

CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR

**Serviços de aborto legal
em hospitais públicos brasileiros
(1989-2004)
DOSSIÊ**

Rosângela Aparecida Talib

Maria Teresa Citeli

São Paulo, 2005

CADERNOS CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR Nº 13

Serviços de aborto legal em hospitais
públicos brasileiros (1989-2004) - DOSSIÊ

Rosângela Aparecida Talib
Maria Teresa Citeli

Equipe de pesquisa:

Coordenadora: Rosângela Aparecida Talib
Assessora: Irotilde Gonçalves Pereira
Assistente de Pesquisa: Dalila Vasconcellos de Carvalho
Consultora: Maria Teresa Citeli

Conselho Editorial: Miriam Pillar Grossi, Sílvia Pimentel e Beto de Jesus

Apoio:

Catholics for a Free Choice (CFFC)
International Womens Health Coalition (IWHC)
Erik E. and Edith H. Bergstrom Foundation
Fundação Ford/Red CDD-AL

Dados Internacionais de Catalogação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Talib, Rosângela Aparecida

Dossiê: serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros, (1989-2004) /
Rosângela Aparecida Talib. - São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2005.

1. Aborto - Aspectos morais e éticos 2. Aborto - Aspectos religiosos - Igreja
Católicas 3. Hospitais públicos - Brasil 4. Pesquisa sociológica 5. Serviços de aborto -
Brasil I. Título. II. Título: Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros,
(1989-2004).

05-6339

CDD - 363.4606081

Índices para catálogo sistemático:

1. Aborto legal: Serviços: Hospitais públicos brasileiros: Problemas sociais
363.4606081

ISBN: 85-87598-09-0

Capa e editoração eletrônica: Bamboo Studio - bamboo@uol.com.br - 11 9373-5600

Fotolito: Inform - atendimento@inform.art.br - 11 3341-3384

Impressão: Max Print - graficaperes@terra.com.br - 11 4815-4331

Publicações CDD

Rua Prof. Sebastião Soares de Faria, 57

6º andar – Bela Vista – São Paulo/SP - Brasil - CEP 01317-010

Tel/fax: 11 3541-3476 - E-mail: cddbr@uol.com.br

Site: www.catolicasonline.org.br

Sumário

Apresentação	5
1. Implantação e regulamentação de serviços públicos de aborto	11
Hospital do Jabaquara: pioneirismo e inovação	12
Normas federais e alvarás judiciais	20
A Norma Técnica de 1998, do Ministério da Saúde	20
Aborto em caso de feto incompatível com a vida	22
A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004-2007)	23
2. Atores e argumentos: o aborto legal na imprensa escrita, 2004-2005	25
Em defesa do acesso aos serviços de aborto legal	26
Em defesa da ordem tradicional: articulando antigos e novos discursos	30
3. A opinião dos brasileiros sobre políticas públicas e aborto legal	37
Estado laico	37
Aborto legal	38
Anticoncepção de emergência	40
4. A pesquisa nos serviços de aborto legal	43
Coleta de dados	44
Um quadro geral dos serviços no Brasil	45
Atendimentos prestados e características gerais dos serviços (1989-2004)	51
Ano e portaria de implantação dos serviços	53
As equipes dos serviços	55
Profilaxia: anticoncepção de emergência, DST e HIV	55
Exigências para realizar o procedimento	56
Motivos para a interrupção da gravidez	57
Métodos disponíveis	58
5. Considerações finais	59
Recomendações	63
Referências bibliográficas	65
Anexo 1	69
Relação dos serviços pesquisados	71
Relação dos serviços que atendem ao aborto legal	73
Distribuição dos serviços por região, UF, município e número de serviços	75

Apresentação

Os antecedentes da pesquisa cujos resultados são aqui apresentados, sobre os serviços de aborto legal em funcionamento no Brasil, remontam a cinco anos atrás, em 2000, quando a equipe de CDD-Br deu início ao projeto Aborto Legal nos Hospitais Públicos.

Católicas pelo Direito de Decidir (CDD-Br) é uma organização não-governamental feminista de caráter ecumênico que busca justiça social e mudança dos padrões culturais e religiosos vigentes em nossa sociedade, respeitando a diversidade necessária para a efetivação da liberdade e da justiça. Desde sua criação no Brasil, em 1993, promove os direitos das mulheres (especialmente sexuais e reprodutivos), luta por sua cidadania e pela igualdade nas relações de gênero, tanto na sociedade como no interior das religiões, especialmente da católica. Com base no pensamento religioso progressista, CDD-Br visa contribuir para que as mulheres reforcem sua autonomia e para que a sociedade reconheça a autoridade moral e a capacidade ética das mulheres de tomar decisões em todos os campos de suas vidas.

O projeto Aborto Legal nos Hospitais Públicos foi idealizado em perfeita sintonia com os objetivos de CDD-Br, que são: sensibilizar e envolver a sociedade civil, principalmente os segmentos que trabalham nos serviços de saúde sexual e reprodutiva, educação, direitos humanos, meios de comunicação, juristas legisladores sobre a necessidade de mudanças dos padrões culturais vigentes em nossa sociedade; ampliar a reflexão ético-religiosa em uma perspectiva ecumênica; exercer influência para que a sociedade reconheça o direito que têm as mulheres a uma maternidade livre e voluntária; aprofundar o debate sobre a interrupção voluntária da gravidez, ampliando a discussão em seus aspectos éticos, médicos e legais; lutar pela descriminalização e legalização do aborto; e exigir do Estado o cumprimento dos compromissos assumidos nas Conferências Mundiais organizadas pelas

Nações Unidas no Cairo (1994) e em Pequim (1995). Esse projeto vem sendo desenvolvido por CDD – Br com o apoio de Catholics for a Free Choice (CFFC), International Women’s Health Coalition (IWHC) e Fundação Bergstron.

Nossas atividades junto às equipes multiprofissionais que prestam atendimento nos hospitais públicos visavam oferecer subsídios e proporcionar espaço para a discussão das implicações ético-religiosas do aborto, bem como sensibilizar os profissionais para a humanização do atendimento, contribuindo ainda para a constituição de novas equipes e para o aumento do número de hospitais que oferecem o serviço de aborto legal.

Consideramos o debate sobre as possibilidades éticas e religiosas que apóiam a decisão por um aborto muito relevantes para uma considerável população: mais de 80 milhões que se declaram católicos. Por essa razão, um dos eixos centrais do nosso trabalho com diferentes setores da sociedade foi, e continua sendo, evidenciar que o discurso religioso católico é aberto a diferentes interpretações.

O probabilismo, por exemplo, é uma antiga e complexa doutrina, que fala na obrigação da informação aos fiéis de uma divergência doutrinária, quando há teólogos que sustentam posições divergentes – como é o caso do recurso ao aborto.

No campo da teologia moral, também há diversidade interna em relação a práticas aceitáveis quanto à sexualidade e à reprodução humanas. Já nos anos 1970, estudiosos católicos defendiam a validade moral do recurso ao aborto em determinadas circunstâncias. Alguns deles, cujo pensamento ficou conhecido como *escola francesa*, defendiam que são as relações sociais que humanizam – não a biologia. Com isso, propunham uma compreensão da existência de uma pessoa de pleno direito, não coincidente, obrigatoriamente, com o momento da concepção, mas com a aceitação do conceito para a vida. O caráter plenamente humano do ato consciente e desejado – ainda que não planejado – de fazer uma nova pessoa, de trazê-la à vida e ao mundo, à sociedade, viria, dizem eles, não de uma imposição biológica, mas dessa característica única dos seres humanos, que é a possibilidade da escolha. Vale dizer, a liberdade. É relevante reafirmar que mulheres são pessoas humanas com capacidade de eleição, de pensamento, de desejo e, por isso mesmo, sujeitas de direitos e deveres. Reduzi-las à capacidade biológica de gerar é negar-lhes a condição humana plena.

Desde o início do projeto, consideramos que debater com os profissionais de saúde que atendem nos serviços de aborto legal sobre essa diversidade de opinião no seio do pensamento teológico poderia contribuir para a superação de dúvidas e incertezas que alguns manifestam, sobretudo quando recebem críticas de setores mais conservadores da Igreja Católica.

Em 2000, começamos fazendo visitas aos serviços hospitalares e, depois, realizando oficinas com os profissionais. Nos últimos cinco anos realizamos 70 visitas e cerca de 30 oficinas para serviços localizados em 25 municípios de 18 Unidades da Federação. No desenvolvimento desse projeto contamos com a consultoria da assistente social Irotilde Gonçalves Pereira, integrante da equipe do primeiro serviço de aborto legal do país desde sua implementação, que tem enriquecido nosso trabalho com sua vasta experiência profissional que é amplamente reconhecida por seus pares.

Os sucessivos encontros com os profissionais foram nos trazendo informações sobre o funcionamento dos serviços, quantidade de atendimentos, dificuldades experimentadas pelos profissionais na prestação do atendimento, reveses, obstáculos, apoios internos e externos para a implantação e a continuidade do serviço.

O envolvimento com os profissionais atuantes nos serviços de aborto legal, também evidenciou a necessidade de organizar eventos destinados a oferecer subsídios e espaços para troca de experiência e reflexão sobre questões teóricas, históricas e práticas relativas ao aborto. Assim, realizamos dois encontros intitulados “Seminário Nacional de Intercâmbio e Formação sobre Questões Ético-Religiosas para Técnicos/as dos Programas de Aborto Legal”, o primeiro em 2001 e o segundo em 2003. Esses eventos contaram com a participação de técnicos dos serviços e reconhecidos especialistas que debateram as implicações do ato abortivo em diferentes dimensões – ética, religiosa, psicossocial, bioética e jurídica. Nos últimos anos temos nos beneficiado da oportunidade de participar dos Fóruns Interprofissionais, organizados pelos principais atores do campo da saúde, para debater a questão do aborto legal no Brasil.

Esses mesmos temas foram contemplados nas três publicações produzidas no âmbito do projeto: o folder *Aborto Legal: compartilhando experiências*, com tiragem de 6.000 exemplares; o livro *Aborto Legal: implicações ético-religiosas*, com tiragem de 5.000 exemplares, lançado em 2002, contendo nove artigos sobre

aspectos éticos, jurídicos, médicos e de comunicação escritos por especialistas palestrantes do I Seminário de Intercâmbio, promovido por CDD em 2001; e o vídeo *Aborto Legal: implicações ético-religiosas*, com 500 cópias.

A relação de confiança estabelecida nos contatos pessoais mantidos com os profissionais durante as visitas e oficinas, consolidada nos seminários, foi considerada como um elemento fundamental para facilitar a coleta sistemática de informações sobre o atendimento prestado pelos serviços de aborto legal, ora apresentadas neste dossiê. Essa confiança conquistada durante as visitas e oficinas revelou-se um elemento fundamental para superar a cautela e até mesmo o sigilo em relação aos serviços prestados, que os profissionais consideraram necessários face às situações adversas impostas pelas forças conservadoras ao funcionamento dos serviços.

Em 2004, depois de quatro anos de proximidade com quase todos os hospitais que prestam esse atendimento no país, a equipe de CDD-Br identificou a pertinência e oportunidade de sistematizar os dados já recolhidos e, também, de coletar novas informações sobre o atendimento de saúde prestado às mulheres que enfrentam a necessidade de interromper uma gravidez resultante de estupro ou com risco de vida, que afeta sua saúde física, mental e psicológica. As atividades do projeto estavam produzindo um acúmulo de informações sobre os serviços de aborto legal que eram desconhecidas e de interesse de nossos parceiros na operacionalização desse atendimento, sobretudo da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, do Instituto IPAS Brasil, da Febrasgo – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia –, bem como de estudiosos do assunto e de militantes de ONGs e grupos feministas. Foi assim que nasceu a idéia de elaborar este dossiê.

A primeira parte apresenta um histórico da implantação do primeiro serviço de aborto, mostrando, de um lado, a conjugação de esforços de diversos atores sociais necessária para implantar os serviços de atendimento previsto em lei e, de outro, a coragem manifestada e o reconhecimento recebido pelos profissionais pioneiros. A normatização dos serviços pelo Ministério da Saúde, em 1998, e os alvarás judiciais expedidos são apresentados para traçar um panorama do contexto no qual se verificou a ampliação do atendimento.

A implantação de iniciativas relacionadas com o aborto legal contempladas na *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher* definida pelo

Ministério da Saúde, juntamente com uma liminar do Supremo Tribunal Federal, são tomadas como o pano de fundo de um intenso debate público sobre o aborto no Brasil. Esse cenário, e os atores políticos que nele comparecem para apresentar suas opiniões, interesses e argumentos favoráveis ou contrários ao acesso ao aborto legal, são interpretados para identificar as estratégias discursivas e os novos atores desta disputa.

Apresenta-se, também, os resultados de uma pesquisa de opinião pública, realizada por CDD-Br em 2005, que sinalizam o amplo apoio dos brasileiros, sobretudo os católicos, ao atendimento público realizado nos serviços de aborto legal e à oferta de anticoncepção de emergência nos serviços de saúde, em franca oposição ao discurso da hierarquia da Igreja Católica no Brasil.

Por fim, com base em pesquisa realizada em 56 hospitais e maternidades, apresenta-se um quadro geral do atendimento ao aborto legal nos hospitais brasileiros, sinalizando o avanço que esses serviços representam e também os reflexos da condição de ilegalidade do aborto no país, que influem negativamente, até mesmo no atendimento dos casos permitidos pela legislação vigente.

Implantação e regulamentação de serviços públicos de aborto

Embora o recurso ao abortamento tenha sido comum em quase todas as sociedades, foi só a partir do século XIX que nações ocidentais passaram a regulamentar essa prática – e, em muitos casos, a proibi-la. Forte impulso para tais proibições foi proveniente da Igreja Católica: a proibição absoluta do aborto foi imposta pelo Papa Pio IX que, em 1869, baseado na teoria da personificação imediata do feto, passou a condenar todo abortamento, em qualquer estágio da gravidez, determinando a pena de excomunhão (vigente até hoje) a quem o praticar.

É certamente devido à influência dos setores mais conservadores da Igreja Católica na vida social e política que, em todos os países da América do Sul (com exceção da Guiana), o aborto é considerado crime pela legislação, salvo em raros casos específicos.

No Brasil, o Código Penal de 1940, ainda vigente, só não pune o aborto praticado por médicos nos casos de “aborto necessário” se não há outro meio de salvar a vida da gestante e “aborto sentimental” no caso de gravidez resultante de estupro – precedidos de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. No entanto, apesar desse permissivo legal, durante cinco décadas as mulheres que se enquadravam nesses casos não dispuseram de atendimento público gratuito nos serviços de saúde, que só começou a ser implantado a partir de 1989.

Um dossiê sobre os serviços públicos de atendimento ao abortamento, nos casos considerados lícitos pelo Código Penal, demanda algumas considerações preliminares, mesmo que sucintas, sobre as principais contradições e controvérsias que emergem quando se aborda tema tão polêmico.

A condição de ilegalidade, associada à de grave transgressão religiosa, não restringe a prática do aborto, justamente porque estas restrições não alteram as condições básicas que antecedem uma gravidez indesejada e levam ao aborto. No entanto, essa condenação tem conseqüências desastrosas, tanto no plano da economia e das políticas públicas quanto no que essa prática afeta a

vida das mulheres, em termos de saúde física e psíquica, de exercício da autonomia individual e da cidadania.

Durante muito tempo, a realização clandestina do aborto tornou esse fenômeno social invisível, dificultando a elaboração de estatísticas confiáveis sobre a ocorrência de casos, de complicações decorrentes do abortamento e das mortes evitáveis de mulheres. Ao mesmo tempo, expõe uma forte contradição, decorrente das desigualdades sociais, que separam os segmentos entre, de um lado, quem pode pagar e receber atendimento de saúde apropriado e, de outro, a grande maioria da população, que realiza o procedimento em condições degradantes e inseguras.

Outra contradição expressa-se na própria ineficácia da proibição: apesar da severidade das leis religiosas e civis, que estendem as penas de excomunhão e de prisão para a mulher e para o médico envolvidos na interrupção da gravidez, essas penas raramente são aplicadas.

Por sua vez, são justamente os grupos religiosos e políticos contrários à legalização do aborto que condenam alternativas, como o uso de métodos anticoncepcionais e da contracepção de emergência, que podem contribuir para a redução do número de mulheres que precisam recorrer ao aborto. Na verdade, esses opositores desconhecem ou pretendem desconhecer que a incidência de tais casos, nos países onde o abortamento é amplamente permitido e facilmente acessível, é muito menor do que naqueles em que é proibido.

A polêmica em torno da interrupção da gravidez se estende a inúmeras esferas – religiosa, filosófica, fisiológica, ética, cultural, social – além das esferas legal e política e do âmbito dos serviços, que aqui são de particular interesse. Essas questões sobre um tema tão controverso despertam adesões e rechaços incondicionais até mesmo quando se trata de serviços que prestam atendimento aos casos previstos em lei.

Hospital do Jabaquara: pioneirismo e inovação

Em 1989, quando o Código Penal de 1940 estava prestes a completar 50 anos, foi criado o primeiro serviço público de atendimento aos casos de aborto permitidos em lei, no Hospital Municipal Artur Ribeiro de Saboya, conhecido como Hospital do Jabaquara, em São Paulo. O debate público daquela época mostrava duas características: enfatizava os entraves (de ordem religiosa, legal, política, moral e judicial) para

a implantação do serviço e apontava o caráter pioneiro e inovador desse esforço. O distanciamento no tempo (mais de 15 anos transcorridos até 2005) é suficiente para dar relevo a uma aparente contradição. Afinal, se os dispositivos legais permissivos para o aborto estavam prestes a completar 50 anos, não seria mais coerente considerar tardia a política pública então implantada? A resposta certamente seria sim, não fossem tantos os enfrentamentos políticos em torno da questão.

