

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - UNISC  
CURSO DE DIREITO**

Renan Henriques Pletz

**A QUESTÃO DO ABORTO ENQUANTO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E  
AS POSSÍVEIS POLÍTICAS PÚBLICAS DO ESTADO BRASILEIRO PARA O SEU  
ENFRENTAMENTO**

Santa Cruz do Sul  
2023

Renan Henriques Pletz

**A QUESTÃO DO ABORTO ENQUANTO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E  
AS POSSÍVEIS POLÍTICAS PÚBLICAS DO ESTADO BRASILEIRO PARA O SEU  
ENFRENTAMENTO**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Caroline Muller Bittencourt.

Santa Cruz do Sul  
2023

## **AGRADECIMENTOS**

Inicialmente, gostaria de agradecer aos meus pais, Márcio e Sílvia Pletz, por me proporcionarem condições para ingressar na presente graduação e por todo incentivo e apoio que prestam a mim. Obrigado pai, por me ajudar nas pesquisas nos momentos em que eu estava com bloqueio, por ler e reler tudo o que escrevi, me auxiliando e incentivando nesse processo. Obrigado mãe, por todas as conversas de incentivo, pelos abraços e por me acompanhar em todos os momentos. Obrigado à minha irmã, Giulia Pletz, pela preocupação que tens comigo desde quando éramos pequenos, por me ajudar e por tudo. Obrigado ao meu padrinho, Marney Müller e seu filho, e meu amigo, João Müller, por todo apoio, pela compreensão com a minha ausência e por sempre estarem dispostos a me ajudar apesar da distância. Agradeço à minha madrinha, Glassi Marques, por todo carinho, afeto e apoio que me deu desde sempre. Quero agradecer a minha namorada, Thawane Theisen, por me motivar, por ser compreensiva e por sempre estar ao meu lado, me dando forças para que conquiste e realize meus sonhos. Obrigado aos meus amigos, Jaderson Eidt e Camyla Piel por me proporcionarem forças, pela parceria e compreensão pelos momentos em que não pude estar presente. Obrigado especial aos meus amigos Vinicius Scheibler, por me ajudar com as dúvidas de formatação, estrutura e desempenho da presente monografia, e Vagner Scheibler pelas madrugadas em que passou junto comigo, me ajudando a encontrar novas referências e materiais para que fossem agregados a este trabalho. Obrigado ao meu cunhado e amigo, João Prado, pelo incentivo e pela ajuda no estágio e neste trabalho. Agradeço à minha professora Orientadora Dra. Caroline Muller Bittencourt, pela paciência e compreensão que durante a elaboração desse trabalho de conclusão de curso. Obrigado à Pós-Dra. Rosana Helena Maas, pelo suporte na revisão dos aspectos metodológicos para elaboração desse trabalho. Por fim, obrigado aos amigos e familiares que não mencionei, mas que de alguma forma torcem pelo meu sucesso e felicidade.

## RESUMO

O presente trabalho monográfico possui como objetivo analisar o problema do aborto ilegal no Brasil como um problema de saúde pública, apontando quais ações dentro da política pública de saúde têm sido executadas pelo Estado, no sentido de combater as consequências dessa prática. Para tal fim, o norte orientador da presente pesquisa busca solucionar o seguinte questionamento: Quais as ações existentes hoje no Brasil, dentro da política pública de saúde, voltadas ao enfrentamento do problema do aborto e das consequências decorrentes de tal prática? Portanto, o trabalho inicia buscando identificar os direitos fundamentais à saúde no Brasil e os papéis das políticas públicas para sua concretização, e acaba entendendo que ao longo dos anos, o Brasil vem testemunhando uma árdua luta das mulheres pelos seus direitos de autonomia. Após, identificar e entender o problema do aborto ilegal no Brasil como um problema de saúde pública, onde passa-se a analisar dados e os impactos que se apresentam no âmbito do sistema de saúde. Após realizar essa análise, a pesquisa tratou de identificar ações, fundamentos teóricos para a descriminalização do aborto e a necessária proteção da autonomia de vontade e da condição de dignidade da mulher, apresentando proposições para o enfrentamento desses problemas de política pública. Para dar conta dessa tarefa, utiliza-se o método de abordagem dedutiva, a fim de analisar falta das políticas públicas que implicam o aborto e a saúde pública. Ademais, a técnica de pesquisa empregada será a bibliográfica, uma vez que a exploração da temática ocorrerá através de estatísticas, publicações e artigos. Por fim, pode-se inicialmente, afirmar que as consequências da prática de aborto ilegal vão muito além de religião e moralidade. Diante de tantos colaterais que a ilegalidade do aborto trás, observa-se as vantagens que a flexibilização, junto de novas políticas públicas podem trazer ao Brasil.

Palavras-chave: Autonomia e Dignidade da Mulher. Direito à Saúde. Políticas Públicas de Aborto.

## **ABSTRACT**

The aim of this monographic work is to analyze the problem of illegal abortion in Brazil as a public health problem, pointing out what actions within public health policy have been carried out by the state to combat the consequences of this practice. The guiding principle of this research seeks to answer the following question: What actions exist today in Brazil within public health policy aimed at tackling the problem of abortion and the consequences of this practice? Therefore, the work begins by seeking to identify the fundamental rights to health in Brazil and the roles of public policies in their realization and ends up understanding that over the years, Brazil has witnessed an arduous struggle for women for their rights to autonomy. After identifying and understanding the problem of illegal abortion in Brazil as a public health issue, we analyzed the data and its impact on the health system. After carrying out this analysis, this research attempted to identify actions, theoretical foundations for the decriminalization of abortion, and the necessary protection of the autonomy of will and the condition of women's dignity, presenting proposals for tackling these public policy problems. To accomplish this task, a deductive approach will be used to analyze the lack of public policies involving abortion and public health. In addition, the research technique employed will be bibliographical, as the theme will be explored through statistics, publications, and articles. Finally, it can be said that the consequences of illegal abortion go far beyond religion and morality. Faced with the many collateral effects of illegal abortion, we can see the advantages that make abortion more flexible, together with new public policies, can bring to Brazil.

**Keywords:** Public policies on abortion. Right to Health. Women's autonomy and dignity.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>06</b>
<b>2</b>	<b>O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO BRASIL E O PAPEL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SUA CONCRETIZAÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2.1</b>	<b>As políticas públicas e seu papel fundamental para garantia de saúde no Brasil .....</b>	<b>08</b>
<b>2.2</b>	<b>O direito à saúde como um direito fundamental social na Constituição de 1988 .....</b>	<b>11</b>
<b>2.3</b>	<b>O papel do SUS na organização da política pública de saúde.....</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>O PROBLEMA DO ABORTO ILEGAL NO BRASIL: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<b>O aborto ilegal como um problema de saúde pública para as mulheres e o Brasil .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2</b>	<b>O aborto ilegal: um mapeamento e diagnóstico.....</b>	<b>22</b>
<b>3.3</b>	<b>Aborto e as consequências de sua legalização ao redor do mundo .....</b>	<b>24</b>
<b>3.4</b>	<b>O perfil da mulher que aborta e suas consequências no âmbito jurídico, social e psicológico.....</b>	<b>29</b>
<b>3.5</b>	<b>O problema do aborto como um problema de saúde pública: os impactos no âmbito do sistema de saúde.....</b>	<b>35</b>
<b>4</b>	<b>AÇÕES DENTRO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL PARA ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA DO ABORTO ILEGAL: DO DIAGNÓSTICO ÀS PROPOSIÇÕES DE MELHORIA.....</b>	<b>40</b>
<b>4.1</b>	<b>Fundamentos teóricos para a descriminalização do aborto: a necessária proteção da autonomia da vontade e da condição de dignidade da mulher .....</b>	<b>40</b>
<b>4.2</b>	<b>Proposições para o seu enfrentamento como um problema de saúde pública.....</b>	<b>45</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>48</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O tema proposto para essa pesquisa está relacionado à saúde pública no Brasil, com especial olhar a relação das Mulheres e o aborto ilegal ante a Constituição Federal Brasileira. Para tanto, se faz uma análise do papel das políticas públicas do país a partir do Direito Fundamental à saúde na Constituição de 1988.

Nesse sentido, o trabalho busca entender qual o impacto sofrido pelo Brasil e principalmente pelas mulheres diante de um cenário mundial, no qual em diversos países há a legalização do aborto.

Partindo dessa questão em que, contextualizado o cenário brasileiro, a pesquisa apresenta o seguinte problema: Quais as ações existentes hoje no Brasil, dentro da política pública de saúde, voltadas ao enfrentamento do problema do aborto e das consequências decorrentes de tal prática?

Assim, o objetivo central desse projeto é analisar o problema do aborto ilegal no Brasil como um problema de saúde pública, apontando quais ações dentro da política pública de saúde tem sido executada pelo estado, no sentido de combater as consequências dessa prática.

Para tanto foi preciso analisar o direito fundamental à saúde no Brasil e o papel das políticas públicas para sua concretização. Pois assim é possível demonstrar o problema do aborto ilegal como um problema de saúde pública, bem como diagnosticar as ações existentes no âmbito da política pública de saúde no sentido de enfrentamento dos problemas e das consequências geradas por tal prática.

Seguindo essa lógica, buscou-se analisar as consequências da prática de aborto ilegal, pois diante de tantos colaterais que a ilegalidade do aborto trás, o presente estudo pretende demonstrar as vantagens que a flexibilização, junto de novas políticas públicas podem trazer ao Brasil. Apontando a vulnerabilidade das mulheres que fazem essa prática, o número de mortes e consequências para a saúde física e psicológica.

Nesse primeiro momento do estudo constatou-se que ao decorrer dos anos, à medida que o direito à saúde foi se estabelecendo, a batalha pelas mulheres em busca de reconhecimento de plena participação na cidadania pela igualdade e pela garantia de seus direitos civis avançou, coincidindo com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Pode-se verificar que, o sistema de saúde que vivenciamos e conhecemos hoje, passou a se moldar, com a necessidade de ser equitativo, garantindo esse direito plenamente às mulheres.

No segundo momento do estudo a intenção foi de compreender o problema do aborto ilegal no Brasil como um problema de saúde pública, no qual verificou-se o problema que a legislação específica tem por se limitar a penalizar praticamente todo e qualquer tipo de aborto, salvo quando for resultado de estupro ou risco à vida da gestante.

Com esse objetivo analisou-se em primeiro momento o problema de saúde pública para as mulheres e o Brasil, expondo dados procedimentos legais que o Sistema Único de Saúde (SUS) realizou, e dados de pós abortos ilegais realizados pelo mesmo sistema. Momento o qual verificou-se uma grande discrepância numérica. Abordou-se também, no mesmo levantamento, dados e estatísticas de macrorregiões do Brasil, apresentando uma razão de mortalidade materna específica por aborto no território Nacional. Ainda, analisou-se as consequências da legalização do aborto ao redor do mundo, expondo dados atuais de países diversos.

O último capítulo do estudo teve a intenção de verificar as ações dentro da política pública de saúde no Brasil para o enfrentamento do problema do aborto ilegal, desde o diagnóstico às proposições de melhoria. Onde percebe-se que apesar de haver fundamentos teóricos para a descriminalização do aborto, há a necessidade de desenvolvimento de novas políticas públicas para a garantia de proteção da autonomia da vontade e da dignidade da mulher.

E foi analisado as proposições de enfrentamento como um problema de saúde pública, onde constatou-se que, tendo em vista a sua importância, o direito à saúde e liberdade da mulher deve ser preservado, ressaltando a necessidade de estabelecer uma nova estrutura técnica e adequada para a realização primeiramente em abortos legais, incluindo em casos que ultrapassam o limite gestacional. Devendo primeiramente haver proteção dos direitos já existentes pelo sistema jurídico nacional.

## **2 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO BRASIL E O PAPEL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SUA CONCRETIZAÇÃO**

Ao longo dos anos, o Brasil testemunhou e ainda está testemunhando uma árdua luta das mulheres pelos direitos de autonomia profissional e de seus corpos, o que inclui também a sua saúde.

Nos subtópicos a seguir, apresenta-se a dificuldade que os Estados enfrentam para garantir à saúde para as pessoas, que também se dá da necessidade de uma regulamentação do Direito Administrativo e de novas políticas públicas que possuem papel primordial na garantia da concretização dos direitos garantidos.

### **2.1 As políticas públicas e seu papel fundamental para garantia de saúde no Brasil**

Quando falamos de saúde, uma série de desafios vem à tona em relação a quais os conhecimentos científicos tem sido objeto de debate ao decorrer dos séculos. Por ser de natureza instintiva do ser humano, preservar a vida é assunto de preocupação desde os primórdios das antigas civilizações (MÂNICA, 2012).

Com o decorrer do século XX, à medida que o direito à saúde foi se estabelecendo em tratados internacionais e incorporado às Constituições de diversas nações, houveram progressos notáveis tanto no campo do conhecimento científico quanto no âmbito dos custos relacionados à prestação de serviços de saúde. Repara-se que, ao contrário de muitos outros setores, o avanço tecnológico na área da saúde não ocasiona a diminuição de custos envolvidos (MÂNICA, 2012).

Isso deve-se ao fato de que, em grande parte, a flexibilidade do conceito atual de saúde, que para muitos é considerado como um objetivo a ser incessantemente buscado (MÂNICA, 2012).

Portanto, a dificuldade presente que os Estados enfrentam ao tentar regular suas ações de forma eficaz para garantir a saúde das pessoas decorre justamente da necessidade de definir com precisão até que ponto se estende o direito à saúde. Nesse caso, fica claro que o debate sobre o direito à saúde nos dias de hoje não pode se restringir apenas ao domínio conceitual, já que a complexidade da questão se manifesta principalmente na aplicação prática, a qual é sujeita à regulamentação do Direito Administrativo (MÂNICA, 2012).

Conforme disposto na Constituição Brasileira de 1988, o Estado possui a responsabilidade de garantir o acesso às ações e serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde de todas as pessoas. A Constituição confere uma seção inteira à regulamentação da saúde e estrutura a atuação estatal com base em princípios como universalidade e igualdade de acesso, descentralização administrativa, integralidade de atendimento, participação da comunidade e complementaridade da prestação privada (MÂNICA, 2012).

