

Aborto legal no Brasil: uma análise da regulamentação dos procedimentos no serviço público de saúde

Legal abortion in Brazil: an analysis of the implementation of the procedures in the public health service

João Victor Barbosa Ferreira¹

“Que o amor seja forma de garantir respeito a nós e aos nossos direitos. E que nos amemos a nós mesmas” (Marielle Franco)

Resumo:

Aborto é crime no Brasil. Passível de aplicação de pena de reclusão de um a quatro anos (vide arts. 124 e 126 do Código Penal). Não obstante, a prática do aborto é comum no país, independente da classe social, da raça, da idade e do nível educacional das mulheres. A premissa mais gritante, extraída da Pesquisa Nacional do Aborto (2017), é a de que, aos 40 anos, 1 em cada 5 mulheres brasileiras realizou, pelo menos, um aborto². Atualmente existem 3 excludentes de ilicitude para o aborto, são elas: (i) em caso de risco à vida ou à integridade física da mulher; (ii) gravidez resultante de estupro; ou (iii) em caso de anencefalia ou má-formação fetal (vide ADPF n. 54 – STF). O presente estudo pretende analisar a operacionalização do acesso ao aborto seguro, público e gratuito das mulheres que se enquadram em dos casos supramencionadas, bem como traçar um paralelo com o estigma que circunda a presente controvérsia. Por fim, analisar-se-á o Projeto de Lei Estadual 0016/2017, de autoria da Vereadora Marielle Franco, e sua importância na concretude de direitos fundamentais no Estado do Rio de Janeiro.

Palavras-Chave:

Aborto legal; Sistema público de saúde; Regulamentação; Direitos fundamentais; Direitos reprodutivos.

Abstract:

Abortion is a crime in Brazil. Punishable imprisonment penalty application from one to four years (see arts. 124 and 126 of the Penal Code). Nevertheless, the practice of abortion is common in the country, regardless of social class, race, age and educational level of women. The most striking premise, taken from the

¹ Egresso da Universidade de Brasília.

² Diniz, D., Medeiros, M., & Madeiro, A. (2017). Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0653.pdf>>. Acesso em 28.09.2018

National Abortion Survey (2016), is that, at age 40, 1 in 5 Brazilian women held at least one abortion. Currently there are 3 situations that the practice is not punishable, they are: (i) in case of risk to life or physical integrity of women; (ii) pregnancy resulting from rape; or (iii) in the case of anencephaly or fetal malformation (see ADPF 54 n. - STF). This study aims to analyze the operation of access to safe, public and free abortion for women that fit in one of the examples and draw a parallel with the stigma that surrounds this controversy. Finally, this study will analyse the Law Project 0016/2017, authored by Councilor Marielle Franco, and its importance in the fundamental rights of concreteness in the state of Rio de Janeiro.

Key Words:

Legal abortion; Public Health Care System; Regulation; Fundamental Rights; Reproductive Rights.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o Código Penal³ cria duas excludentes de ilicitude na prática do aborto, sendo elas (i) quando há risco de vida à gestante; e (ii) quando a gravidez decorre de estupro. Em 2012 o Supremo Tribunal Federal (STF), em decisão paradigmática, na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54 (ADPF), entendeu que não se deve punir aborto praticado por médico, com consentimento da gestante, se o feto é anencefálico, incluindo, portanto, a terceira hipótese de excludente⁴.

As organizações sociais, sobretudo as de defesa de direitos humanos, fundamentais e de gênero, continuam se articulando pautados em uma agenda que objetiva garantir o acesso seguro, gratuito e público ao aborto, por se tratar de fato recorrente na vida das mulheres, onde 1 em cada 5, até os 40 anos, realizou, ao menos um procedimento de aborto⁵.

Nesse sentido, a Associação Nacional dos Defensores Públicos (ANADep) ajuizou em 2016 a Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 5.581 (ADI) perante o STF para requerer, entre diversos outros direitos fundamentais, a interpretação conforme a Constituição dos arts. 124, 126 e 128 do Código Penal, declarando-se a inconstitucional a punição da prática da interrupção da gestação em caso de microcefalia, ocasionada pelo vírus *zika*⁶.

