

ABORTO E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: UMA REFLEXÃO TEÓRICA SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Resumo: O aborto é uma das principais causas da morte materna repercutindo as desigualdades em saúde, não havendo uma política pública que proteja a mulher para realizá-lo em condições sanitárias adequadas. O aborto induzido e inseguro é produto de diversos determinantes sociais, tais como gênero, fatores sociodemográficos, étnico-raciais e posição socioeconômica, com resultados diretos na saúde das mulheres, como comorbidades e mortalidade. A presente reflexão teórica tem como objetivo compreender quais os Determinantes Sociais da Saúde relacionados ao aborto e quais as políticas de proteção social existentes no Brasil. Apesar da gravidade do impacto do aborto inseguro como problema de Saúde Pública manter uma legislação punitiva leva à subnotificação e a falta da real dimensão do problema, inviabilizando a criação de políticas públicas eficazes. É de fundamental importância investigar o aborto na perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde a fim de criar, implementar e avaliar políticas de saúde equânimes e eficazes.

Descritores: Determinantes Sociais da Saúde, Saúde da Mulher, Aborto, Políticas de Saúde.

Abortion and social determinants of health: a theoretical reflection on Brazilian health policies

Abstract: Abortion is one of the main causes of maternal mortality, because health inequalities and the nonexistence of public health policies that protect women and allowing them to perform abortion on adequate sanitary conditions. The induced and unsafe abortion is a product of several social determinants, like gender, socio-demographic, ethnic-racial and socioeconomic factors, with direct results on women's health, like comorbidities and mortality. This theoretical reflection aims to understand the abortion-related Social Determinants of Health and the existing social protection policies in Brazil. The impact of the unsafe abortion as a public health problem and the maintenance of punitive laws leads to underreporting and lack of the real set of the abortion problem and that makes the creation of effective public policies unfeasible. The researches about abortion from Social Determinants of Health perspective are fundamental to identify what influences this phenomenon on order to create, implement and evaluate equanimous and effective health policies. **Descriptors:** Social Determinants of Health, Women's Health, Abortion, Health Policies.

Aborto y determinantes sociales de la salud: reflexión teórica sobre las políticas de salud en Brasil

Resumen: El aborto es una de las principales causas de muerte materna, por las desigualdades en salud, ya que no existe una política pública que salvaguarde a las mujeres para que se lo haga en condiciones sanitarias adecuadas. La práctica del aborto inducido e inseguro es el producto de varios determinantes sociales, como género, factores sociodemográficos, étnico-raciales y posición socioeconómica, con resultados como comorbilidades y mortalidad. Esta reflexión teórica tiene como objetivo comprender los Determinantes Sociales de la Salud relacionados con el aborto y cuáles son las políticas de protección social en Brasil. A pesar de la gravedad del impacto del aborto inseguro como un problema de salud pública el mantenimiento de una legislación punitiva conduce a la falta de informes y de suja dimensión real. Es fundamental investigar el aborto desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud, para crear, implementar y evaluar políticas de salud efectivas y equitativas.

Descriptorios: Determinantes Sociales de la Salud, Salud de la Mujer, Aborto, Políticas de Salud.

Ana Paula Rodrigues Arciprete

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

E-mail: anapra@usp.br

Regina Célia Fiorati

Doutora em Ciências. Professora Doutora do Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

E-mail: reginacf@fmrp.usp.br

Flávia Azevedo Gomes-Sponholz

Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

E-mail: flagomes.sponholz@gmail.com

Juliana Cristina dos Santos Monteiro

Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

E-mail: jumonte@eerp.usp.br

Submissão: 09/12/2020

Aprovação: 19/06/2021

Publicação: 18/09/2021

Como citar este artigo:

Arciprete APR, Fiorati RC, Gomes-Sponholz FA, Monteiro JCS. Aborto e determinantes sociais da saúde: uma reflexão teórica sobre as políticas de saúde no Brasil. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(35):398-407.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.35.398-407>

Introdução

Os estudos em Epidemiologia Social demonstram que o pertencimento a determinados estratos e condições sociais é determinante na condição de saúde do indivíduo. Dessa forma, investigações científicas em Determinantes Sociais da Saúde (DSS) partem do pressuposto de que as condições de saúde de pessoas, grupos e populações não têm uma determinação aleatória, e sim, são diretamente influenciadas pela estrutura social, econômica, política e cultural da sociedade¹. Autores consideram que, no estudo das desigualdades em saúde, múltiplas dimensões devem ser consideradas, sendo que as dimensões econômica, social, de gênero e etnia são as mais presentes em discussões sobre o tema^{1,2}.

