

Série Argumentos Feministas N° 2



# Políticas públicas para o aborto seguro: reflexões para uma prática

Jorge Andalaft Neto  
Maria José Oliveira Araújo  
Leila Linhares Barsted



as Mulheres DECIDEM,  
a Sociedade RESPEITA,  
o Estado GARANTE.

## Por que discutir Direitos Sexuais & Direitos Reprodutivos?

Convencionamos reunir Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos numa única expressão na intenção de posicionar este campo de discussão em termos conceituais. Reconhecemos, todavia, que ambos comportam suas especificidades e devem ser tratados separadamente conforme os objetivos perseguidos. Há tempos já é possível separar sexo de reprodução e reprodução de sexo. Há direitos reprodutivos que não são sexuais no sentido de envolver práticas corporais e eróticas, como por exemplo algumas situações de reprodução assistida; assim também há práticas eróticas que não se vinculam à idéia de reprodução. Nosso debate público é no sentido de garantir que ambos sejam expressões legítimas da vontade e liberdade individual e que sejam respeitados e garantidos socialmente.

Copyright 2005 Grupo Transas do Corpo

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série Argumentos Feministas, nº 2

Realização: Grupo Transas do Corpo  
Coordenação editorial: *Joana Plaza Pinto*  
Assistente editorial: *Lara Satler*

Elaboração de texto: *Kenle Semerene Costa, Jorge Andalaft Neto, Maria José Oliveira Araújo e Leila Linhares Barsted*

Revisão final: *Joana Plaza Pinto*  
Catalogação na fonte: *Ana Paula Maluf*  
Projeto gráfico: *Meire Marques da Silva*  
Editoração: *Carla de Abreu*

A frase "As mulheres decidem, a sociedade respeita, o Estado garante" foi cedida pelo Cunhã – Coletivo Feminista e Secretaria Executiva das Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro.

Apoio

Programa de Apoio a Projetos em Sexualidade e Saúde Reprodutiva – PROSARE/ CCR/CEBRAP  
International Women's Health Coalition - IWHC

Apoio institucional

Ford Foundation  
MacArthur Foundation

---

ANDALRAFT NETO, Jorge; ARAÚJO, Maria José Oliveira; BARSTED, Leila Linhares  
Políticas públicas para o aborto seguro: reflexões para uma prática. Goiânia: Grupo Transas do Corpo, mar.2005.  
12 p. ; 31cm. (Série Argumentos Feministas; 2)

Capa: frase cedida pelo Cunhã – Coletivo Feminista e Secretaria Executiva das Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro  
Apresentação: Kemle Semerene Costa.

1) Políticas públicas. 2) Aborto. 3) Direitos reprodutivos. 4) Saúde.  
5) Direitos humanos.

# Sumário

**Apresentação** 03  
Kemle Semerene Costa

**A questão do abortamento** 04  
Jorge Andalaft Neto

**Atenção humanizada ao abortamento  
seguro: políticas da Área Técnica de  
Saúde da Mulher/ MS** 07  
Maria José Oliveira Araújo

**O acesso ao aborto seguro como  
direito das mulheres** 10  
Leila Linhares Barsted





## Apresentação

Há décadas, o movimento feminista e demais defensores dos direitos humanos lutam pela descriminalização do aborto. O aborto representa um grave problema de saúde pública em nosso país, pois o fato de ser considerado crime não impede que seja realizado na clandestinidade, ocasionando sérios danos à saúde das mulheres, em especial daquelas de classes sociais mais desfavorecidas.

Essa realidade torna-se mais trágica diante do fato de que grande parte das mulheres não tem acesso ao aborto seguro nem mesmo nos casos previstos em lei desde 1940, quando a gravidez indesejada é fruto de estupro ou quando há risco de vida para a mulher.

Em Goiânia, mulheres vítimas de violência sexual que desejam interromper sua gravidez ainda perambulam em busca do aborto legal e seguro, apesar das grandes articulações do movimento feminista junto ao Governo do Estado de Goiás. Articulações estas que proporcionaram maior visibilidade para o problema, envolvendo capacitação de pessoal, estruturação de serviço, especificamente no Hospital Materno Infantil, nos anos 90.

A Delegacia de Defesa da Mulher registrou somente no município de Goiânia, 167 casos de estupro no ano de 2004, além de 5 tentativas de estupro, sem falar nos crimes de lesão corporal, ato obsceno, entre outros que podem suscitar violência sexual.

