

## Narrativas pró-direito ao aborto no Brasil, 1976 a 2016

Pro-abortion rights narratives in Brazil,  
1976 to 2016

Relatos pro-derecho al aborto en Brasil,  
de 1976 a 2016

Thais Medina Coeli Rochel de Camargo <sup>1</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00189018

### Resumo

O artigo explora as narrativas pró-direito ao aborto no Brasil com base no narrative policy framework (NPF). Foram analisados documentos pró-direito ao aborto elaborados por ativistas feministas entre 1976 e 1988 e documentos de organizações feministas, projetos de leis e documentos de políticas públicas sobre aborto referentes ao período de 1989 a 2016. Foi feita uma análise de conteúdo dos dois conjuntos de documentos usando-se o software OpenLogos. Os resultados da pesquisa revelam que as feministas fizeram uma escolha estratégica por uma narrativa de saúde pública, de modo a expandir a coalizão pró-direito ao aborto por meio da inclusão de atores da área da saúde. A aliança com a saúde levou a conquistas para a coalizão, com a criação de serviços de aborto legal e a inclusão da anencefalia entre os casos em que o aborto é permitido. A narrativa de saúde pública foi, assim, institucionalizada, tornando-se tanto a principal narrativa da coalizão quanto a principal narrativa contida nos documentos de políticas públicas. Essa institucionalização é um objetivo da atuação das coalizões de militância, mas também impõe limites à sua atuação futura, já que seu abandono pode colocar em risco a coalizão, ao mesmo tempo em que demandas futuras têm de ser elaboradas com base na estrutura de políticas públicas já existentes.

Aborto; Política Pública; Pesquisa Qualitativa

### Correspondência

T. M. C. R. Camargo  
Rua Afonso Pena 141, apto. 402, Rio de Janeiro, RJ  
20270-244, Brasil.  
thais.camargo@gmail.com

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.



## Introdução

Htun <sup>1</sup> define as discussões sobre o aborto como um “embate de absolutos”, uma questão que resiste a soluções de compromisso entre as posições divergentes, que são baseadas em normas culturais concorrentes. As discussões sobre o aborto são, assim, um objeto relevante para uma análise com base na *narrative policy framework* (NPF), um referencial que busca incorporar as interpretações da realidade elaborada pelos atores nas análises do processo de políticas públicas.

Como o nome sugere, o foco da NPF são as narrativas de políticas públicas, isto é, histórias que articulam diagnósticos de problemas com propostas de soluções, com heróis, vilões e vítimas, e que servem de fundamento à ação política. O foco em narrativas não requer que se abandone a ideia de uma realidade objetiva, mas sim que se reconheçam as limitações da cognição humana e a complexidade de muitas das questões que são objeto da atuação política. Narrativas surgem, assim, como um meio de organização e transmissão de informação e como um objeto importante da disputa política <sup>2</sup>.

A NPF propõe uma análise empírica das narrativas desenvolvidas por atores políticos com base em seus elementos constitutivos, resumidos no Quadro 1: (1) o contexto, o conjunto de fatores que afetam a disputa em torno de políticas públicas, incluindo o arcabouço legal, disputas eleitorais, a opinião pública etc.; (2) o enredo, um elemento temporal, com início, meio e fim, que estabelece a relação entre o contexto e os personagens e estrutura mecanismos causais; (3) os heróis, personagens que resolvem o problema; (4) os vilões, personagens que causam o problema; (5) as vítimas, personagens que são prejudicados pelo problema; e (6) a moral da história, uma proposta de política pública que soluciona o problema. Nesta análise, o elemento “heróis” não foi relevante e foi substituído por um novo: os “protagonistas”, isto é, os personagens que detêm a autoridade sobre a decisão de interromper ou não a gravidez. Ao discutir “autoridade”, o artigo não pretende afirmar nem negar a agência de atores específicos, mas sim caracterizar como as narrativas definem as possibilidades de exercício da escolha pela interrupção da gravidez.

De forma a melhor detalhar as narrativas, elas também foram caracterizadas de acordo com as definições que apresentam do problema, no caso, a criminalização do aborto. A análise dos enredos, que não foi incluída no artigo, encontra-se em Camargo <sup>3</sup>.

Ainda que a literatura sobre o movimento feminista brasileiro aborde temas relacionados a narrativas, este é o primeiro trabalho a analisá-las especificamente. Adicionalmente, este artigo abarca um período extenso da mobilização feminista no país: de 1976 a 2016. Assim, este artigo analisa, com

### Quadro 1

Elementos de narrativas de políticas públicas.