Embora tardio, o serviço merece ser efetivamente considerado pioneiro não só no Brasil como em toda a América do Sul. Como pioneiro, tem uma história de percalços, incertezas e conquistas que merece ser contada, sobretudo porque ela se parece e até se confunde, em muitos aspectos, com os obstáculos e conquistas verificados em outros serviços que passaram a atender as brasileiras que a eles recorrem para a realização do aborto previsto em lei.

Com certeza, nas últimas décadas, parte dessa e de inúmeras outras conquistas em benefício dos direitos e da saúde das mulheres deve-se à atuação do movimento feminista que, no Brasil, desde a década de 80, vem defendendo e apoiando a implantação de ações norteadas pela noção de direitos reprodutivos e pelo direito da escolha autônoma da maternidade e de decisão se, como e quando ter filhos. Ativistas feministas deram suporte à elaboração e implantação do PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) e participaram ativamente das Conferências da ONU (População e Desenvolvimento no Cairo, 1994 e da Mulher em Pequim, 1995), marcos da consolidação dos direitos reprodutivos.

Quando da implantação do serviço no Hospital do Jabaquara, a administração municipal de São Paulo, conhecendo a delicadeza do assunto, cercou-se de cuidados e beneficiou-se de uma conjunção de elementos favoráveis. A prefeita Luiza Erundina nomeara Secretário Municipal de Saúde o médico Eduardo Jorge, sensível às demandas das mulheres, que, por sua vez, indicou a médica feminista Maria José Araújo para o Programa de Saúde da Mulher; esta atribuiu a Edna Rolland, feminista negra, a responsabilidade de coordenar uma comissão responsável pela implantação do serviço em hospitais municipais. Por cautela, além de sondagens para identificar em qual hospital encontraria profissionais sensibilizados para o problema, essa comissão realizou seminários reunindo juristas conceituados, feministas, representantes de conselhos e federações médicas. Depois colheu pareceres jurídicos. Foram consultados, entre outros, o Conselho Regional de Medicina, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Comissão da Mulher Advogada,

então recém-criada na OAB-SP; finalmente, a comissão encaminhou à Procuradoria Geral do município uma ementa da portaria regulamentadora. A procuradora Arabela M. Sampaio de Castro solicitou algumas alterações e a nova versão foi examinada por outra procuradora, Ana Maria Cruz de Moraes que, em seu parecer favorável de 16 de maio de 1989, confirmou: “julgo oportuno ressaltar que foram efetuadas exaustivas pesquisas de jurisprudência no intento de se resguardar o Município no tratamento da matéria, que é indiscutivelmente delicada, e sobre a qual levantaram-se muitos equívocos, ao longo do tempo, certamente suscitados pelo tratamento hipócrita dado ao abortamento nos casos de gravidez resultante de estupro”. E conclui: “O abortamento legal, cercado das precauções estatuídas na proposta da portaria examinada, pelas unidades da rede hospitalar pública municipal, constituirá não só a concretização da vontade da lei, mas a efetivação de um serviço de saúde importante e necessário”.

A Portaria n. 692, baixada em 26/04/1989, dispendo sobre a obrigatoriedade da rede hospitalar do município prestar “atendimento médico para o procedimento de abortamento, nos casos de exclusão de antijuridicidade, previstos no Código Penal”, de fato estava cercada de “precauções”. Para ter acesso ao abortamento, a gestante deveria apresentar, entre outras, cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO) registrando a agressão sofrida com data de até 15 dias da mesma e de laudo pericial do Instituto Médico-Legal. Deveria ser atendida por uma comissão multiprofissional do hospital, incluindo médico/a, enfermeiro/a, psicólogo/a, advogado/a e assistente social, que teria a decisão final sobre a realização do procedimento.

Enfrentando resistências políticas internas (como a do então Secretário Municipal de Negócios Jurídicos Hélio Bicudo, ou mesmo de profissionais do próprio hospital) e externas, finalmente o serviço foi inaugurado em 12 de agosto de 1989 no Hospital do Jabaquara, identificado pelas sondagens anteriores como aquele que apresentava as melhores condições, sobretudo, por contar com profissionais sensibilizados e dispostos a fazer cumprir a lei.

Em seguida, a comissão responsável pela implantação dos novos serviços passou a consultar outros hospitais municipais, enfrentando entretanto resistências de toda ordem; somente onze anos depois, em 2000, o segundo serviço municipal foi implantado, no Hospital Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva, conhecido como Hospital da Vila Nova Cachoeirinha. Bem antes, porém, o segundo serviço na cidade de São Paulo fora implantado no Hospital Pérola Byington, da rede

estadual de saúde, em 1994; a propósito, segundo os dados coletados pela presente pesquisa, este foi não só o hospital que mais atendimentos prestou como, também, um dos que revelou dispor de dados sistematizados sobre os atendimentos que presta.

Irotilde Gonçalves Pereira, a assistente social que participou da primeira equipe no Hospital do Jabaquara, concedeu a esta pesquisa o privilégio de consultar seu arquivo pessoal contendo documentos públicos da memória do serviço, bem como o comovente registro de fotografias e cartas de pacientes atendidas, quase todas manuscritas, manifestando a ela e à toda a equipe sua gratidão e apoio ao serviço. Parte desse registro reúne também matérias jornalísticas publicadas ao longo dos últimos 16 anos, divulgando a existência daquele atendimento e de outros que foram surgindo.

Nesse acervo tão diversificado, quatro aspectos merecem e devem ser destacados: o cuidadoso registro, que permite acompanhar a evolução de casos atendidos pela equipe; os inúmeros percalços bem como os apoios recebidos e; sobretudo o respeito conquistado pelos profissionais de saúde, daquele hospital e depois de outros, que corajosamente se dispuseram a atender pacientes e comunicar publicamente os resultados desse investimento realizado coletivamente.

A novidade do serviço motivou o interesse constante da mídia. Segundo as notícias de jornal desse arquivo, a evolução dos atendimentos foi a seguinte: até o final de 1989, foram atendidas 3 mulheres; até o início de 1992 tinham sido atendidas 26 (das quais 14 eram meninas e jovens entre 10 e 17 anos); até maio de 1992, já eram 30 interrupções – e 50 pedidos recusados por não cumprir os requisitos ou por idade gestacional acima de 12 semanas; até 1993, 35 atendimentos, dentre as 105 mulheres que procuraram o serviço; esse número passa para 49 em 1994 e para 59 interrupções de gravidez em 1995, registrando-se um total de 126 mulheres que não puderam ser atendidas. Ainda, os profissionais ouvidos pelos jornalistas contam que, além de realizar o procedimento, incentivam o registro da ocorrência e a denúncia do agressor, prestando atendimento social e acompanhamento psicológico.

Em 1992, uma matéria anuncia a previsão de inauguração de serviço no Hospital Ermelino Matarazzo, na zona leste de São Paulo, enquanto o diretor “tenta contornar a resistência de médicos e enfermeiros que ainda é grande”. Esse serviço nunca entrou em funcionamento.

1993 foi um ano agitado. A teóloga Ivone Gebara declarou à revista *Veja* que aborto em determinadas circunstâncias não era pecado. Logo foi punida. Sobre a

Igreja Católica versa parte de extensa matéria ocupando quatro páginas do jornal *O Estado de S. Paulo*, em 24/10/93. A manchete “Igreja Católica pune com excomunhão”, informa que esta é automática em caso de aborto, sem a necessidade de qualquer intervenção de autoridade competente. Segundo o catecismo da Igreja, “Deus, senhor da vida, confiou a todos os homens a altíssima missão de proteger a vida”. Assim, aborto e infanticídio são delitos abomináveis. Um padre entrevistado adverte que o Cânon 1398 “não faz qualquer exceção quanto aos motivos do aborto”, seja em caso de estupro ou risco de vida da mãe. A excomunhão atinge a todos: os que oferecem cooperação material (médicos, enfermeiras, parteiras etc.) ou moral (maridos, namorados, amigos). Esse padrão de discurso religioso de veemente condenação do aborto no vezo conservador católico — fortemente ancorado nos códigos canônicos, ou na invocação dos desígnios divinos e das penalidades religiosas aplicáveis — precisa ficar bem registrado porque, embora não seja abandonado nos anos subseqüentes, passará por uma transformação estratégica, que consiste na articulação de elementos simbólicos religiosos com argumentos seculares, de cunho científico e legal.

Na mesma data, um domingo, a *Folha de S. Paulo* de 24/10/1993 revelava que o Congresso pretendia manter a criminalização do aborto e trazia resultado de pesquisa feita entre os deputados mostrando chegar a 22% os que pretendiam votar a favor de mudanças. Também é do mesmo período uma intensa disputa na mídia em torno de estimativas muito díspares sobre o número de abortos clandestinos ocorridos anualmente no Brasil. A partir de 1994, as inconsistências dos registros, subnotificados em decorrência da ilegalidade da prática no país, passam a ser contornadas com a utilização de diferentes fatores de correção sugeridos pelo Alan Guttmacher Institute (1994).

Ao que tudo indica, a cobertura jornalística sobre o serviço de aborto legal no Hospital do Jabaquara foi o estopim para mais um ataque ao serviço. Carta de 27 de outubro de 1993, endereçada ao então prefeito Paulo Salim Maluf, assinada por um advogado de São Paulo e acompanhada do xerox do texto publicado dias antes no jornal, recorre precisamente àquela penalidade religiosa [de excomunhão], extensiva a todos os atores, para advertir o prefeito. Este logo encaminhou a documentação ao Secretário de Saúde, que a enviou ao então coordenador do Programa de Saúde da Mulher e este para o Hospital, solicitando atendimento “no menor espaço de tempo possível”. Constam, ainda, a resposta do diretor do Hospital e do médico responsável pelo serviço de Tocoginecologia, que enviaram dados sobre o total de atendimentos e cópias dos BOs. Em dezembro do mesmo ano, nova carta do advogado informa ter

recebido resposta a seu pedido inicial, mas reitera que os abortos realizados foram criminosos e devem ser apurados – e alerta que está remetendo a documentação ao Ministério Público, “no uso do dever de consciência de proteger os que não têm sequer como constituir um advogado”. Observe-se, nesse caso, que o discurso jurídico [dizendo que o atendimento era criminoso] invocado pelo advogado foi combinado com um argumento político-religioso extraído do ideário católico conservador em voga naquela época [dever de proteger fetos inocentes], tendo como consequência a instauração de procedimentos administrativos no âmbito oficial do poder executivo de um Estado laico.

Uma notícia da *Folha de S. Paulo* de 19/06/94 anuncia o processo policial instaurado contra um reconhecido médico da Unicamp, por ter declarado em entrevista que o serviço onde trabalhava tinha realizado aborto em casos de má-formação fetal grave. O profissional revela que está preparando sua defesa, comprovando por alvarás judiciais que todos os procedimentos realizados foram autorizados pela justiça.

Além das pressões externas recebidas, os profissionais que são as fontes de informação das matérias consultadas relatam também vicissitudes pessoais. O mesmo médico referido no parágrafo anterior afirma: “não gosto de interromper gravidez nenhuma, é contra tudo que a gente aprendeu”. Outro reconhecido cirurgião, que desde o início apoiou a ampliação de permissivos para o aborto legal, diz que “a palavra aborto sangra e peca”. Sem falar na sensível situação pessoal e profissional de participar do sofrimento e a da angústia de mulheres, crianças e adolescentes que, depois de sofrer violência, ainda precisam enfrentar essa situação desgastante e dolorosa, em todos os sentidos que a palavra admite.

É bem verdade, que para alguns médicos, esse contato com o sofrimento foi justamente o motivo para mudar sua opinião e passar a defender os direitos das mulheres, como o Dr. Cristiano Fernando Rosas: “Tive uma formação religiosa tradicional e minha visão em relação ao aborto era retrógrada e preconceituosa. Reformulei meu modo de pensar no convívio com as mulheres”, declarou ele à revista *Claudia*, em 1996. “É impossível ficar imune ao desespero de uma moça que é estuprada por quatro rapazes e engravida. Você começa a pensar: E se fosse a minha filha ou a minha mulher, será que eu seria contra o aborto?” De fato, quando enfrentam uma gravidez indesejada na vida pessoal, médicas ou parceiras de médicos tendem a recorrer a um aborto, como mostra uma pesquisa recente (Faúndes, Duarte *et al.*, 2004), segundo a qual 80% optaram pelo aborto.

Outro médico que atuou por muitos anos no Jabaquara refere-se à enorme dificuldade enfrentada por psicólogas e assistentes sociais para convencer médicas/os e enfermeiras/os a participarem da equipe. Segundo ele, muitos alegam que “o aborto não condiz com sua formação nem com a religião”. Relata ainda que “é muito comum colegas de outros hospitais dizerem, quando estou chegando, ‘lá vem o aborteiro’”. E um experiente profissional confirma: “os currículos das escolas de Medicina ainda são medievais, não se adaptaram à realidade atual”.

O relato de um dos dois médicos que aceitaram participar da equipe pioneira de atendimento aponta duas ordens de dificuldades que precisaram ser contornadas: a resistência dos profissionais e a falta de preparo técnico para realizar o procedimento. Dentre os 27 ginecologistas daquele hospital, 25 reprovaram a implantação do programa por considerá-lo desnecessário, inoportuno e, ainda, por temer que a medida estimulasse a realização de muitos abortos provocados, resultado de gestações não planejadas (Andalaft Neto, s.d.).

A capacitação técnica, segundo ele, veio por intermédio do Coletivo Feminista, uma ONG sediada em São Paulo, e de uma agência internacional de apoio à saúde reprodutiva que garantiram o treinamento de médicos numa clínica de outro país da América do Sul, para realizar o abortamento pelo método de aspiração manual intra uterina (AMIU). Anos mais tarde, em 1996, as discussões sobre a importância do atendimento ao aborto legal e a necessidade de treinamento de profissionais para o uso do método AMIU chegaram à Febrasgo, que criou uma Comissão contra a Violência Sexual. Foi justamente da parceria entre essa Comissão da Febrasgo e o Instituto IPAS-Brasil que surgiu a iniciativa de treinar profissionais para a utilização da técnica AMIU, mais segura que a curetagem, para a realização dos abortamentos previstos em lei.

Antes de encerrar essa sucinta e certamente incompleta lembrança dos assuntos e problemas que fizeram parte do discurso público sobre o aborto legal nos primeiros anos de funcionamento do serviço, dois registros ainda merecem ser feitos.

O primeiro refere-se a uma surpreendente manchete estampada na *Folha de S. Paulo* de 22/12/1995: “D. Paulo defende o aborto em caso de

estupro”. Sim, é o então Cardeal-Arcebispo de São Paulo que, embora muito cuidadosamente, ao comentar o projeto de lei do deputado federal Severino Cavalcanti que pretendia revogar a possibilidade de aborto em caso de estupro, afirma: **“uma pessoa estuprada deveria recorrer ao médico imediatamente, porque aí ela evita sofrimentos interiores, tanto dela como de uma criança que poderia nascer (...)** é este o conselho que devemos dar a uma moça estuprada: vá de imediato ao ginecologista e faça o tratamento, não espere a criança se formar em seu seio. Este foi o conselho que recebi do meu professor de moral há 50 anos”. Como atesta o depoimento do Cardeal-Arcebispo, nem todos os representantes da hierarquia da Igreja Católica utilizam seu poder simbólico e capacidade discursiva para deslegitimar as decisões das mulheres e a prática do aborto.

Destaque-se, também, que nem só de vicissitudes é feita a vida profissional e pessoal daqueles que se dedicaram a cumprir seu dever de atender às mulheres que, amparadas na lei, buscam os serviços para interromper a gravidez. Ao contrário, o empenho desses profissionais da área da saúde logo foi valorizado e a experiência do atendimento registrada em vídeo, produzido por uma organização não-governamental feminista em 1994 e exibido por todo o país. Por ocasião do lançamento, a coordenadora da ONG dizia: “mostramos uma experiência que deu certo e que precisa ser estendida para outros hospitais”. E, pouco mais de dois anos depois de implantado o primeiro serviço, os profissionais que ali atuavam começaram a receber prêmios pela apresentação de trabalhos em eventos (congressos médicos, seminários nacionais e internacionais) e pelo reconhecimento de sua coragem para enfrentar as dificuldades encontradas, dos quais o prêmio Cláudia, recebido em 1997 pela assistente social Irotilde Gonçalves Pereira, do Hospital do Jabaquara, é apenas um exemplo.

O enfrentamento inicial da questão do aborto, mesmo nos casos em que a lei não prevê punição, revela o quanto a implantação de políticas públicas de atendimento à saúde mostra-se contaminada em todas as suas dimensões pela legislação restritiva, injusta e punitiva vigente no Brasil.

No entanto, os esforços articulados por diferentes grupos sociais (feministas, juristas, profissionais de saúde, integrantes do poder executivo, organizações não-governamentais) consolidaram serviços pioneiros que inspiraram não só a criação de outros, como também a própria normatização do serviço no plano federal, quase dez anos mais tarde.

Normas federais e alvarás judiciais

Na década de 1990, medidas dos poderes Executivo e Judicial forneceram amparo para garantir o acesso das mulheres ao aborto legal.

A iniciativa de estabelecer parâmetros nacionais e legislação específica para a atuação dos serviços de aborto legal começou em 1991, quando o deputado federal Eduardo Jorge (o mesmo Secretário de Saúde de São Paulo em 1989) juntamente com a deputada Sandra Starling, apresentaram o Projeto de Lei (PL) 020/91 dispendo sobre a obrigatoriedade de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos casos de aborto previstos no Código Penal. No entanto, inúmeras manobras políticas vem impedindo ao longo dos anos que tal projeto fosse aprovado.