Esses dados e o direito ao aborto seguro já garantido desde 1940 e normatizado pelo Ministério da Saúde desde 1999 não permitem mais que crenças e valores pessoais dificultem o acesso das mulheres de Goiânia e Goiás aos serviços humanizados de atendimento ao aborto legal na rede pública de saúde. Por isso, o Grupo Transas do Corpo e demais organizações feministas e defensoras dos Direitos Humanos solicitaram ao Ministério Público do Estado de Goiás uma investigação do cumprimento do artigo 128 do Código Penal e da Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (1999) na rede pública de saúde.

Com a expectativa de ter acesso aos resultados dessa investigação e, assim, dar continuidade às discussões e articulações iniciadas em 2003, durante o Seminário *Direito ao Aborto: uma questão de justiça social*, foi realizada a Audiência Pública *Políticas Públicas para o Aborto Seguro: uma questão de justiça social*<sup>1</sup>, no espaço da Assembléia Legislativa do Estado de Goiás, em parceria com a Comissão de Direitos Humanos daquela casa, em 09 de novembro de 2004.

Fazendo parte de um projeto de interlocução pública que busca construir o diálogo sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos como direitos humanos, com diferentes atores sociais, essa audiência contou com diferentes apoios<sup>2</sup> e com a participação de representantes do Ministério da Saúde, do Ministério Público de Goiás, das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, da Cidadania Estudo Pesquisa Informação e Ação – CEPIA/RJ e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia FEBRASGO.

Neste segundo número da Série Argumentos Feministas, apresentamos os textos produzidos pelas/os expositoras/es convidadas/os para oferecer informações técnicas e argumentos atualizados durante a audiência pública. Esperamos que a divulgação dessas idéias possa intensificar o debate. Boa leitura!

**Kemle Semerene Costa,  
Grupo Transas do Corpo**

1 Durante a Audiência Pública foi lançado o primeiro número da Série Argumentos Feministas, divulgando as memórias do Seminário *Direito ao Aborto: uma questão de justiça social*.

2 PROSARE – Programa de Apoio a Projetos em Sexualidade e Saúde Reprodutiva, Fundação Ford, International Women's Health Coalition, Articulação de Mulheres Negras Brasileiras, Grupo de Mulheres Negras Malunga, Regional Goiás da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Mandato Popular do Deputado Mauro Rubem.



## A questão do abortamento

Jorge Andalaft Neto

Um terço das gestações não terminam com o nascimento de um bebê. De todas as gestações, 20% são abortos induzidos, ou seja, abortos provocados por profissionais ou pela própria mulher e 15% são abortos naturais. A estatística inicial de 1991 mostrava 1 milhão 443 mil e 350 abortos no Brasil, sendo menos de 0,25% de abortos legais. Então, há uma taxa de abortos de 31 abortos para cada 100 gestações. Em 1996, a taxa de abortos continua 28,2 abortos para cada 100 gestações, sendo 0,25% a 0,30% de abortos legais. No ano 2000, há uma incidência de 800 a um milhão de abortos, sendo 0,53% de abortos legais. Mas a taxa de abortos continua de 27 abortos para cada 100 gestações. Vejam que para ter 27 abortos por 100 gestações, sendo que o Brasil tem leis que permitem o aborto somente nas situações que vou comentar a seguir, uma taxa de 0,5% a 3% é muito pequena, mostrando que o Brasil ainda está muito longe dos países europeus e dos EUA.

**O aborto e a lei.** Desde 1940, o Código Penal Brasileiro tem o seu artigo 128, inciso 1º, afirmando que não se pune o aborto praticado por médico *“se não houver outro meio de salvar a vida da gestante”* e inciso 2º *“se a gravidez é decorrente de um estupro e o aborto é precedido do consentimento da gestante e quando menor ou incapaz, do seu representante legal”*. No inciso 2º, a primeira frase é muito clássica, se a gravidez é decorrente de estupro. Então é preciso que o serviço de saúde comprove que a gravidez é decorrente de um estupro. Para tanto, basta ouvir a mulher, pois sua palavra é suficiente nesse aspecto e *“precedido do consentimento da gestante”*, ou seja, ela precisa autorizar o procedimento e solicitar à unidade de saúde ou ao hospital que esse atendimento seja realizado, caso ela tenha uma gravidez decorrente de estupro. Se ela for menor ou se ela for incapaz, ela precisa ser representada legalmente. Quanto aos documentos para a realização de um aborto legal, o Código Penal não diz que precisa de um boletim de ocorrência e nem de uma autorização judicial. Então é perfeitamente possível que o serviço de saúde atenda imediatamente mulheres em situação de estupro.