Ao ser desenvolvido o Sistema Único de Saúde (SUS), representou um grande avanço nos direitos básicos e fundamentais, como o direito à vida para o povo, sem distinções de qualquer espécie. Com isso, o direito à saúde deixou de ser apenas um direito individual, tornando-se uma responsabilidade do Estado, ou seja, responsável por fornecer as condições favoráveis e necessárias para a garantia desse direito (COSTA; GONÇALVES, 2019).

Nesse contexto, ocorreu a batalha das mulheres em busca de reconhecimento de plena participação na cidadania em igualdade e pela garantia dos seus direitos civis. O ápice desse movimento aconteceu por meados dos anos 80, que coincide com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) (COSTA; GONÇALVES, 2019).

Nesse momento, o sistema de saúde que vivenciamos e conhecemos hoje, começou a se moldar, com a necessidade e obrigação de ser equitativo abrangendo todo o território nacional, garantindo esse direito plenamente às mulheres, e assegurando sua eficiência, eficácia e efetividade (COSTA; GONÇALVES, 2019).

A Constituição Federal de 1988 exerceu um papel fundamental para o reconhecimento e empoderamento das mulheres, tornando um marco importante na promoção da sua cidadania plena (COSTA; GONÇALVES, 2019).

Em conjunto com outros eventos, como as lutas sociais travadas pelas mulheres, em busca de empoderamento e seus direitos ao longo da história, contribuíram com a criação das chamadas políticas públicas, nesse sentido, aquelas que seriam especialmente voltadas para as mulheres (COSTA; GONÇALVES, 2019).

As políticas públicas surgiram com o propósito de firmar uma das maneiras de interação e diálogo entre a sociedade civil e o Estado, uma vez que o Estado possui legitimidade para proporcionar as condições de vida adequadas à sociedade civil (COSTA; GONÇALVES, 2019).

As políticas públicas passariam a agir com o objetivo de satisfazer as demandas, principalmente dos grupos sociais excluídos, das esferas pouco organizadas, dos

setores marginalizados, e dos segmentos mais vulneráveis, nos quais as mulheres se encontram. Em outros termos, no contexto do direito, passa a ser assegurado o acesso a saúde às mulheres por meio dessas políticas (COSTA; GONÇALVES, 2019).

Dessa forma, surgiu a Política Nacional para as Mulheres, com o objetivo de combater as desigualdades enfrentadas por elas e regulamentar essa luta. As políticas públicas destinadas as mulheres são fundamentadas de maneira a abordar integralmente as necessidades das mulheres, incluindo diretrizes que abordam além dos aspectos sociais, mas quanto as questões de saúde das mulheres, aos direitos sexuais e reprodutivos, fatores esses que são indispensáveis e essenciais para a prestação de serviços a esse público (COSTA; GONÇALVES, 2019).

Como medida de melhoria aos elevados índices de mortalidade materna, o Ministério da Saúde propôs a implementação de Comitês de Estudo e Prevenção de Mortes Maternas, uma estratégia promissora que possibilita aos estados e municípios a desenvoltura de políticas públicas mais eficazes para a garantia e cuidado das mulheres durante o planejamento familiar, bem como durante a gravidez, no parto, no pós-parto e nos casos de aborto (COSTA; GONÇALVES, 2019).

A criação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) em 1983, estabelecido pela Resolução 123 do INAMPS, resultou da convergência de interesses e perspectivas do movimento de saúde pública e do movimento feminista. Esse programa disseminou-se pela rede de serviços de saúde como uma nova abordagem na compreensão e na ação relacionadas à saúde da mulher, com o objetivo de integrá-la como participante ativa no cuidado de sua própria saúde. Esse evento representou um marco histórico nas políticas públicas (COSTA; GONÇALVES, 2019).

Nesse contexto, a integralidade, um dos princípios fundamentais e ideológicos do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser compreendida como o resultado da atitude ética e técnica dos profissionais de saúde, juntamente com a adaptação da estrutura dos serviços de saúde, implicando diretamente em melhorias nos serviços prestados, especialmente em relação às necessidades específicas das mulheres (COSTA; GONÇALVES, 2019).

Em 1º de janeiro de 2003, com o propósito de organizar a elaboração, coordenação e integração de políticas destinadas a promover a igualdade entre mulheres e homens, houve a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, por sua vez, foi precedida pela fundação da Secretaria Especial

de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) (COSTA; GONÇALVES, 2019).

Nesse cenário, em julho de 2004, o Governo Federal deu um passo fundamental na promoção das mudanças necessárias para a melhoria dos serviços de saúde ao realizar a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM), evento que marcou o início de uma nova era na consolidação dos direitos da mulher e representou o ponto de partida para a institucionalização do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (COSTA; GONÇALVES, 2019).

Com o intuito de enfrentar as desigualdades entre as mulheres e os homens, foi criado O Plano Nacional de Políticas Para as Mulheres, reconhecendo o papel fundamental do Estado por meio de ações e políticas públicas. Ele atua na luta contra as desigualdades sociais, com o foco em quatro áreas de atuação consideradas as mais importantes e urgentes. Dentre essas são: 1 Promoção da autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; 2 Promoção de uma educação inclusiva e não sexista; 3 Melhoria da saúde das mulheres, promoção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos (que são o foco deste estudo); 4 Enfrentamento da violência contra a mulher (COSTA; GONÇALVES, 2019).

## **2.2 O direito à saúde como um direito fundamental social na Constituição de 1988**

Com o objetivo de buscar o bem-estar social e a justiça social, o direito à saúde foi incluído na Constituição Federal de 1988, conforme o seu art. 6º, o qual determina como direitos sociais fundamentais a educação, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção a maternidade e a infância, e a saúde (MOURA, 2017).

A Constituição Federal reconhece em seu art.196, a saúde como direito de todos e obrigação do Estado, que deve ser garantido através de políticas públicas e econômicas que se destinam à redução do risco de doenças e outros problemas de saúde, como também ao acesso universal e igualitário a iniciativas e serviços destinados à sua promoção, recuperação e proteção (MOURA, 2017).

O direito à saúde, uma vez que intrinsecamente ligado ao direito à vida, evidencia a proteção constitucional à dignidade da pessoa humana. Sendo assim, a inclusão de um capítulo específico para abordá-lo, reflete a atenção e o zelo dedicado a esse valor

jurídico, sendo o direito à saúde, dentre os direitos sociais, possui suma relevância (MOURA, 2017).

Ao estabelecer a saúde como um direito social fundamental, reconhecida na Constituição Federal de 1988, o Estado tinha o compromisso com a realização das ações afirmativas, conseqüentemente, a obrigação de desenvolver políticas públicas sociais e econômicas para a promoção, proteção e recuperação da saúde (MOURA, 2017).

Sabe-se que o cumprimento da norma constitucional está diretamente ligado à realização dos procedimentos a serem conduzidos pelo Estado, como o estabelecimento de estruturas organizacionais para a realização da finalidade constitucional de promover, proteger e recuperar a saúde (MOURA, 2017).

Sendo assim, fica evidente o dever do Estado de instituir e promover a criação de órgãos aptos a atuarem na tutela dos procedimentos e direitos adequados à promoção e proteção da saúde (MOURA, 2017).

Conforme o pesquisador Alexy (2008) apud Moura (2017, <https://professor.pucgoias.edu.br>) “as normas de organização e procedimento devem ser criadas de forma que o resultado seja, com suficiente probabilidade e em suficiente medida, conforme os direitos fundamentais.” Sarlet (2009) apud MOURA (2017, <https://professor.pucgoias.edu.br>), por sua vez, afirma que

Se os direitos fundamentais são, sempre e de certa forma, dependentes da organização e do procedimento, sobre estes também exercem uma influência que, dentre outros aspectos, se manifesta na medida em que os direitos fundamentais podem ser considerados como parâmetro para a formatação das estruturas organizatórias e dos procedimentos, servindo, para além disso, como diretrizes para a aplicação e interpretação das normas procedimentais.

Sobre a vinculação entre direitos fundamentais, organização e procedimento, Sarlet (2009) apud MOURA (2017, <https://professor.pucgoias.edu.br>) aponta que “os direitos fundamentais são, ao mesmo tempo e de certa forma, dependentes de organização e do procedimento, mas simultaneamente também atuam sobre o direito procedimental e as estruturas organizacionais”. Logo, Segundo Moura (2017, <https://professor.pucgoias.edu.br>) “Isso implica que ao mesmo tempo que o Estado possui o compromisso de proteção, devendo ser efetivados por meio das normas administrativas, a extensão e limites dessas normas são impostas pela própria constituição.”

Referindo-se ao direito à saúde, a Constituição Federal de 1988, em seus arts. 198 a 200, atribuiu ao Sistema Único de Saúde (SUS), a responsabilidade pela

coordenação e execução das políticas destinadas à proteção e promoção da saúde no Brasil. Não se limitando a apenas prever a necessidade de criar uma estrutura organizacional para garantir o direito à saúde, como também delineou como esse órgão administrativo deveria atuar, e os objetivos que deveria buscar, sendo a visão inicial de como seria o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). (MOURA, 2017).

Acontece que mesmo com tantas disposições constitucionais, as atribuições do Sistema Único de Saúde só seriam concretizadas por meio da elaboração de leis específicas na área da Saúde. Dessa forma, foram criadas as leis federais 8080, de 19 de setembro de 1990 e a 8142, de 28 de setembro de 1990, as quais tratam sobre as atribuições e funcionamento do Sistema Único de Saúde, e sobre a participação da comunidade em sua gestão, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (MOURA, 2017).

O direito sanitário inclui não apenas a Constituição Federal de 1988 e as leis relacionadas à saúde, mas também as portarias e protocolos do SUS, sendo essencial que todas as normas atendam ao propósito de garantir o direito à saúde. (MOURA, 2017).

Uma vez que encarregado de garantir a concretização do direito à saúde, o Estado possui responsabilidade sobre a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde, portanto, o acesso abrangente aos medicamentos, por integrar a política de sanitária, se insere diretamente no âmbito da concretização do direito à saúde. Como consequência, as políticas relacionadas aos fármacos deverão estar em conformidade com a obrigação constitucional de relevância pública. (MOURA, 2017).

### **2.3 O papel do SUS na organização da política pública de saúde**

O Sistema único de Saúde (SUS) desempenha um papel de extrema importância no cenário de saúde no Brasil. Sua importância não se limita apenas à sua estrutura

organizacional e ao modelo de atendimento aos pacientes, mas também está relacionada à transformação que ele trouxe na maneira como assistência à saúde é planejada, concebida, implementada e praticada no país (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A inovação, relacionada aos princípios e à própria natureza da proposta do sistema, assim como a qualidade das discussões e a produção intelectual no campo da saúde. De outra forma, a característica conservadora se manifesta na limitada institucionalização que se dá entre a concepção das ações transformadoras na área da saúde e na sua efetiva implementação (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A falta de alinhamento entre os conceitos e os regulamentos modernos e a natureza conservadora das práticas de saúde, torna evidente que se concentram em um modelo de atendimento voltado para as soluções imediatas, medicalização da saúde e tecnologia avançada com o foco nos hospitais (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), contou com uma ampla participação da sociedade civil, as quais envolvia inúmeros setores (como agentes públicos, usuários, prestadores de serviços e outros). Dessa forma, manifestou-se de maneira concreta por meio de eventos como as Conferências Nacionais de Saúde, além de aprofundados debates acadêmicos sobre o assunto (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A Constituição Federal, estabeleceu diretrizes políticas no âmbito nacional, dentre as quais destacam-se os principais princípios que moldaram a transformação do Sistema de Saúde no Brasil. Estabeleceu-se a criação do SUS em 1988, que teve como princípio fundamental proporcionar o acesso igualitário e universal às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Evidencia-se também, no texto constitucional, a intenção de transferir o poder do núcleo para as regiões circundantes, com foco na descentralização, fortalecendo a autonomia dos municípios, contando também com a participação da sociedade. Enquanto a União e os Estados são responsáveis por fornecer apoio técnico e financeiro, os municípios são responsáveis por oferecer serviços de assistência à saúde e à população (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS), teve sua regulamentação concretizada em 1990 (com a aprovação das Leis no. 8.080 e no. 8.142). Sendo que houveram vetos presidenciais significativos em relação à diversos artigos, principalmente no que diz respeito aos mecanismos de transferência de recursos financeiros (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Nesse sentido, o artigo 35 da Lei nº 8.080, representa um marco inicial de partida para a construção de um sistema de financiamento que facilite, ao invés de dificultar a implementação dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

O sistema de saúde deve ser efetivado por meio de um conjunto de ações e serviços de saúde que são ofertados por órgãos e instituições públicas em âmbito municipal, estadual e federal, tanto na administração direta quanto indireta, além das funções que são mantidas pelo poder público, enquanto a participação da iniciativa privada deve ser complementar (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

As finalidades do Sistema Único de Saúde (SUS), são definidas pela prestação assistencial à população com base em modelos de promoção da saúde, acarretando no desenvolvimento de ações destinadas a eliminar ou controlar as causas e motivos de doenças e agravos, ou seja, determinando ou condicionando a ocorrência de enfermidades; proteção à saúde através de ações que almejam prevenir as exposições e os riscos à doenças e agravos à saúde, ou seja, a fim de preservar o estado de saúde; desenvolvimento de ações de recuperação da saúde, a fim de evitar óbitos e sequelas em pessoas que já foram afetadas por processos mórbidos. (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), segue princípios doutrinários fundamentais, sendo esses, a equidade, universalidade, e a integralidade das ações de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A universalidade, prevista no inciso I do art.198 da Constituição Federal, garante o direito ao acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a equidade, prevista no inciso IV do referido artigo, assegura que todos os indivíduos sejam tratados igualmente perante o Sistema Único de Saúde (SUS), recebendo atendimento conforme suas necessidades, objetivando reduzir as desigualdades existentes; a integralidade, prevista no inciso II do artigo supramencionado, pressupõe que todas as ações relacionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde estejam interligadas formando um conjunto indivisível. Significando que as unidades prestadoras de serviços independentemente de seu grau de complexidade, devem trabalhar de forma integrada, constituindo um sistema capaz de oferecer assistência completa aos usuários (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Concomitantemente à criação, a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), é pautada por cinco princípios fundamentais, que compreendem a

regionalização e hierarquização, descentralização, resolutividade, complementariedade e participação ativa dos cidadãos (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A regionalização e a hierarquização, a fim de orientar a organização da rede de serviços de saúde, garantem que todas as regiões possuam acesso aos serviços de saúde em diferentes níveis de atuação, estabelecendo em uma hierarquia, a qual possibilita uma compreensão mais aprofundada quanto aos problemas de saúde em áreas delimitadas. De forma que favorece as ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além de proporcionar o atendimento ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A resolutividade exige a preparação dos serviços de saúde para lidar de forma efetiva com as demandas individuais e com problemas de saúde de impacto coletivo, resolvendo-os de acordo com a sua complexidade (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A descentralização envolve a redistribuição das responsabilidades das ações e serviços de saúde entre os diversos níveis de governo, alcançando o nível municipal.