Na ausência de norma federal, os serviços existentes continuavam a depender de regulamentação estabelecida especificamente para o funcionamento de cada unidade (hospital ou maternidade), o que vinha acontecendo por meio de portarias municipais, estaduais ou universitárias, de acordo com o vínculo do serviço, a exemplo do que já havia ocorrido no Hospital do Jabaquara.

Anos depois, em 1996, a normatização dos serviços entrou na pauta do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Após quase dois anos de discussão e de muitas manobras protelatórias, especialmente por parte da representante da Pastoral da Criança articulada com a CNBB, o CNS aprovou, com base em proposta da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU), a Resolução 258 de 06/11/97, determinando que o Ministério da Saúde regulamentasse o atendimento no SUS.

Finalmente, em 1998, quando oito serviços de aborto legal (segundo dados coletados para este dossiê) já estavam em funcionamento no país, o Ministério da Saúde expediu a Norma Técnica para “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes” (publicada em 1999), que orientava os serviços de atendimento a vítimas de violência e ao aborto previsto em lei.

A Norma Técnica de 1998, do Ministério da Saúde

A exemplo do que dispunha a portaria paulistana de 1989, a regulamentação do Ministério da Saúde determinava que o atendimento não se limitasse ao aborto,

mas à violência em geral, que devia ser prestado por equipe multidisciplinar treinada com ênfase no atendimento psicológico e social. A Norma Técnica prevê: apoio laboratorial para diagnóstico de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e Aids; prevenção profilática de DST; garantia de atendimento psicológico; coleta e guarda de material para futura identificação do agressor por exame de DNA; administração de anticoncepção de emergência (até 72 horas da agressão); interrupção da gravidez até 20 semanas de idade gestacional; acompanhamento pré-natal, quando a mulher decidir pela não-interrupção.

Segundo essa Norma, em caso de mulheres que sofreram violência sexual, engravidaram e solicitaram a interrupção da gravidez, os seguintes documentos e procedimentos são obrigatórios: cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO) que a mulher deve ter registrado; autorização da gestante, ou de seu representante legal, em caso de incapacidade; informação à mulher de que ela poderá ser responsabilizada criminalmente se as declarações constantes no BO forem falsas; registro no prontuário médico das consultas realizadas, da decisão adotada pela equipe multidisciplinar e dos resultados dos exames clínicos e laboratoriais. Além das exigências para o atendimento, a Norma atribui aos gestores municipais e estaduais a responsabilidade de definir as unidades de referência e de capacitar equipes para prestar atendimento e avaliar o atendimento prestado.

Logo depois de emitida, a Norma Técnica passou a ser discutida por grupos favoráveis e contrários ao cumprimento dos permissivos legais para o abortamento.

Dentre os que defendem o acesso das mulheres aos serviços, embora seja unânime o reconhecimento da importância dessa regulamentação para a criação de novos serviços e a regulamentação dos mesmos, a exigência de apresentação do BO vinha sendo considerada exagerada, por dois motivos. Primeiro, porque o artigo 128 do Código que dispõe sobre os permissivos não prevê qualquer condição e, depois, porque é muito comum as mulheres serem intimidadadas por seus agressores para que não prestem queixas da violência sofrida.

O movimento feminista não apenas contribuiu para a elaboração da Norma, como se mobilizou para apoiar sua concretização e o surgimento de novos serviços. Tem efetivamente contribuído para o avanço dos serviços de aborto legal e, ultimamente, também na busca de uma mudança na legislação punitiva do aborto, visando sua descriminalização e legalização, com atendimento digno e que preserve a autonomia e qualidade de vida das mulheres.

Por outro lado, os atores contrários ao funcionamento dos serviços, concentrados na hierarquia da Igreja Católica e em grupos e indivíduos com ela articulados e sintonizados, argumentam que a Norma e a implantação dos serviços facilitaria o acesso aos serviços por parte de mulheres que não teriam sofrido violência.

Profissionais atuantes na Área Técnica da Saúde da Mulher relatam que freqüentemente recebem manifestações de grupos anti-aborto ligados à Igreja Católica, pressionando pela revogação da Norma. No plano legislativo, o deputado Severino Cavalcanti apresentou um projeto de decreto (n. 737/98) para sustar a aplicação da Norma.

Aborto em caso de feto incompatível com a vida

Segundo os autores de uma pesquisa sobre esses casos (Frigério *et al.*, 2002), a detecção de anomalias fetais incompatíveis com a vida exigem diagnósticos duplamente comprovados, pois quando descobertos em exames de rotina é praxe o encaminhamento a um serviço especializado para a confirmação do diagnóstico, para evitar o erro de falso positivo. Ainda segundo esses autores, desde 1979, quando tais diagnósticos passaram a ser realizados no Brasil, as discussões sobre o aborto ficavam restritas aos departamentos de obstetrícia das grandes faculdades e por isso não chegavam ao meio jurídico. Mais de dez anos depois, em 1990, a questão foi debatida em uma reunião do Conselho Federal de Medicina e resultou na mudança de atitude da classe médica para influir sobre a ordenação jurídica, tendo como consequência uma proposta de reformulação do Código Penal para incluir um terceiro permissivo para o aborto, nos casos de graves e irreversíveis malformações do feto, desde que a interrupção ocorresse até a vigésima semana gestacional e fosse precedida do parecer de dois médicos diferentes daquele que realizasse o procedimento de interrupção. Embora a mudança legal não tenha sido possível, a partir da década de 1990 muitos casos passaram a ser apresentados a juízes em todo o país, obtendo a autorização judicial (alvará) para realizar o procedimento em cerca de 95% dos requerimentos.

O primeiro caso efetivamente registrado de interrupção de gravidez de um feto anencefálico ocorreu em 1992, quando um juiz de Londrina (PR) emitiu um alvará judicial autorizando a realização do procedimento. Em 1993, o Instituto de Medicina Fetal e Genética Humana, dirigido pelo Dr. Thomaz Gollop, obteve outro alvará judicial, autorizando abortamento num caso de anomalias múltiplas do sistema nervoso central, expedido por um juiz da cidade de São Paulo.

Na pesquisa, já mencionada, sobre interrupção da gravidez em caso de anomalia fetal grave, concluída em 1999 (Frigério *et al.*, 2001), os autores levantaram 263 processos judiciais e apontam dois aspectos que afetaram a pesquisa: a dificuldade de acesso aos processos nos tribunais e o fato de os serviços de aborto legal não publicarem informações ou, em muitas situações, relutarem em repassar dados. Segundo essa pesquisa, dos 263 processos analisados, 250 obtiveram a autorização. O tempo médio de espera entre o pedido da requerente e a decisão do juiz foi de seis dias (mínimo de 1 e máximo de 45 dias). Ainda segundo a mesma pesquisa, 40% dos pedidos referiam-se a casos de anencefalia. Esta malformação, popularmente conhecida como “ausência de cérebro”, leva à morte em 100% dos casos, não tendo qualquer forma de tratamento ou cura; o diagnóstico é realizado por ecografia, sendo a imagem do achatamento da cabeça e da ausência dos ossos do crânio nítida até mesmo para pessoas leigas em Medicina. Não há relatos de casos de sobrevivência além de minutos ou horas após o parto.

A questão da interrupção da gravidez (ou antecipação do parto) nos casos de anencefalia ganharia nova visibilidade em 2004, como se verá adiante.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004-2007)

Em 2004 teve início a divulgação de um esforço do Ministério da Saúde para implantar uma política nacional de atendimento à saúde da mulher, integrando municípios e unidades da federação, que incluía a participação dos setores da sociedade envolvidos com o problema e contemplava o atendimento à violência doméstica e sexual, ao aborto inseguro (seqüelas de abortos clandestinos) e os serviços de aborto legal.

Os princípios, diretrizes, estratégias, ações e metas dessa proposta foram elaborados pela Área Técnica da Saúde da Mulher (ATSM) do Ministério da Saúde e publicados em dois cadernos: o primeiro, intitulado *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*, avalia a evolução das políticas dessa área em anos recentes para depois fazer um breve diagnóstico da situação da saúde da mulher no Brasil. Ao tratar da violência doméstica e sexual, faz referência à capacidade de atendimento de alguns programas vigentes em diferentes estados e por fim refere-se à tendência de expansão dos serviços de atenção a mulheres em situação de violência: a partir de 2000, os que atendem aborto pós-estupro teriam aumentado de 17, em

1999, para 44 em 2002 – com a ressalva de que a maioria deles estão concentrados nas capitais e regiões metropolitanas dos estados, o que deixa grande parcela das mulheres agredidas sem acesso a esses serviços.

O segundo caderno da série (*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007*), apresenta um plano de ação plurianual e prevê estratégias, ações e metas para cada um dos 14 objetivos específicos da política nacional, dentre os quais dois incidem diretamente sobre o assunto deste dossiê. Quanto ao objetivo 3 (promover a atenção obstétrica e neonatal), dentre as inúmeras estratégias, ações, recursos e indicadores para alcançá-lo constam as seguintes: elaborar e imprimir o manual *Atendimento humanizado ao aborto inseguro e ao aborto previsto no Código Penal*; revisar e imprimir a Norma Técnica de Atenção ao Aborto Legal; apoiar capacitações sobre atenção humanizada ao aborto inseguro; garantir maternidades de referência na atenção ao aborto previsto pelo Código Penal; implantar a técnica AMIU (aspiração manual intra-uterina); garantir anestesia nas curetagens pós-aborto.

Quanto ao objetivo 4 (promover a atenção às mulheres e às adolescentes em situação de violência doméstica e sexual), a principal meta estabelecida é aumentar em 30% os serviços de atenção a esses casos. Três estratégias são propostas: organizar redes integradas de atenção; articular a atenção com ações de prevenção de DST/Aids; e, por último, promover ações preventivas. Para essa última estratégia, uma das ações previstas é a aquisição e distribuição de anticoncepção de emergência para 100% dos serviços de referência.

Esse é um resumo muito conciso das diretrizes, estratégias e ações da política estabelecida pelo Ministério da Saúde para os próximos anos. O anúncio e a implantação dessas medidas trouxe, como veremos a seguir, a temática do aborto para os editoriais e principais páginas de importantes jornais brasileiros.

Atores e argumentos: o aborto legal na imprensa escrita, 2004-2005

A análise apresentada a seguir toma a mídia como um espaço de negociação ao qual diferentes atores comparecem para defender seus interesses, de acordo com suas necessidades, crenças, princípios, constrangimentos, possibilidades e capacidades. Como se verá a seguir, essa controvérsia teve como partícipes um grande número de atores que transcendem os tradicionais (movimento feminista, diferentes setores da Igreja Católica, juristas, legisladores, profissionais de saúde e associações de médicos), passando a incluir ministros de Estado e do Supremo Tribunal Federal. A falta de leis de âmbito federal dispendo diretamente sobre a normatização do aborto legal pode ser considerada uma das razões que tornam a disputa pública sobre o assunto ainda mais polêmica. No entanto, como apropriadamente assinala a pesquisadora Danielle Ardaillon (1997), levando em conta a experiência de outros países, o extraordinário potencial polarizador em termos políticos faz com que o aborto sempre seja recolocado em questão, e nem mesmo sua descriminalização permite que o debate seja encerrado. Essa afirmação se confirma, como veremos a seguir, no debate público sobre assuntos relativos aos serviços de aborto legal.

A leitura dos jornais diários no período de março de 2004 a julho de 2005 mostra que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde teve intensa repercussão na pauta da mídia, em grande parte devido à oposição de setores da Igreja Católica, sobretudo da CNBB e dos grupos pró-vida. Desse período, foram selecionadas 120 matérias publicadas em dois jornais paulistas de repercussão nacional, a *Folha de S. Paulo* (FSP) e *O Estado de S. Paulo* (OESP), referentes a três questões.

A ampliação da distribuição pelo MS da “pílula do dia seguinte”, anticoncepção de emergência, emergiu no noticiário por ocasião do início da implantação do plano plurianual da Área Técnica de Saúde da Mulher, já mencionado.

A antecipação do parto de fetos portadores de anomalias incompatíveis com a vida foi objeto de amplo debate público em 2004, depois da liminar concedida pelo ministro Marco Aurélio Mello, um dos onze ministros que integram o Supremo Tribunal Federal. Essa liminar — que teve vigência desde 1º de julho até 20 de outubro de 2004 — autorizava mulheres grávidas de fetos com anencefalia a interromper a gravidez. Foi requerida pelo advogado Luís Roberto Barroso, com a consultoria da ONG Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, em nome da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde. Uma das grandes diferenças dessa liminar em relação aos alvarás anteriormente mencionados é sua abrangência, que não se limita a cada caso específico e, sim, se estende a todos os casos comprovados por laudos médicos atestando anencefalia. Além disso, a liminar determinava também a suspensão de todos os processos criminais contra mulheres e profissionais de saúde acusados de praticar aborto nesses casos.

E por fim, em março de 2005 emergiram os debates sobre a nova Norma Técnica do Ministério da Saúde (ampliada e revisada), dispensando a exigência de Boletim de Ocorrência policial (BO) para o atendimento de aborto em casos de gravidez resultante de estupro. A Norma Técnica para “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes” esclarece que o artigo 128, inciso II, do Código Penal, prevê exclusivamente a exigência do consentimento da mulher ou seu representante legal, lembrando que, depois de sofrer violência, a mulher não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia e, portanto, o atendimento não pode ser negado, embora deva ser orientada pelos profissionais de saúde a fazer o BO. Além disso, orienta para que todas as cautelas sejam tomadas pelos serviços de saúde de modo que, em caso de inverdade da alegação, somente a gestante responda criminalmente (Brasil 2005, p.42).

Em defesa do acesso aos serviços de aborto legal

Essas três questões (anticoncepção de emergência, anomalias fetais graves e a Norma Técnica) concorreram para atrair o interesse de novos atores para a cena pública. Cientistas, pesquisadores, políticos e ministros de Estado manifestaram suas opiniões favoráveis.

Em 2004, no debate sobre a liminar do STF, manifestaram-se favoravelmente três ministros do STF. Por sua vez, o juiz Miguel Kfoury Neto, de Londrina (PR), que é católico e em 1992 concedera o primeiro alvará de que se tem notícia, deu entrevista a *O Estado de S. Paulo* em 03/07/04 relatando sua decisão após ter uma conversa com a autora da ação e seu marido: “Não tive dúvidas. Era um caso para ser analisado sob o aspecto humano. Como eu poderia impor àquela mulher levar a gravidez adiante, sabendo que o problema do feto não teria solução e ela teria que conviver com a dor e a angústia por mais muitos meses?”.

A OAB decidiu, por voto da maioria dos conselheiros, manifestar sua opinião favorável à liminar. O advogado criminal Theodomiro Dias Neto, Professor da Escola de Direito da Fundação Getúlio Vargas e Diretor do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, veio a público para dizer que cabe à sociedade brasileira decidir se pretende proteger dogmas ou vidas (*OESP*, 17/08/04).

Na área da saúde, foram muitos os que se manifestaram favoráveis por meio dos jornais. Da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), manifestaram-se seu presidente Edmund Baracat e o Dr. Jorge Andalaft, ginecologista que participou da primeira equipe de aborto legal no Hospital do Jabaquara e atual coordenador da Comissão contra a Violência Sexual da Febrasgo. Outros defensores da liminar foram o ginecologista Thomas Gollop, do Instituto de Medicina Fetal, autor do requerimento do primeiro alvará emitido no Estado de São Paulo; Jael de Albuquerque, coordenadora da área de saúde da mulher da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo; e Maria José Araújo, da Área Técnica do Ministério da Saúde. Em 2005, o Conselho Nacional de Saúde aprovou resolução favorável, por 27 votos contra 3, ao direito da mulher de interromper a gestação de feto portador de anencefalia.

Professores universitários, integrantes de ONGs e líderes feministas também foram ouvidas pela mídia e manifestaram-se para defender a liminar: Débora Diniz, professora de Antropologia da Universidade de Brasília; Sílvia Pimentel, integrante do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, da ONU; Flávia Piovesan, procuradora e membro do CLADEM – Comitê Latino-americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher; Volney Garrafa, presidente da Sociedade de Bioética; Fátima Oliveira, coordenadora da Rede Feminista de Saúde; Eleonora Menicucci, da Unifesp; Dafne Horowitz, da Sociedade Brasileira de Genética Clínica; e Mayana Zatz, geneticista, coordenadora

do Centro de Estudos do Genoma Humano da USP, brasileira agraciada com diversos prêmios internacionais por suas pesquisas na área.

Jornalistas e editorialistas dos dois jornais também escreveram colunas e editoriais para se manifestar favoravelmente. Cuidadoso, Henry Sobel, presidente do rabinato da Congregação Israelita do Brasil, afirma: “Acredito que a Igreja Católica tenha seus interesses e devemos respeitar seus princípios, mas ela não tem o monopólio da verdade quando se trata do sofrimento de uma mãe. Respeito, mas não concordo [com a posição da IC]”.

No plano legislativo, o Senador Duciomar Costa, do PTB do Pará, apresentou um projeto de lei que altera o Código Penal para “incluir a possibilidade de aborto quando a gestante portar feto sem cérebro” (*OESP*, 05-07-04 e 21-07-04).

Em 2005, a polêmica em torno do Boletim de Ocorrência fez o tema retornar com força para a pauta pública de discussão. Integrantes do poder executivo — o então ministro da Saúde e profissionais da Área Técnica da Saúde da Mulher — foram o principal alvo da atenção dos grupos contrários.

O juiz José Henrique Torres, professor de Direito Penal na PUC-Campinas, consultado pelo Ministério da Saúde, respondeu com um circunstanciado documento (Torres, 2003) que pode ser assim resumido: “O BO não prova nada, é apenas uma notícia do fato. Não se pode confundir assistência médica com inquérito policial. Ninguém pede pra uma pessoa que foi quase assassinada uma prova de que sofreu tentativa de homicídio.