Quanto ao inciso 1º, nós médicos estamos acostumados porque recebemos em nossos hospitais e maternidades, gestantes com risco de vida, como problemas no coração, diabetes, insuficiência renal, câncer. Atualmente, só 46 hospitais no Brasil realizam interrupção de gestação prevista em lei. Contudo, é preciso que os médicos e serviços de saúde atendam adequadamente em todas as cinco situações de abortamento: por razões legais, razões médicas, os abortos incompletos, os abortos infectados ou sépticos e os abortos por anomalia fetal. Esta última, que são os abortos voluntários por solicitação da mulher, é que ainda no Brasil não há uma legislação definida.

**Anencefalia.** É caracterizada pela má formação fetal grave e incompatível com a vida extra-uterina. Hoje, a autorização judicial para antecipação do parto no caso da anencefalia ainda é necessária. Os documentos necessários para os casos da anencefalia são: dois exames de ultra-som morfológicos comprovando a patologia. Recentemente, nos reunimos com ultra-sonografistas da Sociedade Paulista de Ultrasonografia para dizer o seguinte: alguns laudos vêm escritos *“O caso pode corresponder a*

*uma anencefalia*". Quem é médico sabe que essa imprecisão não acontece com as tecnologias atuais e escrever no laudo "*pode corresponder a uma anencefalia*" pode gerar dúvidas no entendimento do Ministério Público. Por isso, o profissional tem que ser taxativo: é uma anencefalia e é incompatível com a vida extra-uterina. Outros documentos são a avaliação psicológica da gestante, uma solicitação da gestante ao hospital de referência consentindo a antecipação do parto. O consentimento informado é um documento que revela todas as orientações à gestante e como serão os procedimentos hospitalares.

**Violência sexual.** As formas da violência sexual são: estupro – constranger a mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça; atentado violento ao pudor – acontece mais em crianças; o ato libidinoso – pode incluir sexo oral, anal e outras formas de relacionamento sexuais, tais como as manipulações; aqui e na questão do atentado violento ao pudor não há a relação vaginal. Só no estupro há a relação vaginal, que é chamada de conjunção carnal. Logo, o estupro é caracterizado sempre por uma conjunção carnal mediante violência e com graves ameaças. Por isso, é muito fácil se caracterizar um estupro.

Quando faço uma oficina de sensibilização, a primeira pergunta feita por um profissional da saúde é: "*como sei que não estou sendo enganado pela mulher? Ela poderia dizer que foi estuprada quando não foi?*" É terrível, hoje, em 2004, você ouvir isso, mas ouve e ouve muitas vezes. Como eu sei a mulher foi estuprada? Use a lei: "*Constranger a mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça*". Numa entrevista com a vítima estuprada você percebe que o seu estado emocional está comprometido. Os ginecologistas precisam fazer um exame ginecológico minucioso, inclusive documentando as lesões e fotografando; fazer a coleta do esperma vaginal para um exame de DNA futuro, no caso da prisão do agressor, sorologia para Sífilis, AIDS e Hepatite B, prevenção da gravidez com a anticoncepção de emergência. Então, o atendimento tem que acontecer nas primeiras setenta e duas horas.

O estuprador, o agressor nem sempre são loucos, drogados, bêbados ou desajustados socialmente. Pode ser qualquer pessoa normal que anda livremente pelas ruas ou está no nosso meio. Os motivos para o crescimento das denúncias de violência sexual são a existência de delegacias da mulher, o aumento das instituições voltadas para o atendimento multiprofissional, as organizações feministas que estimulam as vítimas a não ficarem no silêncio, a criação de políticas públicas e o acesso a informações sobre os direitos das mulheres. Agora, sabe-se que esses números de denúncias são subestimados e seriam de 4 a 10 vezes maiores do que realmente aparece nas folhas de delegacias das secretarias de segurança. Então, quando se olha um dado de secretaria de segurança dizendo "*Nós tivemos 400 casos de estupro no ano*", pode-se multiplicar, no mínimo, por quatro vezes.

Por que é importante ter serviço que atende as mulheres que sofrem violência? Pelos **traumas físicos**, pelas **repercussões sociais**, as **repercussões psíquicas**, o **risco de uma gravidez indesejada** após um estupro e o **risco de contaminação** pelo vírus da AIDS.