Uma das recomendações feitas pela Comissão de DSS da Organização Mundial da Saúde a qual é reiterada no relatório elaborado pela Organização das Nações Unidas (ONU) - Mulheres em 2018 "Turning Promises Into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development" é melhorar o bem-estar de meninas e mulheres, com políticas de proteção social, envolvendo governos locais, sociedade civil e órgãos internacionais.^(2,3) Portanto é necessário considerar as desigualdades entre homens e mulheres na forma como a sociedade se organiza e assumir a questão de gênero como um fator preponderante para reduzir desigualdades e que isso só é possível com o fortalecimento das mulheres e meninas que são a metade da população mundial^{3,4}.

Uma concepção fundamental que se desenvolveu a partir da perspectiva de gênero foi a de direitos reprodutivos e por conseguinte, a saúde sexual e reprodutiva. Porém, a conquista do direito de decidir sobre a própria sexualidade e reprodução não é uma

questão simples para as mulheres brasileiras. A autonomia de cada mulher só é possível se lhe são oferecidas condições adequadas para tal⁵, como boas condições de alimentação, moradia, educação, lazer e saúde, o que remete aos DSS.

Tratando-se da saúde sexual e reprodutiva de mulheres, um aspecto atual, mas que carece de reflexões e debates é a gravidez indesejada que, por conseguinte, leva às questões do aborto. Muitos pesquisadores e representantes da sociedade civil, levantaram, no início dos anos 2000, a natureza controversa do aborto, destacando as diferenças socioeconômicas, culturais, étnico-raciais e regionais como fatores envolvidos na prática do aborto inseguro⁶.

Considerando a temática do aborto no cenário brasileiro e a sua relação com as relações de gênero, com a autonomia da mulher na tomada de decisão sobre sua saúde, o acesso a bens e serviços e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, consideramos importante conduzir uma reflexão sobre aborto à luz dos DSS.

Desta forma, esta reflexão teórica, tem como objetivo compreender os DSS relacionados ao aborto e as políticas de proteção social voltadas para a saúde da mulher no Brasil.

Material e Método

A construção deste material se deu a partir da conceituação crítica e principalmente de leituras de Portarias Ministeriais, Relatórios Técnicos, literatura científica publicada em periódicos com arbitragem internacional e nacional, aquelas atuais e aquelas consideradas clássicas para a compreensão e discussão do tema proposto. O produto será apresentado de forma dialógica em quatro tópicos:

“As políticas de saúde da mulher no Brasil”, “O aborto como um problema de Saúde Pública no Brasil”, “Panorama Mundial na atualidade” e “O Aborto no Brasil: crise agravada pela pandemia”

Resultados e Discussão

As Políticas de Saúde da Mulher no Brasil

O movimento da Reforma Sanitária no Brasil foi idealizado e impulsionado pela sociedade civil durante o processo de redemocratização do país em meados da década de 1970, buscando incluir serviços de saúde à Constituição Brasileira de 1988 como um direito do cidadão. As questões de gênero e outros temas específicos como sexualidade e reprodução estavam presentes na concepção da Reforma Sanitária. As demandas colocadas pelas mulheres na passagem dos anos de 1970 para 1980 diziam respeito à extensão da cidadania social e política, participação e acesso a bens e serviços públicos, entre eles os de saúde e à formulação de propostas de novas políticas públicas com foco na mulher⁷.

Paralelamente, inicia-se um movimento para a promoção de um atendimento às mulheres que pudesse garantir a cidadania das mesmas, o que resultou no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1984, sendo o primeiro programa a trazer elementos essenciais do conceito de saúde reprodutiva no Brasil⁴.

O ano de 2004 no Brasil foi marcado por três eventos importantes: a I Conferência Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres, o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal.