O controle social, qual seria a participação ativa dos cidadãos, assegura que a população, através de entidades representativas, participe na elaboração das políticas de saúde e no monitoramento de sua implementação em todos os níveis, desde o federal até o local (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Por fim, a complementariedade do setor privado é prevista quando há necessidade de contratação de serviços privados, a fim de complementar os serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Depois de analisar os direitos fundamentais à saúde no Brasil e o papel das políticas públicas para a sua concretização, seguiremos para o tópico seguinte, o qual aborda o problema do aborto ilegal no Brasil quanto um problema de saúde pública.

### **3 O PROBLEMA DO ABORTO ILEGAL NO BRASIL: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

Como um grande problema de saúde pública no Brasil, verifica-se que a legislação específica sobre esse tema se delimita apenas a criminalizar todo e qualquer tipo de aborto realizado, salvo quando a mulher estiver grávida de um feto anencéfalo ou que a gravidez seja resultante de estupro.

Acontece que, essas delimitações que a Constituição brasileira impõe tendem a prejudicar e promover a prática contínua de aborto ilegal, uma vez que a ilegalidade não impede que as práticas ocorram.

Ver-se-á no subtópico que segue, uma série de ações que tornam o aborto ilegal no Brasil, um problema de saúde pública, apresentando estatísticas que provam que o aborto diante da Constituição Federal, é na verdade, uma forma de punir as mulheres que realizam o mesmo.

#### **3.1 O aborto ilegal como um problema de saúde pública para as mulheres e o Brasil**

Um grande problema que nos deparamos no Brasil é acreditar que a existência de uma legislação específica para punir e proibir a prática do aborto ilegal seja suficiente para cessar ou sequer diminuir as estatísticas. Constatou-se que no primeiro semestre de 2020, o número de mulheres atendidas em todo o país pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em razão dos abortos malsucedidos foi 79 (setenta e nove) vezes maior que o número de interrupções previstas em lei (ACAYABA; FIGUEIREDO, 2020).

De acordo com os dados levantados, de janeiro a junho de 2020, o SUS fez 1.024 (mil e vinte e quatro) abortos legais em todo o Brasil, sendo que, no mesmo período, realizou 80.948 (oitenta mil novecentos e quarenta e oito) processos de curetagens e aspirações, sendo estes procedimentos necessários para a limpeza do útero após um aborto incompleto (ACAYABA; FIGUEIREDO, 2020).

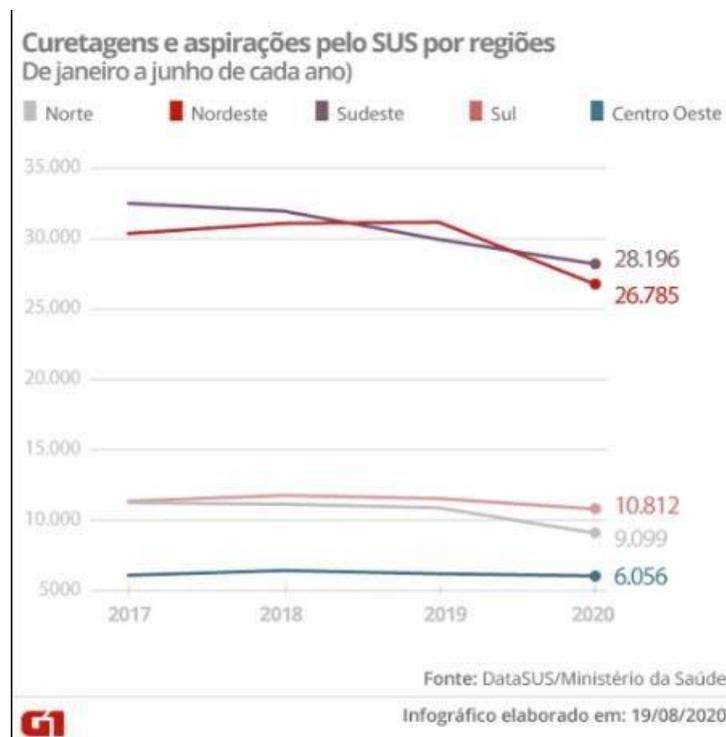
Leva-se em conta que os dados que seguem são menores que do ano anterior, possivelmente por conta da pandemia de Covid-19. Apesar de que a proporção se mantém semelhante (FIGURA 1) (ACAYABA; FIGUEIREDO, 2020).

FIGURA 1 – Número de procedimentos legais no SUS



Fonte: (ACAYABA; FIGUEIREDO, 2020, [https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/08/20/sus-fez-809-mil-procedimentos-apos-abortos-malsucedidos-e-1024-interruptoes-de-gravidez-previstas-em-lei-no-1o-semester-de-2020.ghtml?utm\\_source=whatsapp&utm\\_medium=share-bar-mobile&utm\\_campaign=materias](https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/08/20/sus-fez-809-mil-procedimentos-apos-abortos-malsucedidos-e-1024-interruptoes-de-gravidez-previstas-em-lei-no-1o-semester-de-2020.ghtml?utm_source=whatsapp&utm_medium=share-bar-mobile&utm_campaign=materias))

FIGURA 2 – Números por região



Fonte: (ACAYABA; FIGUEIREDO, 2020, [https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/08/20/sus-fez-809-mil-procedimentos-apos-abortos-malsucedidos-e-1024-interruptoes-de-gravidez-previstas-em-lei-no-1o-semester-de-2020.ghtml?utm\\_source=whatsapp&utm\\_medium=share-bar-mobile&utm\\_campaign=materias](https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/08/20/sus-fez-809-mil-procedimentos-apos-abortos-malsucedidos-e-1024-interruptoes-de-gravidez-previstas-em-lei-no-1o-semester-de-2020.ghtml?utm_source=whatsapp&utm_medium=share-bar-mobile&utm_campaign=materias))

Cabe mencionar que o SUS não possui dados para informar quanto às mulheres que receberam atendimento por conta do aborto clandestino, mas acredita-se que as mesmas fazem parte do grupo que tiveram que se submeter alguns dos 80.948 atendimentos realizados no 1º semestre de 2020 (ACAYABA; FIGUEIREDO, 2020).

Sueda (2022), aponta que em relação as medidas de saúde pública adotadas pelo Estado, o art. 196 da Constituição Federal, estipula que o Estado está comprometido em adotar medidas de cunho político, social e econômico com a finalidade de promover, proteger e recuperar a saúde da população, afim de diminuir os danos que afetam as pessoas.

Art. 196. 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. (BRASIL, 1988, [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)).

Desse modo, ao estabelecer relação entre cada um desses elementos e a questão da criminalização do aborto, há de se relacionar cada um dos aspectos com a criminalização do aborto. Começando pelos políticos: podemos considerar inviável punir dezenas de milhares de mulheres e pessoas que praticam ou induzem o aborto uma vez que o sistema judiciário sequer sustenta penalizar crimes de mais graves. Uma lei de 1940 cuja pena varia de 1 a 4 anos de reclusão, que nitidamente não atende mais as necessidades da sociedade (SUEDA, 2022).

Enquanto a questão social: em um país em que a desigualdade social é discrepante no momento em que se analisa o aborto no Brasil, mulheres que não possuem condições financeiras ficam sujeitas a todo o tipo de exploração, agressão física e psicológica que a situação clandestina transgride. As que possuem situação financeira mais favorável, que podem arcar com os custos de “clínicas” de aborto de aproximadamente R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), conseguem realizar o aborto com segurança mínima do ponto de vista médico. Porém, todas correm grandes riscos ao se sujeitar a esses procedimentos. Importante lembrar dos casos trágicos e recentes de Jandira dos Santos Cruz e Elisângela Barbosa, vítimas do aborto ilegal no Rio de Janeiro (SUEDA, 2022).

As negociações acontecem de forma simplificada:

[...] 'R\$ 4,5 mil'. O ex-marido faz referência ao celular onde haveria o registro das negociações com uma intermediadora da clínica chamada de 'Dra. Rose'. A justificativa para o aborto foi o medo de perder o emprego. (LUNA, 2017, <https://www.scielo.br/j/ref/a/dx4mp46ShZsjCZwfzJgMmmG/>)

Seguindo para a questão econômica: o ginecologista Jefferson Drezett, coordenador do Ambulatório de Violência Sexual e de Aborto Legal do Hospital Pérola Byington, em São Paulo, afirma que

[...] os recursos que gastamos para tratar as graves complicações do aborto clandestino são muito maiores que os recursos de que precisaríamos para atender as mulheres dentro de um ambiente seguro e minimamente ético e humanizado. (ARAUJO, 2015, <https://mobilizadores.org.br/noticias/aborto-uma-questao-de-saude-publica/>)

Mais um argumento, ressaltado por Araujo (2015, <https://mobilizadores.org.br/noticias/aborto-uma-questao-de-saude-publica/>) e extremamente válido, é o que retrata exatamente o que as mulheres passam e são obrigadas a conviver diariamente há anos: na avaliação do juiz criminal José Henrique Torres, integrante de uma Comissão Especial de Juristas que luta pela mudança no código penal brasileiro, “[...] a criminalização do aborto não tem nada a ver com a proteção do feto. Ela é, na verdade, o controle da sexualidade feminina”.

Ensejando o parágrafo mencionado acima, relembramos de recentes casos onde o direito ao Aborto foi negado para vítimas de estupro, mesmo quando a Lei 12.845, de 2013, regulamenta o atendimento obrigatório e integral a pessoas em situação de violência sexual, o qual não obriga que a mulher apresente boletim de ocorrência, nem faça exame de corpo de delito. Mas mesmo assim, diversos hospitais exigem tais documentos (boletim de ocorrência e exame de corpo de delito), a fim de comprovar a necessidade da realização do aborto após um estupro, ou simplesmente se negam a realizar o aborto legal (BREDOFW, 2020).

Exemplo disso foi o caso da menina de 10 (dez) anos que engravidou após ter sido estuprada pelo tio no Espírito Santo. A equipe médica do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (Pavivi), em Vitória, no Espírito Santo, se recusou a fazer o aborto legal. Diante disso, ela foi levada para Pernambuco, onde fez a interrupção. Caso denunciado em 08/08/2020 (BREDOFW, 2020).

Ainda sobre o caso acima, Bredofw (2020, <https://g1.globo.com/es/espírito-santo/noticia/2020/08/08/menina-de-10-anos-engravidada-depois-de-ser-estuprada-em>

-sao-mateus-es.ghtml) traz a fala de Jefferson Drezzet, ginecologista e obstetra, que menciona:

Há oitenta anos, desde 1940, a lei brasileira prevê aborto legal em casos de estupro. O serviço de saúde no Brasil teve 80 anos para solucionar essa questão, para dar uma solução e uma resposta para as mulheres. Se não pelo respeito aos direitos humanos, ainda que o estado brasileiro seja misógino, ele deveria ter resolvido isso há 80 anos pela força da lei. Mas ele vai continuar não resolvendo, porque absolutamente nada tem acontecido. O caso dessa menina do Espírito Santo não é excepcional, a gente vê cotidianamente mulheres que têm o acesso ao seu direito negado.

Outro exemplo foi o caso da menina de 11 (onze) anos que foi vítima de estupro, que descobriu estar com 22 (vinte e duas) semanas de gravidez ao ser encaminhada para um hospital em Florianópolis, unidade que negou o procedimento pois só realizaria a interrupção com até 20 semanas de gestação. Caso ocorrido em 2022 (MAYER, 2022)

A proibição do aborto no Brasil não faz com que a quantidade de procedimentos diminua. As mulheres praticam e continuarão praticando o aborto, e partindo deste pressuposto, por haver omissão das políticas de saúde, aproximadamente um quinto das mulheres brasileiras ficam expostas a um risco evitável e desnecessário. Risco este que, segundo o Ministério da Saúde em 2018, estimasse o gasto de R\$ 500.000,00 (quinhentos milhões de reais) para tratar das consequências dos abortos inseguros. Invés de reduzir o número de abortos inseguros, a criminalização está agravando o problema presente (ARAUJO, 2015).

Araujo (2015, <https://mobilizadores.org.br/noticias/aborto-uma-questao-de-saude-publica>), contempla em sua pesquisa o posicionamento da Organização Mundial de Saúde, que diz que “o aborto inseguro acontece quando a interrupção da gravidez é praticada por um indivíduo sem prática, habilidade e conhecimentos necessários, ou em ambiente sem condições de higiene”.

Sendo assim, descriminalizar o aborto deve ser visto como uma medida de proteção à saúde das mulheres, pois de qualquer forma, legal ou ilegalmente, irão continuar realizando procedimentos abortivos. De maneira racional, a fim de substituir o moralismo, observa-se que o que pode realmente diminuir o índice de aborto não é a criminalização, e sim a contracepção, o que implicaria em atuar a favor das mulheres, preservando a saúde das mesmas. Combinando a políticas públicas de prevenção, a descriminalização pode, na verdade, ser uma componente essencial de

um projeto voltado para a proteção da saúde reprodutiva, o que por sua vez, pode resultar na diminuição do número dos abortos (SUEDA, 2022).

Ante o exposto, apresentam-se os motivos para um novo tipo de visão sobre como deve ser tratada a legalidade do aborto, deixando de priorizar o moralismo de base religiosa, e considerar a possibilidade de uma política mais ampla de saúde pública (SUEDA, 2022).