As **repercussões físicas** mais frequentes são: espancamentos, hematomas, fraturas, mordeduras, queimaduras, mutilações e cortes. Se o médico pediatra que está no pronto-socorro recebe uma criança com queimadura ou uma fratura, imediatamente ele deve examinar se essa criança não sofreu nenhum espancamento em casa ou se sofreu alguma agressão sexual. Se a criança tiver lesão perineal, ela sofreu agressão sexual; se ela tiver o ânus dilatado, a vagina dilatada, ela sofreu agressão sexual. O profissional da saúde precisa saber disso, precisa ter um treinamento específico. Às vezes, ele pode diagnosticar ruptura himenal, lesão perineal e lesão no ânus e no reto. Então, vejamos o serviço de saúde tem que estar capacitado para isso! Tem que atender no próprio hospital. Não tem que ir à polícia, nem ao IML. Não podemos protelar o atendimento médico.

As **repercussões psíquicas** acometem todas as vítimas em maior ou menor grau. Nunca vi uma mulher que não teve problema psíquico depois do estupro. Todas têm um acometimento psicológico. Depressão, ansiedade, pânico, distúrbios comportamentais, terror noturno, sudorese, inapetência, insônia e disfunção sexual, que, se criança ou adolescente, vai levar para a vida adulta. Podem sofrer de síndrome do stress pós-traumático, patologia descrita em 1973, nos Estados Unidos. Vítimas de estupro que ficam grávidas muitas vezes não fazem pré-natal, não aceitam o bebê, o parto é de risco, abandonam o recém-nascido após o nascimento e muitas tentam o suicídio. O importante é que essas mulheres sejam atendidas dentro das primeiras setenta e duas horas. Então, vamos fazer as campanhas de divulgação.

As **repercussões sociais** que temos notado são: as crianças e adolescentes param de ir à escola; há perda do rendimento e até do ano escolar; mudança de casa; os adultos podem abandonar o emprego; separação conjugal e desagregação familiar.

**Risco de contaminação.** Essas são as doenças que podem ser prevenidas através da profilaxia medicamentosa: HPV, Sífilis, Gonorréia, Herpes, Cancro Mole, as Vaginites, Clamídia, Hepatite B e AIDS. A incidência de mulheres sofrendo a violência que se contaminam é de 16% a 20%. Para a medicina é um número muito grande. Uma ampla campanha tem que ser feita no sentido de orientar as mulheres para procurarem o serviço de saúde até setenta e duas horas após o estupro. Vou parar por aqui. Muito obrigado.



## Atenção humanizada ao abortamento seguro: políticas da Área Técnica de Saúde da Mulher - MS

Maria José Oliveira Araújo

Em nome do Ministério da Saúde, gostaria de saudar os participantes da Mesa e todas as pessoas presentes, na pessoa do Deputado Mauro Rubem e ao mesmo tempo parabenizar o Grupo Transas do Corpo por esta iniciativa importante, realizada em parceria com a Assembléia Legislativa.

Segundo as últimas pesquisas encomendadas pelo Ministério da Saúde, para avaliação dos indicadores de morte materna no Brasil, o aborto realizado em condições inseguras é a quarta causa de mortalidade materna no País. Isso significa que as mulheres não estão tendo acesso a um atendimento humanizado, que inclui o uso da anestesia, como o serviço de saúde realmente deveria fornecer. Por essa razão, a Área Técnica de Saúde da Mulher elaborou a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, que visa orientar os profissionais de saúde que atendem as mulheres.

No Brasil, anualmente temos uma média de duzentos e cinquenta mil internações por abortamento, a maioria deles inseguros, no Sistema Único de Saúde. O Estado tem o dever e a obrigação de cumprir a lei, oferecendo serviços de atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência, incluindo o aborto legal, que é garantido pelo Artigo 128 do Código Penal Brasileiro. Entende-se que é dever do Estado propiciar a essas mulheres esse direito, não importa se num determinado hospital os médicos não queiram realizar esse serviço, o gestor deve encontrar uma solução para o problema. Os médicos, pelo Código de Ética Médica, têm o direito de se recusar a realizar um aborto em qualquer situação, mas o Estado não tem o direito de se omitir na garantia do direito ao acesso.

Existem médicos nos serviços de saúde que se dispõem a realizar esse atendimento e, nesse sentido, o Estado, através das Secretarias da Saúde dos Municípios, tem a obrigação de encontrar esses profissionais. Existe ainda o medo do profissional de saúde de fazer esse trabalho. Mas depois de tantos anos podemos afirmar que nenhum médico sofreu qualquer punição por ter cumprido a lei, são os médicos que fazem esse tipo de procedimento. Não temos neste País nenhuma história de médico, diretor de hospital ou Secretário de Saúde que tenha sido preso porque implementou um serviço de aborto legal. Entendemos que o Estado, pela Constituição Federal e pelos princípios do SUS, tem obrigação de fornecer esse serviço a todas as mulheres.