Na I Conferência Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres foi reafirmado o compromisso do

Estado com a construção da igualdade entre homens e mulheres. Nesta conferência, foi lançado o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Este plano sistematizou demandas históricas das mulheres e as novas questões que foram apresentadas e deliberadas. Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres foram discutidos novamente e reconhecidos como fundamentais na conquista do direito à saúde⁸.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004 apresentou como um de seus princípios a qualidade da assistência e a atenção à mulher nos diferentes níveis do Sistema Único de Saúde (SUS) - desde a atenção básica até os níveis de mais alta densidade tecnológica, com articulação das ações e serviços⁹.

Um princípio fundamental desta política é a promoção da saúde, buscando promover um maior controle social, quando agrega na elaboração das políticas de saúde a pauta dos movimento sociais de mulheres com propostas voltadas para a qualidade da atenção obstétrica e outras questões relativas à saúde sexual e reprodutiva, tratando da temática do aborto e da violência contra a mulher⁹.

Essa política traz avanços consideráveis para que pudesse ser criado um modelo de atenção à saúde das mulheres sob a perspectiva de gênero, incorporando questões abordadas na Política Nacional de Humanização e propondo a organização de redes de atenção⁹.

Quanto aos direitos sexuais e reprodutivos, em 2005, foi lançada a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, com vistas à ampliação do número e da variedade dos métodos de anticoncepção ofertados pelo Ministério da Saúde¹⁰.

Essa Política tem como fundamentação a saúde da mulher não dissociada das dimensões sexual e reprodutiva, visando diminuir a ocorrência de gestações não desejadas que muitas vezes vão ter como desfecho abortos provocados e mortes maternas. A política organiza-se em três eixos – (i) ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis, (ii) melhoria do acesso à esterilização cirúrgica voluntária e, (iii) introdução da reprodução humana assistida no SUS. Desde o lançamento desta política, o Ministério da Saúde compra e distribui métodos contraceptivos para os utilizadores do SUS¹⁰.

Em 2007 a Política Nacional de Planejamento Familiar vem fortalecer a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos incluindo, por exemplo, a vasectomia na Política Nacional de Cirurgias Eletivas e o fornecimento de anticoncepcionais em farmácias cadastradas para operar pelo Programa Farmácia Popular, que possibilita que medicamentos sejam vendidos a preços até 90% mais baixos que os aplicados no mercado até então, o que é possível através de subsídio do Governo Federal através do Ministério da Saúde⁹.

A ampliação dos investimentos em contraceptivos tem sido uma ação do Ministério da Saúde desde 2003¹⁰. Outra linha de atuação da Política Nacional de Planejamento Familiar refere-se aos métodos contraceptivos não reversíveis, cujo objetivo é ampliar o acesso de mulheres à laqueadura nos hospitais públicos. Ainda em 2007, na 13ª Conferência Nacional de Saúde, destacou-se a recomendação para o acompanhamento do cumprimento dos direitos sexuais e reprodutivos das

mulheres e adolescentes envolvendo os Conselhos de Saúde e de Educação⁹.

Foi apresentada a proposta de tornar efetiva a Política Nacional de Planejamento Familiar, enfatizando a atenção aos adolescentes e a prevenção da mortalidade materna. Ainda neste ano, ocorreu a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, base para o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que foi lançado em 2008⁹.

A elaboração do manual de Atenção Humanizada ao Aborto Inseguro pelo Ministério da Saúde promoveu novas discussões sobre a interrupção voluntária da gravidez, visando capacitar os profissionais de saúde das instituições de assistência à saúde da mulher, estabelecendo uma Comissão Tripartite, ou seja, com representantes do poder executivo e legislativo e da sociedade civil, para rever a legislação sobre o aborto e seu caráter punitivo⁹.

Essas discussões levaram à elaboração de uma proposta encaminhada em 2005 à Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, propondo que a legalização do aborto por decisão das mulheres, em gestações de até 12 semanas e, nos casos de violência sexual, com até 20 semanas de gestação, mas que não teve o trâmite concluído naquele momento⁹.

Em resumo, fazem parte dos componentes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: (i) a redução da mortalidade materna no Brasil, (ii) o cuidado com a saúde durante a gravidez – pré-natal, (iii) a garantia da assistência ao parto, (iv) a prevenção e controle do câncer do colo do útero, (v) a prevenção e controle do câncer de mama, (vi) o cuidado com a saúde no climatério, (vii) a redução da violência contra as mulheres, (viii) o cuidado com a

saúde da mulher trabalhadora e (xv) o cuidado com a saúde das mulheres com HIV/aids⁴.