Enfrentar o fenômeno do aborto como uma questão de saúde pública significa entendê-lo como uma questão de cuidados em saúde e não como um ato de infração moral de mulheres consideradas levianas. Compreender o aborto como uma questão de saúde pública em um Estado laico e plural representa um novo caminho de argumentações, no qual o campo da saúde pública no Brasil suscita complexas e relevantes evidências para o debate. (DINIZ, 2007, p.96).

### **3.2 O aborto ilegal: um mapeamento e diagnóstico**

De acordo com estudo realizado, o qual é baseado em estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 55 milhões de abortos ocorreram em todo o mundo, entre 2010 e 2014, dos quais 45% foram classificados como abortos inseguros. A esmagadora maioria desses abortos inseguros concentrou-se nas regiões de África, Ásia, e América Latina, sendo 97%. Salienta-se que o estudo revelou que a nos países que possuem presença de leis restritivas percebe-se aumento na ocorrência desses abortos (CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. DOS S. B.; SARACENI, V., 2020).

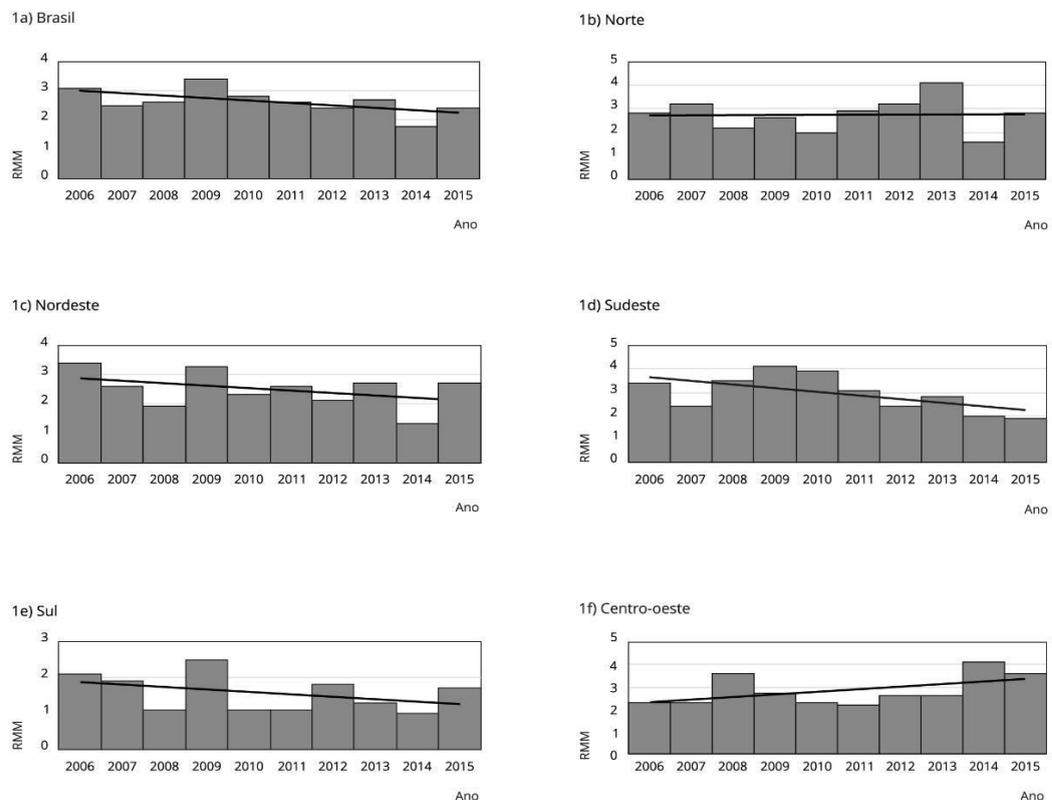
Apesar do grande número de pesquisas realizadas nesse campo, diferenças metodológicas, dados não padronizados de informações de saúde e carência de dados do sistema de saúde suplementar, resultam em persistente controvérsia em torno da estimativa do número de abortos no Brasil (CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. DOS S. B.; SARACENI, V., 2020).

Foi realizado o levantamento dos dados relativos à mortalidade por aborto e as hospitalizações por procedimentos ou diagnósticos relacionados ao aborto conforme as seguintes variáveis: local de residência da mulher, características sociodemográficas (idade, nível de escolaridade, estado civil, raça/cor), classificação do aborto (legal/espontâneo/outros tipos/não especificados), ano de ocorrência, e custos das internações relacionadas ao aborto (CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. DOS S. B.; SARACENI, V., 2020).

Desse modo, alguns resultados das análises realizadas seguem: a análise dos dados do Sistema de Informações sobre Mortabilidade revelou que, no período de 2006 a 2015, houve um registro de 770 óbitos no Brasil com o aborto como principal causa. Embora tenha havido flutuações ao longo dos anos, observou-se uma tendência geral de redução nas mortes por aborto, apesar de variações regionais significativas. Enquanto a Região Sul manteve o menor RMM (razões de mortalidade materna) durante todo o período, as regiões Norte, Sudeste e Centro-oeste alternavam-se como as que possuíam as maiores taxas de RMM durante esse período. Há de destacar que a única região que manteve uma forte tendência à aumento da mortalidade por aborto, foi a Região Centro-oeste (CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. DOS S. B.; SARACENI, V., 2020).

Pode-se observar a compilação desses dados através da imagem abaixo (FIGURA 3).

FIGURA 3 - Razão de mortalidade materna específica por aborto. Brasil e macrorregiões, 2006 a 2015



Fonte: (CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. DOS S. B.; SARACENI, V., 2020, <https://www.scielo.br/j/csp/a/8vBCLC5xDY9yhTx5qHk5RrL/#>).

Concluindo, as fontes apresentadas referentes aos dados oficiais de saúde não possibilitam uma estimativa total dos abortos ocorridos no Brasil. Uma vez que as informações dispostas se limitam aos registros de óbitos por aborto e às hospitalizações relacionadas as complicações de aborto no setor público de saúde, como curetagens e aspirações. Sendo assim, não existem dados exatos nos sistemas de saúde do Brasil, referentes ao aborto inseguro (CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. DOS S. B.; SARACENI, V., 2020).

### 3.3 Aborto e as consequências de sua legalização ao redor do mundo

É de conhecimento de todos que a legalização do aborto é um grande tabu, contudo, vale apresentar os efeitos de sua legalização em alguns países. Atualmente, aproximadamente 200 países no mundo não criminalizam o aborto, sendo alguns deles: Uruguai, Espanha e Portugal (SUEDA, 2022).

Figura 4 – Mapa de países que legalizaram e países que proíbem o aborto



Fonte: (AYRES, N., 2022, <https://bebe.abril.com.br/especiais/aborto-pelo-mundo- quais-paises-legalizaram-e-como-e-encarado-no-brasil/>)

Nos dias de hoje, muitas pessoas acreditam cegamente que no momento em que o aborto for realizado, todas as mulheres do Brasil irão realizar a interrupção da gravidez com uma grande frequência, porque a percepção de que o procedimento se tornará mais acessível, levando também, a ideia de que o sexo desprotegido se tornará mais comum (SUEDA, 2022).

Entretanto, com base nas informações apresentadas neste trabalho, é nítido que a defesa é de que haja uma flexibilização para um procedimento seguro, o qual deve ser acompanhado de profissionais da área da saúde e com acompanhamento psicológico para as mulheres que resolverem optar pela realização do procedimento (SUEDA, 2022).

Na última década, Uruguai, Espanha e Portugal legalizaram a interrupção voluntária da gravidez, após décadas de debates, negociações com seus legislativos próprios, e organização social (BOUERI, 2018).

O Uruguai adotou uma política de saúde pública, a qual tem por foco a redução dos riscos que, desde 2004, resultando na diminuição dos óbitos decorrentes de abortos clandestinos. Em Portugal, o movimento feminista colaborou com os profissionais da saúde para disseminar informações baseadas em evidências para a sociedade, atitude que ocasionou na aprovação da legalização do aborto em 2007. Quanto à Espanha, a legalização da prática aumentou a autonomia das mulheres (BOUERI, 2018).

Desde a legalização do aborto no Uruguai, ao fim de 2012, os efeitos da despenalização da prática resultaram em uma redução de 27% em número de abortos entre os anos de 2013 e 2014. O Uruguai se tornou o quarto país na América Latina e o segundo na América do Sul a legalizar o aborto. Após isso, as mulheres uruguaias têm a possibilidade de interromper qualquer gravidez indesejada em até 12 (doze) semanas de qualquer gravidez indesejada (BOUERI, 2018).

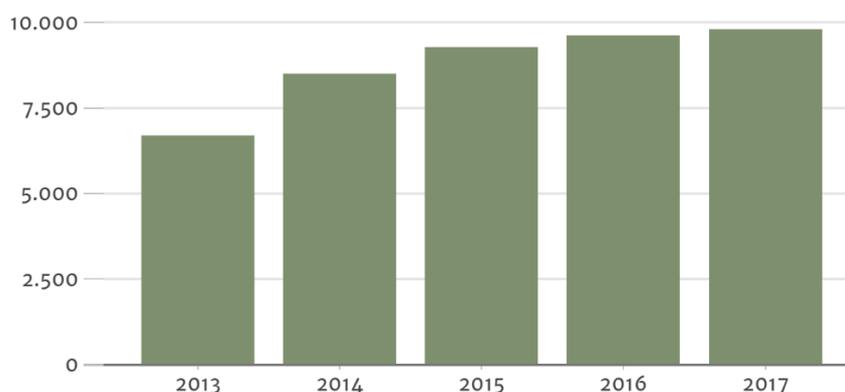
Boueri (2018, <https://www.generonumero.media/reportagens/portugal-espanha-e-uruguai-o-que-aconteceu-apos-legalizacao-do-aborto/>) cita as palavras de Soledad González, cientista política e integrante do coletivo feminista “Cotidiano Mujer”, “foi necessário negociar uma lei de menor alcance, o que implicou a inclusão dos cinco dias de reflexão e a passagem por uma espécie de tribunal de médicos. O objetivo é colocar barreiras para que a mulher desista de abortar, mas com essa negociação foi possível conseguir um voto da oposição, que foi o que aprovou a lei vigente”.

É possível acompanhar os números pelo gráfico (FIGURA 5):

FIGURA 5 – Estabilização no número de abortos no Uruguai

**No Uruguai, aumento inicial após legalização dá lugar a estabilização**

Índice de crescimento em número de abortos caiu de 27% entre 2013 e 2014 para 2% entre 2016 e 2017



Fonte: Ministério da Saúde Pública do Uruguai  
Nota: Abortos realizados "por vontade da mulher"



Fonte: (BOUERI, 2018, [generonumero.media/reportagens/Portugal-espanha-e-uruguai-o-que-aconteceu-apos-legalizacao-do-aborto/](http://generonumero.media/reportagens/Portugal-espanha-e-uruguai-o-que-aconteceu-apos-legalizacao-do-aborto/))

De acordo com informações fornecidas pelo Ministério da Saúde Pública (MSP) uruguaio publicadas no *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, nos dois primeiros anos após a promulgação da lei, 98,8% dos abortos foram realizados com medicamentos sugeridos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo eles, misoprostol e mifepristona, considerados como medicamentos eficazes e seguros para a interrupção da gravidez (BOUERI, 2018).

Conforme disposto pelo MSP, desde a entrada em vigor da lei, metade das 44.619 (quarenta e quatro mil seiscentos e dezenove) mulheres que receberam orientações sobre o método de interrupção voluntária da gravidez, retornou para segunda consulta pós aborto. Entre essas mulheres, cerca de 85% optaram por algum método contraceptivo, como a colocação do DIU (dispositivo intrauterino), implantes anticoncepcionais subdermais, pílulas anticoncepcionais, dentre outros, todos fornecidos gratuitamente pelo sistema de saúde pública (BOUERI, 2018).

Mais um dado importante a ser mencionado, que em agosto de 2017, o MSP divulgou que entre os anos de 2013 e 2016 o Uruguai registrou 03 (três) mortes por aborto, sendo nenhum desses óbitos acometidos por meio do sistema de saúde (BOUERI, 2018).

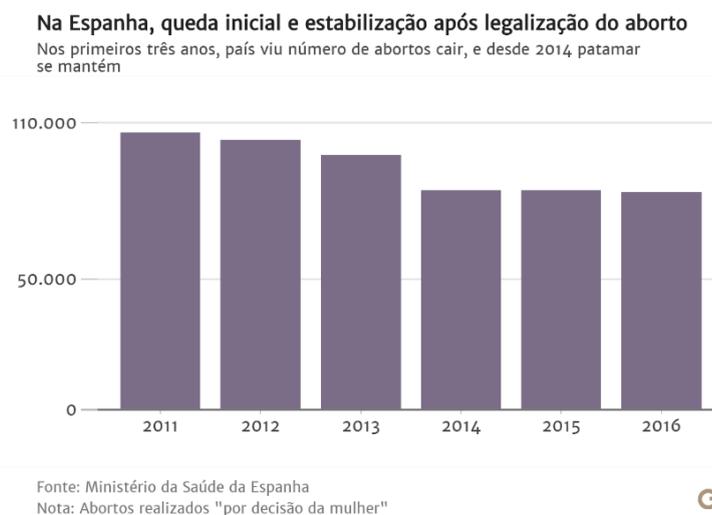
Em relação a Espanha, a Lei de Saúde Sexual Reprodutiva e da Interrupção Voluntária da Gravidez, entrou em vigor em março de 2010. Ficou conhecida como a “lei dos prazos”, porque ela não observa as causas, mas sim os limites de tempo para a realização legal do aborto (BOUERI, 2018).

Se a mulher optar por realizar um procedimento por sua livre escolha, deve ser realizado dentro das primeiras 14 (quatorze) semanas de gestação. Enquanto nos casos que existem risco de morte para a gestante ou anomalias fetais incompatíveis com a vida, o procedimento pode ser realizado no período até a 22ª semana de gestação (BOUERI, 2018).

A Espanha, nos 3 (três) primeiros anos de legislação, registrou um leve aumento no número total de abortos legais, sendo comparados aos últimos anos em que havia proibição. Entretanto, a partir de 2013, houve uma tendência de queda que persistiu até o ano de 2016, último ano em que o Ministério da Saúde disponibilizou os dados presentes nesse estudo. Observa-se que em 2009, o país registrou 111.482 interrupções voluntárias de gravidez, enquanto em 2016 houve uma queda significativa para 93.131 abortos legais. Dentre esses, 90% foram realizados por decisão da mulher, conforme indica o gráfico abaixo (BOUERI, 2018).