As mulheres, no Brasil e no mundo, são 72% das consumidoras de remédios psiquiátricos. É evidente que não é somente pela questão da violência sexual, é uma série de fatores, é a violência contra as mulheres, é a discriminação, é a sobrecarga de trabalho, é a tripla jornada, são os salários menores por trabalho igual, é uma somatória de questões que leva as mulheres a irem permanentemente ao serviço de saúde e serem consideradas histéricas, poliqueixosas.

No caso do abuso sexual, há estudos da Organização Mundial de Saúde, que incluiu o Brasil (São Paulo, Recife e a Zona da Mata) que demonstram que quase 36% das mulheres revelam terem sofrido algum tipo de violência. Geralmente são mulheres que vão aos serviços de Saúde frequentemente com todas essas queixas: insônia, distúrbios emocionais, stress, falta de libido, nervoso, queixas ginecológicas, como dores na relação sexual, corrimentos permanentes e uma série de outras queixas.

Os profissionais de saúde têm dificuldades de entender que essas mulheres que vão aos serviços sofrem violência, elas vão com maior frequência aos serviços do que as mulheres que não sofrem violência. Elas não têm espaço na família para colocar o que elas estão sentindo, então repetem as mesmas queixas na consulta, e quando entram nos serviços não têm as suas demandas resolvidas.

Os gestores, tanto no nível nacional, como estadual e municipal, têm o dever e a obrigação de cumprir as leis nacionais que garantem o atendimento adequado e humanizado às mulheres e às adolescentes.

O Ministério da Saúde elaborou a sua Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, tendo como um dos objetivos a atenção às mulheres e às adolescentes vítimas de violência, em parceria com a área de adolescentes e jovens. Dentro desse programa temos várias ações. São ações que incluem um processo educativo, como capacitação dos profissionais de saúde, em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho (SEGETS), que orienta a formação dos profissionais do SUS. Apoiamos os municípios com projetos para formação das redes integradas de atenção à violência sexual contra adolescentes e mulheres.

Em 2004, o Ministério da Saúde apoiou 22 municípios acima de 50 mil habitantes para a formação dessas redes integradas. Esse trabalho vem sendo feito com a Secretaria Especial de Política para Mulheres e com a Secretaria Nacional de Segurança Pública.

A contracepção de emergência foi enviada aos municípios. Até 2003, a contracepção de emergência era enviada para apenas 400 serviços de atenção a violência e AIDS. A proposta é enviar para todos os municípios que tenham pelo menos uma equipe do programa de saúde da família capacitada para prescrever o método. Sabemos que a contracepção de emergência é um meio fundamental para que as mulheres possam evitar uma gravidez indesejada. Não só as mulheres que sofrem violência, mas também as mulheres cujo método usado tenha falhado, pois nenhum deles é 100% seguro. Não recomendamos a contracepção de emergência como um método contraceptivo permanente, mas sim, um método contraceptivo que possa ser usado pelas mulheres nesse momento de falha do método.

O Governo Federal tem um projeto atuante nos principais municípios que têm o maior índice de tráfico sexual de adolescentes e crianças. É um projeto sentinela, coordenado pela Casa Civil, com o Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Secretaria de Direitos Humanos, que em 2004 trabalhou em sete municípios com altos índices de tráfico sexual. Esse projeto será expandido para outros municípios; envolvem uma capacitação de duas semanas, que inclui profissionais de saúde, juizes, conselhos tutelares, com o objetivo de intervir para a redução do tráfico sexual.

O Ministério da Saúde regulamentou a lei nacional que obriga o Sistema de Saúde a notificar a violência doméstica contra as mulheres. O decreto já foi e fizemos a ficha de notificação, que será aplicada inicialmente em alguns municípios, e posteriormente expandida.



Visando qualificar os serviços de violência, a Área Técnica de Saúde da Mulher solicitou à Comissão de Violência da FEBRASGO, em parceria com o CEMICAMP, uma pesquisa de avaliação dos serviços de atenção à violência no Brasil. Estamos conversando com alguns municípios onde não existe serviço de aborto legal, para que eles possam implementá-lo. A norma técnica de atenção à violência foi atualizada e ampliada, sendo mais um instrumento para melhorar a atenção.