O aborto como um problema de Saúde Pública no Brasil

É necessário explicar algumas premissas, antes de se refletir o aborto como um problema de saúde pública no Brasil:

1. Praticar aborto ou ajudar na interrupção da gravidez é crime no Brasil¹¹. O aborto pode ser definido como o nascimento de um feto com menos de 500g ou antes de 20 semanas de idade gestacional, por critérios médicos, sendo o ato de provocar a expulsão do feto em qualquer idade gestacional considerado crime conforme a Legislação Brasileira, exceto em casos de risco iminente de vida da gestante ou no caso de estupro, e mais recentemente feto com anencefalia^{11, 12}.
2. As mulheres que consentem que o aborto seja realizado podem receber penas de um a três anos de reclusão, e quem realiza o procedimento pode receber penas de um a quatro anos de reclusão¹¹.
3. O Código Penal do Brasil (1998) não imputa punição quando o aborto é realizado na gravidez consequente de estupro ou quando há risco de morte para a mulher, no entanto, apenas em 2012 a interrupção da gravidez nos casos de feto anencefálico se tornou um direito de assistência, sem que houvesse a necessidade de uma autorização judicial¹³.
4. O Ministério da Saúde normatizou os procedimentos para o aborto em casos previstos por lei, através dos documentos "Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência sexual contra Mulheres e Adolescentes¹⁴" e "Atenção Humanizada ao Aborto⁹", ambas publicadas pela primeira vez em 2005. Desta forma, cumpre um dos eixos da PNAISM ao ampliar redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual e oferecer atendimento qualificado e humanizado.

No Brasil, a magnitude dos abortos é imprecisa. Em 2010 estimava-se que até o final da vida reprodutiva 15% das mulheres brasileiras já teria feito um aborto e que em 50% dos casos houve necessidade de internação⁹. Muito embora as estimativas também apontem que houve uma redução de 26% de abortos induzidos de 1995 a 2013, as elevadas taxas de ocorrência permanecem

alarmantes¹⁵, bem como as consequências advindas do aborto inseguro. Os altos números de abortos estão associados à baixa escolaridade e informação insuficiente, estruturas familiares permeadas pela questão da violência e acessos e estruturação precária do sistema de saúde⁴.

A criminalização do aborto afeta o registro dos casos para fins de estatísticas que permitam a real dimensão do problema para a definição de políticas públicas específicas⁴. Esse contexto de aborto inseguro faz com que essa seja uma das principais causas de morte materna, além de discriminação e violência institucional¹⁴.

Em países onde o aborto é ilegal, as estratégias e ações para a redução da mortalidade e morbidade materna associadas ao aborto inseguro, se dá por meio de três mecanismos: redução da gravidez indesejada; favorecimento do acesso a serviços de aborto seguro (quando dentro da legalidade), e aumento da qualidade e do acesso aos cuidados pós-aborto, incluindo contracepção. Outras duas formas mais diretas de reduzir mortes maternas por aborto seriam diminuir drasticamente o número dos abortos praticados e ou realizar o aborto de forma segura¹⁶.

Não há dúvidas de que o acesso a informações e serviços de planejamento familiar seja um mecanismo forte para reduzir gestações indesejadas e, consequentemente, abortos inseguros. No entanto, o PNAISM e os programas que a antecederam já contemplavam, em tese e em insumos, a provisão de contracepção de forma universal. Um estudo realizado em uma comunidade da periferia da cidade de São Paulo, objetivando estimar a prevalência de abortos inseguros, e a influência dos DSS na realização do aborto nesses moldes e no desfecho na saúde das

mulheres, concluiu que 25% das participantes tiveram aborto inseguro, sendo 60% provocado¹⁷.

O aborto foi identificado como uma prática de controle de natalidade entre as mulheres com mais de 25 anos, uma vez que o número de abortos foi superior ao número de nascidos vivos e o relato de uso de métodos contraceptivos foi inferior a 30%¹⁷. É possível que estas mulheres tivessem sido beneficiadas pela legalização do aborto, e posteriormente inseridas em um programa de planejamento familiar para uma escolha informada de evitar novas gestações. A evitabilidade de novas gestações indesejadas após um aborto caracteriza a prevenção quaternária do modelo de redução de danos¹⁶.