Em 2017, o Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) também recorreu à Suprema Corte e ajuizou a ADPF n. 442, cuja ação tem a pretensão jurisdicional mais ousada dentre todas já articuladas: descriminalizar a prática do aborto até a 12ª semana de gestação, com pretensão final da declaração de não recepção dos arts. 124 e 126 do Código Penal pela Constituição Federal. A discussão é *urgente*, haja vista que, aproximadamente, 416 mil

³ Brasil, Presidência da República. Casa Civil. Decreto-Lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União* 1940, 31 dez. Vide Art. 128.

⁴ Brasil, Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54. Íntegra do Acórdão disponível em <<http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=136389880&ext=.pdf>>.

⁵ Atentos aos erros de *senso* que poderiam surgir na coleta dos dados da Pesquisa Nacional do Aborto (2016), os pesquisadores atentaram-se a utilizar técnicas metodológicas adequadas à sensibilidade da matéria, sobretudo a denominada “Técnica de Urna”, bem como a correta organização do questionário respondido pelas entrevistadas, no qual buscou-se, ao máximo, evitar dados que tendessem a realização de abortos espontâneos. Diniz, D., Medeiros, M., & Madeiro, A. (2017). Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0653.pdf>>. Acesso em 28.09.2018

⁶ Petição Inicial da ADI n. 5.581, disponível em <<http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=5037704>>

mulheres abortaram no ano de 2015⁷, e *importante*, porquanto tratamos de concretização de direitos fundamentais.

Em verdade, o que nos interessa na discussão da descriminalização do aborto são as práticas e não as dogmáticas filosóficas que cerceiam a controvérsia (como o marco inicial da vida, por exemplo). Tratamos aqui de fatos: aproximadamente 416 mil abortos em 2015, realizados por mulheres comuns, de todas as classes sociais, etnias e regiões.

Ao revés, sabemos que aquelas que morrem ao realizar o aborto são corporificadas em um estigma social sexista e racista. São as mulheres dos centros urbanos subdesenvolvidos, das favelas, negras, pobres, abandonadas pelo Estado e, muitas vezes, pelos companheiros.

Mas se o aborto é prática comum no Brasil, por que não se trata a questão como se de saúde pública fosse? A primeira resposta tem raiz na cultura patriarcal, subjetivada na cultura do gênero. A figura feminina, portadora dos cromossomos XX, foi pela história construída para se portar como o sexo frágil que ama, abre as pernas, cuida do marido, dos filhos e da casa. Nesse paradigma, pensar em um aborto seria o ato mais antinatural possível, algo que fugiria da natureza feminina.

A segunda resposta tem natureza filosófica. O paternalismo social inibe os direitos e as garantias das mulheres de se autoafirmarem e de decidirem sobre seus próprios corpos. Desse modo, pela lei penal, os corpos femininos passam à posse do Estado que dita o que pode ou não ser feito com estes.

A reflexão circunda, portanto, não só na discussão da descriminalização do aborto como garantia de direitos fundamentais das mulheres, sobretudo o direito sobre seu próprio corpo e sobre sua própria vida, mas também se cinge à necessidade de regulamentação e operacionalização de políticas públicas que protejam as mulheres e garantam acesso à informação e a procedimentos de interrupção gestacional seguros e gratuitos.

Nesse paradigma, o presente estudo analisará como o Governo Brasileiro trabalha para garantir o acesso das mulheres ao aborto legal⁸, tanto no plano normativo, quanto no

⁷Diniz, D., Medeiros, M., & Madeiro, A. (2017). Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0653.pdf>>. Acesso em 28.09.2018

⁸Utiliza-se “*aborto legal*” como delimitação semântica à prática interruptiva de gestação autorizada por lei ou por interpretação constitucional pelos Tribunais Brasileiros. (Diniz, D., Dios, V., Mastrella, M., & Madeiro, A. (2014). A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Revista Bioética*).

plano prático, sobretudo a partir da perspectiva da garantia de direitos fundamentais.

ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO SOBRE ABORTO LEGAL NO BRASIL

A excludente de ilicitude para os casos de interrupção voluntária da gravidez originada de estupro está disposta desde a redação original do Código Penal, de 1940, em seu art. 128. A regulamentação nacional, entretanto, só surgiu após quase 6 décadas da lei penal, com o advento da Norma Técnica do Ministério da Saúde em 1999-10. A aludida norma técnica, posteriormente atualizada pela Portaria MS/GM n. 1.508/05 do Ministério da Saúde, delinea os parâmetros de atendimento dos Hospitais e Clínicas nos casos de interrupção voluntária da gravidez ocasionada por estupro.

