissionais de saúde e incentivos para atuarem na área de assistência às mulheres vítimas de violência
•Aumento das interferências religiosas na dinâmica dos serviços e na desinformação sobre o direito ao aborto, intensificando o debate em torno do “crime e pecado”
•Fortalecimento das barreiras para acesso ao aborto, cujo instrumento principal é a desinformação, seguida da precarização dos serviços
•Construção de portarias e orientações sem respaldo técnico-científico, fortalecendo as posturas conservadoras dos profissionais que já se posicionaram contrários ao aborto
•A problemática da comunicação à autoridade policial que foi colocada como prerrogativa para o aborto nas portarias elaboradas durante a gestão Bolsonaro.
•Percepção dos profissionais quanto ao aumento de demandas para o aborto, que atribuem ser em decorrência do aumento da violência doméstica, principalmente no período da pandemia.

Tabela 01: Indicadores dos desafios demonstrados na pesquisa

Para além dos entraves já mencionados para a garantia do aborto no Brasil e, em particular, em Pernambuco, tem-se a insuficiente divulgação sobre os serviços. “Mesmo havendo feministas como principais autoridades comandando a pasta específica de políticas para as mulheres, não se tem um plano de comunicação com a sociedade sobre esse direito” (ENTREVISTADA 04).

O maior desafio é a desinformação. Porque receber mulheres do interior, que precisam vim para a capital porque não tem serviço lá, ou se tem as regras que são montadas parece que não são claras. Porque quando você vê uma menina de 11 anos na segunda gestação e tendo um serviço na região, o que existe nessa regra? Elas não são claras? Ou então elas estão sendo feitas para dificultar? (ENTREVISTADA 01).

Sem informação as pessoas não podem exercer sua autonomia e seus direitos, então eles *[as forças conservadoras do Estado]* bloqueiam o acesso. Você vê agora no caso da menina do Piauí, sofreu estupros, ta grávida pela segunda vez e quando a mãe foi perguntada sobre

interromper a gravidez ela disse que não porque o aborto é crime. Então alguém disse isso pra ela, que o aborto é crime (...). Isso aconteceu também em outra cidade aqui do Nordeste, uma menina estuprada de 12 anos faleceu, e foi negado o acesso ao abortamento, ela teve eclampsia e morreu, com 12 anos (ENTREVISTADO 02. Grifos meus).

Uma política de informação é essencial para o acesso, poderia, inclusive, prevenir a necessidade de demandas para o aborto, caso as mulheres conseguissem chegar aos serviços de saúde logo após a ocorrência da violência. Poderia, também, diminuir o número de abortos clandestinos e inseguros que põem em risco a saúde das mulheres. Dessa forma, não é suficiente a existência dos serviços, é necessário que eles sejam divulgados amplamente e que a população saiba as regras de acesso e o tipo de assistência que ofertam.

Atuantes desde o processo de criação dos serviços de referência no Estado de Pernambuco até os dias de hoje, as feministas que compõem a Frente Estadual Contra a Criminalização das Mulheres e pela legalização do aborto analisam que nosso estado apresenta deficiências históricas. Apontam que, no geral, temos serviços precarizados, com concentração na capital, com dificuldades de manutenção de equipes e de profissionais comprometidos com os direitos das mulheres.

Então não é uma política suficiente do ponto de vista da qualidade da atenção e ela não é uma política suficiente do ponto de vista da cobertura. Muita gente pelo interior nem sabe que serviços são esses e como acessa. Embora, eles sejam serviços que implantam, fazem a lei virar um direito, eles não cumprem a responsabilidade do Estado de garantir a vivência desse direito na prática. Eles só fazem isso pra poucas mulheres da região metropolitana que tenham acesso a boa informação no movimento social ou na rede de serviços públicos- SUS (ENTREVISTADA 05).

Além disso, os serviços vivem sob ameaça política constante sobre seu funcionamento. De acordo com a entrevistada, os ataques reacionários espelhados pelo país com mais intensidade entre 2018 e 2022 impactam também na realidade de Pernambuco.

Ao longo das lutas históricas no Brasil pela legalização do aborto, as feministas têm acumulado não só prática política, como também estudos e análises pertinentes que contribuem para a compreensão desse momento histórico em que as forças políticas neoconservadoras se fortalecem a partir da retórica religiosa.

Segundo a entrevistada 05, essas forças não representam um projeto religioso, mas sim um projeto de poder, cujos componentes são grupos contrários aos direitos humanos; representantes do agronegócio, os ultraneoliberais que disputam o fundo público em favor da acumulação e concentração do capital, entre outros.

Essas forças são muito poderosas que começaram o golpe pra afastar Dilma, mantiveram Temer, aprovaram a reforma trabalhista e o teto dos gastos para liberar dinheiro para o lucro dos bancos, construíram o ódio ao PT para apoiar Bolsonaro, prenderam Lula pela lava jato e vêm esses anos todos perseguindo os serviços de aborto legal e as mulheres e crianças que precisam usar a lei pra fazer aborto legalizado. Além disso, eles também vêm perseguindo desde 2007, quando começou essa coalisão de forças conservadores – que eu nem chamo de conservadoras, vamos falar de reacionárias, porque conservador é apenas as pessoas que querem conservar as coisas como estão, esse povo é reacionário, eles querem ir pra um fundamento ontológico da razão divina, então é muito pior, então eles são reacionários e de ultradireita, porque eles não defendem a democracia, eles defendem a violência, trabalham de maneira maniqueísta, onde você tem os inimigos de Deus, da pátria, de tudo, e as feministas são as aborteiras, assassinas, comunistas que ameaçam suas ideias, contra os bons, os puros, os que não roubam, enfim, essa ideologia que é falsa pra eles mesmos (ENTREVISTADA 05).