Numa perspectiva simbólica o aborto representa para as mulheres uma forma de autonomia sobre seus corpos e as decisões de seu futuro frente à maternidade como condição natural, construída historicamente e socialmente¹⁸. Porém, as circunstâncias que as levam a essa decisão e o desfecho do aborto, em péssimas ou inexistentes condições de assistência, não podem ser vistas como algo indiferenciado e igualmente vivido por todas as mulheres, em um país com extrema desigualdade social.

A natureza de determinação social do aborto fica evidente no texto da Norma Técnica de Assistência Humanizada ao Aborto:

“O aborto representa um grave problema de saúde pública, com maior incidência em países em desenvolvimento, sendo uma das principais causas de mortalidade materna no mundo, inclusive no Brasil. Sua discussão, notadamente passional em muitos países, envolve uma intrincada teia de aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais.

Vulnerabilidades como desigualdade de gênero, normas culturais e religiosas, desigualdade de acesso à educação, e múltiplas dimensões da pobreza – com a falta de recursos econômicos e de alternativas, a dificuldade de acesso a informação e direitos humanos, a insalubridade, dentre outros – fazem com que o aborto inseguro atinja e sacrifique, de forma mais devastadora, mulheres de comunidades pobres e marginalizadas⁹.”

Em 2009 o Ministério da Saúde publicou uma síntese visando recuperar dados que fundamentassem a hipótese do “aborto como uma questão de saúde pública no Brasil”, através de releitura e análise de mais de 2000 trabalhos publicados no país, o que, pela abundância dos estudos encontrados já sugere a sua relevância como tal. A conclusão é a de que, a criminalização pouco inibe a prática, mas, pelo contrário do que deveria ser os objetivos de uma política pública, perpetua a desigualdade social⁶.

Somado a isso, mesmo com normas que visam a humanização da assistência, a marginalização das mulheres em situação de aborto inseguro leva a situações de violência institucional e negligência¹². Uma avaliação do tempo de espera para atendimento e mortalidade materna na principal maternidade do Gabão na África, mostrou que o tempo médio entre a admissão e o início do tratamento foi de 1,2 horas no caso de mulheres que morreram de hemorragia pós-parto ou eclâmpsia e 23,7 horas no caso de mulheres que morreram devido a complicações de aborto.⁽¹⁶⁾ Mulheres em situação de abortos inseguros deveriam receber atendimento com qualidade e tratamento oportuno, sem discriminação.

Mesmo em casos amparados pela legislação, há que se deparar com o despreparo de profissionais e

da organização do serviço de saúde credenciado para a realização do aborto, evidenciando o distanciamento das políticas públicas para as mulheres e a realidade da assistência à saúde⁶.

O já citado relatório publicado em 2009 sobre as pesquisas na temática do aborto, deixa claro os indicadores relevantes como aborto entre mulheres rurais e indígenas, a relação entre raça e aborto inseguro e como se desenvolve o aborto em termos de magnitude e desfecho. Estas desigualdades eram até então desconhecidas e negligenciadas. O estudo de Fusco⁽¹⁷⁾ mostra que a prática do aborto esteve associada com a cor da pele negra ou parda, mulheres que migraram de estados mais pobres do país, que viviam com menos de meio salário mínimo e que eram analfabetas ou que interromperam os estudos antes de finalizar o ensino fundamental I, ou seja, sem ter concluído a fase inicial de escolaridade que no Brasil corresponde à 5 anos quando completo. O aborto inseguro é determinado por diversos fatores, como questões sócio demográficas, por exemplo, que irão gerar esse desfecho e consequentes comorbidades e mortalidade⁶.

Panorama Mundial na atualidade

Atualmente a pandemia de COVID-19 vem sobrecarregando os sistemas de saúde em vários países. A fragilidade dos sistemas de saúde, como um todo, leva à potencialização dos agravos às populações mais vulneráveis, principalmente em momentos de crise. Analisando surtos em outros momentos da história recente é possível constatar que a sobrecarga eleva o número de mortes e agravos de doenças e condições tratáveis¹⁹.