O professor de Direito Constitucional na Faculdade de Direito da USP, Dalmo Dallari, manifestou-se (FSP, 09/09/05) em favor da portaria do Ministério: “é um avanço socialmente justo. O documento não amplia as possibilidades legais do aborto, mantendo-se nos limites do que é admitido na legislação, que não exige autorização judicial nem apresentação de BO”.

O experiente médico Jefferson Drezett, que participou da implantação do serviço do Hospital Pérola Byington, declara que, de todos os atendimentos lá prestados, apenas uma mulher não tinha registrado BO. Segundo ele, “fazer o BO faz parte da cultura das mulheres que sofrem o estupro, até porque elas querem justiça”.

Representantes da AMB – Associação Médica Brasileira – também se manifestaram para dizer que iam recomendar a seus 250 mil sócios em todo o país que sigam a Norma Técnica. Para Edmundo Baracat, presidente da Febrasgo, a prescrição da Norma, ao retirar a exigência do BO, evita uma série de percalços

para a mulher, que já apresenta um histórico de violência, por reduzir a burocracia. Na mesma matéria de *O Estado de S. Paulo* de 12/03/2005, o Dr. Osmar Colas, atual coordenador do Programa de Violência Sexual e Aborto Previsto em Lei da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, um dos integrantes da equipe pioneira que implantou o serviço no Hospital do Jabaquara, confirma: “Nunca houve necessidade de BO. Há apenas uma recomendação (..) As pessoas imaginam que é tudo muito fácil, mas não é assim. Muitas vítimas de violência temem fazer o boletim por medo do agressor”.

Autor de parecer favorável à extinção da exigência do BO, o juiz José Henrique Torres lembra em entrevista que o BO não é o único parâmetro levado em conta para a decisão da equipe multiprofissional do hospital: “Ninguém vai dizer, ‘Foi estuprada?, então, deita aí, vamos fazer um aborto’”. Ele está se referindo à avaliação médica e psicológica das equipes treinadas para prestar esse tipo de atendimento.

Além do ministro da Saúde, a médica Nilcéa Freire, responsável pela Secretaria Especial de Políticas para a Mulher (que tem *status* de ministério), em longa entrevista concedida a *O Estado de S. Paulo* na mesma data (12/03/05), declara sua posição totalmente favorável à Norma Técnica e explica que o Ministério da Saúde está buscando oferecer um atendimento mais humanizado, sem qualquer intenção de contornar a lei ou estimular a facilitação do aborto. Como a médica afirma, “Eu me sinto muito confortável. Formei-me na convicção de que a nossa missão é, sobretudo, trazer conforto para as pessoas, melhorar a vida dos outros tratando da saúde, não da doença”.

Apesar de não encerrar a polêmica, em julho de 2005 o ministro da Saúde Humberto Costa, antes de deixar esse cargo no Ministério, publicou a portaria n.1.145 para regulamentar os procedimentos de justificação e autorização do aborto legal nos serviços de saúde, de modo a garantir segurança jurídica dos profissionais de saúde, sobretudo os médicos. Esse documento estabelece quatro fases de atendimento: um relato circunstanciado do fato perante dois profissionais de saúde; parecer técnico de um médico com base em exames físico, ginecológico e ultrassonográfico; assinatura (pela mulher) de um termo de responsabilidade afirmando ter conhecimento de que incorre em crime (de falsidade ideológica e de aborto) caso não tenha sido vítima de violência sexual; e um termo de consentimento (previsto no Código Penal) para a realização do aborto, conforme relatam matérias publicadas na *FSP* e *OESP* de 09/07/05.

Finalmente, é preciso acrescentar as ressalvas manifestadas pelo presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Em notas à imprensa, outros Conselhos Regionais e o próprio Conselho Federal de Medicina, embora reconhecendo o direito das mulheres de ter acesso aos serviços de aborto legal, recomendam “que os médicos de todo o país exijam o BO como instrumento preliminar para a realização de aborto legal” (*FSP*, 05/04/05 e 19/04/05; *OESP*, 18/04/05). A preservação dos profissionais de saúde frente à possibilidade de processos judiciais e, também, o risco de um futuro aumento no número de abortos ainda são argumentos utilizados para a manutenção da exigência do BO. Mas, como se verá adiante, os dados oferecidos pelos serviços que prestam atendimento ao aborto legal mostram que esse risco está longe de se constatar na prática.

Em defesa da ordem tradicional: articulando antigos e novos discursos

Um breve apanhado do repertório logístico e argumentativo contido no noticiário é revelador tanto das estratégias em defesa da ordem tradicional como dos mesmos atores para negar o acesso ao aborto legal.

D. Luciano Mendes de Almeida, bem como tantos outros representantes da hierarquia da Igreja Católica, manifestam que o fim da exigência de BO em casos de estupro significará a liberação do aborto no país. Juntam-se a esse os tradicionais apelos para que as mulheres suportem o sofrimento, bem como o argumento da defesa à vida desde a concepção. Segundo D. Castanho, bispo de Jundiáí, “Não tenho dúvida de que qualquer mulher que queira vai praticar o aborto por não precisar mais do BO. O boletim nos dava a certeza [*sic*] de que a mulher havia sido vítima de violência sexual e estava em gestação em consequência disso” (*FSP*, 12/03/2005, grifos nossos). Em matéria publicada na mesma data em outro jornal (*OESP*, 12/03/05), o assessor nacional da Comissão Episcopal Pastoral para a Vida e a Família da CNBB, José Maria da Costa, demonstra a sintonia existente entre os porta-vozes do discurso conservador religioso católico, ao afirmar: “A medida escancara o aborto, ela é ilegal e espero que alguém de juízo neste governo impeça que ela vá adiante”. Segundo a jornalista autora da matéria, “Para ele, sem a necessidade de apresentação do boletim de

ocorrência, muitas mulheres poderão ir aos serviços de saúde, inventar um suposto abuso sexual para justificar o aborto”.

Antes de prosseguir, duas observações se fazem necessárias: primeiro a evidente contradição no emprego do pronome na primeira pessoa [nos dava a certeza] ele está querendo se referir a quem? A ele e aos profissionais de saúde? Ou aos bispos que sempre se opuseram ao atendimento ao aborto legal? Em segundo lugar, as imagens reiteradamente projetadas contra as mulheres nesse enredo: mentirosas que tiraram proveito da situação para praticar atos ilícitos, ou então heroínas que devem suportar o sofrimento a qualquer custo, independente do seu credo religioso.

Por sua vez, o risco de excomunhão (uma vez aventada contra o prefeito de São Paulo, como já relatado) volta-se agora contra o Presidente da República, “católico, ... caso sancione lei descriminalizando o aborto no país” como sugeriu bispo de Jundiá D. Amaury Castanho (*FSP*, 08/03/05).

No entanto, a análise das estratégias logísticas e discursivas em defesa da ordem tradicional contrária ao aborto em qualquer situação, mantida por setores da Igreja nesses três episódios que vimos acompanhando, desdobra-se da seguinte maneira. Primeiro, consiste em estratégias para barrar o acesso aos meios contraceptivos ou ao aborto, agindo em casos e localidades específicas onde encontram receptividade de prestadores ou gestores de serviços nos planos municipal, estadual e federal, ou pressionando integrantes dos poderes executivo, legislativo e judiciário. A segunda estratégia consiste em um deslocamento discursivo para acrescentar ao conteúdo religioso novos elementos que invocam saberes e normas seculares, como o conhecimento científico e o aparato legal, para questionar a licitude das políticas públicas em curso.

Sobre a distribuição do anticoncepcional de emergência, ou pílula do dia seguinte como é conhecida, logo depois do início da ampliação de sua distribuição para os serviços de saúde, poucas matérias jornalísticas são suficientes para identificar os atores que se configuram nas principais fontes de informação, bem como os argumentos constantes na disputa política que aflora nos episódios mais relevantes.

A Anticoncepção de Emergência (AE), segundo esclarece o manual voltado para profissionais de saúde, ancorado em quase uma centena de artigos acadêmicos sobre o assunto, publicado pela Área Técnica de Saúde da Mulher (2005b, p.7), “é um método anticonceptivo que pode evitar a gravidez após a relação sexual. O método utiliza compostos hormonais concentrados” e é prescrito para

uso por curto período de tempo, “nos dias seguintes à relação sexual”. Diferente de outros métodos, a AE tem indicação reservada a situações especiais ou de exceção e não deve ser usada de forma planejada, previamente programada, ou substituir método anticoncepcional. E continua esclarecendo que, dentre as principais indicações de AE, está a relação sexual sem uso de contraceptivo, falha conhecida ou presumida do método utilizado (rompimento do preservativo ou deslocamento do diafragma), uso inadequado do contraceptivo (esquecimento prolongado do anticoncepcional oral, atraso na data do injetável mensal, cálculo incorreto do período fértil, erro no período de abstinência ou interpretação equivocada da temperatura basal); e, também no caso de abuso sexual, situação na qual a mulher ou a adolescente é privada da possibilidade de escolha e submetida à gravidez indesejada.

Os esclarecimentos contidos no mesmo manual (Brasil, 2005b, p.11) voltam-se contra dois outros “mitos” acerca da AE, explicando que: 1) a dosagem de hormônios utilizada corresponde a cerca de 35% da dose total de uma caixa de anticoncepcional de baixa dosagem disponível no mercado; e, mais importante, 2) não há quaisquer evidências científicas de que a AE exerça efeitos após a fecundação ou que implique a eliminação precoce do embrião.

Ancorada em vasta literatura médica e da Organização Mundial de Saúde (OMS) o mesmo manual explica que “não existe nenhuma sustentação científica para afirmar que a AE seja método que resulte em aborto, nem mesmo em percentual pequeno de casos. As pesquisas asseguram que os mecanismos de ação da AE evitam ou retardam a ovulação, ou impedem a migração dos espermatozoides. Não há encontro entre os gametas masculino e feminino e, portanto, não ocorre a fecundação. (...) a AE é capaz de evitar a gravidez, nunca de interrompê-la. A revisão das pesquisas científicas permite afirmar, sem reserva de dúvida, que a AE não atua após a fecundação e não impede a implantação, caso a fecundação ocorra” (Brasil, 2005b).

Médicos experientes no atendimento em serviços de aborto legal afirmam que “houve uma queda de 60% nos pedidos de aborto” desde o início da distribuição do medicamento por esses serviços.

Profissionais de saúde que defendem o uso e a distribuição gratuita do medicamento destacam que a ofensiva de bispos e representantes da Igreja, além de concorrer para o aumento do número de gestações indesejadas e de abortos ilegais, é muito injusta porque afeta sobretudo as mulheres mais pobres, que não

podem adquirir a pílula, disponível em quase todas as farmácias a custo de cerca de R\$20. Esse é o argumento defendido por Irotilde Pereira, em matéria publicada em 30/04/2005, para quem se trata de “uma contradição imensa. A pílula é preventiva, não abortiva. Tem de ser usada, evidentemente, com critério. A Igreja, ao proibir o uso do preservativo e a pílula do dia seguinte, pode induzir a um futuro aborto”. E continua: “as mulheres mais pobres são as mais penalizadas, porque não têm recursos para comprar essa pílula”.

Aníbal Faúndes, co-autor do livro *O Drama do aborto: em busca de um consenso* (Faúndes & Barzellatto, 2004), é professor titular e colaborador voluntário do Departamento de Toco-ginecologia da Unicamp, coordenador do Comitê de Direitos Sexuais e Reprodutivos da FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia. Em entrevista à imprensa (*FSP*, 30/04/05) ele resume os argumentos que defende no livro: “Esses católicos parecem ser pró-aborto! Talvez eles nem percebam, mas pelos obstáculos que colocam ao acesso aos contraceptivos, privam justamente as pessoas mais pobres. É uma injustiça, além de ignorar as evidências científicas de que a pílula do dia seguinte não é abortiva”.

De grande aceitação pela opinião pública, como mostra o resultado de pesquisa de opinião pública realizada por CDD-Br, a pílula teve, em 2005, sua distribuição barrada em alguns estados e cidades brasileiras pela ação de setores da Igreja Católica, que se manifestam para afirmar categoricamente o caráter abortivo da anticoncepção de emergência, alegando basear-se também em evidências científicas, embora essas nunca sejam citadas.

A ofensiva da Igreja Católica contra a distribuição do anticoncepcional de emergência ocorreu pelo menos em três diferentes pontos do país: na cidade do Rio de Janeiro, no interior de São Paulo e no Mato Grosso do Sul. No Rio de Janeiro, uma resolução da Secretaria Municipal de Saúde publicada no *Diário Oficial do Município* determinando a distribuição da pílula às unidades de saúde foi cancelada pelo prefeito César Maia, a pedido da arquidiocese local. Inspirado no pensamento conservador com o apoio do bispo da diocese de Campo Grande, D. Vitório Pavanello, um deputado estadual Mato Grosso do Sul, propôs um projeto proibindo a distribuição do medicamento naquele estado. A mesma situação se repetiu em três cidades do Vale do Paraíba, onde vereadores ligados à Igreja também pretenderam vetar a distribuição, apesar da comissão de assuntos jurídicos da Câmara legislativa de uma delas ter considerado tal projeto inconstitucional.

Essas vicissitudes na execução das diretrizes e a implementação das medidas do plano elaborado pelo poder executivo federal no âmbito do Ministério da Saúde para a humanização e ampliação do atendimento à saúde reprodutiva, são apenas alguns exemplos da maneira pela qual princípios doutrinários vêm provocando retrocessos no atendimento à saúde reprodutiva.

Também no que diz respeito ao cumprimento de alvarás judiciais concedidos por juízes a mulheres que requerem a interrupção da gravidez em casos de fetos incompatíveis com a vida, verifica-se em diferentes estados do país uma modalidade de intervenção, adotada por integrantes dos grupos que se autodenominam pró-vida ligados à IC, que consiste em recorrer de decisões judiciais favoráveis ao requerimento das mulheres para interromper a gravidez. Em 2004, os jornais noticiaram dois casos assim. No primeiro, a intervenção de um padre de Anápolis (GO) muito conhecido, integrante do pró-vida, resultou na suspensão de uma liminar que já havia sido concedida no estado do Rio de Janeiro, e que precisou ser encaminhada para julgamento no STF. Enquanto este não ocorria, a gravidez chegou ao fim e o feto sobreviveu apenas sete minutos após nascer. No segundo caso, o desfecho foi mais dramático porque, devido à demora gerada pelo mesmo tipo de intervenção dos grupos pró-vida, a gestante correu risco de vida durante o parto.

Além da atuação no varejo, ou seja caso a caso — tentando cassar alvarás favoráveis ao pedido das mulheres que pretendem interromper a gravidez depois de comprovar a impossibilidade de sobrevivência do feto após ao nascimento —, representantes da Igreja Católica têm utilizado outras estratégias.

A segunda estratégia logística desses setores da Igreja consiste em apelar para católicos ocupantes de cargos no judiciário. Logo após a expedição da liminar favorável do ministro do STF, os bispos ocupantes dos três principais cargos da cúpula da CNBB informaram à imprensa (*OESP*, 03/07/2004) seu pedido ao Procurador-Geral da República, Claudio Fonteles (que é irmão leigo da ordem dos Franciscanos), que se posicionasse contrariamente à liminar. Poucos dias depois, o procurador, atendendo ao pedido dos bispos, passa a defender a cassação da liminar do STF.

A terceira consiste em divulgar pelos meios de comunicação sua censura irrestrita ao aborto em qualquer caso, dirigida ao poder executivo e judiciário, questionando a licitude, ou seja, o caráter legal e até a competência do poder executivo ou judiciário para a elaboração de políticas públicas. Como exemplo, a fala de Dom Geraldo Majella Agnelo, presidente da CNBB: “Daqui a pouco

vão dizer isso para liquidar qualquer um que seja considerado um estorvo para a sociedade (...) Não há lei que possa declarar isso lícito” (*FSP*, 02/07/2004, grifos nossos). Para o secretário regional da CNBB (MG e ES) D. João Bosco de Faria, o sofrimento psicológico da gestante deve ser resolvido com ajuda espiritual e psicológica (*OESP*, 07/08/04). Já o bispo D. Rafael Cifuentes registra a existência de uma mentalidade abortista no Brasil porque a população não está devidamente esclarecida. Segundo ele, a posição da Igreja *não deriva de um princípio religioso*, mas do respeito legal à vida.

Na mesma direção se expressa D. Odilo Scherer, secretário geral da CNBB, para criticar a Norma Técnica do Ministério porque, ao tornar desnecessária a comunicação da violência à polícia, “acaba legalizando todas as clínicas clandestinas” e pergunta: “Não é atribuir demasiada competência a uma norma técnica do Executivo?” (*OESP*, 15/03/2005).

Mesmo duvidando das atribuições do poder executivo para cuidar da saúde dos cidadãos outro bispo busca estratégias para abandonar os argumentos religiosos incluindo o respeito à cidadania. D. Luciano Mendes de Almeida, na coluna semanal que escreve regularmente na *FSP*, em 12/03/2005, logo depois da publicação de uma pesquisa de opinião pública mostrando que cerca de 90% dos brasileiros defendem o caráter laico do Estado brasileiro, adota uma estratégia interessante para contornar esse que é um dos problemas que a IC enfrenta para manter sua radical pregação contra o direito ao aborto em qualquer circunstância. Primeiro diz: “Alega-se, não raro, que nessas situações [discussões sobre o acesso ao aborto legal] é preciso evitar argumentos religiosos que procurem impor a outros posições discutíveis, uma vez que o Estado é laico e admite a pluralidade. A questão é de cidadania”.