Dispõe a norma técnica em regência que, para que o procedimento seja realizado, é necessário “*constar a declaração da mulher e/ou de seu representante legal pela escolha da interrupção da gestação, ciente da possibilidade de manter a gestação até o seu término e das alternativas existentes nesse caso*”¹¹, de modo que, por coerência, a mulher deve ser submetida a diversas triagens de análise até que seja autorizada a realização do procedimento. Além do mais, a anuência deve ser expressa, consoante exigência da norma, consubstanciada na assinatura de Termo de Responsabilidade, com descrição da violência sofrida que resultou na gravidez, inclusive com indicação da data, do local e do horário aproximado, detalhando-se ao máximo o ocorrido. E, mais, exige a indicação do agressor, quando for de seu conhecimento, ou quando não o for, a indicação da raça, da cor dos cabelos, dos traços particulares, da vestimenta, idade aparente, etc. Exige-se, por fim, a indicação do número de envolvidos no crime e se estes apresentavam indícios de estarem sob efeito de drogas ilícitas ou álcool¹².

A criação de programas de assistência às mulheres e adolescentes vítimas de violência doméstica foi intensificada com a reedição da Norma Técnica em 2005. Segundo Diniz (2016), o avanço perpetrado pela norma técnica não foi o suficiente para garantir acesso aos serviços por todas as mulheres que assim desejavam, de forma que o

⁹ Madeiro, A., & Diniz, D. (2016). Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*.

¹⁰ Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: MS; 1999

¹¹ Ibidem (pg. 70)

¹² Ibidem (pg. 70)

desconhecimento das diretrizes legais ou crenças de cunho pessoal dos profissionais de saúde são os principais obstáculos que cerceiam a busca por atendimento médico especializado e de qualidade¹³.

Não obstante a norma técnica exija apenas o consentimento da mulher, com assinatura do Termo de Responsabilidade, em pesquisa realizada no ano de 2003 constatou-se que 2/3 dos profissionais de saúde acreditavam ser necessária apresentação de autorização judicial para realização do procedimento interruptivo legal. Em outro senso realizado em 2012, foi coletado o dado de que 81,6% dos ginecologistas e obstetras de todo país exigiam a apresentação de documentos oficiais, como BO, laudos do IML ou autorizações judiciais como pressuposto para interromper a gestação¹⁴.

Constatou-se, também, que frequentemente a veracidade dos acontecimentos narrados pelas mulheres é questionada, de modo que, frequentemente, apenas a sua palavra não é o suficiente para a concretização de seus direitos¹⁵. Tal paradigma representa a descrença na violência de gênero, perpetrada por crimes cruéis como o estupro, ou moralismo travestido de discurso técnico-médico, de modo que o profissional da saúde recorrentemente se nega a prestar atendimento às mulheres vítimas de violências sexuais e que pretendem interromper a gravidez.

Entretanto, cumpre pontuar que os médicos gozam de direito individual de objeção de consciência, garantido pela norma técnica em apreço e pelo art. 7º, *caput*, do Código de Ética Médica¹⁶, o qual poderá se negar a realizar procedimentos que não deseje ou concorde por motivos pessoais, salvo na ausência de outro médico, em caso de urgência, ou quando sua negativa puder trazer danos irreversíveis às mulheres¹⁷⁻¹⁸.

Com a decisão do STF na ADPF n. 54, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução n. 1.989/2012¹⁹, que dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto. Para a realização do procedimento de interrupção da gestação em caso de anencefalia cerebral, exige-se “(i) duas fotografias, identificadas e

¹³ Madeiro, A., & Diniz, D. (2016). Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. (pg. 564)

¹⁴ *Ibidem*

¹⁵ *Ibidem*

¹⁶ Art. 7º Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

¹⁷ *Ibidem*

¹⁸ Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: MS; 2012 (pgs. 74-76)

¹⁹ Brasil. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução n. 1.989/2012. Brasília: CFM; 2012.

*datadas: uma com a face do feto em posição sagital; a outra, com a visualização do polo cefálico no corte transversal, demonstrando a ausência da calota craniana e de parênquima cerebral identificável; e (ii) laudo assinado por dois médicos, capacitados para tal diagnóstico (art.2º, I e II, da Resolução n. 1.989/2012)*²⁰, de modo que é dispensável qualquer documento oficial para a realização do procedimento²¹.