Dessa forma a Organização Mundial da Saúde publicou em março desse ano um guia para orientar

os países a manter os serviços essenciais de saúde durante a crise, para evitar um colapso dos sistemas de saúde locais. Dentre os serviços considerados essenciais estão os relacionados à saúde reprodutiva, assistência durante a gravidez e o parto, visando evitar a morbimortalidade materna e infantil¹⁹.

Nesse contexto, diversas instituições de países onde o aborto legal é uma realidade elaboraram instrumentos com a finalidade de garantir que esse procedimento de assistência à saúde da mulher fosse mantido e realizado em condições seguras^{20, 21}.

Na Índia, onde o aborto é legalizado em algumas situações, apesar da complexidade do momento atual e da dificuldade em poder garantir a assistência em condições sanitárias adequadas, está em tramitação um projeto de lei para aumentar a cobertura do aborto legal para situações ainda não contempladas pela legislação atual²¹.

Já nos Estados Unidos, aproximadamente 1 milhão de mulheres recorrem anualmente ao aborto, sendo estimado que até os 45 anos 15% das mulheres norte-americanas tenham utilizados os serviços de saúde com tal finalidade. No entanto, estados norte-americanos, estão utilizando como justificativa a sobrecarga do sistema de saúde para cancelar procedimentos eletivos de aborto, impedindo que mulheres tenham acesso a um direito já constituído, por considerar tal procedimento como não essencial²².

Os governantes declaram que a suspensão garante a economia de matérias como equipamentos de proteção individuais, que devem ser utilizados na assistência aos casos de Covid-19 o que não se justifica, pois essas mulheres ao permanecerem grávidas ainda irão acessar os serviços de saúde para

assistência pré-natal e, como já comprovado em diversos estudos, irão procurar outras formas de realizar o aborto, de forma insegura e com riscos de agravos à saúde²².

O Aborto no Brasil: crise agravada pela pandemia

Enquanto alguns países procuram garantir o acesso ao abortamento seguro como serviço essencial e em outros a atual situação de sobrecarga do sistema de saúde é uma justificativa de governantes e entidades religiosas e civis para retrocessos, no Brasil a realidade mostra que a questão não é discutida ou reafirmada como política de saúde, principalmente no momento de crise causada pela pandemia.

Em 2015 o Brasil se deparou com um aumento nos casos de microcefalia em recém nascidos e após pesquisas em caráter de urgência foi identificada a associação dos casos a uma infecção por um vírus transmitido principalmente pela picada do mosquito *Aedes Aegypti*, o Zika vírus²³.

Naquele período, o enfrentamento da epidemia foi estudado em diversos contextos, sendo que a análise do discurso e da repercussão midiática mostrou que foi um momento no qual a discussão sobre a legalização do aborto no país foi ampliada; porém, a conjuntura sociopolítica à partir das eleições de 2018 diminuíram o avanço das discussões, com o crescimento de políticas conservadoras²⁴.

De fato, no atual momento da grave pandemia de Covid-19, de consequências ainda intangíveis para o sistema de saúde brasileiro e para as populações mais vulneráveis, a pauta de legalização do aborto nos casos de infecção por Zika vírus tramitou até abril de 2020 no Supremo Tribunal Federal, tendo sido sua procedência rejeitada por unanimidade²⁵.

Sendo assim, no Brasil, é possível acreditar que a discussão sobre o aborto legal e a manutenção de uma agenda de políticas de saúde que atenda as mulheres de forma justa e integral ainda está longe de acontecer e pode ter retrocessos durante um eminente colapso causado pela pandemia de COVID-19.

Conclusão

A questão de gênero e acesso a educação e serviços de saúde, assim como diversos outros fatores ligados ao contexto sócio econômico, político, étnico-racial e cultural do país deixa evidente que o aborto inseguro é determinado socialmente, ou seja, é um desfecho de diversos fatores estruturais e intermediários.

A permanência da não assunção da importância de desagregar determinados fatores, tanto no campo da pesquisa, como na elaboração das Políticas Públicas de Saúde, como a questão étnico-racial e sua conformação histórica e extremamente determinante na assistência da saúde da mulher, só colabora em perpetrar desfechos cruéis em uma realidade que já é de tamanha vulnerabilidade.