Para as feministas que compõem a frente estadual, a derrota de Bolsonaro nas eleições de 2022 representou um importante avanço para as forças progressistas, contudo também apontam para novos desafios, uma vez que o projeto bolsonarista saiu vitorioso nas eleições legislativas.

Considerações Finais

Apesar do cenário atual apresentar desafios no que se à garantia do direito ao aborto no Brasil, há intensas disputas e contradições em torno do debate. No ano de 2023 assiste-se à retomada da discussão sobre a legalização e descriminalização do aborto no país até as 12 semanas no âmbito do STF (Supremo Tribunal Federal), ao mesmo tempo em que aumentam-se as resistências conservadoras para frear as conquistas nesse âmbito.

É preciso reconhecer, portanto, a força da resistência das feministas, dos profissionais de saúde, de juristas e outros grupos favoráveis aos direitos sexuais e reprodutivos que conseguiram não retroceder as mínimas conquistas quanto o direito ao aborto.

É fato que nos quatro anos em que estivemos sob a gestão do governo Bolsonaro nenhum serviço para aborto legal foi criado, mas é fato também que, mesmo diante dos ataques oriundos dos setores fundamentalistas, nenhum serviço de referência foi fechado. É importante esse reconhecimento, pois garantir o que já foi conquistado tem sido uma tarefa primordial diante da atual conjuntura de ataques aos direitos.

A Frente Estadual de Pernambuco Contra a criminalização das mulheres e pela legalização do aborto é fruto desse processo de resistência e contradições no interior da dinâmica da luta contra a estrutura capitalista-patriarcal-racista.

Mesmo com a magnitude, a complexidade e desigualdades existentes no Brasil, Pernambuco é um dos poucos estados que apresenta serviços de referência para mulheres em situação de violência e que contém estrutura e equipes organizadas exclusivamente para assistência dessas mulheres.

Contudo, a realidade pernambucana apresenta diferentes desafios e contradições. Foi possível observar através das entrevistas que, de modo geral, os serviços apresentam dificuldades de estruturação, principalmente no que se refere à organização das equipes, cuja composição encontra-se desfalcada há anos, além de baixo investimento em estudos, capacitações e educação continuada desses profissionais.

Há uma grande concentração dos serviços na capital trazendo como consequência a invisibilidade das demandas da população que vive no Sertão, no Agreste e em outras regiões do Estado, na medida em que não se observa um preparo dos profissionais para dar os encaminhamentos corretos às mulheres que demandam o acesso ao aborto pós-exposição a uma violência sexual. Isso é decorrente de dois principais fatores que são complementares entre si: a secundarização das demandas para o aborto previsto em lei e o fortalecimento das perspectivas conservadoras em torno desse debate.

Contudo, a dinâmica da realidade é constituída por múltiplas contradições. São os movimentos das diferentes correlações de forças que podem determinar os avanços e recuos. As organizações feministas têm cumprido importante tarefa ao longo dos anos na defesa da justiça reprodutiva, pela plena garantia ao acesso ao aborto previsto em lei, mas também pela sua legalização.

São essas lutas que possibilitam que hoje, apesar do fortalecimento das representações neoconservadores fundamentalistas e da extrema direita na política brasileira, e também na realidade pernambucana, os serviços de referência continuem



existindo e resistindo para garantir os dispositivos legais e defendendo os direitos sexuais e reprodutivos das pessoas que gestam.

Referências

CAMARGO, Thais Medina Coeli Rochel de. **Narrativas de políticas sobre o aborto no Brasil**: Uma análise a partir do narrativePolicyFramework. Tese de Doutorado (Curso de Doutorado em Ciência Política) – Departamento de ciência política, Faculdade de filosofia, letras e ciências Humanas – São Paulo, 2018

CORREIA, M. V. C. **Entre a Reforma Sanitária e o SUS**: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. dos. (org.). **Reforma Sanitária e contrarreforma na saúde**: interesses do capital em curso. Maceió: EDUFAL, 2015

COSTA, L. T. da C.; MÉLLO, L.; NOGUEIRA, P. T. A. **Desenvolvimento do capitalismo no Brasil e as tendências da Política de Saúde**. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo. v. 27, p. 1094-1104, 2018.

DAMASCO, Mariana Santos. MAIO, Marcos Chor. MONTEIRO, Simone. **Feminismo Negro**: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). Revista Estudos Feministas, Florianópolis, 20 (1): 344, Janeiro-Abril 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/NLv5Bs6zRGHhZCZ8859x9dS/?format=pdf&lang=pt>, acesso em 25/01/2023.

DAMIÃO, Nayara André. CÁRLOTO, Cássia Maria. **Direito ao Aborto no Brasil**: entre tentativas de retrocesso e resistências. Argum., Vitória, V. 15, n.1, p. 53-67, jan./abr. 2023/ ISSN: 2176-9575

JACOBS, Maria Gasino. **Oferta e realização de interrupção legal de gravidez no Brasil**: análise de dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina, 2021. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/235606/PGSC0322-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>, acesso em 24/01/2023

ROSAS, Cristiano Fernando; PARO, Helena Borges Martins da Silva. **Serviços de Atenção ao aborto previsto em lei**: desafios e agenda no Brasil. Publicado em Centro feminista de estudos e assessoria, em Março, 2021. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/index.php/pt/artigos-e-textos/4888-servico-de-atencao-ao-aborto-previsto-em-lei-desafios-e-agenda-no-brasil>, acesso em 20/01/2022

SOBRINHO, Délcio Fonseca. **Estado e população**: uma história do planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos [FNUAP], 1993