Mas a luta não se limita ao direito à realização da antecipação terapêutica do parto em caso de anencefalia, ou à interrupção da gestação em caso de estupro ou de risco à vida da mulher. A luta perpassa a reivindicação por condições equânimes, com ações propositivas de educação sexual, de distribuição de métodos contraceptivos, de inclusão e de fomento das políticas públicas de atendimento e cuidado das mulheres.

Com tal pretensão, foi editada a Lei n. 12.845/2013²², que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral das pessoas em situação de violência sexual. Dentre os paradigmas normatizados pela lei, destaque-se a limitação semântica terminológica de “*violência sexual*” que é compreendida como “*qualquer forma de atividade sexual não consentida (art. 2º)*”, bem como os serviços que devem ser obrigatória e imediatamente oferecidos por todos os hospitais integrantes do SUS, consoante se denota do art. 3º da lei:

Art. 3º O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços:

I - diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;

II - amparo médico, psicológico e social imediatos;

III - facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;

IV - profilaxia da gravidez;

V - profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST;

VI - coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia;

VII - fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis.

§ 2º No tratamento das lesões, caberá ao médico preservar materiais que possam ser coletados no exame médico legal.

§ 3º Cabe ao órgão de medicina legal o exame de DNA para identificação do agressor.

Destaque-se a gama de direitos resguardados às mulheres violentadas sexualmente,

²⁰ *Ibidem* (pg. 02)

²¹ Madeiro, A., & Diniz, D. (2016). Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. (pg. 564).

²² Brasil, Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 12.845, de 01 de agosto de 2013. *Diário Oficial da União* 2013, 02 ago.

sobretudo no que tange à “*profilaxia da gravidez*”, à “*profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST*”, o “*fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis*” e “*amparo médico, psicológico e social imediatos*”.

Mas mesmo com a garantia legal de acesso à informação e à saúde pública e gratuita ainda existem diversos fatores que impedem as mulheres de usufruir dos serviços de aborto legal no Brasil, conforme resultado de estudo de Diniz (2016)²³. Dentre os principais, o estudo destaca: (i) a localização geográfica dos hospitais e clínicas que prestam os serviços majoritariamente nas capitais ou em grandes cidades; (ii) a inércia do governo em implementar novas políticas públicas; (iii) a deficiência na composição do corpo clínico dos hospitais e clínicas; (iv) inexistência de equipes especializadas nos centros de saúde; e (v) o despreparo técnico, o desconhecimento da legislação pertinente e o sofrimento emocional que acomete os profissionais de saúde²⁴.

Dessa forma, é possível concluir que as medidas legislativas adotadas no plano federal são insuficientes para a concretização dos direitos fundamentais das mulheres, sobretudo para a proteção dos direitos reprodutivos e de gênero, ante a nítida deficiência na prestação dos serviços pelo poder público. Portanto, é possível concluir que se faz necessária uma articulação entre as esferas Municipal, Estadual e Federal para que se debata e se resguarde o mínimo os direitos fundamentais em um tema tão caro e afeto à vida das mulheres como o aborto.

PARA FAZER O ABORTO LEGAL NO RIO – PROJETO DE LEI MUNICIPAL N. 0016/2017 #MARIELLEPRESENTE

Ciente da ineficácia da lei federal, a Vereadora da cidade do Rio de Janeiro Marielle Franco, brutalmente assassinada em março de 2018²⁵, apresentou à Câmara Municipal o Projeto de Lei n. 0016/2017, batizado de “*Para fazer valer o Aborto Legal no Rio*”²⁶, que

²³ Madeiro, A., & Diniz, D. (2016). Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. (pg. 568).

²⁴ *Ibidem*

²⁵ Com a força simbólica do momento: #MarielleVive #MariellePresente

²⁶ Íntegra do Projeto de Lei e da Justificativa disponível em <<http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/scpro1720.nsf/249cb321f17965260325775900523a42/2a88c90e900fa52d832580c800544af5?OpenDocument>>

cria o Programa de atenção humanizada ao aborto legal e juridicamente autorizado no âmbito do município do Rio de Janeiro. A pretensão principal do PL é suprimir a lacuna discrepante entre a norma em tese e a realidade dos fatos, a partir da operacionalização e regulamentação de direitos garantidos às mulheres e de obrigações imputadas ao Município.