Na Espanha, também foi comprovada a estabilização dos números (FIGURA 6):

FIGURA 6 – Estabilização dos números de aborto na Espanha após legalização



Fonte: (BOUERI, 2018, [generonumero.media/reportagens/Portugal-espanha-e-uruguai-o-que-aconteceu-apos-legalizacao-do-aborto/](http://generonumero.media/reportagens/Portugal-espanha-e-uruguai-o-que-aconteceu-apos-legalizacao-do-aborto/))

A vigência dessa noiva legislação resultou também na diminuição dos abortos em todas as faixas etárias, mas observou-se uma queda significativa entre as adolescentes com até 19 (dezenove) anos de idade. Em 2010, a taxa para essa faixa etária era de 13 (treze) abortos para cada mil adolescentes, em 2016, esse número não chegou a 09 (nove) (BOUERI, 2018).

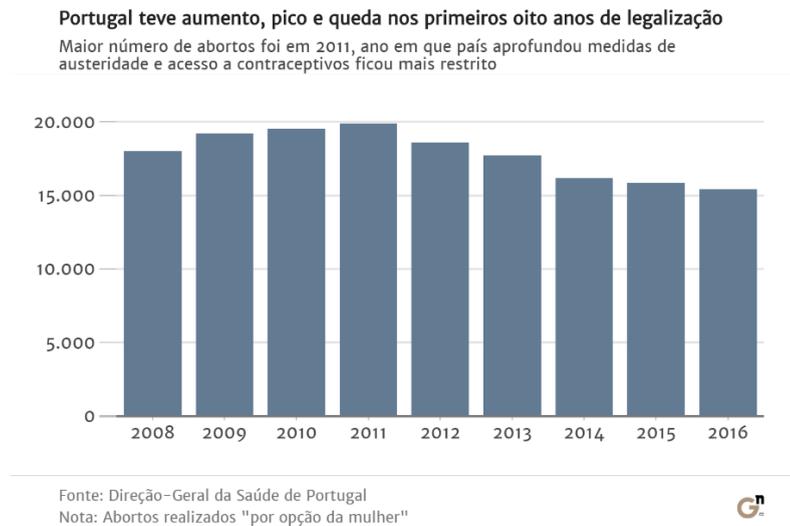
Por fim, Portugal, no ano de 1998, o Parlamento português votou e aprovou uma legislação sobre a interrupção voluntária da gravidez, substituindo a lei anterior de 1984 que despenalizava o aborto apenas em situações que a gestante se encontrava em risco, com problemas fetais incompatíveis com a vida e com gravidez resultante de estupro. Contudo, a pena de três anos de prisão para mulheres que realizassem abortos fora dessas circunstâncias permaneceu em vigor (BOUERI, 2018).

Neste período, devido à grande influência da Igreja Católica, o então primeiro-ministro António Guterres, atual Secretário-Geral da ONU, anunciou um pacto com a oposição, a qual estabeleceu que o direito ao aborto seria decidido por meio de um referendo popular. Votação realizada, com uma taxa de abstenção de 68%, devido à estreita margem de aprovação, a votação não teve força legal obrigatória, mas a falta de consenso político impediu o Parlamento de avançar na matéria (BOUERI, 2018).

Boueri (2018, <https://www.generonumero.media/reportagens/portugal-espanha-e-uruguai-o-que-aconteceu-apos-legalizacao-do-aborto/>) traz a fala de Alexandra Alves Luis, pesquisadora e presidente da Associação Mulheres sem Fronteiras, “Começou-se a debater sobre o impacto em mulheres pobres e de classe baixa, que morriam, que chegavam ao hospital em condições muito difíceis. Os profissionais de saúde foram muito importantes, porque trouxeram casos muito práticos”.

Em Portugal, houve até uma queda nos números de aborto nos últimos anos, após os primeiros anos (FIGURA 7):

FIGURA 7 – Estabilização em Portugal após os primeiros oito anos.



Fonte: (BOUERI, 2018, [generonumero.media/reportagens/Portugal-espanha-e-uruguai-o-que-aconteceu-apóslegalizacao-do-aborto/](http://generonumero.media/reportagens/Portugal-espanha-e-uruguai-o-que-aconteceu-apóslegalizacao-do-aborto/))

Em 2007, foi realizado um segundo referendo, com a mesma pergunta que havia sido feita nove anos antes à população “Concorda com a despenalização da interrupção voluntária da gravidez, se realizada, por opção da mulher, nas 10 primeiras semanas, em estabelecimento de saúde legalmente autorizado?”. Nessa ocasião, após ser escolhida por quase 60% dos eleitores, a opção “sim” obteve a maioria (BOUERI, 2018).

Durante os anos após o aborto ter se tornado legal em Portugal, entre 94% e 97% das mulheres que realizaram a interrupção da gravidez através do sistema de saúde, optaram por utilizar métodos contraceptivos após o procedimento (BOUERI, 2018).

### 3.4 O perfil da mulher que aborta e suas consequências no âmbito jurídico, social e psicológico

O perfil das mulheres que optam pelo aborto geralmente é bem definido. Em sua maioria, são mulheres entre 20 e 29 anos, que se encontram em relacionamentos estáveis, com escolaridade, que já estão inseridas no mercado de trabalho, católicas, com pelo menos um filho, e usuárias de métodos contraceptivos, as quais abortam com o uso de misoprostol. As mesmas que optam e correm o risco ao utilizarem métodos e técnicas inseguras para o aborto, o que aumenta consideravelmente o risco

de complicações imediatas que podem ser fatais. Complicações essas que provenientes do aborto inseguro, representam a terceira causa mais comum de mortalidade materna (BOMFIM *et al.*, 2021).

Essas elevadas taxas de aborto no Brasil são um reflexo das dificuldades que as mulheres e seus parceiros enfrentam, devido às restrições no acesso a um planejamento familiar eficaz, o qual incluem orientações e métodos contraceptivos seguros (BOMFIM *et al.*, 2021).

O gráfico ilustra a ocorrência de abortos no Brasil ao longo do período entre os anos de 2010 e 2019. Durante esse tempo, os estados com maiores índices de aborto foram São Paulo com o total de 133350 (20.27%), Minas Gerais com 66649 (10.13%) e Rio de Janeiro que teve 66269 (10.07%) casos de abortos (FIGURA 8):

FIGURA 8 – Números de óbito por aborto



Fonte: (BOMFIM *et al.*, 2021, [https://www.researchgate.net/publication/352979032\\_Mortalidade\\_por\\_aborto\\_no\\_Brasil\\_Perfil\\_e\\_evolucao\\_de\\_2000\\_a\\_2020](https://www.researchgate.net/publication/352979032_Mortalidade_por_aborto_no_Brasil_Perfil_e_evolucao_de_2000_a_2020)).

Um cálculo das proporções para cada variável, levando em consideração as faixas etárias, as categorias de raça/cor, os níveis de escolaridade e os estados civis de cada mulher foi realizado. A coleta foi realizada através da utilização do CID10 [O00 – O08], o resultado de maior porcentagem foram mulheres com idade de 20 a 29 anos, com 44.70%, seguido por mulheres de 30 a 39 anos com taxa 33.17%, logo seguido por jovens de 15-19 anos aparecendo 14.71%, percebe-se também a faixa etária de 40 aos 49 anos com 6.38% de casos registrados, como contraste é possível

observar que a menor porcentagem é representada por 1.04%, caracterizada por mulheres de 10 a 14 anos (FIGURA 9):

FIGURA 9 – Porcentagens de acordo com a faixa etária

<b>IDADE POR FAIXA ETÁRIA (ANOS)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>10-14</b>	<b>28</b>	<b>1.04</b>
<b>15-19</b>	<b>397</b>	<b>14.71</b>
<b>20-29</b>	<b>1206</b>	<b>44.70</b>
<b>30-39</b>	<b>895</b>	<b>33.17</b>
<b>40-49</b>	<b>172</b>	<b>6.38</b>
<b>Total</b>	<b>2698</b>	<b>100</b>

Fonte: (BOMFIM *et al.*, 2021, [https://www.researchgate.net/publication/352979032\\_Mortalidade\\_por\\_aborto\\_no\\_Brasil\\_Perfil\\_e\\_evolucao\\_de\\_2000\\_a\\_2020](https://www.researchgate.net/publication/352979032_Mortalidade_por_aborto_no_Brasil_Perfil_e_evolucao_de_2000_a_2020)).

Quando analisado a variável raça/cor que segundo o IBGE (2010) são pessoas que se autodeclaram como brancas, pretas, amarelas, pardas e indígenas. Dentre estas, sobressaem-se as com maior porcentagem sendo, mulheres da cor parda com 48.59%, em seguida as brancas com 31.80, podemos observar ainda que as mulheres negras representam 11.60% dos casos, como pode-se observar na FIGURA 10:

FIGURA 10 – Porcentagens de acordo com a cor/raça

<b>COR/RAÇA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Branca</b>	<b>858</b>	<b>31.80</b>
<b>Preta</b>	<b>313</b>	<b>11.60</b>
<b>Amarela</b>	<b>5</b>	<b>0.18</b>
<b>Parda</b>	<b>1311</b>	<b>48.59</b>
<b>Indígena</b>	<b>34</b>	<b>1.26</b>
<b>Ignorado</b>	<b>177</b>	<b>6.56</b>
<b>Total</b>	<b>2698</b>	<b>100</b>

Fonte: (BOMFIM *et al.*, 2021, [https://www.researchgate.net/publication/352979032\\_Mortalidade\\_por\\_aborto\\_no\\_Brasil\\_Perfil\\_e\\_evolucao\\_de\\_2000\\_a\\_2020](https://www.researchgate.net/publication/352979032_Mortalidade_por_aborto_no_Brasil_Perfil_e_evolucao_de_2000_a_2020)).

Em consequência, a análise das variáveis que se baseiam no nível de escolaridade das mulheres, revelou que a maioria havia concluído apenas o Ensino Fundamental. Como indicado na porcentagem de 38.91%, seguido com Ensino Médio representado por 26.72%, sendo a menor parte o Ensino Superior com apenas 6%, desconsiderando as escolaridades ignorada (FIGURA 11):

FIGURA 11 – Porcentagens de acordo com o grau de escolaridade

<b>GRAU DE ESCOLARIDADE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>E. Fundamental</b>	<b>1050</b>	<b>38.91</b>
<b>E. Médio</b>	<b>723</b>	<b>26.79</b>
<b>E. Superior</b>	<b>162</b>	<b>6.00</b>
<b>Nenhuma</b>	<b>96</b>	<b>3.55</b>
<b>Ignorado</b>	<b>667</b>	<b>24.72</b>
<b>Total</b>	<b>2.698</b>	<b>100</b>

Fonte: (BOMFIM *et al.*, 2021, [https://www.researchgate.net/publication/352979032\\_Mortalidade\\_por\\_aborto\\_no\\_Brasil\\_Perfil\\_e\\_evolucao\\_de\\_2000\\_a\\_2020](https://www.researchgate.net/publication/352979032_Mortalidade_por_aborto_no_Brasil_Perfil_e_evolucao_de_2000_a_2020)).

Conforme indicado na Tabela 4, após a avaliação das variáveis com base no estado civil, observou-se que a maioria das mulheres eram caracterizadas como solteiras representando 62.56% do total das analisadas, acompanhada pela variável do estado de casada com 20.53%. Ademais, a menor parte das mulheres eram viúvas e separadas judicialmente, como observado na FIGURA 12:

FIGURA 12 – Porcentagens de acordo com o estado civil

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Solteira</b>	<b>1688</b>	<b>62.56</b>
<b>Casada</b>	<b>554</b>	<b>20.53</b>
<b>Viúvo</b>	<b>28</b>	<b>1.03</b>
<b>Separado Judicialmente</b>	<b>54</b>	<b>2.00</b>
<b>Outro</b>	<b>163</b>	<b>6.04</b>
<b>Ignorado</b>	<b>211</b>	<b>7.82</b>
<b>Total</b>	<b>2698</b>	<b>100</b>

Fonte: (BOMFIM *et al.*, 2021, [https://www.researchgate.net/publication/352979032\\_Mortalidade\\_por\\_aborto\\_no\\_Brasil\\_Perfil\\_e\\_evolucao\\_de\\_2000\\_a\\_2020](https://www.researchgate.net/publication/352979032_Mortalidade_por_aborto_no_Brasil_Perfil_e_evolucao_de_2000_a_2020)).

Como já sabemos, a questão do aborto no Brasil é considerada um desafio para a saúde pública. Prática essa que é reconhecida como a principal causa de morte materna, e a fim de identificar e classificar um óbito materno, é necessário investigar as mulheres em idade fértil (BOMFIM *et al.*, 2021).

Assim sendo, de acordo com a coleta de dados, constatou-se que a taxa de aborto é mais elevada entre as mulheres que se encontram entre os 20 e 29 anos de idade, o que sugere uma lacuna na abordagem conjunta com seus parceiros na busca de um planejamento familiar. Evidenciando a necessidade de haver um acompanhamento mais próximo para detectar possíveis complicações e contratemplos que podem vir a resultar em morte fetal, causando impactos significativos na qualidade de vida das mulheres (BOMFIM *et al.*, 2021).

No período entre os anos de 2009 a 2018, o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou oficialmente 721 óbitos de mulheres por conta do aborto, sendo a maioria delas negras ou pardas, e com acesso limitado às informações e cuidados humanizados. De maneira discrepante, a cada 10 mulheres que perderam a vida, 6 eram pretas ou pardas. Importante mencionar que entre os anos de 2010 a 2019, o SUS documentou 24,8 mil internações por aborto de meninas de 10 a 14 anos, uma estatística grave, que preocupa a situação em um país em desenvolvimento (BOMFIM *et al.*, 2021).

Ainda, destaca-se que, a maioria desses casos de aborto entre as meninas de 10 a 14 anos, ocorrem na região Nordeste do país, que é a região com maior carência em termos de recursos e acesso a informações sobre o presente assunto no país (BOMFIM *et al.*, 2021).