A defesa da cidadania também é invocada por D. Cláudio Hummes, cardeal-arcebispo metropolitano de São Paulo. Depois de analisar o resultado de diversas pesquisas de opinião pública, o cardeal argumenta que a maioria do povo brasileiro rejeita o aborto por razões éticas e que “o Estado deve respeitar porque está a serviço do povo. O Estado é laico, mas o povo tem fé religiosa e ética” (*OESP*, 01/03/05). Apesar de reconhecer que o Estado é laico, D. Cláudio questiona as políticas do poder executivo: “Quem e que interesses estão por detrás? [da revisão da legislação sobre o aborto]. O presidente Luiz Inácio Lula da Silva declarou claramente aos bispos da presidência da CNBB que ele é contrário ao aborto”.

Nesse prolongamento do debate sobre a questão do aborto iniciado nas décadas anteriores, embora os argumentos tradicionais sejam mantidos, percebe-se que, além de novas estratégias referidas ao povo e à cidadania, bem como o questionamento das decisões dos juízes e da competência do executivo para atender à saúde da população, outro elemento, de natureza científica, também passa a ser invocado pelos bispos da CNBB e alguns de seus seguidores.

Nota do Conselho Permanente da CNBB, sobre a revisão das leis sobre o aborto no Brasil, mencionada por D. Cláudio Hummes (*OESP*, 01/03/05), destaca: “Sabemos, por testemunho de credenciados cientistas, que o ser humano desde a sua concepção possui seu patrimônio genético e seu sistema imunológico ...”

D. Amaury Castanho, bispo de Jundiaí e professor da PUC de Campinas, enfatizou: “Não é posição da Igreja. É posição científica indiscutível a existência de uma vida humana a partir do momento em que o óvulo é fecundado” (*FSP*, 13/03/05). No entanto, a mesma matéria transcreve depoimento da geneticista Lygia da Veiga Pereira, que afirma: “Não existe uma definição científica de vida... A definição de morte evoluiu ao longo da história, e a de vida não”.

A opinião dos brasileiros sobre políticas públicas e aborto legal

A “Pesquisa de opinião dos católicos brasileiros sobre direitos reprodutivos, relação Igreja-Estado e temas relacionados”, realizada por CDD-Br em parceria com o IBOPE em fevereiro de 2005, revela que os brasileiros, de um modo geral, sobretudo os que se declaram católicos, expressam opinião muito favorável ao Estado laico e às políticas públicas de atendimento ao aborto legal. Perguntados sobre essas questões e sobre as situações nas quais o aborto deve ser oferecido, surpreendentemente os católicos se mostram mais favoráveis que a população brasileira em geral.

Estado laico

Vejamos suas opiniões quanto ao Estado laico. Um primeiro aspecto abordado na pesquisa diz respeito ao quanto a fé religiosa deve ou não influenciar a decisão de deputados, juízes e do presidente da República (Tabela 1).

Segundo a pesquisa (CDD & Ibope, 2005) 86% dos católicos e católicas brasileiros acreditam que os ocupantes de cargos no legislativo e judiciário devem tomar suas decisões baseados na diversidade de opiniões que existem no país. Entre os católicos com educação superior, são 98% os que defendem o Estado laico. Os percentuais mais baixos de defesa do Estado laico verificados estão acima de 73% e ocorrem entre católicos com idade superior a 50 anos (74%), instrução até a 4ª série do ensino fundamental (75%) e renda familiar até 1 salário mínimo (77%).

Em relação às decisões do presidente da República, os números são muito semelhantes: 85% acreditam que o governo deve basear suas ações na diversidade e apenas 10% crêem que os ensinamentos da Igreja Católica devem prevalecer.

Tabela 1

Frequência de respostas positivas: “sim, devem tomar decisões baseadas na diversidade das opiniões”, segundo variáveis selecionadas (pergunta formulada apenas para católicos, Brasil)

Respondentes (N = 1293)	Deputados e juízes (%)	Presidente da República (%)
Total de católicos entrevistados	86	85
Idade 16-24 anos	93	91
Idade 50 anos e mais	74	71
Instrução superior	98	97
Instrução até 4ª série fundamental	75	73
Renda familiar + de 5 SM	94	92
Renda familiar até 1 SM	77	73

Fonte: Pesquisa de opinião sobre direitos reprodutivos, relação Igreja-Estado e temas relacionados (CDD-Br & Ibope, 2005).

Aborto legal

Para conhecer a opinião dos brasileiros acerca do atendimento gratuito ao aborto legal em determinadas situações e seu grau de concordância (católicos e não-católicos) com a política pública que garante o funcionamento dos serviços de aborto legal, foram formuladas duas questões. A primeira: “Os serviços de saúde devem oferecer de forma gratuita, a todas as mulheres que solicitarem, o atendimento ao aborto legal, isto é, nos casos de estupro ou risco de vida da mulher. Gostaria de saber se o(a) senhor(a) concorda ou discorda?” E a segunda: “Vou citar algumas situações em que o aborto pode ou não ser realizado, e para cada uma delas gostaria de saber se o senhor(a) concorda ou discorda que a mulher possa recorrer ao aborto: 1) vida da mulher em perigo, 2) feto com graves defeitos congênitos, 3) gravidez resultante de estupro”.

Os resultados mostram que 78% dos católicos e católicas brasileiros são favoráveis ao atendimento prestado pelos serviços públicos de aborto legal, percentual que diminui para 74% quando se considera o total da população brasileira. Constata-se também que os níveis de aprovação ao atendimento para aborto legal variam entre 79% e 66%, sendo o grau de instrução superior, a renda familiar

acima de 10 SM, a religião católica, a faixa de idade entre 25 e 34 anos e a moradia na região Nordeste do país as variáveis que mais influem sobre a opinião favorável dos entrevistados (Tabela 2).

Tabela 2

Frequência de respostas favoráveis à oferta de aborto legal gratuito a todas as mulheres nos serviços públicos de saúde, em três diferentes situações de gravidez, segundo variáveis selecionadas (%)

Respondentes (N=2002)	Nos serviços públicos	Vida da mulher em perigo	Feto com graves defeitos congênitos	Em caso de estupro
Total de entrevistados	74	79	76	62
Católicos	78	82	80	67
Idade 25-34	78	80	78	66
Idade 50 anos e mais	71	76	70	53
Instrução superior	79	84	80	69
Instrução até 4ª série fundamental	69	75	70	53
Renda familiar 10 SM ou mais	79	85	80	73
Renda familiar até 1 SM	66	76	73	50
Região Nordeste	77	83	81	64
Região Sul	71	77	72	61

Fonte: Pesquisa de opinião sobre direitos reprodutivos, relação Igreja-Estado e temas relacionados (CDD-Br & Ibope, 2005).

Dentre as três situações de gravidez atualmente atendidas nos serviços de aborto de legal – risco de vida, incompatibilidade com a vida e estupro – a vida da mulher em perigo foi a que atingiu os mais altos índices de concordância: 82% entre os católicos e 79% no total. A maior concentração de aprovação está entre os que têm renda superior a 10 SM (85%), frequentaram o ensino superior (84%) e moradores da região Nordeste (83%). Dentre as variáveis consideradas, os índices inferiores de aprovação concentram-se no grau de instrução até a 4ª série do ensino fundamental (75%), na renda familiar até 1 SM, na faixa etária superior a 50 anos (76%) e entre os moradores da Região Sul (77%).

Quase no mesmo patamar estão os percentuais de concordância com o recurso ao aborto em caso de feto com graves defeitos congênitos: 80% dos

católicos e 76% do total da população. Nesse caso, apenas os moradores da Região Nordeste superam os católicos, por um ponto percentual, ao concordar que a mulher possa recorrer ao aborto nessa circunstância.

Chegam a 67% os católicos que aprovam o recurso ao aborto quando a gravidez resulta de estupro, enquanto 62% do total de entrevistados concorda com a interrupção da gravidez nessa situação. De todo modo, percentuais inferiores a 60% foram obtidos apenas entre aqueles que têm renda familiar até 1 SM (50%), ou com idade superior a 50 anos e educação até a 4ª série (53%).

Anticoncepção de emergência

A pergunta sobre a anticoncepção de emergência foi formulada após curta apresentação: “Agora, vou descrever o que é uma pílula anticoncepcional de emergência. Essa pílula, mais conhecida como pílula do dia seguinte, é uma dose alta de pílulas anticoncepcionais que se pode tomar em até 72 horas depois de uma relação sexual desprotegida, para garantir que a mulher não engravide. Na sua opinião, os postos de saúde e hospitais devem ou não devem oferecer essas pílulas para as mulheres que foram estupradas e querem ter a certeza de que não ficarão grávidas? E para as mulheres que mantiveram relações sexuais sem usar qualquer método anticoncepcional e não querem engravidar?”

Verifica-se que, apesar do esforço da hierarquia da Igreja Católica para impedir a distribuição da pílula do dia seguinte em alguns estados (Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul) e cidades (Vale do Paraíba, SP), é muito grande a aprovação dos fiéis católicos à oferta desse contraceptivo nos serviços públicos para o caso de estupro (90%) e por falha ou não-uso de outro método (71% – Tabela 3).

De um lado, é interessante constatar que os índices superiores de aprovação à oferta gratuita da pílula do dia seguinte nos serviços de saúde se verificam justamente entre os respondentes de menor renda familiar, ou seja, aqueles com as menores possibilidades de adquiri-la no mercado ou de pagar por um aborto numa clínica particular, como assinalaram profissionais de saúde já referidos. De outro lado, essa ampla aprovação manifestada pelos respondentes

da faixa inferior de renda surpreende, quando comparada com os dados apresentados na Tabela 2, sobre o acesso gratuito ao aborto legal, porque naquele quesito os menores percentuais de concordância se verificavam justamente nesses estratos de renda.

Tabela 3

Frequência de respostas positivas: “sim, os serviços públicos devem oferecer anticoncepção de emergência”, segundo variáveis selecionadas (%)

Respondentes (N=2002)	Em caso de estupro	Em caso de relação desprotegida
Total de entrevistados	89	68
Católicos	90	71
Idade 16-34 anos	92	69
Idade 50 anos e mais	81	67
Instrução superior	91	50
Instrução até 4ª série fundamental	84	71
Renda familiar 10 SM ou mais	79	51
Renda familiar até 1 SM	90	79
Região Nordeste	90	80
Região Sul	83	60

Fonte: Pesquisa de opinião sobre direitos reprodutivos, relação Igreja-Estado e temas relacionados (CDD-Br & Ibope, 2005).

A pesquisa nos serviços de aborto legal

Como anunciado na apresentação, CDD-Br vinha percebendo a existência de informações desencontradas sobre o número de serviços efetivamente em funcionamento, sua adequação à Norma técnica do Ministério da Saúde e à quantidade de atendimentos prestados. Com base nessas questões, a pesquisa que embasa o presente dossiê procura atender aos seguintes objetivos:

- indicar, com base em pesquisa sistemática realizada com profissionais atuantes nos serviços de aborto legal, quantos hospitais efetivamente prestam atendimento ao aborto previsto em lei e quais as Unidades da Federação que ainda não contam com esses serviços;
- produzir informações consistentes sobre o número de procedimentos de interrupção de gravidez declarados pelos hospitais públicos desde a criação desses serviços, nos casos permitido por lei (estupro, risco de vida da mãe) ou decorrentes de alvará judicial quando o feto é incompatível com a vida; data de implantação dos serviços, modalidades de atendimento prestado, método disponível para realização do procedimento, exigências para o atendimento às mulheres que recorrem aos serviços;
- mapear os elementos ético-religiosos vigentes na cultura brasileira que interferem na constituição e atuação das equipes, assim como os demais fatores que prejudicam o funcionamento, a implementação e a qualidade dos serviços de aborto legal (interferência da Igreja Católica, de organizações conservadoras, dos Conselhos de Medicina, obstáculos interpostos por médicos, formação acadêmica dos profissionais de saúde);
- apresentar sugestões para a ampliação do número de serviços existentes, melhorar a qualidade do atendimento e dar visibilidade à existência desse tipo de atendimento.

Coleta de dados

A coleta de dados começou em julho de 2004, quando solicitamos à Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde a relação dos serviços de aborto legal em funcionamento no país e recebemos o resultado de um levantamento realizado por telefone em 2002 que apontava 39 serviços em funcionamento e outros 10 já treinados (sem informação se já estavam em funcionamento), discriminados por região do país. A esses 49 serviços acrescentamos outros 7 que conhecíamos, de nossa experiência, ou que eram mencionados em publicações sobre o assunto. Segundo as informações do Ministério, apenas três unidades da federação localizadas na Região Norte, ainda não dispunham de serviços em funcionamento ou treinados: Roraima, Amapá e Tocantins. Somente estas três UF não foram contempladas na presente pesquisa.

No total, foram pesquisados 56 hospitais públicos estaduais, municipais e universitários.

O formulário utilizado para a coleta de dados aborda os seguintes aspectos do funcionamento dos serviços:

- ano de implantação;
- tipo de portaria que criou o serviço (estadual, municipal, universitária);
- se o hospital realiza a interrupção da gravidez nos casos previstos em lei;
- em caso de resposta negativa, que atendimento prestam, se encaminham pacientes e para onde;
- número de profissionais da equipe multidisciplinar (por área de formação);
- tipos de profilaxia (anticoncepção de emergência, DST e HIV) que realizam;
- atendimento a casos de estupro, risco de vida e feto incompatível com a vida
- exigência ou não de BO e outras exigências;
- métodos utilizados para interrupção da gravidez: AMIU, Curetagem, Misoprostol
- quantidade de atendimentos por método (AMIU, curetagem, Misoprostol): desde a criação do serviço até 2002, discriminados para os últimos dois anos, e total até dezembro de 2004;
- dificuldades, limites e avanços, observações; nome e posição na equipe do responsável pelas informações.

Os dados foram coletados por telefone ou visita pessoal ao hospital, sempre junto aos responsáveis pelos serviços, dentre os quais muitos nos conheciam das visitas, oficinas e seminários realizados anteriormente. Alguns profissionais preferiram receber o formulário por *e-mail* ou fax e devolver preenchido.

Apesar da relação de confiança estabelecida com boa parte dos profissionais atuantes nos serviços, encontramos dificuldades de diversas ordens: a falta de registros sistematizados sobre os procedimentos realizados pelos serviços; a dificuldade de acesso aos responsáveis pelas equipes (e portanto pelas informações); a relutância dos profissionais em repassar os dados (em pelo menos quatro casos os responsáveis decidiram pedir autorização ao Conselho de Ética do hospital, o que retardou ou inviabilizou a coleta dos dados).

A coleta, registrando informações até 31/12/2004, foi encerrada em 30/06/2005. Os dados foram registrados em um banco de dados (em programa Access®) para análise e sistematização.

Um quadro geral dos serviços no Brasil

Foram pesquisados 56 hospitais públicos estaduais, municipais e universitários, espalhados por 24 unidades da federação (UF), em 37 cidades, em sua grande maioria (24) localizados na capital da UF, como se pode ver na Relação dos serviços pesquisados, apresentada no Anexo 1.

Como já mencionado, contávamos com um fator facilitador da coleta de dados devido às atividades de visita, oficinas e seminários realizados anteriormente em grande parte dos serviços. De fato, ao concluir a pesquisa, pudemos contabilizar que, dos 56 serviços pesquisados, conhecíamos integrantes de equipes de mais de 30 deles. Apesar desse conhecimento prévio e da relação de confiança estabelecida, diversos obstáculos precisaram ser transpostos para se obterem os dados. As diversas ordens de dificuldade encontradas na coleta de dados podem ser tratadas como um primeiro resultado da pesquisa que, por esse motivo, consumiu mais tempo que o previsto inicialmente.

Um primeiro limite encontrado pela pesquisa, ao telefonar para os hospitais, foi localizar no hospital o responsável pelas informações. Em quatro serviços, foram necessários diversos telefonemas até localizar um profissional conhecido

de CDD-Br, pois nos primeiros contatos recebíamos informações de que o hospital não atendia a casos de aborto legal. Com a experiência, fomos percebendo que a melhor estratégia era, desde o primeiro contato, falar com o serviço de assistência social onde, de um modo geral, alguém respondia positivamente.

Superado o obstáculo inicial de obter resposta positiva sobre a existência do serviço, o segundo era descobrir quem era o profissional que sabia, ou podia, prestar as informações. Se a/o responsável estava em férias, era preciso esperar sua volta, porque outros não dispunham da informação. Se era um médico ou o chefe da Ginecologia, eram necessários muitos telefonemas até encontrá-lo no dia em que estava de plantão e liberado de cirurgias, consultas, reuniões etc. A solução, muitas vezes, foi encaminhar solicitações por *e-mail* ou fax para preenchimento posterior. Adotou-se uma conduta de esperar por uma semana e resposta e, caso não chegasse, telefonar insistindo. Em um caso, recebemos do diretor a informação de que aquele hospital prestava atendimento e que em breve informaria os dados; depois de aguardar por um mês a resposta, telefonamos ao médico e fomos informadas de que ele não repassaria as informações porque não ocupava mais o cargo de diretor e que o pedido deveria ser apresentado ao novo diretor. Depois de diversas tentativas de contato com o indicado, não conseguimos obter as informações. Em outro serviço, o diretor afirmou taxativamente que aquele hospital não realiza aborto legal – enquanto a rede de atendimento à violência daquele estado informa que sim, o hospital presta esse atendimento. Assim, excetuados os poucos serviços que dispunham prontamente das informações solicitadas, foi necessária uma longa espera para obtê-las.

Em vários dos serviços, a prática adotada é a de registrar os atendimentos prestados em livros ou prontuários de acordo com a data e mês do atendimento, o que parece restringir a possibilidade de sistematização dos dados: não se dispõe assim do número de procedimentos realizados por mês e ano.