O PL tem fulcro, segundo a Vereadora, no melhor entendimento firmado pelo STF, que imputa ao ente municipal a edição de leis e elaboração de projetos que tratem de programas de políticas públicas, e também no art. 366 da Lei Orgânica do Estado do Rio de Janeiro, cuja redação dispõe que “*o Município garantirá assistência à mulher, em caso de aborto, provocado ou não, na forma da lei, como também em caso de violência sexual, asseguradas dependências especiais nos serviços garantidos direta ou indiretamente pelo Poder Público*”²⁷.

Os objetivos sociais, por sua vez, são baseados em fatos empíricos apresentados pela Vereadora, dentre os quais cumpre destacar os seguintes: (i) as inúmeras dificuldades enfrentadas pelas mulheres para terem garantidos os seus direitos à realização do aborto; (ii) a nítida insuficiência e precariedade dos hospitais que realizam os procedimentos de aborto legal, sendo 71 instituições no Brasil, das quais 3 se localizam no Estado do Rio de Janeiro e apenas 1 no Município de mesmo nome; (iii) a objeção de consciência deliberadamente utilizada pelos médicos; (iv) a falta de divulgação dos serviços e dos direitos; (v) e poucos cursos de treinamento e qualificação para que as mulheres possam ser atendidas, conforme os ditames legais²⁸.

Os cinco fatores supramencionados levam ao inevitável: no Brasil são registrados 5 casos de estupro a cada hora, segundo o 10º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, totalizando, aproximadamente, 46 mil ao ano. Entretanto, como muito bem ressalva a Vereadora, esse número pode ser subnotificado, já que apenas 36% das vítimas denunciam a ocorrência do crime, segundo apontamentos do *National Crime Victimization Survey*²⁹.

Mais especificamente no Estado do Rio de Janeiro, a Vereadora apresenta o dado de que, no ano de 2015, foram registrados 4.128 estupros contra mulheres, dos quais 33%

²⁷ Brasil. Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Projeto de Lei n. 0016/2017. Vereadora Marielle Franco. Rio de Janeiro. Disponível em <<http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/scpro1720.nsf/249cb321f17965260325775900523a42/2a88c90e900fa52d832580c800544af5?OpenDocument>>

²⁸ *Ibidem*

²⁹ *Ibidem*

ocorreram no município do Rio de Janeiro, ou seja, 1.364 ocorrências, segundo o Dossie Mulher 201630.

E o mais alarmante é que, segundo estudo realizado pelo Ipea em 2011, “67,4% das mulheres grávidas em decorrência de estupro em 2011 não tiveram acesso ao serviço de aborto legal”, conforme afirma Marielle em sua justificativa³¹.

Ante tais fatos empíricos, a Vereadora construiu o Projeto **Para fazer o Aborto Legal no Rio**, para desestigmatizar todos os percalços atinentes à controvérsia e, finalmente, possibilitar a concretude dos direitos fundamentais das mulheres no Município do Rio de Janeiro. O PL tem a pretensão de instituir o Programa de Atenção Humanizada, e é dividido em 12 artigos, fundados em 8 eixos principais, a saber: (i) objetivo geral; (ii) princípios do programa; (iii) objetivos específicos; (iv) ações que se pretende implementar; (v) delimitação dos responsáveis pela concretude do programa; (vi) os casos de violência obstétrica e a forma de apuração; (vii) conceituação de “atendimento humanizado”; e (viii) instituição de equipe responsável para realizar os procedimentos.

O objetivo geral do PL está disposto em seu art. 2º, o qual dispõe que o

objetivo (é) instituir no âmbito do município do Rio de Janeiro o modelo humanizado de atenção às mulheres no aborto legal por meio da rede de assistência obstétrica do município que preze pelo acolhimento, orientação e atendimento clínico adequado, segundo referenciais éticos, legais e bioéticos, prezando pela saúde da mulher³².

Para tanto, o programa é fundado em 6 princípios, dispostos no art. 4º do PL, quais sejam:

- I - o fortalecimento do sistema único de saúde como equipamento público prioritário no atendimento à mulher;
- II - o atendimento por equipe interdisciplinar;
- III - a presunção de veracidade da fala da mulher;
- IV - o acolhimento como dever e norteador do trabalho da equipe de saúde;
- V - a escuta qualificada da mulher nos atendimentos por toda a equipe de saúde;
- VI - o dever da equipe médica de informar à mulher, de forma qualificada, de todos os procedimentos a serem realizados³³.