Além dessa atualização, estamos publicando dois materiais importantes que apoiarão os profissionais no atendimento. Esses materiais permitirão que os profissionais atendam de forma mais qualificada as mulheres. O Ministério lançou o Pacto Nacional da Redução da Mortalidade Materna em 08 de março de 2004. Uma das estratégias principais do Pacto é capacitar as principais maternidades brasileiras para que reduzam a mortalidade materna nos seus serviços. Nessa capacitação das boas práticas baseadas nas evidências científicas na atenção obstétrica, está incluída a atenção humanizada ao abortamento de acordo com a norma técnica.

É a primeira vez no Brasil que o Ministério da Saúde elabora uma norma técnica de atenção humanizada ao abortamento inseguro. Isso é um grande avanço e esperamos assim reduzir o sofrimento das mulheres. Em 2005 a capacitação será realizada ainda nas Capitais e nos Municípios Pólos. Nessa capacitação estão participando as pessoas que têm poder de decisão, poder de usar os protocolos, que são o diretor(a) Clínico da Maternidade ou do Hospital, o(a) diretor(a) de Obstetrícia, o(a) diretor(a) de enfermagem e o(a) diretor(a) do Serviço de Neonatologia.

Reafirmamos a importância desse debate e o importante papel que tem a Sociedade Civil, as Assembléias, as Câmaras, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Acreditamos que no Brasil existem realmente gestores comprometidos com essa questão. Queríamos agradecer o convite e dizer que o Ministério da Saúde tem o papel de apoiar os Estados e Municípios para se alcançar os direitos da população.



## O acesso ao aborto seguro como um direito das mulheres

Leila Linhares Barsted

Quero agradecer o convite da Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Estado de Goiás, na pessoa do Doutor Mauro Rubem, e do Grupo Transas do Corpo, na pessoa da Kemle, companheira de militância de muitos anos.

A discussão sobre o aborto seguro aponta para a necessidade de construirmos um direito democrático que tenha em seu cerne o respeito e o reconhecimento aos direitos humanos das mulheres. Esse reconhecimento, bem como a ampliação da cidadania feminina, é fruto de uma árdua e histórica luta do movimento de mulheres no Brasil. De fato, esse movimento, constituído em meados da década de 1970, tem atuado em prol do reconhecimento de novos direitos e da efetivação de direitos já existentes, mas historicamente negados. Assim, a pressão pela efetivação do Artigo 128, inciso II, do Código Penal, que permite o aborto em caso de gravidez resultante de estupro, deve ser compreendida no âmbito de um processo no qual o movimento de mulheres deu visibilidade à violência doméstica e particularmente à violência sexual contra as mulheres e as meninas.

Antes de falarmos do direito ao acesso ao aborto legal, convém nos determos sobre a incidência e a magnitude da violência sexual. No Rio de Janeiro, por exemplo, a secretaria de segurança pública registrou, somente no primeiro semestre de 2004, 524 casos de estupros contra as mulheres, dos quais mais de 30% têm como vítimas adolescentes na faixa etária entre 13 e 17 anos. Esse número é muito maior se considerarmos a observação do Dr. Andalaft<sup>1</sup> de que a cada caso de estupro registrado corresponde, no mínimo, a quatro casos não registrados. A violência sexual só passou a ter visibilidade como um problema de segurança pública e a receber atenção no campo da saúde a partir da ação do movimento de mulheres. De fato, esse movimento definiu o combate à violência de gênero como uma prioridade em suas pautas de reivindicações. O direito à segurança, a ter uma vida sem medo, faz parte do conjunto de direitos civis pelos quais as mulheres aspiram alcançar na lei e na vida.

Vale lembrar que a cidadania feminina é um fato recente na história de nosso país. Temos, nessa Audiência Pública, muitas mulheres jovens que, talvez, não saibam que, até 1962, por exemplo, as mulheres casadas brasileiras eram consideradas pelo Código Civil, elaborado em 1916, como pessoas relativamente incapazes que precisavam da autorização do marido para trabalhar, para ter uma conta bancária, para fazer um crediário, para viajar, além de não terem controle sobre seus bens, seus filhos e seu domicílio. Mesmo com as conquistas obtidas no Estatuto da Mulher Casada, de 1962, a situação das mulheres era de nítida subordinação ao poder marital. A virgindade antes do casamento era uma exigência e sua falta poderia levar à anulação do matrimônio a pedido do marido. Essa discriminação só foi abolida legalmente em 1988, com a Constituição Federal, e em 2003 com o novo Código Civil, que reconheceram explicitamente a igualdade de direitos entre homens e mulheres na vida pública e na vida privada.