De acordo com os dados levantados pelo DataSUS, o Brasil enfrenta um cenário grave, o qual chega a registrar diariamente 535 internações causadas pelo aborto. No ano de 2019, observou-se que a cada 100 internações, 99 delas eram por conta de abortos espontâneos de causas indeterminadas, enquanto apenas 1 foi decorrente de aborto previsto em lei, como nos casos em que há o estupro ou o risco de vida da gestante. Ademais, vale evidenciar que as mulheres negras, cada vez mais jovens, são as principais vítimas de procedimentos de aborto (BOMFIM *et al.*, 2021).

Tratando-se sobre a questão de desigualdades, é importante destacar que o grau de escolaridade é um fator significativo para a ocorrência dos casos de aborto no Brasil. A carência de acesso a informações em relação à educação sexual e o planejamento familiar contribui diretamente para a deficiência no acompanhamento adequado na prevenção dos casos, o que resulta na falta de informações que seriam cruciais para evitar as altíssimas taxas de aborto (BOMFIM *et al.*, 2021).

Partindo dessa perspectiva, de acordo com os dados da FIGURA 12, constatou-se que as mulheres com níveis de escolaridade mais baixos são as mais vulneráveis ao aborto clandestino, representando um total de 38,91%. O que ressalta como a falta de informação sobre os riscos esse tipo de procedimento podem ser prejudiciais à saúde (BOMFIM *et al.*, 2021).

Entre os diversos fatores associados aos casos de aborto não relacionados a causas genéticas, um dos principais que ocorre com maior incidência entre as mulheres solteiras, que em grande parte não utiliza métodos contraceptivos, o que resulta em gravidez indesejada. Em muitos casos, essas mulheres podem ter múltiplos parceiros, o que também pesa e influencia na decisão de realizar o aborto. Além de que a falta de apoio emocional de um parceiro, pode ser um fator determinante pela escolha do aborto, uma vez que a mulher pode se sentir temerosa e confusa no momento em que descobre a gravidez (BOMFIM *et al.*, 2021).

A taxa de aborto entre as mulheres pardas é de 48,59%, o que não difere significativamente da taxa entre mulheres que se declaram brancas, que representam 31,80%. De acordo com a FIGURA 10, esses dados indicam um aumento nos casos relacionados à raça/cor, o que se relaciona à falta de planejamento familiar e, como consequência, ao desconhecimento de métodos contraceptivos. É importante mencionar que alguns desses métodos são fornecidos de forma gratuita pelo governo, mas infelizmente, a baixa escolaridade das mulheres impacta diretamente em seu acesso à essa informação (BOMFIM *et al.*, 2021).

Além disso, é de conhecimento que a prática do aborto pode acarretar em sequelas significativas na saúde tanto mental quanto física das mulheres. Nos casos em que há o aborto clandestino, que ocorrem por conta da ilegalidade dos procedimentos no Brasil, as mulheres se deparam com riscos de complicações graves, como hemorragias e infecções, que por consequência afetam a saúde física. Em relação à saúde mental, o aborto clandestino pode desencadear casos de depressão e ansiedade, tendo em vista que as mulheres não recebem, em sua

maioria, o apoio necessário, já que não há um sistema de acolhimento adequado para essas mulheres (BOMFIM *et al.*, 2021).

### **3.5 O problema do aborto como um problema de saúde pública: os impactos no âmbito do sistema de saúde**

Em diversas ocasiões, o aborto é a última opção disponível, realizada em circunstâncias que na sua grande maioria, são extremamente precárias, o que resulta diretamente em altos riscos de complicações à saúde e vida das mulheres. A interrupção da gravidez não se dá sem causar dor, angústia e sofrimento, não é uma escolha frívola (SANTOS, V. C. *et al.*, 2017).

As condições socioeconômicas precárias, a baixa escolaridade, a falta de informação, bem como a violência doméstica, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, podem estar diretamente relacionadas às altas taxas de mortalidade materna. Deste modo, obter informações sobre o número de óbitos maternos devido ao aborto no Brasil é fundamental para o desenvolvimento e implementação de políticas que tenham como objetivo prevenir as mortes que ocorrem devido ao aborto inseguro em diversas circunstâncias (SANTOS, V. C. *et al.*, 2017).

Santos, V. C. *et al.* (2017, <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/400>), contempla uma pesquisa realizada sobre a interrupção da gravidez apresenta relatos de mulheres relacionados ao aborto, dentre eles, o de Laís (nome fictício), empregada doméstica, revelou que abortar:

‘Foi uma infelicidade da vida’ [...] ‘Quando eu soube que tava grávida, tava pra voltar com o meu marido. Ele não ia me querer com uma barriga de outro, meus pais iam me botar pra fora. Só minha irmã que soube’. Laís tentou abortar com um chá indicado por uma curandeira, mas não deu resultado. Ela disse: ‘Depois eu fui, com minha irmã, num lugar que tira criança a ferro. A ferro! É horrível’. A ‘operação’ ilegal custou 500 reais. A intervenção resultou em uma infecção, levando a uma hospitalização com uma espera prolongada por um atendimento e descaso dos profissionais da saúde quando souberam que se tratava de um problema por abortamento. Mas a sequela mais dolorosa é o sentimento de culpa que carrega até hoje.

A prática do aborto representa uma clara manifestação das desigualdades sociais que estão presentes no Brasil, uma vez que, apesar de compartilharem a mesma situação, apenas uma minoria possui recursos para custear um aborto rápido e “seguro”. Desse modo, uma parcela significativa da população feminina acaba

escolhendo o meio mais inseguro, os quais frequentemente resultam em óbito, devido as complicações que ocorrem entre esses meios (SANTOS, V. C. *et al.*, 2017).

A incidência do aborto é mais alta em países em desenvolvimento, como o Brasil, o que representa uma das principais causas de mortalidade materna em todo o mundo. Desigualdade de gênero, vulnerabilidades, limitações no acesso à educação e diversas dimensões da pobreza, incluindo o déficit de recursos financeiros e de alternativas, insalubridade, dificuldade de acesso à informação e aos direitos humanos, entre outros fatores, contribuem para que o aborto inseguro afete e prejudique de modo mais severo as mulheres de comunidades pobres e marginalizadas (SANTOS, V. C. *et al.*, 2017).

No Brasil, as mulheres que mais vem a óbito por conta do aborto clandestino, são as mulheres negras. Fica claro que por conta disso, se trata de uma questão de justiça social, já que o “abortamento seguro” é mais acessível para as mulheres que estão em uma classe econômica mais favorável, sendo classes médias e altas, o que não ocorre nas camadas mais desfavorecidas da sociedade brasileira, principalmente onde o acesso aos métodos contraceptivos e à assistência médica é limitada. É importante lembrar que, o aborto voluntário além de ser considerado um tabu, é considerado crime no país (SANTOS, V. C. *et al.*, 2017).

As consequências das complicações decorrentes do aborto, ou das condições de saúde prejudicadas se dão em diversos contextos. Isso afeta não somente a saúde das mulheres, mas também sobrecarrega os sistemas hospitalares e os custos das internações (SANTOS, V. C. *et al.*, 2017).

Em busca da redução da mortalidade, e a fim de prevenir outras complicações relacionadas ao aborto inseguro, é de extrema necessidade que haja uma determinação política e educacional para investir nos serviços de saúde que oferecem cuidados às mulheres que enfrentam situação de abortamento. Caso contrário, haverá certa dificuldade de modificar a realidade presente no Brasil, a qual nos deparamos com o alto índice de mortalidade materna por conta da falta de assistência à saúde das mulheres envolvidas nesse contexto. Realidade essa que é agravada pela ilegalidade do aborto no país, que além de todas as consequências danosas para a saúde e vida das mulheres, afeta negativamente sobre os serviços de saúde (SANTOS, V. C. *et al.*, 2017).

Estima-se que dentro do território nacional, ocorram mais de um milhão de abortos provocados a cada ano. O aborto no Brasil é um problema de saúde pública

de grande complexidade. O tema do aborto suscita diversos aspectos legais, sociais, culturais, morais, econômicos e jurídicos (SANTOS, V. C. *et al.*, 2017).

Apesar de haver o reconhecimento da extensão dos impactos que são causados pelo aborto, é evidente que existe uma significativa subnotificação no que diz respeito aos diversos números de mortes maternas que se relacionam ao aborto inseguro e clandestino. Dessa forma, é imprescindível o investimento no campo de investigação e identificação das especificidades dos óbitos por aborto, nos casos de morbidade grave e fatores associados. Esse esforço é necessário para que seja possível um maior investimento nos serviços de saúde pública, especialmente para a prevenção desse problema, e para a redução dos impactos biopsicossociais (SANTOS, V. C. *et al.*, 2017).

Embora seja ilegal para diversas circunstâncias e situações, o aborto no Brasil é um fato social de ampla magnitude e acontece frequentemente em situações sanitárias precárias, colocando a vida e saúde das mulheres que realizam essa prática em eminente risco. Logo, ignorar esse fato como um problema que afeta a saúde pública é perpetuar por tragédias enfrentadas individualmente por mulheres, que frequentemente resultam em morbimortalidade de milhares de mulheres pobres, negras e jovens (SANTOS, V. C. *et al.*, 2017).

Os impactos na saúde associados ao aborto também se apresentam no número de internações e procedimentos hospitalares, uma vez que o esvaziamento uterino decorrente do aborto é a segunda intervenção obstétrica mais comum na rede pública do Brasil. Em uma pesquisa realizada entre os anos de 2016 até 2020, o SUS realizou 66.077 (sessenta e seis mil e setenta e sete) internações para aspirações intrauterinas (esvaziamento do útero por meio de uma seringa de vácuo), e 811.786 (oitocentos e onze mil setecentos e oitenta e seis) internações para a realização de curetagens (raspagem do útero), totalizando 877.863 (oitocentos e setenta e sete mil oitocentos e sessenta e três) atendimentos para a mulher nessas condições (FREIRE, 2021).

Ressalta-se que esses procedimentos são realizados após a mulher sofrer um aborto espontâneo ou provocado, na tentativa de interrupção da gravidez (FREIRE, 2021).

FIGURA 13 – Dados de abortos realizados pelo SUS



Fonte: (FREIRE, 2021, <https://www.poder360.com.br/brasil/a-cada-aborto-legal-sus-socorre-100-mulheres-por-procedimento-malsucedido/>)

Dentro do período dessa pesquisa acima mencionada, levantou-se a estatística de que para cada 1 aborto legal, o SUS (Sistema Único de Saúde) atendeu 100 (cem) mulheres que sofreram abortos espontâneos ou que sofreram complicações em procedimentos não realizados em hospitais (FREIRE, 2021).

Ademais, com a finalidade de trazer ao presente trabalho, dados completos, durante a pesquisa retro, a União destinou cerca de R\$ 191.000.000,00 (cento e noventa e um milhões de reais) somente para as internações das mulheres que necessitavam de internações devido à procedimentos relacionados ao abortamento (FREIRE, 2021).

Desse montante total, somente 2 milhões foram utilizados para suprir os gastos dos abortos autorizados pela Justiça, sendo apenas 1% (FREIRE, 2021).

FIGURA 14 – Gastos com internações no SUS para realização de abortos



Fonte: (FREIRE, 2021, <https://www.poder360.com.br/brasil/a-cada-aborto-legal-sus-socorre-100-mulheres-por-procedimento-malsucedido/>)

Após a análise feita quanto aos problemas da ilegalidade do aborto no Brasil mediante mapeamentos e diagnósticos quanto aos perfis das mulheres que abortam, e suas consequências, os impactos no âmbito do sistema de saúde e jurídico, daremos seguimento ao próximo tópico abordando as ações da política pública de saúde no Brasil para o enfrentamento do problema do aborto ilegal.

## **4 AÇÕES DENTRO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL PARA ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA DO ABORTO ILEGAL: DO DIAGNÓSTICO ÀS PROPOSIÇÕES DE MELHORIA**

Ao longo dos anos, as mulheres passaram a conquistar seu espaço, através de movimentos feministas e desenvolvimento de novas políticas públicas o Brasil passou a gradualmente considerar seus devidos direitos.

Acontece que infelizmente, alguns de seus direitos no presente momento em que esse estudo foi realizado, ainda não são totais. Uma vez que não possuem total liberdade e direito de autonomia sobre seus corpos.

Ao longo deste tópico, serão estudados fundamentos teóricos sobre a descriminalização do aborto, considerando a necessária proteção da autonomia da vontade e condição de dignidade das mulheres, apresentando diagnósticos e proposições de melhoria para seu enfrentamento como um problema de saúde pública.

### **4.1 Fundamentos teóricos para a descriminalização do aborto: a necessária proteção da autonomia da vontade e da condição de dignidade da mulher**

O Código Penal classifica o aborto como um delito contra a vida, e impõe como pena de 1 a 10 anos de reclusão para quem pratica ou presta auxílio na realização desta ação, sendo assim, punindo tanto a gestante quanto aqueles que auxiliam no aborto.

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lhe provoque: Pena - detenção, de um a três anos.

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante: Pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante: Pena - reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência

Art. 127 - As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte. (BRASIL, 1940, [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decretolei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decretolei/del2848compilado.htm)).

O artigo 128 do Código Penal estabelece apenas duas propostas previstas na legislação, que são o risco iminente de vida da grávida, quando não há uma alternativa

para salvá-la, e a gravidez resultante de estupro. No entanto, a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - ADPF 54 (2012, <https://redir.stf.jus.br>) criou uma terceira exceção, a qual permite o aborto de fetos anencéfalos até o terceiro mês de gestação, acrescentando dessa forma, mais uma circunstância em que não se aplica sanções às mulheres que optam pela interrupção da gravidez.

O acórdão do Supremo Tribunal Federal (2017, <https://redir.stf.jus.br>), teve como relator o Desembargador Marco Aurélio e foi discutido por quase 10 anos no Tribunal Ilustre. Na campanha contra a criminalização, houve grande mobilização dos fiéis. A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB, que atuou como *amicus curiae* no processo, em uma etapa processual específica, solicita uma reconsideração da decisão, porém, negado pelo Tribunal.

A emenda da decisão final também menciona a laicidade da República brasileira e enfatiza a necessidade de neutralidade em relação à religião.