Os eixos principiológicos convertem para os 6 objetivos específicos do Programa, impressos no art. 5º do PL, que são:

- I- respeitar a autonomia da mulher, entendida como seu direito de decidir

³⁰ *Ibidem*

³¹ *Ibidem*

³² *Ibidem*

³³ *Ibidem*

sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida;
II- acolher e orientar as mulheres na situação de aborto legal;
III- garantir o atendimento integral e interdisciplinar da saúde da mulher, de forma prioritária;
IV- garantir o atendimento ético pelo profissional de saúde, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher;
V- eliminar a violência obstétrica nas situações de aborto legal;
VI- o atendimento sem discriminação por motivo de raça, orientação sexual, identidade de gênero e geracional em todos os atendimentos³⁴.

E para a implementação dos aludidos objetivos específicos, o programa de Marielle Franco delinea 8 ações a serem implementadas, impressas no art. 6º do PL, a saber:

I - o Poder Executivo oferecerá capacitação permanente da equipe de referência do serviço de assistência obstétrica que preste atendimento aos casos de aborto legal nos princípios das normas técnicas do ministério da saúde;
II - divulgação nas unidades da rede de saúde do município do Rio de Janeiro das informações previstas nesta Lei;
III - a implementação em toda a rede de assistência obstétrica do município do Rio de Janeiro do atendimento humanizado ao aborto legal;
IV -ofertamento de informações às mulheres atendidas sobre planejamento reprodutivo pós procedimento;
V - o encaminhamento da mulher à unidade básica de saúde referenciada;
VI- oferecimento de atendimento psicológico à mulher e aos profissionais de saúde;
VII - a criação de campanhas de educação e sensibilização a atenção humanizada ao aborto legal nos moldes das normas técnicas cabíveis dirigida aos/às profissionais da rede de assistência obstétrica, e, no que couber, às mulheres atendidas nos serviços públicos de saúde;
VIII - a elaboração pelos serviços de saúde aqui tratados de protocolos e fluxogramas conforme os preceitos das normas técnicas do Ministério da Saúde³⁵.

E para a concretude de tais ações, o PL imputa a responsabilidade à toda rede de assistência obstétrica pertencente ao SUS do Município do Rio de Janeiro, por força do seu art. 7º³⁶.

Ademais, o PL preocupa-se em responsabilizar e apurar os casos que desrespeitam os ditames nele estabelecidos, sobretudo as violências obstétricas, que deverão ser apuradas por meio de sindicância, consoante disposto no art. 8º. E o § 1º do aludido artigo delimita o que vem a ser violência obstétrica, classificando-a como “*todo ato praticado por profissional de saúde ou outro profissional que de qualquer forma participe do atendimento à mulher, familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres submetidas aos procedimentos previstos nesta Lei*”³⁷. E em rol exemplificativo, o § 2º do mesmo artigo apresenta 9 exemplos de violência obstétrica, dentre os quais

³⁴ *Ibidem*

³⁵ *Ibidem*

³⁶ *Ibidem*

³⁷ *Ibidem*

destacamos: (i) por em dúvida a palavra da mulher quanto ao fundamento legal para realização do aborto legal e sua decisão pessoal de procedê-la; (ii) ameaçar, acusar e culpabilizar a mulher em qualquer momento do atendimento ou realização do procedimento do aborto legal; (iii) coagir, com qualquer finalidade, a mulher em situação de aborto legal a não realização do procedimento; e (iv) tratar a mulher de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira desrespeitando os princípios do atendimento humanizado³⁸.

Por sua vez, o art. 9º do PL conceitua o que vem a ser entendido por atendimento humanizado, sendo a combinação do comportamento ético, conhecimento técnico e oferta de cuidados para garantir os direitos das mulheres. O mesmo artigo traça 7 diretrizes, as quais devem ser colacionadas:

- I - respeitar a fala da mulher, lembrando que nem tudo é dito verbalmente, auxiliando-a a contatar com os seus sentimentos e elaborar a experiência vivida, buscando a autoconfiança;
- II - organizar o acesso da mulher, priorizando o atendimento de acordo com necessidades detectadas;
- III - identificar e avaliar as necessidades e riscos dos agravos à saúde em cada caso, resolvendo-os, conforme a capacidade técnica do serviço, ou encaminhando para os demais serviços da rede de acolhimento;
- IV - dar encaminhamentos aos problemas apresentados pelas mulheres, oferecendo soluções possíveis e priorizando o seu bem-estar e comodidade;
- V - garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações;
- VI - realizar os procedimentos técnicos de forma humanizada e informando às mulheres sobre as intervenções necessárias³⁹.