É com a perspectiva de ampliação e efetivação da cidadania, de garantia de direitos civis e sociais, que o movimento de mulheres contribuiu decisivamente para a construção de direitos sexuais e direitos reprodutivos, direitos tardios que devem fazer parte do conjunto dos direitos humanos.

Historicamente, a sexualidade tem sido tratada na nossa legislação, em especial no Código Penal, de forma muito repressora. A punibilidade do aborto voluntário é

1 ANDALAFT Neto, Jorge. A questão do abortamento. Neste volume, p.4-6.

expressão dessa repressão que recai sobre o corpo da mulher. Por isso, na construção de um direito democrático é muito importante levar em consideração o grande avanço dado em 1994 e em 1995, respectivamente, com as Conferências de População e Desenvolvimento, que se realizou no Cairo, e a 4ª Conferência Mundial da Mulher, que se realizou em Beijing. Essas conferências reconheceram os direitos reprodutivos como direitos humanos e descortinaram o campo dos direitos sexuais. Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos passaram a ser tratados, a partir dessas conferências, sob a ótica dos direitos humanos, o que pressupõe o respeito à liberdade de autodeterminação sem coerção ou violência e o dever do Estado de garantir condições, concretas, para o exercício desses direitos, através de leis e políticas públicas.

As Conferências reconheceram ainda o dever dos Estados-Partes da ONU de garantir o acesso à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, e consideraram a interrupção voluntária da gravidez, o aborto, como um grave problema de saúde pública. Assim, o plano de ação da 4ª Conferência Mundial da Mulher recomenda aos Estados-Partes que avaliem a possibilidade de reformarem suas legislações punitivas contra as mulheres que fazem abortos voluntários, garantindo a todas, em todos os casos, o acesso a serviços de qualidade para tratar as complicações derivadas de aborto.

Apesar do Brasil ter assinado os planos de ação de Cairo e de Beijing, a nossa legislação pouco mudou a partir de então. O Brasil mantém, ainda, uma legislação extremamente repressora que contribui para as altas taxas de morbidade e mortalidade de mulheres. Nesse sentido, todo o debate que está ocorrendo atualmente sobre interrupção da gestação em casos de fetos anencéfalos perderia a força se o Brasil estivesse aplicando aquilo que assinou em Cairo ou Beijing.

O movimento de mulheres tem feito vários esforços no sentido de ampliar os direitos das mulheres no campo da sexualidade e da reprodução como efetivação do Artigo 128, inciso II, do Código Penal. Graças a essa atuação, a partir da década de 1990, surgiram serviços na área de saúde que foram reforçados e ampliados através da Norma Técnica do Ministério da Saúde, da qual a Dra. Maria José Araújo tratou<sup>2</sup>. Também vem lutando para descriminalizar o aborto voluntário, ou seja, só deverá ser crime aquele aborto praticado contra a vontade das mulheres. Nesse sentido, em 2004 formou-se uma Rede Feminista pelo Direito ao Aborto que busca ampliar o debate sobre a interrupção voluntária da gravidez, retirando esse debate da esfera do campo religioso para inseri-lo no campo do Estado laico.

Essas ações têm repercutido nos diversos estados onde têm serviços para apoiar mulheres, que vítimas de violência sexual, necessitam do acesso ao aborto seguro. No entanto, essas mulheres têm esbarrado na lentidão da ampliação desses serviços por ação de grupos conservadores, do fundamentalismo religioso, que coloca em risco a vigência do Estado laico, uma conquista do século XX. A defesa do Estado laico é um fator essencial para a garantia da democracia, da liberdade de decidir e de escolher de toda a sociedade, incluindo a liberdade religiosa.

É importante reconhecermos que há na sociedade uma

2 ARAÚJO, Maria José Oliveira. Atenção humanizada ao abortamento seguro: políticas da Área Técnica de Saúde da Mulher/MS. Neste volume, p.7-9.



tolerância para com a prática do aborto. Mesmo as pessoas que se colocam contra o aborto não necessariamente consideram que quem o pratica deva ser punida pelo Estado. Há alguns anos, grupos feministas realizaram, no Rio de Janeiro, uma pesquisa de opinião, ouvindo católicos que saíam de uma igreja. Foram instaladas na rua duas urnas. Na primeira urna as pessoas deveriam colocar a resposta à questão: "Você é contra ou a favor do aborto?". Na outra a resposta à questão: "Você acha que uma mulher que faz aborto deve ser presa?". Na primeira urna, a maioria das pessoas se colocou contra o aborto. Mas, na segunda urna, a maioria das respostas foi não. Questionadas sobre a aparente contradição das respostas, muitas senhoras religiosas responderam "Esse é um problema dela, da consciência dela com Deus". Mas, em momento algum, colocavam "Isso é um problema dela com o Estado, com a lei".