No entanto, apesar da gravidade do impacto do aborto inseguro como problema de Saúde Pública, ele não é tratado como tal, e a manutenção de uma legislação punitiva leva à subnotificação e a falta da real dimensão do problema.

Associado a isso um momento de crise causado pela pandemia de 2020 pode levar à diminuição e retrocessos nas políticas de saúde e nas discussões sobre a legalização e assistência ao abortamento no Brasil.

Dessa forma, é de fundamental importância investigar o aborto inseguro como um problema de

saúde, na perspectiva dos DSS, para identificar o que influencia esse fenômeno, de forma contextualizada e dinâmica, a fim de criar, implementar e avaliar políticas de saúde equânimes e eficazes.

Referências

1. Pozo JS. Las desigualdades sociales en salud: un reto para las políticas públicas. Zerbitzuan. 2014; 55:47-63.
2. Commission on Social Determinants of Health [CSDH]. Closing the gap in a generation: Final Report. World Health Organization [WHO], Geneva. 2008.
3. United Nations [UN]. Turning Promises Into Action: Gender Equality in the 2030. Agenda for Sustainable Development. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. UN Women. New York. 2019.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
5. Guimarães MC, Pedroza RLS. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas. Psicologia Social. 2015; 27(2):256-266.
6. Brasil. Ministério da Saúde. 20 Anos de pesquisa sobre aborto no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.
7. Gohn MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. Saúde e Sociedade. 2004; 13(2):20-31.
8. Mattar LD. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos. 2008; 5(8):60-83.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 1. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
11. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 dezembro 1940, alterado pela Lei nº 9.777, de 26 dezembro 1998. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848compilado.htm>. Acesso em 10 ago 2020.
12. Flaeschen H. Aborto não é só uma questão das mulheres: precisa ser discutido como saúde pública. ABRASCO. 2017.
13. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54. Diário da Justiça Eletrônico n. 78. Brasília; 2012. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioProcesso.asp?numDj=77&dataPublicacaoDj=20/04/2012&incidente=2226954&codCapitulo=2&numMateria=10&codMateria=4>>. Acesso em 10 ago 2020.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos - Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 6. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
15. Kale PL, Jorge MHPM, Fonseca SC, Cascão AM, Silva KS, Reis AC, Taniguchi MT. Mortes de mulheres internadas para parto e por aborto e de seus conceitos em maternidades públicas. Ciência Saúde Coletiva. 2018. 23(5):1577-1590.
16. Faundes A, Comendant R, Dilbaz B, Jaldesa G, Leke R, Mukherjee B, Távora L. Preventing unsafe abortion: achievements and challenges of a global FIGO initiative. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2019.
17. Fusco CLB, Andreoni S, Silva RS. Unsafe abortion: social determinants and health inequities in a vulnerable population in São Paulo. Cadernos Saúde Pública, 2012; 28(4):709-719.
18. Evangelista MB. Dilemas da(sobre)vida: aborto. São Paulo. Tese [Doutorado em História] - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; Universidade de São Paulo. 2017.
19. World Health Organization [WHO]. COVID-19: Operational guidance for maintaining essential health

services during an outbreak. Interim Guidance. Geneva. 2020.

20. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Coronavirus (COVID-19) infection and abortion care. Information for healthcare professionals. Version 3.1. London. 2020.

21. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Acceso al aborto y seguridad con COVID-19. 2020.

22. Bayefsky, MJ, Bartz, D, Watson, KL. Abortion during the Covid-19 Pandemic - Ensuring Access to an Essential Health Service. N Engl J Med 2020; 382:e47.

23. Albuquerque MFPM, Souza WV, Araújo TVB, Braga MC, Miranda Filho DB, Ximenes RAAI, et al. The microcephaly epidemic and Zika virus: building knowledge in epidemiology. Cad Saúde Pública. 2018.

24. Castilhos W, Almeida, C. Discourses on abortion amid the Zika epidemic: analysis of the coverage by newspapers O Globo and Folha de S. Paulo. Cad Saúde Pública. 2020; (36) Sup. 1.

25. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade- ADI 5581. Processo Público eletrônico. 2020. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5037704>>. Acesso em 10 ago 2020.