E, por fim, com a pretensão de acabar com a problemática da objeção de consciência diuturnamente utilizada pelos profissionais da saúde, o art. 10, *parágrafo único*, do PL imputa responsabilidade objetiva da unidade de saúde e do profissional de saúde pelos serviços e pelas omissões por eventualmente perpetradas. Institui, inclusive, a necessidade de manutenção na rede de assistência obstétrica de equipes multiprofissionais que possam realizar os procedimentos de interrupção⁴⁰.

O PL, representa verdadeiro marco paradigma civilizatório, podendo, inclusive, vir a ser utilizado como marco legal modelo para outros municípios, entes federados ou até a nível nacional. Trata-se de verdadeiro diploma normativo que pretende regulamentar e garantir a efetividade dos direitos fundamentais e reprodutivos.

³⁸ *Ibidem*

³⁹ *Ibidem*

⁴⁰ *Ibidem*

CONCLUSÃO

Conclui-se com o presente estudo que mesmo com a garantia legal de acesso ao aborto seguro, as mulheres enfrentam grandes dificuldades para terem acesso ao sistema público de saúde para realizar tratamentos ou procedimentos.

A normatização a nível federal é inócua e produz efeitos meramente simbólicos, cuja concretude depende de efetivação das diretrizes pelos municípios, estados e pela União através de políticas públicas que efetivem e possibilitem o usufruto de direitos de natureza fundamental.

Objetivando democratizar o acesso ao aborto seguro no município do Rio de Janeiro, a Vereadora Marielle Franco apresentou à Câmara Municipal o PL 0016/2017, o qual tem a pretensão de possibilitar o acesso das mulheres em fase gestacional decorrente de uma das hipóteses autorizadas ao sistema público de saúde para tratamentos e procedimentos cabíveis. Trata-se de verdadeiro exemplo normativo que pode servir como inspiração para a elaboração de outros diplomas normativos, seja em âmbito municipal, estadual ou nacional.

O PL n. 0016/2017 encontra-se parado desde 10.08.2017 na Comissão de Educação, tendo obtido parecer favorável pela constitucionalidade pela Comissão de Justiça e Redação e pela aprovação pela Comissão de Defesa dos Direitos Humanos, pela Comissão de Administração e Assuntos Ligados ao Servidor Público e pela Comissão de Defesa da Mulher. Não foi emitido parecer na Comissão de Higiene, Saúde Pública e Bem-Estar Social. Inexiste previsão de encaminhamento do PL ao plenário da Câmara dos Vereadores, de modo que um tema de extrema urgência continua a mercê de aprovação e apreciação pelo Poder Público⁴¹.

BIBLIOGRAFIA

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. Brasília: MS; 2012 (pgs. 74-76);

⁴¹ *Ibidem*

Brasil. Conselho Federal de Medicina (CFM). **Resolução n. 1.989/2012**. Brasília: CFM; 2012;

Brasil. Câmara Municipal do Rio de Janeiro. **Projeto de Lei n. 0016/2017**. Vereadora Marielle Franco. Rio de Janeiro. Disponível em <<http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/scpro1720.nsf/249cb321f17965260325775900523a42/2a88c90e900fa52d832580c800544af5?OpenDocument>>

Diniz, D., Dios, V., Mastrella, M., & Madeiro, A. (2014). A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Revista Bioética**;

Diniz, D., Medeiros, M., & Madeiro, A. (2017). **Pesquisa Nacional de Aborto 2016**. Ciência & Saúde Coletiva;

Diniz D., Castro R. **The illegal market for gender-related drugs as portrayed in the Brazilian news media: the case of misoprostol and women**. Cien Saude Colet 2011;

Madden, R. **DIREITOS REPRODUTIVOS NO BRASIL**. Fundo de População das Nações Unidas 2 a EDIÇÃO. (s.d.);

Madeiro, A., & Diniz, D. (2016). **Serviços de aborto legal no Brasil** – um estudo nacional. Ciência & Saúde Coletiva;