Na realidade, a criminalização do aborto é uma invasão do Estado numa esfera da privacidade. E, nesse sentido, muitos juristas têm observado que o Direito Penal que se debruça sobre questões da sexualidade está subordinado à dogmática religiosa. Um importante jurista, Raul Cervini, destaca que nunca se deve criminalizar por desejo de tornar dominante uma determinada concepção moral. E, nesse sentido, é muito importante levarmos em consideração que, quando uma instituição pública ou um profissional de saúde, que é funcionário público, se recusa a realizar o aborto previsto em lei está praticando o crime de prevaricação. Esse crime está previsto no artigo 319 do Código Penal e prevê a pena de detenção de três meses a um ano e multa.

Há uma série de pesquisas nacionais e internacionais que levantam dados que nos permitem entender o motivo das mulheres recorrerem ao aborto. Em primeiro lugar, o recurso ao aborto pode ser causado pelo total desconhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos acompanhado por um insuficiente acesso aos mesmos. Apesar da Constituição Federal, no artigo 226, § 7º, declarar que todos têm direito aos métodos contraceptivos, sabemos que no Brasil esse acesso ainda é restrito. Além disso, os baixos índices de escolaridade de grande parte da população geram o desconhecimento sobre os avanços científicos, como a contracepção de emergência ou a pílula do dia seguinte. As mulheres abortam também para se livrar das marcas da violência sexual, como o estupro. Ou seja, há uma série de motivos econômicos, sociais, culturais, subjetivos, que levam as mulheres a abortar.

Atualmente, nossa legislação que condena as mulheres pelo crime de aborto tem sido condescendente com os agressores dos crimes sexuais. Nosso Código Penal, no artigo 107, que fala da extinção da punibilidade, prevê que o estupro pode deixar de ser punido se ele se casar com a vítima. Além disso, os profissionais responsáveis pelos serviços de saúde que se negam a atender as mulheres que demandam por um aborto previsto em lei tampouco são processados pelo crime de prevaricação. Discutir aborto seguro significa lançar um desafio para que o Poder Legislativo, o Poder Executivo e o Poder Judiciário reparem essa grave violação aos direitos humanos das mulheres, particularmente aos direitos das mulheres no campo da sexualidade, da saúde sexual e da saúde reprodutiva.



## Sobre as expositoras e o expositor:

**Jorge Andalaft Neto** - médico ginecologista, presidente da Comissão Nacional de Violência Sexual e Interrupção da Gestação prevista por Lei da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO.

**Maria José Oliveira Araújo** - coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.

**Leila Linhares Barsted** - advogada, membro do Instituto dos Advogados Brasileiros, diretora da organização não-governamental CEPIA e militante feminista.

## Quem é o Grupo Transas do Corpo?

O **Grupo Transas do Corpo** é uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, fundada em Goiânia, Goiás, em 1987. Com **práticas apoiadas no feminismo**, atua nas áreas de gênero, saúde e sexualidade, através de formação, articulação política, comunicação e desenvolvimento institucional.



Av. Antônio Fidélis, nº 1811, Parque Amazônia,  
Goiânia - Goiás - Brasil CEP: 74840-090  
Tel.: 62 3095-2301 e 2302 Fax: 62 3095-2304  
[www.transasdocorpo.org.br](http://www.transasdocorpo.org.br)



A **Série Argumentos Feministas** é resultado do projeto “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – posicionando o campo feminista e ampliando o debate no campo dos Direitos Humanos”, desenvolvido pelo Grupo Transas do Corpo, apoiado pelo Programa de Apoio a Projetos em Sexualidade e Saúde Reprodutiva – PROSARE/CCR/CEBRAP e pela *International Women’s Health Coalition - IWHC*.

O objetivo da **Série Argumentos Feministas** é apresentar o diálogo que percorre recentemente o mundo sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos no campo dos Direitos Humanos.

A **Série Argumentos Feministas** traz a posição de diferentes atores sociais envolvidos no debate, visando à ampliação da interlocução entre esses campos e ao fortalecimento das posições em defesa do Estado laico. O movimento feminista em Goiás sabe que defender a laicidade do Estado é conjugar com a garantia social da liberdade de escolha e da autonomia das mulheres.

Apoios

Realização



INTERNATIONAL WOMEN'S HEALTH COALITION

Apoios institucionais



FORD FOUNDATION