ESTADO – LAICIDADE. O Brasil é uma república laica, surgindo absolutamente neutro quanto às religiões. Considerações. FETO ANENCÉFALO – INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ – MULHER – LIBERDADE SEXUAL E REPRODUTIVA – SAÚDE – DIGNIDADE – AUTODETERMINAÇÃO – DIREITOS FUNDAMENTAIS – CRIME – INEXISTÊNCIA. Mostra-se inconstitucional interpretação de a interrupção da gravidez de feto anencéfalo ser conduta tipificada nos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal. (BRASIL, 2012, <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>).

Como a jurisprudência deixa claro, a religião não deve interferir na legislação, que deve sempre se manter livre de quaisquer preceitos religiosos e manter a maior imparcialidade possível.

Com a decisão desse processo, cresceu o debate sobre a possível descriminalização do comportamento relacionado ao aborto no país. Está em tramitação a ADPF 442, movida pelo Partido do Socialismo e Liberdade (PSOL) e pela empresa Anis - Instituto de Bioética, cujo pedido apresentado ao STF é para excluir a aplicação do Código Penal no caso de interrupção voluntária da gravidez até a 12ª semana.

A tese central defendida na ADPF é a de que os fundamentos jurídicos que levaram à criminalização do aborto no Código Penal de 1940 não são mais defensáveis. 'Nas democracias constitucionais laicas, ou seja, aquelas em que um ordenamento jurídico neutro garante a liberdade de consciência e de crença dentro de um pluralismo razoável e nas quais nenhuma doutrina

religiosa é reconhecida como oficial, como no Brasil, enfrentar a constitucionalidade do aborto significa levantar uma legítima questão sobre a justiça', argumenta. Para o partido, a criminalização prolongada do aborto é 'um caso de uso do poder coercitivo do Estado para impedir a pluralidade razoável' porque torna a gravidez um dever, e se descriminalizado 'nenhuma mulher será obrigada a fazê-lo contra a sua vontade'. (BRASIL, 2017, <https://jus.com.br/artigos/80242/do-direito-a-educacao-sexual-a-descriminalizacao-do-aborto>).

A ADPF 442 (2017, <https://jus.com.br>), com os mesmos fundamentos jurídicos da ADPF 54, tem como tese principal que, em um país laico como o Brasil, a liberdade de crença e de consciência deve ser respeitada e, por isso, as razões jurídicas que fundamentam a criminalização estabelecida pelos Códigos Penais são ultrapassadas. Obrigar a mulher a manter a gravidez independentemente de sua autonomia e consciência é contrário aos conceitos de liberdade que permeiam o ordenamento jurídico brasileiro.

A Constituição Federal (CF), em seu art. 5º, título e inciso VI, discorre sobre a igualdade e a liberdade de consciência e crença, as quais são aqui discutidas.

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

[...] VI - é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias. (BRASIL, 1988, [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)).

Todas as mulheres são titulares de direitos fundamentais, especialmente o direito à vida, à liberdade e à igualdade, além da inviolável autonomia de consciência e crença. Ao impedi-las de decidir se querem ou não continuar com a gravidez, esses direitos são diretamente afetados. O reconhecimento do feto como vida nos primeiros meses, antes do desenvolvimento de seu sistema nervoso, tem fundamento religioso e/ou filosófico, baseado no princípio de que a vida começa na concepção. (BARROSO, 2010).

Além disso, o inciso VIII do mesmo art. 5º, CF, dispõe que "ninguém pode ser privado de direitos por motivo de crença religiosa ou convicção filosófica ou política", o que significa que a mulher não pode perder o direito de decidir sobre sua vida da forma que desejar pensar eles são melhores, nem mesmo sobre seus próprios corpos e seu futuro. (BARROSO, 2010).

O ser humano, baseado em sua própria consciência, é quem define seus próprios padrões pessoais. A autonomia é entendida como a capacidade de um ser estabelecer normas internas e não apenas obedecer às leis de imposição externa. Aí reside a ética, que leva em conta a moral específica de cada ser humano. Por isso, é fundamental respeitar a razão de cada mulher e entender que quando ela decide interromper uma gravidez, ela faz seu próprio julgamento e decide o que realmente é o certo para ela. (KANT, 2004 apud BARROSO, 2010).

Dessa forma, a dignidade reside na capacidade de ser reconhecida em sua individualidade, representando um ser humano de valor inestimável que transcende qualquer avaliação monetária. Segundo Luís Roberto Barroso, a dignidade tem três elementos básicos essenciais sendo, o valor intrínseco, a autonomia e o valor social da pessoa humana. Nessa discussão, vale ressaltar os dois primeiros pontos. O valor intrínseco da pessoa humana refere-se precisamente à dignidade relativa à dignidade do ser, sendo uma característica comum e inalienável a todos os seres humanos. Refere-se ao preço concedido à humanidade de cada indivíduo, algo que não pode ser quantificado em termos monetários. Este conceito sustenta o princípio “toda pessoa, todo ser racional existe como um fim em si mesmo, e não como meio para uso arbitrário pela vontade alheia” (KANT, 2004 apud BARROSO, 2010).

Partindo da ideia de que cada ser humano é um fim em si mesmo, e não um meio para outros fins, compreende-se que a mulher deve ser tratada com respeito, reconhecendo sua natureza intrínseca. O dever da gestante de concluir a gravidez a coloca na posição de instrumento, que a transforma em meio, e não mais enfim. Ocorre que a mulher é preterida como ser individual e passa a ser o meio pelo qual se desenvolverá um novo ser, que, pela ausência de um de seus elementos essenciais, afronta o princípio da dignidade da pessoa humana. (KANT, 2004 apud BARROSO, 2010).

Em sequência, a autonomia da vontade como o segundo elemento fundamental da dignidade da pessoa humana. Esse componente desempenha um papel de extrema relevância no contexto do debate sobre a descriminalização do aborto. A autonomia consiste na liberdade existencial, na capacidade de autodeterminação do indivíduo, permitindo-lhe a escolha de sua própria identidade, seus objetivos e a forma como deseja conduzir sua vida, possibilitando o desenvolvimento de sua personalidade de maneira livre.

[...] Para que haja conduta ética é preciso que exista o agente consciente, isto é, aquele que conhece a diferença entre bem e mal, certo e errado, permitido e proibido, virtude e vício. A consciência moral não só conhece tais diferenças, mas também reconhece-se como capaz de julgar o valor dos atos e das condutas e de agir em conformidade com os valores morais, sendo por isso responsável por suas ações e seus sentimentos e pelas consequências do que faz e sente (CHAUÍ, ano, apud BARROSO, ano, p. 24).

Aqueles que possuem consciência, dentro das circunstâncias que o permitem, devem ser reconhecidos como os condutores de suas próprias vidas, limitados apenas pelo respeito pelos direitos de seus semelhantes. A autonomia individual é um requisito fundamental para a liberdade, pois não pode existir quando há opressão. Ao negar à mulher a escolha de decidir se deseja continuar ou não com a gravidez, sua capacidade de autodeterminação acaba por prejudicada. Impedir alguém de seguir o que contempla profundamente é uma violação da individualidade de cada indivíduo, o que resulta em uma afronta à sua dignidade (FALQUETO, 2020).

No âmbito infraconstitucional, o artigo 2º do Código Civil Brasileiro (2002, [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406compilada.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm)) estabelece que: “a personalidade Civil começa no nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro”.

A esse respeito, há opiniões de estudiosos como Venosa (2017, p. 182), que defende uma visão natalista do início da personalidade civil da pessoa física. Em sua doutrina, conceitua o direito à personalidade, ou personalíssimo, diretamente ligado ao nascimento.

Os direitos denominados personalíssimos incidem sobre bens imateriais ou incorpóreos. As Escolas do Direito Natural proclamam a existência desses direitos, por serem inerentes à personalidade. São, fundamentalmente, os direitos à própria vida, à liberdade, à manifestação do pensamento. A Constituição brasileira enumera longa série desses direitos e garantias individuais (art. 5º). São direitos privados fundamentais, que devem ser respeitados como conteúdo mínimo para permitir a existência e a convivência dos seres humanos.

Os direitos personalíssimos são de natureza extrapatrimonial, residindo na esfera moral e empírica, os quais estão intimamente ligados à vida daqueles que os detêm. A personalidade desempenha um papel crucial na defesa dos direitos individuais, incluindo o direito à vida. É importante considerar que a mulher possui seus direitos personalíssimos garantidos, uma vez que esses direitos começam a vigorar a partir do nascimento com a vida, enquanto o feto detém apenas uma mera

expectativa de direitos, a ser cumprida após o nascimento. Não podendo sobrepor uma expectativa de direito aos direitos já consolidados (DINIZ, 2002)

Uma parte da doutrina discorda desse ponto de vista, seguindo uma abordagem concepcionista. A professora Maria Helena Diniz é uma adepta dessa linha de pensamento. De acordo com essa teoria, o embrião ou nascimento tem seus direitos garantidos desde o momento da concepção, uma vez que a partir desse instante, uma vida orgânica e biológica independente da vida da mãe começa a existir, garantindo-lhe, desse modo, personalidade jurídica. No entanto, essa teoria não encontra respaldo no sistema jurídico nacional, uma vez que o Código Civil estabelece a aquisição da personalidade está condicionada ao nascimento com vida (DINIZ, 2002).

É fundamental ressaltar que uma gestante, antes de abrigar o feto, é um ser independente, detentora de direitos e personalidade jurídica, merecendo ser protegida como tal. A criminalização do aborto a relega a um mero ambiente natural onde o feto se desenvolverá, um pensamento que contradiz os princípios éticos e morais que permeiam a Constituição e o sistema legal brasileiro como um todo. Abordagem essa que atua como um obstáculo à garantia da dignidade, liberdade, autonomia e igualdade, alicerces sobre os quais todas as interpretações legais devem se basear (DINIZ, 2002)

#### **4.2 Proposições para o seu enfrentamento como um problema de saúde pública**

Vale frisar que, para melhorar a eficácia da política pública, é necessário fazer alterações nas normas técnicas aplicáveis pelo Ministério da Saúde. A razão para isso reside na discrepância entre as regulamentações do Ministério da Saúde, as orientações internacionais e o Código Penal, o que abre espaço para interpretações pessoais por parte dos profissionais de saúde, resultando em prejuízos significativos. Nesse sentido, aponta Pina (2022). (MONTEIRO,2022).

É um assunto de muita discussão entre as equipes que fazem abortamento em lei. Alguns hospitais definem o limite de 22 e, em outros, 20. Há até mesmo alguns que fazem com até 24 semanas. O procedimento não se faz sozinho. São equipes que dependem de médicos e enfermeiros, então os hospitais definem essas regras”, diz a ginecologista Carolina Pereira. [...] “Se for seguida a nota técnica do Ministério da Saúde, o hospital segue a indicação de interrupção da gravidez até a 22ª semana. Mas existem profissionais de saúde e médicos se baseiam no Código Penal, e aí podem realizar o procedimento independentemente da idade gestacional”, explica a

médica. A decisão, portanto, é com base em interpretação pessoal, e o hospital pode se negar a fazer o procedimento após a 20ª semana alegando seguir a recomendação do Ministério da Saúde.

Além disso, a psicóloga Daniela Pedroso, citada por Pina (2022), enfatiza que a essa restrição gestacional atinge de forma mais acentuada as jovens, que por muitas vezes não possuem um “conhecimento do próprio corpo para entender o que está acontecendo. Isso o que faz com que elas busquem o serviço de saúde tardiamente, o que vai resultar em uma possível não realização do procedimento de aborto”. Perspectiva essa que está alinhada com a opinião de Paro e Rosas (2020), que, com base em diversas pesquisas, indicam que a necessidade de um aborto no segundo trimestre da gestação impacta especialmente as mulheres em situação de vulnerabilidade social, bem como crianças e adolescentes, devido à demora na identificação da gravidez, falta de conhecimento sobre a possibilidade legal de realizar o aborto nos casos de estupro, e dificuldades de acesso de uma infraestrutura de saúde, a qual sofre com grandes limitações (MONTEIRO,2022).

É de se considerar que a falta de força legal na regulamentação do Ministério da Saúde e buscar meios para garantir a realização do aborto nesses cenários, seja por via judicial ou extrajudicial, inclusive com a intervenção do Ministério Público. Contudo, para que uma política pública seja eficaz e inovadora, é essencial que os seus executores, ou seja, os servidores públicos da linha de frente, cumpram as suas obrigações de forma voluntária e imediata. Portanto, é fundamental que os papéis desempenhados pelos agentes sejam claramente definidos e regulamentados, garantindo assim, que uma política pública opere de maneira mais eficiente, sem obstáculos, e independentemente da determinação judicial (MONTEIRO,2022).

Vale mencionar que, conforme exposto no parágrafo acima, a necessidade da garantia de agentes que realizem suas obrigações é fundamental. Alguns exemplos mencionados no presente trabalho como nos casos das meninas de 10 e 11 anos, as quais tiveram dificuldades na realização de seus procedimentos por falta de meios que obrigassem os agentes a realizarem os devidos procedimentos (MONTEIRO, 2022).

Dessa forma, a falta de orientação governamental adequada para a identificação de situações de aborto legal por parte dos profissionais de saúde, gera incertezas tanto para aqueles que buscam atendimento quanto para os que o fornecem. Portanto, a recomendação da OMS (2022a) é que as diretrizes se baseiam nos princípios dos

direitos humanos, melhores práticas e nas evidências de saúde pública, o que atualmente não se verifica no contexto brasileiro. Sendo assim, é imperativo que “as normas e os padrões devem ser desenvolvidos e atualizados visando a eliminar as barreiras para obtenção do melhor padrão possível em saúde sexual e reprodutiva” (OMS, 2013, p 65). (MONTEIRO, 2022).

Assim, é importante ressaltar a necessidade de estabelecer uma estrutura técnica adequada para serviços de referência na realização de abortos em situações legais, incluindo casos em que a idade gestacional ultrapassa as 20-22 semanas. Isso requer a disponibilidade de equipamentos hospitalares específicos e a contratação de profissionais devidamente treinados e especializados na execução do procedimento de indução de morte fetal, conforme preconizado pela OMS (2013). (MONTEIRO,2022).