Em três hospitais pesquisados só havia dados disponíveis para anos mais recentes, enquanto outro serviço somente prestou informações sobre as interrupções para casos de estupro porque o controle dos casos de feto incompatível com a vida são de responsabilidade de outro médico que não respondeu. Um hospital relatou que os registros são feitos no prontuário das pacientes e posteriormente arquivados, o que dificulta a sistematização, enquanto outro declarou não dispor de qualquer registro. Finalmente, a profissional que prestou

essa última informação afirmou considerar excelente a idéia de registrar e mencionou que passará a manter um controle dos procedimentos realizados.

Os responsáveis pelas informações em três serviços exigiram que a solicitação dos dados fosse feita por carta à direção do hospital ou ao Comitê de Ética em Pesquisa. Depois de formalizarmos o pedido em carta assinada pela coordenadora da pesquisa, nenhum deles, apesar de nossa insistência, apresentou os dados solicitados.

A dispersão dos dados e a falta de registro sistemático dos atendimentos realizados parece atingir em maior ou menor grau quase todos os serviços em funcionamento. As duas Normas Técnicas federais (Brasil, 1999, p.11; Brasil, 2005, p.11) *recomendam* o registro padronizado dos dados em fichas específicas e no prontuário médico. No entanto, nenhuma delas exige essa prática. A Norma mais recente (2005) sugere a utilização de uma ficha contemplando 12 itens de registro minucioso de todos os dados do atendimento e da ocorrência de violência, ocupando cinco páginas impressas.

Em 3 hospitais pesquisados, como já dissemos, não obtivemos informações. Outros 16 serviços pesquisados que responderam não prestar atendimento de aborto legal estão localizados em 4 regiões do país: 11 no Sudeste, 2 no Nordeste e Centro-Oeste, e um no Norte, como mostra a Tabela 4.

Na Região Sul todos os pesquisados responderam prestar atendimento, com exceção de um que se negou a responder à pesquisa.

O único hospital da região Norte (AM) que não atende chegou a ter seu serviço implantado, mas, depois de passar por uma mudança de direção, deixou de funcionar sem que tivesse prestado qualquer atendimento.

Tabela 4

Serviços que responderam não prestar atendimento de aborto legal ou não responderam à pesquisa, segundo região

Serviço pesquisado /Região	Total	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Não atendem	16	1	2	11	0	2
Não responderam	3	0	0	2	1	0
Total	19	1	2	13	1	2

Fonte: Pesquisa "Serviços de Aborto Legal em hospitais públicos brasileiros", CDD-Br

Na Região Nordeste, dois serviços pesquisados (PI, capital e PE, interior) responderam nunca ter funcionado. Dos 11 serviços da Região Sudeste que não funcionam, 8 estão no estado de São Paulo (6 na Região Metropolitana de São Paulo e 2 no interior); 2 em Minas Gerais; e um na cidade do Rio de Janeiro.

No Centro-Oeste, são dois os hospitais que não prestam atendimento. Um deles, localizado em município próximo a Cuiabá (MT), respondeu nunca ter prestado atendimento. O outro, localizado em Campo Grande (MS), recebeu visita da equipe de CDD e chegou a instalar uma sala para atendimento, logo desativada por interferência do bispo local, muito ativo para bloquear qualquer iniciativa na área de saúde reprodutiva, como já vimos no caso da distribuição de anticoncepcionais de emergência. Segundo as informações prestadas pela responsável por esse serviço, recentemente uma menina grávida, depois de estuprada pelo pai, teve de ser atendida por uma clínica particular, devido à falta de atendimento nesse mesmo hospital.

No entanto, embora não realizem a interrupção da gravidez, a grande maioria desses mesmos serviços atende vítimas de violência, como mostra a Tabela 5.

Tabela 5

Atendimento prestado a vítimas de violência por serviços que não realizam aborto legal

Atendimentos prestados	Anticoncepção de emergência	Profilaxia DST e HIV	Encaminhamento para outro serviço
Sim	13	13	15
Não	3	3	1 (não teve demanda)
Total	16	16	16

Fonte: Pesquisa "Serviços de Aborto Legal em hospitais públicos brasileiros", CDD-Br

Como se pode observar, apenas três serviços informam não administrar anticoncepção de emergência ou não fazer a profilaxia de DSTs e de HIV/Aids.

Sobre a interrupção da gravidez, apenas um afirma não encaminhar as pacientes para outros serviços, justamente porque nunca recebeu demanda. Dentre os demais serviços (15), encaminham para hospitais no mesmo estado (13), um para clínica particular e o outro não informou para onde encaminha.

Os dados coletados pela presente pesquisa cobrem o período de 1989 (criação do primeiro serviço de aborto legal) até dezembro de 2004. Segundo as informações obtidas, são 37 os serviços que dizem prestar atendimento aos casos de abortamento previsto em lei. Apesar de responderem afirmativamente que prestam atendimento, no entanto, cinco hospitais não registram atendimentos.

Na Região Nordeste, um hospital onde o serviço de aborto legal foi implantado em 1999, ainda não registra qualquer atendimento. Segundo o formulário respondido pela equipe e enviado por fax, a equipe multidisciplinar conta com cinco profissionais que prestam atendimento a vítimas de violência e um médico treinado para realizar interrupção da gravidez pelos três métodos: AMIU, curetagem e farmacológico (Misoprostol). Dentre as profilaxias, a única oferecida é anticoncepção de emergência porque, segundo o informante, faltam insumos para as profilaxias de DST e HIV. À luz das discussões anteriores sobre as excessivas exigências para o atendimento representarem um grande impedimento (desnecessário e ilegal) para o acesso das mulheres aos serviços, esse caso parece ser ilustrativo, quando observamos que a equipe ali atuante relata exigir: BO, laudo do Instituto Médico Legal e ultrassonografia compatível com a gestação até 12 semanas.

Outro hospital da região Centro-Oeste teve seu serviço implantado em 1990, mas a informante afirma não ter dados para anos anteriores a 2001. Presta atendimento a vítimas de violência, oferece profilaxia, tem equipe treinada e diz fazer as exigências preconizadas na Norma Técnica. Informa ainda que, em 2003, ocorreram dois casos com indicação para abortamento que não se concretizaram naquele serviço, um porque a paciente se evadiu do hospital e outro que foi encaminhado para o Hospital do Jabaquara.

Na Região Sudeste, um serviço implantado em 2003 respondeu ainda não ter recebido demanda. Segundo consta em seu formulário, exige ordem judicial para prestar o atendimento.

Na Região Sul, registramos mais dois hospitais nessa mesma situação. Um deles, implantado em 2001, respondeu não ter prestado nenhum atendimento, mas atender a vítimas de violência sexual e realizar as profilaxias preconizadas. O outro informou atender, mas não dispor do registro dos atendimentos prestados. Também exige, além do BO, perícia no IML.

Na mesma Tabela 6, a seguir, verifica-se que 29 serviços, ou seja, 78% dos que responderam atender, informam ter prestado entre 30 e nenhum atendimento

Tabela 6

Distribuição do número de serviços por faixas de atendimento prestado, segundo regiões do país (desde a criação do serviço até 2004)

Atendimentos/Região	Total de serviços	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
270 ou mais	2	0	0	2	0	0
101 a 200	1	0	1	0	0	0
31 a 100	5	1	0	3	0	1
<i>Subtotal 1</i>	<i>8</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>5</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
11 a 30	5	0	3	0	2	0
5 a 10	8	1	3	1	2	1
1 a 4	11	2	3	5	1	0
Nenhum	5	0	1	1	2	1
<i>Subtotal 2</i>	<i>29</i>	<i>3</i>	<i>10</i>	<i>7</i>	<i>7</i>	<i>2</i>
Total	37	4	11	12	7	3

Fonte: Pesquisa "Serviços de Aborto Legal em hospitais públicos brasileiros", CDD-Br

(subtotal 2). Na Região Sul, a totalidade dos serviços se encontra nessa mesma faixa (30 a nenhum atendimento). Na Região Nordeste, apenas um hospital apresenta atendimentos em número superior a 30, na faixa entre 101 e 200.

Concentrando a atenção no subtotal 1 da Tabela 6, verifica-se que 5 hospitais declararam ter prestado de 31 a 100 atendimentos, enquanto um registrou atendimentos na faixa entre 101-200, e apenas dois localizados na Região Sudeste (na cidade de São Paulo) registram mais de 270 atendimentos.

Depois de tabuladas as informações gerais sobre atendimento é possível apontar quantas e quais são as unidades da federação onde as mulheres não contam com atendimento ao aborto previsto em lei. Verifica-se que cinco unidades da federação, localizadas em três diferentes regiões do país, ainda não dispõem de serviços de aborto legal: Roraima, Amapá e Tocantins (Norte), Piauí (Nordeste) e Mato Grosso do Sul (Centro-Oeste). Em outros dois estados, Ceará e Goiás, apesar de haver serviços de aborto legal implantados e com equipes treinadas, os dados levantados mostram que nenhum aborto legal foi realizado. No estado de Santa Catarina, ainda paira a dúvida. Do hospital recebemos informação de que lá não existe serviço implantado, embora profissionais de saúde participantes da Rede de Atenção à Violência daquele estado, informem que aquele serviço funciona e já prestou atendimento. O Quadro 1, apresentado a seguir, resume essa situação.

Quadro 1

Situação dos serviços em UF selecionadas

UF e Região	Situação	Fonte da Informação
Roraima (N)	Não existe	Ministério da Saúde, 2002
Amapá (N)	Não existe	Ministério da Saúde, 2002
Tocantins (N)	Não existe	Ministério da Saúde, 2002
Piauí (NE)	Não atende	Responsável pelo serviço
Ceará (NE)	Implantado, ainda não realizou aborto legal	Responsável pelo serviço
Santa Catarina (Sul)	Não respondeu à pesquisa	-
Mato G. Sul (CO)	Não atende	Profissional do serviço
Goiás (CO)	Implantado, ainda não realizou aborto legal	Profissional do serviço

Fonte: Pesquisa "Serviços de Aborto Legal em hospitais públicos brasileiros", CDD-Br

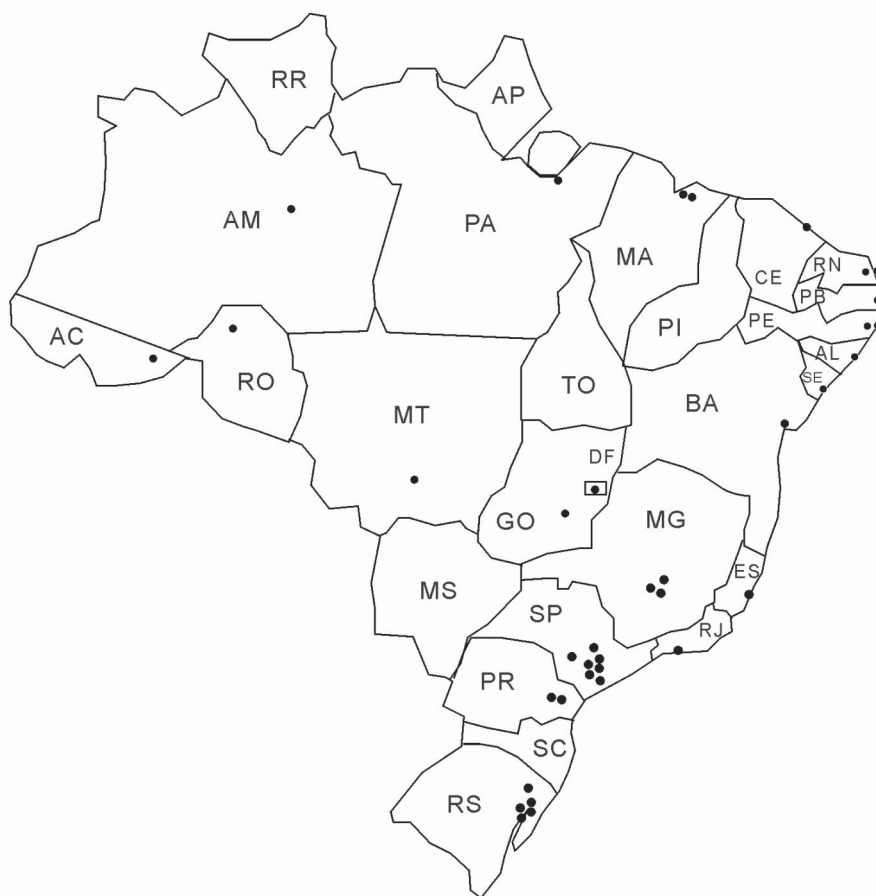
Atendimentos prestados e características gerais dos serviços (1989-2004)

A distribuição dos serviços, que prestam atendimento ao aborto legal, é ilustrada no mapa do Brasil apresentado na próxima página. Os quatro serviços em funcionamento na Região Norte estão localizados nas capitais das unidades da federação. Na Região Nordeste os onze serviços se distribuem nas oito capitais, dentre as quais três (Natal, Recife e São Luís) contam com dois serviços.

Na Região Sudeste o atendimento é prestado em doze serviços. Três em Minas Gerais: um na capital e outros dois na Região Metropolitana de Belo Horizonte (Betim). São Paulo é o estado mais equipado, contando com sete serviços: quatro na capital; um na Região Metropolitana de São Paulo (São Bernardo do Campo) e outros dois implantados em cidades do interior (Campinas e Botucatu). Os únicos serviços disponíveis no Espírito Santo e no Rio de Janeiro estão nas capitais.

Na Região Sul temos mais sete serviços: cinco no Rio Grande do Sul (quatro em Porto Alegre e um em Caxias do Sul); e dois em Curitiba/PR. Outros três serviços ficam na Região Centro-Oeste: um no Distrito Federal; outro em Cuiabá/MT e mais um em Goiânia, embora este ainda não tenha prestado atendimento.

Distribuição dos serviços de aborto legal no Brasil



Atendimentos prestados

A pesquisa revela o total de 1.266 interrupções da gravidez nos serviços de aborto legal. De 1989 até 2002, foram realizados 845 procedimentos. Nos anos seguintes, 2003 e 2004, verifica-se uma certa estabilidade: 161 e 171, respectivamente. Nota-se também que 75% dos 845 atendimentos prestados até 2002 concentraram-se na Região Sudeste. Do total de 1.266 atendimentos prestados até 2004, 70% ocorreram nesta região, cujos serviços recebem encaminhamentos de todas as regiões do país.

Vê-se assim que, apesar dos discursos alarmistas produzidos pelos setores conservadores, sobretudo da Igreja Católica, afirmando reiteradamente desde 1989 que a disponibilidade desses serviços provocaria uma avalanche de mulheres burlando a lei (presumivelmente mentindo) para provocar abortamentos, o resultado obtido pela presente pesquisa, está longe de confirmar essa premissa. Ao contrário, o número de atendimentos (1.266) registrados nos últimos 15 anos merece ser considerado muito modesto, como se pode observar na Tabela 7, que resume os dados por região do país.

Tabela 7

Distribuição do número de atendimentos prestados, segundo regiões do país (desde a criação do serviço até 2004)

Atendimentos prestados/Região	Total	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Até 2002	845	33	121	629	23	39
Em 2003	161	17	35	95	12	2
Em 2004	171	19	35	104	03	10
Não discriminado por ano	89	0	0	65	24	0
Total (N)	1266	69	191	893	62	51

Fonte: Pesquisa "Serviços de Aborto Legal em hospitais públicos brasileiros", CDD-Br

Ano e portaria de implantação dos serviços

Como se pode observar na Tabela 8, apenas oito serviços foram implantados no período entre 1989 a 1997. Nos três anos após a expedição da Norma Técnica pelo Ministério da Saúde (1998-2000), surgiram outros 15 serviços, inclusive na Região Sul que, até então, não dispunha de

nenhum prestador de atendimento; e, no quadriênio seguinte (2001-2004), treze novos serviços foram implantados.

Tabela 8
Serviços de aborto legal por ano de implantação,
segundo regiões do país

Ano de implantação	Total de serviços	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1989-1994	4	0	0	3	0	1
1996	4	1	2	0	0	1
1998	6	1	1	3	1	0
1999-2000	9	0	5	3	1	0
2001-2002	6	1	0	1	4	0
2003-2004	7	1	3	2	0	1
Não informado	1	0	0	0	1	0
Total (N)	37	4	11	12	7	3
Total (%)	100%	11%	30%	32%	19%	8%

Fonte: Pesquisa "Serviços de Aborto Legal em hospitais públicos brasileiros", CDD-Br

A distribuição dos serviços segundo o tipo de portaria que os instituíram indica que 15 serviços de atendimento ao aborto legal foram implantados em hospitais estaduais, 9 outros por portarias universitárias e 8 municipais instituíram serviços. Cinco instituições pesquisadas não responderam a essa questão (Tabela 9).

Tabela 9
Distribuição do número de serviços de aborto legal por
tipo de portaria de regulamentação, segundo região do país

Portaria de criação do serviço	Total	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Estadual	15	3	6	1	3	2
Universitária	9	1	4	3	0	1
Municipal	8	0	1	6	1	0
Não respondeu	5	0	0	2	3	0
Total	37	4	11	12	7	3

Fonte: Pesquisa "Serviços de Aborto Legal em hospitais públicos brasileiros", CDD-Br

As equipes dos serviços

As duas Normas Técnicas do Ministério da Saúde (1999 e 2005) indicam ser desejável que o atendimento seja prestado por equipe interdisciplinar composta por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, embora a falta de um ou mais profissionais na equipe, exceto o médico, não inviabilize o atendimento. Todos devem estar sensibilizados para questões relativas à violência contra a mulher e capacitados para acolher e oferecer suporte às suas principais demandas.

Sabe-se desde a implantação dos primeiros serviços de atendimento ao aborto legal que o treinamento e a estabilidade dos integrantes das equipes é um fator essencial para a qualidade do atendimento e que, neste, cada profissional tem um papel importante a cumprir. Sabe-se, também, que a recusa de médicos a prestar esse tipo de atendimento tem sido um fator relevante para a oferta ou não desse serviço.