## 5 CONCLUSÃO

Primeiramente, o aborto ilegal representa um risco considerável para a saúde das mulheres. Quando realizado em condições precárias e inseguras, ele pode resultar em complicações médicas graves, como hemorragias, infecções e danos aos órgãos reprodutivos. Isso aumenta as taxas de morbidade e mortalidade materna, tornando-o uma preocupação crítica de saúde pública.

Além disso, as mulheres de baixa renda muitas vezes enfrentam barreiras significativas no acesso a serviços de saúde de qualidade e informações sobre contracepção. Essa falta de acesso torna essas mulheres mais suscetíveis a gravidezes indesejadas e, conseqüentemente, ao risco de recorrer a abortos inseguros. O impacto vai além da esfera individual e familiar.

Abortos inseguros podem ter implicações duradouras nas famílias, incluindo a perda de uma mãe e os custos associados ao tratamento de complicações de saúde. Isso pode aprofundar a pobreza e criar um ciclo prejudicial. A ilegalidade do aborto também dificulta a coleta de dados confiáveis e a implementação de políticas de saúde eficazes, uma vez que muitos abortos inseguros ocorrem clandestinamente. Isso coloca um fardo substancial nos sistemas de saúde pública, à medida que tratam das complicações resultantes desses procedimentos perigosos. Além disso, a negação do acesso ao aborto seguro é uma questão de direitos reprodutivos e dignidade.

O presente trabalho teve por objetivo analisar o problema do aborto ilegal no Brasil como um problema de saúde pública para a realização do aborto, abordando a limitação das mulheres no momento de escolha de realização ou não do mesmo. Observou-se que as mulheres não possuem plenitude em diversos direitos que deveriam ser garantidos, como o direito a autonomia, e o direito à liberdade de escolha, o que atinge diretamente a integridade física e psíquica da mulher.

Este objeto de estudo foi escolhido justamente por ser um tema pouco debatido, mas que está presente diariamente em nossa sociedade. Por envolver um certo “tabu”, nos limitamos a decisões que por muitas vezes se dão sem a devida imparcialidade. Conforme exposto diversas vezes, mas utilizando de exemplo, nos casos das meninas de 10 e 11 anos há nitidamente a falta de compromisso e imparcialidade com a garantia dos direitos das mulheres.

Conforme apresentado, nota-se que ser considerado crime não é fato impeditivo da realização do aborto, o que direciona as milhares de mulheres que não desejam

uma gravidez às clínicas clandestinas de aborto, o que causa um enorme problema na saúde pública, na segurança das mulheres, e até mesmo na economicamente falando.

De 2016 até outubro de 2020, levantou-se a estatística de que para 1 aborto legal, o SUS (Sistema Único de Saúde) atendeu 100 (cem) mulheres que sofreram abortos espontâneos ou que sofreram complicações em procedimentos não realizados em hospitais.

Ainda, a União destinou cerca de R\$ 191.000.000,00 (cento e noventa e um milhões de reais), somente para as mulheres que necessitavam de internações devido à procedimentos relacionados ao abortamento, sendo que desses, apenas R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais), foram utilizados para suprir os gastos de abortos autorizados pela justiça, enquanto cerca de R\$ 189.000.000,00 (cento e oitenta e nove milhões de reais), foram destinados à procedimentos pós-abortos malsucedidos.

Sendo assim, primeiramente defendo que os direitos já existentes da mulher como em casos de estupro sejam preservados e mantidos, além de que se deve destacar a necessidade de garantia de que o serviço público deve ser realizado efetivamente com a devida imparcialidade, sem dificuldades e constrangimentos.

Além de que, opino pela modificação e regulamentação do Ministério da Saúde (2011<sup>a</sup>,2011b,2012,2022), a fim de não haver fundamento jurídico sobre o peso fetal e ao aborto sentimental que fica entre 20-22 semanas gestacionais. Uma vez que o Código Penal diz que há prevalência dos direitos de vítima de estupro, independente de idade gestacional, sendo assim, a “viabilidade fetal” não poderá ser fundada de argumento ao impedimento da realização do aborto até a 22<sup>a</sup> semana.

Ainda, com a legalização do devido procedimento, as garantias de autonomia e integridade psíquica e física da mulher e seus direitos reprodutivos e sexuais serão garantidos.

Toda mulher tem o direito à autonomia sobre seu próprio corpo e ao acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva. Restringir esse acesso nega às mulheres a oportunidade de tomar decisões informadas sobre suas vidas reprodutivas e coloca em risco sua dignidade.

Pode-se concluir que o aborto ilegal é um desafio abrangente que transcende a esfera da saúde pública. É uma questão de justiça social e direitos humanos. Portanto, é fundamental que as políticas de saúde pública abordem essa questão de maneira abrangente, garantindo o acesso a serviços de saúde reprodutiva seguros,

informações e apoio, especialmente para as mulheres de baixo poder aquisitivo e em situações vulneráveis. Essa abordagem não apenas protege a saúde e os direitos das mulheres, mas também contribui para a construção de uma sociedade mais justa e equitativa.

Ante o exposto, defendo a ideia de que o aborto possa ser realizado até a 22ª semana de gestação, considerando o avanço que o Brasil poderá ter, conforme já realizado em demais países, como demonstrado nos casos de Portugal, Espanha e Chile.

## REFERÊNCIAS

ACAYABA, Cíntia; FIGUEIREDO, Patrícia. SUS fez 80,9 mil procedimentos após abortos malsucedidos e 1.024 interrupções de gravidez previstas em lei no 1º semestre de 2020. **G1 São Paulo**, São Paulo, 20 ago. 2020. Disponível em: [https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/08/20/sus-fez-809-mil-procedimentos-apos-abortos-malsucedidos-e-1024-interrupcoes-de-gravidez-previstas-em-lei-no-1o-semester-de-2020.ghtml?utm\\_source=whatsapp&utm\\_medium=share-bar-mobile&utm\\_campaign=materias](https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/08/20/sus-fez-809-mil-procedimentos-apos-abortos-malsucedidos-e-1024-interrupcoes-de-gravidez-previstas-em-lei-no-1o-semester-de-2020.ghtml?utm_source=whatsapp&utm_medium=share-bar-mobile&utm_campaign=materias). Acesso em: 01 set. 2023.

ALQUETO, Ana Claudia Brandão. A Descriminalização do Aborto como Forma de Garantia dos Direitos Humanos das Mulheres à Margem da Sociedade. **Âmbito Jurídico**, [s.l.], 01 maio 2020. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direitos-humanos/a-descriminalizacao-do-aborto-como-forma-de-garantia-dos-direitos-humanos-das-mulheres-a-margem-da-sociedade/>. Acesso em: 03 maio 2023

ARAÚJO, Eliane. Aborto: uma questão de saúde pública. **Rede Mobilizadores**, [s.l.], 06 mar. 2015. Disponível em: <https://mobilizadores.org.br/noticias/aborto-uma-questao-de-saude-publica/>. Acesso em: 23 ago. 2023.

AYRES, Nathalie. Aborto pelo mundo: quais países legalizaram e como é encarado no Brasil. **Bebê Abril**, [s.l.], 08 abr. 2022. Disponível em: <https://bebe.abril.com.br/especiais/aborto-pelo-mundo-quais-paises-legalizaram-e-como-e-encarado-no-brasil/>. Acesso em: 23 ago. 2023.

BARROSO, Luís Roberto. A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação. **Interesse Público** [Recurso Eletrônico], [s.l.], v. 14, n. 76, nov./dez. 2012. Disponível em: <http://dspace/xmlui/bitstream/item/4836/PDlexibepdf.pdf?sequence=1>. Acesso em: 8 set. 2023.

BOMFIM *et al.* Mortalidade por aborto no Brasil: Perfil e evolução de 2000 a 2020. **ResearchGate** [Recurso Eletrônico], [s.l.], v. 10, n. 7. 2021. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/352979032\\_Mortalidade\\_por\\_aborto\\_no\\_Brasil\\_Perfil\\_e\\_evolucao\\_de\\_2000\\_a\\_2020](https://www.researchgate.net/publication/352979032_Mortalidade_por_aborto_no_Brasil_Perfil_e_evolucao_de_2000_a_2020). Acesso em: 16 ago. 2023.

BOUERI, Aline Gatto. Portugal, Espanha e Uruguai: o que aconteceu após a legalização do aborto? **Gênero e Número**. [s.l.], 11 set. 2018). Disponível em: <https://www.generonumero.media/reportagens/portugal-espanha-e-uruguai-o-que-aconteceu-apos-legalizacao-do-aborto/>. Acesso em: 13 ago. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 03 maio 2023.

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em: 03 maio 2023.

BRASIL. **Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, [2018]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm). Acesso em: 01 set. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Tribunal Pleno). **ADPF 54. ESTADO – LAICIDADE**. O Brasil é uma república laica, surgindo absolutamente neutro quanto às religiões. Considerações. [...] Requerente: Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS. Intimado: Presidente da República. Relator(a): Min. Marco Aurélio. Brasília, 12 abr. 2012. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>. Acesso em: 01 set. 2023.

BREDOFW, Rosi. Menina de 10 anos engravida depois de ser estuprada em São Mateus, no ES. **G1 Espírito Santo – TV Gazeta**, [s.l.], 08 ago. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/es/espírito-santo/noticia/2020/08/08/menina-de-10-anos-engravida-depois-de-ser-estuprada-em-sao-mateus-es.ghtml>. Acesso em: 03 maio 2023.

CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal**, parte especial: arts. 121 a 212. 19. ed. atual. São Paulo: Saraiva Educação, 2019. v.2.

CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. DOS S. B.; SARACENI, V.. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 36, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8vBCLC5xDY9yhTx5qHk5RrL/#>. Acesso em: 01 set. 2023.

COLLUCCI, Cláudia; FARIA, Flávia. SUS gasta R\$ 500 milhões com complicações por aborto em uma década. **Folha de São Paulo** [Recurso Eletrônico], São Paulo, 29 jul. 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/07/sus-gasta-r-500-milhoes-com-complicacoes-por-aborto-em-uma-decada.shtml?origin=folha>. Acesso em: 05 maio 2023.

COSTA, Rayne da Conceição; GONÇALVES, Jonas Rodrigo. O direito à saúde, à efetividade do serviço e à qualidade no acesso às políticas públicas de atenção à saúde da mulher. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, [s.l.], a. 2, v. 2, n. 4, jan./jun. 2019. Disponível em: <http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/199/311>. Acesso em: 13 ago. 2023.

DINIZ, Débora. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

DINIZ, Maria Helena. **O Estado atual do biodireito**. 2. ed. Saraiva. São Paulo: 2002.

FREIRE, Sabrina. A cada aborto legal, SUS socorre 100 mulheres por procedimento malsucedido. **Poder 360**, [s.l.], 23 jan. 2021. Disponível em:

<https://www.poder360.com.br/brasil/a-cada-aborto-legal-sus-socorre-100-mulheres-por-procedimento-malsucedido/>. Acesso em 01 set. 2023.

HORGA, Mihai *et al.* The remarkable story of Romanian women's struggle to manage their fertility. **Journal of Family Planning and Reproductive Health Care**, [s.l.], v. 39, jan. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23296845/>. Acesso em 13 ago. 2023.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 1988.

LUNA, Naara. Morte por aborto clandestino na imprensa: Jandira, Elizângela e Operação Herodes. **Revista Estudos Feministas**, [s.l.], v. 25, n. 3, p. 1159–1181, set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/dx4mp46ShZsjCZwfzJgMmmG/#>. Acesso em 23 ago. 2023.

MÂNICA, Fernando Borges. Saúde: um direito fundamental social individual. **Revista Brasileira de Direito da Saúde**, [s.l.], v. 1-14, jul./dez. 2011. Brasília: CMB, 2012. Disponível em: [http://fernandomanica.com.br/wp-content/uploads/2015/10/saude\\_um\\_direito\\_fundamental\\_social\\_individual.pdf](http://fernandomanica.com.br/wp-content/uploads/2015/10/saude_um_direito_fundamental_social_individual.pdf). Acesso em 23 ago. 2023.

MAYER, Sofia. Aborto negado por juíza de SC à menina de 11 anos estuprada repercute na imprensa internacional. **G1 Santa Catarina**, [s.l.], 23 jun. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2022/06/23/aborto-negado-por-juiza-de-sc-a-menina-de-11-anos-estuprada-repercute-na-imprensa-internacional.ghtml>. Acesso em: 01 set. 2023.

MOURA, Elisângela Santos de. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. **Âmbito Jurídico**, [s.l.], 16 maio 2017. Disponível em: <https://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/17657/material/O%20direito%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20na%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20Federal%20de%201988%20-%20Constitucional%20-%20%C3%82mbito%20Jur%C3%ADdico.pdf>. Acesso em: 01 set. 2023.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Notícias STF. **Imprensa STF**, [s.l.], publicado em 08 mar. 2017. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/80242/do-direito-a-educacao-sexual-a-descriminalizacao-do-aborto>. Acesso em 01 set. 2023.

OLIVEIRA *et al.* A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 197–206, jan. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5d5nbqnn88B6pkcYZSrQjtn/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 23 ago. 2023.

SANTOS, V. C. *et al.* Aborto no Brasil: impactos da ilegalidade na saúde pública. **Revista Gestão & Saúde**, [s.l.], v. 4, n. 4, p. 1527–1544, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/400>. Acesso em: 01 set. 2023.

SUEDA, Giovanna Cristina. **A criminalização do aborto e o direito de escolha da mulher**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito). Universidade São Judas Tadeu (USJT), São Paulo, 2022. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/28404/1/TCC-Aborto%20e%20o%20Direito%20de%20Escolha%20da%20Mulher%20-%20Giovanna%20Sueda%2081815914.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2023.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito Civil: Parte Geral**. 17. ed. Atlas. São Paulo. 2017

MONTEIRO, Mirella de Carvalho Bauzys. **A política pública de aborto legal em decorrência de violência sexual e a inapropriada limitação à idade gestacional**. 2022. Artigo (Bacharelado em Direito). Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2022. Disponível em: [https://es.mpsp.mp.br/revista\\_esmp/index.php/RJESMPSP/article/view/500](https://es.mpsp.mp.br/revista_esmp/index.php/RJESMPSP/article/view/500). Acesso em 02 de out. de 2023.