Na coleta de dados buscamos obter informação sobre a composição das equipes de atendimento. No entanto, os dados recolhidos não permitem estabelecer qualquer relação entre o tamanho e a composição da equipe e o atendimento prestado.

Profilaxia: anticoncepção de emergência, DST e HIV

De acordo com as respostas obtidas sobre a cobertura dos serviços em relação às profilaxias preconizadas pelas Normas Técnicas, pode-se considerar muito satisfatórios os resultados. Como se pode verificar na Tabela 10, poucos são os serviços que não prestam as profilaxias indagadas na pesquisa.

Segundo relatos coletados junto aos profissionais de saúde nos seminários organizados em 2001 e 2003, a oferta de anticoncepção de emergência tem contribuído para reduzir as solicitações de interrupção de gravidez. Apenas um serviço, situado na Região Sul, respondeu não oferecer anticoncepção de emergência. Esse é justamente o mesmo serviço que não dispõe de qualquer informação sobre o número de atendimentos prestados.

Outro serviço, que ainda não prestou um atendimento sequer, situado na Região Norte, respondeu não oferecer profilaxia para DST e HIV. Os demais serviços que não oferecem profilaxia para HIV declaram fazer o encaminhamento das pacientes para outros serviços.

Tabela 10

Distribuição dos serviços de aborto legal por oferta de anticoncepção de emergência e profilaxias, segundo região do país

Não oferece	Total de serviços	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Anticoncepção de emergência	1	0	0	0	1	0
Profilaxia DST	1	1	0	0	0	0
Profilaxia HIV	3	2	1	0	0	0
Total	5	3	1	0	1	0

Fonte: Pesquisa “Serviços de Aborto Legal em hospitais públicos brasileiros”, CDD-Br

Exigências para realizar o procedimento

As informações prestadas mostram que 26 serviços (70%) exigem o BO e observavam a Norma de 1998, ainda em vigor quando a pesquisa foi realizada, como se pode constatar na Tabela 11.

Perguntados se apresentavam outras exigências, a grande maioria declarou seguir as Normas do Ministério da Saúde ou exigir a autorização da mulher, uma exigência que consta nas duas Normas Técnicas.

O laudo do IML foi referido em outros três serviços, o que é considerado incorreto e ilegal, segundo a Norma de 2005 (e também não consta da anterior, de 1998). O alvará judicial também foi referido por dois respondentes, sem esclarecer se é para o caso de feto incompatível com a vida ou gravidez resultante de violência, o que também não consta nas exigências preconizadas pelas Normas.

Outra condição diz respeito à idade gestacional: cinco serviços não realizam o procedimento em caso de gravidez acima de 12 semanas; apenas um

Tabela 11

Distribuição dos serviços de aborto legal por exigência de BO para realizar o procedimento, segundo região do país

Exigência de Boletim de Ocorrência	Total de Serviços	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Sim	26	1	9	8	5	3
Não	11	3	2	4	2	0
Total	37	4	11	12	7	3

Fonte: Pesquisa “Serviços de Aborto Legal em hospitais públicos brasileiros”, CDD-Br

acima de 16 semanas e quatro até 20 semanas, idade gestacional limite segundo a Norma Técnica.

Apenas dois respondentes referiram o parecer da equipe como um fator condicionante.

Como se pode verificar, as exigências apresentadas às mulheres e a idade gestacional limite para atendimento são bastante variadas nos diferentes serviços, não se verificando um padrão uniforme.

Motivos para a interrupção da gravidez

A Norma Técnica do Ministério da Saúde menciona exclusivamente o atendimento de mulheres cuja gravidez decorre de violência. Entretanto, como já vimos, dois outros motivos levam as mulheres a recorrer a esses mesmos serviços: o risco de vida da gestante (previsto no Código Penal) e a incompatibilidade do feto com a vida.

A totalidade (37) dos serviços respondeu atender mulheres que engravidaram depois de sofrer violência. Casos de risco de vida da mãe e feto incompatível com a vida são atendidos em 31 e 28 serviços, respectivamente (Tabela 12).

No formulário enviado às instituições, estava previsto quantificar as interrupções de acordo com os motivos que levaram a mulher a solicitar o procedimento. Entretanto, essa perspectiva foi abandonada ao constatar que poucos informantes dispunham dessa informação.

Tabela 12

Distribuição dos serviços de aborto legal por motivo da interrupção da gravidez, segundo região do país

Motivo da interrupção	Total de serviços					
	(N=37)	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Violência (estupro)	37	4	11	12	7	3
Risco de vida da mãe	31*	4	11	10	3	3
Feto incompatível com a vida	28**	4	10	9	3	2
Total de serviços por região	37	4	11	12	7	3

* 2 não atendem e 4 não responderam

** 5 não atendem e 4 não responderam

Fonte: Pesquisa "Serviços de Aborto Legal em hospitais públicos brasileiros", CDD-Br

Métodos disponíveis

As Normas Técnicas, sobretudo a de 2005, detalham os procedimentos de escolha para a interrupção da gravidez, de acordo com o tempo gestacional. Embora o mais recomendado seja a AEV (Aspiração Elétrica a Vácuo), um equipamento menos prático e de maior custo, o mais utilizado é a AMIU – Aspiração Manual Intra-Uterina, seguida pela curetagem uterina, quando o serviço não dispuser da AMIU. Ambas podem ser combinadas com a administração de misoprostol, que pode também ser utilizado isoladamente, embora seja de efeito mais demorado e doloroso.

Quando indagados sobre os métodos disponíveis nos serviços, nossos respondentes deram as informações apresentadas na Tabela 13.

A grande maioria dos serviços (33) dispõe de equipamento e profissional treinado para o método AMIU, o mais recomendado. No entanto, os outros dois métodos também são referidos: 28 e 29 serviços referem o uso de curetagem uterina e misoprostol, respectivamente.

Procuramos, inicialmente, identificar e quantificar a distribuição dos métodos por procedimentos realizados. No entanto, verificamos que poucos serviços dispõem dessa informação.

Tabela 13

Distribuição dos serviços de aborto legal, por métodos de interrupção da gravidez disponíveis, segundo região do país

Método de interrupção	Total de serviços (N=37)	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
AMIU	33	4	11	12	3	3
Curetagem	28	2	9	8	6	3
Misoprostol	29	4	9	8	6	2
Total de serviços por região	37	4	11	12	7	3

Fonte: Pesquisa “Serviços de Aborto Legal em hospitais públicos brasileiros”, CDD-Br

Considerações finais

A pesquisa conduzida para a elaboração do presente dossiê junto aos serviços de aborto legal comprova, de diferentes maneiras, que a condição de ilegalidade do aborto no país — além de todas as conseqüências danosas para a vida e a saúde das mulheres — influi negativamente, contaminando até mesmo o atendimento aos casos permitidos por lei. Uma visão geral dos entraves e dificuldades para o bom funcionamento dos serviços, bem como dos resultados favoráveis conquistados, podem ser encontrados tanto na história dos primeiros anos de funcionamento do serviço pioneiro como nos dados levantados em 2004 sobre os 37 serviços em funcionamento.

A história da implantação do primeiro serviço no hospital do Jabaquara traz vários exemplos dessa contaminação: os médicos inicialmente desconheciam, como até hoje percentuais consideráveis desconhecem, a legislação e as técnicas para realizar o procedimento; grande parte dos profissionais ali atuantes se recusava a prestar atendimento com base em preconceitos ou o medo, até certo ponto justificado, de se expor a ameaças (internas e externas), acusações, ofensas, que motivam insegurança pessoal e profissional perante o risco de discriminação (por colegas e pacientes) e até de processo judiciais, como mostra o debate recente sobre a exigência do BO.

As políticas públicas tardiamente implantadas — justamente devido à atuação de forças conservadoras que concorrem para a perpetuação das desigualdades e exclusões — foram e continuam sendo constantemente ameaçadas de interrupção e retrocesso pela ação de indivíduos, grupos e instituições que se valem de argumentos que combinam o discurso religioso para: exaltar a defesa da vida do feto; enaltecer o sofrimento das mulheres apontadas como indivíduos que não merecem a confiança das autoridades policiais, judiciais e de saúde, porque todas são, presumivelmente, simuladoras e mentirosas.

Outro aspecto pelo qual se revela o contágio da ilegalidade da questão do aborto sobre os casos que merecem atendimento, de acordo com a lei, manifestase na relativa invisibilidade dos serviços existentes até mesmo no interior dos próprios hospitais onde funcionam, como constatamos no contatos iniciais da presente pesquisa. Sintoma manifestado também pela relutância dos responsáveis pelos serviços em repassar as informações solicitadas e, mais ainda, pela negativa de alguns em prestar qualquer informação. No limite, poder-se-ia afirmar que mais da metade dos serviços, pela quantidade mínima de atendimentos que prestam e por sua invisibilidade, pública e interna, são quase clandestinos. Certamente não estão nessa situação porque assim o desejam a maior parte dos profissionais, e sim para resguardar sua integridade e, talvez, a possibilidade de continuar funcionando.

Todos esses fatores que concorrem para a escassa visibilidade dos serviços, sem dúvida também limitam o acesso da potencial clientela que tem assegurado por lei o direito, mas não tem o acesso garantido porque desconhece a existência dessa política pública, em que pese o esforço de autoridades de saúde para treinar funcionários, normatizar, incentivar e promover o funcionamento dos serviços de aborto legal.

A falta de registro disponíveis e padronizados sobre os atendimentos prestados é outro fator que favorece nossa ênfase sobre a contaminação da situação de clandestinidade do aborto em geral pelo atendimento ao que é previsto em lei. A falta de registros guarda muita semelhança com as estimativas realizadas até o início da década de 1990 sobre o número de abortos no Brasil (em 1994, como mencionado, passou-se a contar com fatores de correção).

Bom exemplo da escassez de informações confiáveis são as inúmeras dificuldades e obstáculos enfrentados para obter os dados da presente pesquisa, relatados na seção anterior, que merecem ser lembrados: dificuldade inicial para convencer a/o telefonista de que estávamos seguros da existência do serviço de aborto legal naquela unidade de saúde; percalços sucessivos para obter contato com a/o profissional responsável pelas informações; longo período de tempo de espera para obter as informações solicitadas, que freqüentemente se encontravam em estado bruto, sem qualquer sistematização. Além disso, alguns hospitais só dispunham de dados parciais ou sobre os procedimentos realizados em anos recentes, além de informações desconstruídas ou taxativamente negadas.

Por todas essas razões, os dados aqui apresentados devem ser tomados como os melhores resultados de uma primeira tentativa de sistematização, que merece continuidade para corrigir possíveis imperfeições.

A instabilidade atinge o funcionamento de diferentes serviços, como um hospital de Região Norte que, depois de ter o serviço de aborto legal implantado, deixou de funcionar sem prestar um único atendimento, ou a Santa Casa no Mato Grosso do Sul, que interrompeu a implantação do serviço por interferência direta do bispo local e depois precisou, numa situação dramática, encaminhar uma adolescente a uma clínica privada da cidade. Ou, ainda, um hospital da Região Centro-Oeste, dos primeiros a ser implantado (1990), que não dispõe de dados anteriores a 2001 – e que desse ano em diante não prestou qualquer atendimento.

De outra ordem, mas igualmente preocupante, é a situação dos serviços que fazem exigências (de alvará judicial e laudo do IML) muito além do que é previsto nas duas Normas Técnicas, que merecem ser acompanhados de perto pela Área Técnica do Ministério. Também é necessário refletir sobre o fim da exigência do BO, quando se verifica que 70% dos pesquisados referem que esta consta em seus protocolos.

Depois de enunciar os principais limites observados no atendimento ao aborto legal é preciso destacar o grande avanço que esses serviços significam — como já destacavam as procuradoras de São Paulo ao aprovarem a portaria de implantação do atendimento na rede pública do Município — para o cumprimento da lei e o atendimento das mulheres.

Bom exemplo do avanço que a implantação desses serviços representa está no alto percentual, dentre os 56 pesquisados, daqueles que oferecem as profilaxias devidas em caso de violência e que, embora não realizem o aborto previsto em lei, fazem encaminhamento para outros hospitais.

Também é necessário registrar que nenhum dos serviços deixa de cumprir o limite de 20 semanas para a interrupção da gravidez.

Constata-se, ainda, que as adversidades enfrentadas parecem ter fortalecido o ânimo dos profissionais de saúde, atuantes em muitos serviços, que têm se demonstrado incansáveis defensores dos direitos das mulheres, participando e liderando comissões para debater o assunto no âmbito das diversas associações, federações, corporações médicas e do poder executivo. De grande impacto foram

também as nove edições de Fóruns Interprofissionais realizados por esses mesmos profissionais para debater o assunto. O recente debate público envolvendo o tema foi revelador da combatividade desses profissionais, bem como do reconhecimento público que merecidamente desfrutam pelo trabalho que realizam. Aliás, esse poderia ser um forte argumento para convencer profissionais que ainda relutam em se integrar a novas equipes.

Antes de passarmos às recomendações que decorrem dos resultados da presente pesquisa, é preciso assinalar os diferentes aspectos da mitologia defendida pela vertente conservadora em relação ao aborto legal. No início da pesquisa, o debate público que atraiu os atores dos dois campos em confronto sobre o tema ainda estava por acontecer. No entanto, os resultados apresentados neste dossiê contribuem para refutar dois mitos construídos pela vertente conservadora, representada no debate público por setores da hierarquia da Igreja Católica e outros agentes sintonizados com as práticas e discursos desse setor, que são os únicos porta-vozes da defesa da ordem tradicional no combate ao atendimento ao aborto legal. Como se viu ao longo deste dossiê, juízes, médicos e pacientes católicos autorizam, atendem e recorrem ao aborto permitido em lei. Mais que isso, a pesquisa de opinião pública, feita por um instituto de reconhecida credibilidade, mostra os elevados percentuais de aprovação dos brasileiros, sobretudo dos católicos, ao atendimento público e gratuito ao aborto previsto em lei e o recurso à anticoncepção de emergência.

O outro mito que se esboroa é aquele construído com base no imaginário que atribui fragilidade, debilidade moral, irresponsabilidade às mulheres, supostamente dissimuladas e mentirosas, que formariam filas intermináveis nas portas dos serviços de aborto legal para burlar as restrições legais e enganar os profissionais de saúde. Como se viu nas páginas anteriores, tanto a faixa de atendimentos prestados pelos serviços ao longo de sua existência, como o total de atendimentos prestados em 2003 e 2004 (161 e 171, respectivamente, conforme Tabela 7) desmonta completamente esse mito que vem sendo mantido e repetido, como um mantra, desde a inauguração do primeiro serviço em 1989. Definitivamente, essa fantasia sobre o comportamento das mulheres tentando enganar ingênuos profissionais de saúde está desacreditada pelos dados apresentados. Esse também deve ser um elemento a transmitir mais segurança aos profissionais de saúde que venham a integrar novas equipes.

O recente debate sobre temas relacionados ao atendimento ao aborto legal permite identificar também um novo cenário no qual as vozes de ocupantes de altos postos nos poderes judiciário e executivo se manifestaram em favor do atendimento ao aborto legal.

A estratégia discursiva desses mesmos setores da Igreja – principal, senão único ator político contrário ao acesso ao aborto legal e à descriminalização do aborto – também é um fenômeno surpreendente que merece ser destacado. Sem abrir mão do simbolismo e do poder religioso, o discurso conservador está progressivamente se valendo de retóricas seculares que derivam da autoridade das ciências ou se inscrevem nas disputas sobre a legalidade dos serviços e a competência do poder executivo para normatizar o atendimento prestado.

Paralelamente, novas vozes de fiéis católicos se afirmam no cenário público comprovando as múltiplas e diferentes interpretações a que o pensamento religioso e as crenças religiosas estão abertos, sobretudo no tocante à sexualidade, direitos das mulheres e direitos reprodutivos, atingindo em cheio o monopólio desfrutado anteriormente pela hierarquia da Igreja para se pronunciar solitariamente em nome da ética e da moral religiosas.

Recomendações

Finalmente apresentamos algumas sugestões, à guisa de contribuição, em consonância com o plano de metas estabelecido pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde e com os anseios da população e do movimento feminista, nos tópicos seguintes.

A primeira delas, sem dúvida, é priorizar investimentos na implantação de serviços nas capitais das oito unidades da federação que, segundo os dados da pesquisa, não dispõem de nenhuma unidade ou ainda não prestaram atendimento: Roraima, Amapá e Tocantins (Região Norte); Piauí e Ceará (Região Nordeste); Santa Catarina (Região Sul) e Mato G. Sul e Goiás (Região Centro-Oeste).

Especial atenção, apoio e acompanhamento merecem ser oferecidos aos profissionais atuantes nos serviços de saúde de dois estados, Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul, onde a ofensiva conservadora da Igreja tem interferido

na implantação de serviços, no cumprimento das Normas do Ministério, na assistência à anticoncepção e, até, no cumprimento de alvarás judiciais.

Para superar a escassez de padronização e sistematização dos registros de atendimento, seria recomendável produzir e disponibilizar um formulário, de preferência bastante resumido e de fácil utilização, para registro dos atendimentos realizados. Dispomos em nossos arquivos dos formulários utilizados para esta pesquisa que podem ser adaptados para o registro e sistematização dos dados. Consideramos essa medida importante, sobretudo enquanto perdurarem as ameaças e fragilidades de toda ordem que ainda se interpõem contra o funcionamento.

Consideramos também que a divulgação massiva de dois resultados aqui apresentados podem contribuir para o fortalecimento dos serviços:

- O alto índice de aceitação da população em relação aos serviços (pesquisa CDD-Br & Ibope, 2005), tendo com público-alvo preferencial as equipes de atendimento á violência.
- O respeito e a admiração conquistados pelos profissionais que se dedicam ao atendimento do aborto legal.

Finalmente, é preciso pensar estratégias de divulgação que permitam superar a quase invisibilidade dos serviços para o público em geral e, sobretudo, entre os servidores das próprias unidades de saúde onde estão sediados.

Referências bibliográficas

(THE) ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. *Aborto clandestino: uma realidade latino-americana*. Nova Iorque, 1994.

ANDALAFT NETO, Jorge. *Introduzindo IPAS e a técnica de AMIU no Brasil: uma mudança de postura de médicos e profissionais de saúde*. Rio de Janeiro, s.d. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/arquivos/10anos/Andalaft2004.pdf>>.

ARDAILLON, Danielle. O aborto no judiciário: uma lei que justiça a vítima. In: BRUSCHINI, Cristina, SORJ, Bila (orgs.) *Novos olhares: mulheres e relações de gênero no Brasil*. São Paulo: FCC; Marco Zero, 1994. p.213-49.

_____. *Cidadania de corpo inteiro: discursos sobre aborto em número e gênero*. São Paulo, 1997. Tese (doutor. em Sociologia) FFLCH/USP.

_____. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, 2004a.

_____. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007*. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. Brasília, 1999.

_____. *Norma Técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: revisada e ampliada*. Brasília, 2005a.

_____. *Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília, 2005b.

CDD-Br – CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR. *Aborto legal: implicações éticas e religiosas*. São Paulo, 2002.

CDD-Br, IBOPE – INSTITUTO BRASILEIRO DE OPINIÃO PÚBLICA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa de opinião dos católicos brasileiros sobre direitos reprodutivos, relação Igreja-Estado e temas relacionados*. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://ibope.com.br> [pesquisas-opinião-2005]>.

COLÁS, Osmar *et al.* Aborto legal por estupro: primeiro programa público do país. *Bioética*, Brasília, v.2, n.1, p.81-5, 1994.

DINIZ, Débora. Anencefalia: ciência e estado laico. *Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva IPAS Brasil*, Rio de Janeiro, v.15, jan. 2005. Disponível em: <www.ipas.org.br/revista>.

_____. [Entrevista sobre a liminar do STF que autoriza a antecipação do parto para casos de anencefalia fetal no Brasil.] *Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva IPAS Brasil*, Rio de Janeiro, n.13, set. 2004. Disponível em:< <http://www.ipas.org.br/revista>>.

FAÚNDES, Anibal, BARZELLATO, José. *O drama do aborto: em busca de um consenso*. Campinas: Komedi, 2004.

FAUNDES, Aníbal, DUARTE, Graciana Alves, ANDALAF NETO, Jorge *et al.* Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, mar. 2004, vol.26, no.2, p.89-96. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>

FRIGÉRIO, Marcos V. *et al.* Aspectos bioéticos e jurídicos do abortamento seletivo no Brasil. In: CDD-Br. *Aborto legal: implicações éticas e religiosas*. São Paulo: CDD-Br, 2002, p.77-98

GOLLOP, Thomas R. Aborto por anomalia fetal. *Bioética*, Brasília, v.2, n.1, p.67-72, 1994.

GONÇALVES, Irotildes P. Apresentação do Programa de Aborto Legal nos Hospitais públicos. In: CDD-Br. *Aborto legal: implicações éticas e religiosas*. São Paulo: CDD-Br, 2002, p.9-16.

HURST, Jane. A história das idéias sobre o aborto na Igreja Católica. In HURST Jane, MURARO, Rose Marie (eds.) *Uma história não contada*. Montevédu: Católicas por el Derecho a Decidir, 1992.

KYRIAKOS, Norma & Fiorini, Eliana. A dimensão legal do aborto no Brasil. In: CDD-Br. *Aborto legal: implicações éticas e religiosas*. São Paulo: CDD-Br, 2002, p.131-147.

RedeSaúde – REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Aborto inseguro*. São Paulo, 2002. folheto.

_____. *Aborto: mortes preveníveis e evitáveis; dossiê*. Belo Horizonte, 2005.

ROCHA, M. Isabel Baltar. *Política demográfica e parlamento: debates e decisões sobre o controle da natalidade*. Campinas: Nepo; Unicamp, 1993. (Textos Nepo, 25).

ROCHA, M. Isabel Baltar, ANDALAF NETO, Jorge. Aborto: aspectos clínicos, legislativos e políticos. In: BERQUÓ, Elza (org.) *Sexo & vida*. Campinas: Ed. Unicamp, 2003. p.257-318.

ROSADO-NUNES, Ma. José, JURKEWICZ, Regina. Aborto: um tema em discussão na Igreja Católica. In: CDD-Br. *Aborto legal: implicações éticas e religiosas*. São Paulo: CDD-Br, 2002. 17-75.

SANEMATSU, Marisa. Interrupção da gravidez em caso de anencefalia fetal: a cobertura da imprensa sobre a liminar do STF e suas repercussões. *Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva IPAS Brasil*, Rio de Janeiro, v.13, set. 2004. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/revista>>.

SANTIN, Myriam A. *Aborto legal: Igreja Católica e o Congresso Nacional*. São Paulo: CDD-Br, 2000.

_____. *Direitos humanos das mulheres: Congresso Nacional e Igreja Católica*. Xanxerê (SC), 1999. mimeo.

TORRES, José H. R. Consulta feita pelo Ministério da Saúde; tema: aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência. Campinas, 2003. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/Torres_2003.doc>.

VAGGIONE, Juan Marco. Entre reactivos y disidentes: desandando las fronteras entre lo religioso y lo secular. In: CAMPAÑA por la convención de los derechos sexuales y reproductivos. *La trampa de la moral única*. Perú, 2005. p.56-65.

VENTURA, Miriam. *Direitos reprodutivos no Brasil*. São Paulo: The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, 2001.

Anexo 1

RELAÇÃO DOS SERVIÇOS PESQUISADOS

N.	Nome da unidade	Cidade	UF	Região
1	Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliodora	Rio Branco	AC	Norte
2	Hospital Universitário Da. Francisca Mendes (Hospital Getúlio Vargas)	Manaus	AM	Norte
3	Hospital e Maternidade Brigitta Daou	Manaus	AM	Norte
4	Fundação Santa Casa de Misericórdia de Belém	Belem	PA	Norte
5	Hospital de Base Ari Pinheiro	Porto Velho	RO	Norte
6	Hospital Maternidade Escola Santa Mônica	Maceio	AL	Nordeste
7	Instituto de Perinatologia da Bahia (Maternidade do Iperba)	Salvador	BA	Nordeste
8	Maternidade Escola Assis Chateaubriand da UFC (MEAC/UFC)	Fortaleza	CE	Nordeste
9	Hospital Maternidade Marly Sarney	São Luís	MA	Nordeste
10	Hospital Universitário Federal do Maranhão (Serviço de Obstetrícia e Ginecologia)	São Luís	MA	Nordeste
11	Maternidade Frei Damião	João Pessoa	PB	Nordeste
12	Maternidade da Encruzilhada do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros	Recife	PE	Nordeste
13	Hospital Agamenom Magalhães	Recife	PE	Nordeste
14	Hospital Dom Malan	Petrolina	PE	Nordeste
15	Hospital Evangelina Rosa	Terezina	PI	Nordeste
16	Maternidade Escola Januário Cicco	Natal	RN	Nordeste
17	Hospital Dr. José Pedro Bezerra (Hospital de Santa Catarina)	Natal	RN	Nordeste
18	Maternidade Hildete Falcão Batista	Aracaju	SE	Nordeste
19	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes	Vitória	ES	Sudeste
20	Maternidade Odete Valadares	Belo Horizonte	MG	Sudeste
21	Maternidade Pública Municipal de Betim	Betim	MG	Sudeste
22	Hospital Universitário Clemente Faria Universidade Estadual de Montes Claros	Montes Claros	MG	Sudeste
23	Hospital Júlia Kubistchek	Belo Horizonte	MG	Sudeste
24	Hospital Municipal Odilon Beherens	Belo Horizonte	MG	Sudeste
25	Hospital Público Professor Osvaldo Franco	Betim	MG	Sudeste
26	Hospital Maternidade Pública de Contagem	Contagem	MG	Sudeste
27	Hospital da Mulher Dr. Fernando Magalhães	Rio de Janeiro	RJ	Sudeste
28	Maternidade Herculano Pinheiro	Rio de Janeiro	RJ	Sudeste
29	Hospital Municipal do Jabaquara Dr. Arthur Ribeiro de Sabóya	São Paulo	SP	Sudeste

N.	Nome da unidade	Cidade	UF	Região
30	Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva (Hospital Cachoeirinha)	São Paulo	SP	Sudeste
31	Hospital Municipal do Tatuapé Dr.Cármico Caricchio	São Paulo	SP	Sudeste
32	Hospital Municipal Maternidade Prof. Mário Degni (Jardim Sarah)	São Paulo	SP	Sudeste
33	Hospital Municipal Servidor Público	São Paulo	SP	Sudeste
34	Hospital Pérola Byington	São Paulo	SP	Sudeste
35	Caism - Unicamp	Campinas	SP	Sudeste
36	Hospital Universitário de S. B. do Campo (Fac.Medicina) Pavas (Programa de Atenção às Vítimas de Abuso Sexual)	S.B. do Campo	SP	Sudeste
37	Caism São Bernardo do Campo	S. B. do Campo	SP	Sudeste
38	Hospital das Clínicas da Fac.Medicina de Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	SP	Sudeste
39	Hospital Municipal de Paulínia Vereador Antônio Orlando Navarro	Paulínia	SP	Sudeste
40	Hospital das Clínicas da Fac. Medicina de Botucatu/Unesp	Botucatu	SP	Sudeste
41	Hospital Estadual de Sumaré	São Paulo	SP	Sudeste
42	Maternidade Leonor Mendes de Barros	São Paulo	SP	Sudeste
43	Hospital Municipal de Santo André	Santo André	SP	Sudeste
44	Hospital Evangélico de Curitiba	Curitiba	PR	Sul
22	Hospital Universitário Clemente Faria Universidade Estadual de Montes Claros	Montes Claros	MG	Sudeste
45	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná	Curitiba	PR	Sul
46	Hospital Materno Infantil Presidente Getúlio Vargas	Porto Alegre	RS	Sul
47	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Porto Alegre	RS	Sul
48	Hospital Femina	Porto Alegre	RS	Sul
49	Hospital Nossa Senhora da Conceição	Porto Alegre	RS	Sul
50	Hospital Geral de Caxias do Sul	Caxias do Sul	RS	Sul
51	Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina	Florianópolis	SC	Sul
52	Hospital Regional da Asa Sul (Hospital Materno-Infantil de Brasília)	Brasília	DF	C.-Oeste
53	Hospital Materno Infantil de Goiânia	Goiânia	GO	C.-Oeste
54	Santa Casa de Misericórdia	Campo Grande	MS	C.-Oeste
55	Hospital Municipal de Várzea Grande	Várzea Grande	MT	C.-Oeste
56	Hospital Universitário Júlio Muller	Cuiabá	MT	C.-Oeste

Fonte: Pesquisa "Serviços de Aborto Legal em hospitais públicos brasileiros", CDD-Br

RELAÇÃO DOS SERVIÇOS QUE ATENDEM AO ABORTO LEGAL

N.	Nome da unidade	Cidade	UF	Região
1	Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliodora	Rio Branco	AC	Norte
2	Hospital Universitário Da. Francisca Mendes (Hospital Getúlio Vargas)	Manaus	AM	Norte
3	Fundação Santa Casa de Misericórdia de Belém	Belem	PA	Norte
4	Hospital de Base Ari Pinheiro	Porto Velho	RO	Norte
5	Hospital Maternidade Escola Santa Mônica	Maceio	AL	Nordeste
6	Instituto de Perinatologia da Bahia (Maternidade do Iperba)	Salvador	BA	Nordeste
7	Maternidade Escola Assis Chateaubriand da UFC (MEAC/UFC)	Fortaleza	CE	Nordeste
8	Hospital Maternidade Marly Sarney	São Luís	MA	Nordeste
9	Hospital Universitário Federal do Maranhão (Serviço de Obstetrícia e Ginecologia)	São Luís	MA	Nordeste
10	Maternidade Frei Damião	João Pessoa	PB	Nordeste
11	Maternidade da Encruzilhada do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros	Recife	PE	Nordeste
12	Hospital Agamenom Magalhães	Recife	PE	Nordeste
13	Maternidade Escola Januário Cicco	Natal	RN	Nordeste
14	Hospital Dr. José Pedro Bezerra (Hospital de Santa Catarina)	Natal	RN	Nordeste
15	Maternidade Hildete Falcão Batista	Aracaju	SE	Nordeste
16	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes	Vitória	ES	Sudeste
17	Maternidade Odete Valadares	Belo Horizonte	MG	Sudeste
18	Maternidade Pública Municipal de Betim	Betim	MG	Sudeste
19	Hospital Público Professor Osvaldo Franco	Betim	MG	Sudeste
20	Hospital da Mulher Dr. Fernando Magalhães	Rio de Janeiro	RJ	Sudeste
21	Hospital Municipal do Jabaquara Dr. Arthur Ribeiro de Sabóya	São Paulo	SP	Sudeste
22	Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva (Hospital Cachoeirinha)	São Paulo	SP	Sudeste
23	Hospital Municipal Maternidade Prof. Mário Degni (Jardim Sarah)	São Paulo	SP	Sudeste
24	Hospital Pérola Byington	São Paulo	SP	Sudeste
25	Caism - Unicamp	Campinas	SP	Sudeste
26	Caism São Bernardo do Campo	S. B. do Campo	SP	Sudeste
27	Hospital das Clínicas da Fac. Medicina de Botucatu/Unesp	Botucatu	SP	Sudeste
28	Hospital Evangélico de Curitiba	Curitiba	PR	Sul

N. Nome da unidade	Cidade	UF	Região
29 Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná	Curitiba	PR	Sul
30 Hospital Materno Infantil Presidente Getúlio Vargas	Porto Alegre	RS	Sul
31 Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Porto Alegre	RS	Sul
32 Hospital Femina	Porto Alegre	RS	Sul
33 Hospital Nossa Senhora da Conceição	Porto Alegre	RS	Sul
34 Hospital Geral de Caxias do Sul	Caxias do Sul	RS	Sul
35 Hospital Regional da Asa Sul (Hospital Materno-Infantil de Brasília)	Brasília	DF	C.-Oeste
36 Hospital Materno Infantil de Goiânia	Goiânia	GO	C.-Oeste
37 Hospital Universitário Júlio Muller	Cuiabá	MT	C.-Oeste

Fonte: Pesquisa "Serviços de Aborto Legal em hospitais públicos brasileiros", CDD-Br

Distribuição dos serviços por região, UF, município e número de serviços

Região	UF	Cidade	N. de serviços
Norte	PA	Belém	1
	AM	Manaus	1
	RO	Porto Velho	1
	AC	Rio Branco	1
Nordeste	SE	Aracaju	1
	CE	Fortaleza	1 (sem atendimento)
	PB	João Pessoa	1
	AL	Maceió	1
	RN	Natal	2
	PE	Recife	2
	BA	Salvador	1
	MA	São Luís	2
Sudeste	MG	Belo Horizonte	1
		Betim	2
	RJ	Rio de Janeiro	1
	SP	Botucatu	1
		Campinas	1
		S. Bernardo do Campo	1
		São Paulo	4
	ES	Vitória	1
Sul	PR	Curitiba	2
	RS	Caxias do Sul	1
	RS	Porto Alegre	4
Centro-oeste	DF	Brasília	1
	MT	Cuiabá	1
	GO	Goiânia	1 (sem atendimento)
Total	22 UF	26 cidades	37

Fonte: Pesquisa "Serviços de Aborto Legal em hospitais públicos brasileiros", CDD-Br

Publicações CDD

Cadernos

1 - Uma história não contada

A história das idéias sobre o aborto na Igreja Católica

Jane Hurst

2 - A Igreja Católica e a Conferência do Cairo

Uma linguagem comum

Vozes Católicas

3 - Aborto: descobrindo as bases éticas para decidir com liberdade

Daniel Maguire, Olinto Pegoraro e Maria Consuelo Mejía

4 - Palavras de mulheres

Juntando os fios da teologia feminista

Maria José Rosado Nunes e Beatriz Melano Couch

5 - Aspectos religiosos do aborto induzido

Padre Luiz Pérez Aguirre, S.J.

6 - Aborto Legal

Igreja Católica e o Congresso Nacional

Myriam Aldana Santin

7 - Sexo Bom - Sexo Justo

Catolicismo feminista e direitos humanos

Mary Hunt

8 - Cotidianos Sacramentos

Alternativas de Comunhão

Nancy Cardoso Pereira

9 - Olhares feministas sobre a Igreja Católica

Renè Van Eyden, Elisabeth S. Fiorenza, Mary Hunt

10 - Mulheres, Aids e Religião

Yury Puello Orozco

11 - Palavras... se feitas de carne

Leitura feminista e crítica dos fundamentalismos

Nancy Cardoso Pereira

12 – Desvelando a política do silêncio: abuso sexual de mulheres por padres no Brasil

Regina Soares Jurkewicz

Caderno - Edição de Aniversário - 10 anos

Afirmando o Sagrado Direito de Decidir em tempos de fundamentalismos

Maria José Rosado Nunes (org)

Frances Kissling, Mary E. Hunt, Ivone Gebara



**católicas pelo
direito de decidir**

Publicações CDD
Rua Prof. Sebastião Soares de Faria, 57
6º andar – Bela Vista – São Paulo/SP
Brasil - CEP 01317-010
Tel/fax: 11 3541-3476
E-mail: cddbr@uol.com.br
Site: www.catolicasonline.org.br