Elemento	Definição
Contexto	O conjunto de fatores que afetam a disputa em torno de políticas públicas, p. ex.: o arcabouço legal, a opinião pública.
Enredo *	Elemento temporal, com início, meio e fim, que estabelece a relação entre o contexto e os personagens e estrutura mecanismos causais.
Heróis **	Personagens que resolvem o problema.
Protagonista ***	Personagem que detém a autoridade sobre a decisão de interromper ou não a gravidez.
Vilões	Personagens que causam o problema.
Vítimas	Personagens prejudicados pelo problema.
Moral da história	Proposta de política pública que soluciona o problema.

Fonte: Jones et al. <sup>2</sup>.

\* Elemento não abordado no artigo;

\*\* Elemento não incluído na análise;

\*\*\* Elemento introduzido na análise, em substituição a “heróis”.

base na NPF, as narrativas pró-direito ao aborto desenvolvidas no Brasil nesse período, com o objetivo de discutir a atuação estratégica do movimento feminista e explorar a hipótese de que houve a institucionalização de uma narrativa de saúde pública, o que cria limites à atuação futura da coalizão pró-direito ao aborto.

## Documentos selecionados e estratégia de análise

O artigo analisa documentos referentes a dois períodos: o primeiro, de 1976 a 1988, e o segundo, de 1989 a 2016. Para o primeiro, foram selecionados documentos sobre aborto produzidos por organizações e ativistas feministas identificados na coleção Imprensa Alternativa, do Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro, e no Fundo Comba Marques Porto, do Arquivo Nacional. Uma das fontes identificadas nessa busca, o jornal *Mulherio*, tem acervo *on-line* que também foi consultado, de modo a complementar a busca inicial. Já para o segundo período, foram incluídos todos os documentos de políticas públicas e projetos de lei (PL) sobre o tema aborto, identificados nos *sites* da Câmara dos Deputados, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (CNS), Secretaria de Direitos Humanos e Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, bem como documentos identificados nos *sites* das organizações feministas Rede Feminista de Saúde, Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA), Cepia (Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação), Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR) e Anis (Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero). Essas organizações foram selecionadas baseando-se em pesquisa prévia e em consulta a ativistas do movimento feminista. A lista completa de documentos incluídos está no Material Suplementar ([http://cadernos.ensp.fiocruz.br/site/public\\_site/arquivo/suppl-e00189018-port\\_5093.pdf](http://cadernos.ensp.fiocruz.br/site/public_site/arquivo/suppl-e00189018-port_5093.pdf)).

Foi realizada uma análise de conteúdo voltada para a reconstituição das narrativas. Os textos foram codificados com o software OpenLogos (<http://openlogos.sourceforge.net/>). Os códigos foram inicialmente elaborados de forma dedutiva, valendo-se da literatura sobre análise de narrativas e sobre mobilizações feministas no Brasil, e subsequentemente complementados de forma indutiva com base nos textos incluídos na análise. Esses códigos dizem respeito, por um lado, aos elementos de narrativas de políticas públicas identificados pela NPF (Quadro 1) e, por outro, às definições do aborto como um problema a ser resolvido. Para uma descrição mais detalhada das estratégias de busca e da análise, ver Camargo <sup>3</sup>.

## Do início da mobilização à promulgação da *Constituição Federal de 1988*

No Brasil, a mobilização pelo direito ao aborto iniciou no fim dos anos 1970, influenciada pelo retorno de ativistas exiladas e articulada a uma atuação mais ampla das feministas em defesa da redemocratização <sup>4</sup>. As militantes feministas do período eram, de forma geral, profissionais com educação universitária <sup>4</sup> e egressas, em grande parte, de movimentos de esquerda, de influência marxista <sup>5</sup>.

Uma narrativa central que aparece nesse período, que defino como “de autonomia”, afirma o direito à decisão sobre o corpo especificamente contra políticas de controle populacional. Nessa narrativa, a que corresponde a um maior número dos textos analisados (Tabela 1), a criminalização do aborto é definida como uma violação da autonomia das mulheres que reforça desigualdades sociais, dado que o acesso a abortos seguros, ainda que ilegais, é possível apenas a quem tem condição de pagar um valor alto.

Assim, as mulheres são a um mesmo tempo vítimas e protagonistas dessa narrativa: vítimas, porque são as que sofrem com os esforços de controle da reprodução; protagonistas, porque cabe a elas a decisão sobre levar adiante ou não uma gravidez. Já os vilões são os “controlistas”, sejam estes o Estado, a Igreja, ou qualquer outro grupo que pretenda determinar se, e quantos, filhos cada mulher deve ter.

A preocupação com a autonomia frente ao controle populacional é central nessa narrativa. O manifesto *Nosso Corpo nos Pertence* resume de forma exemplar a posição feminista:

*“Porém um fato é verdadeiro: tanto a política antinatalista quanto a natalista têm, historicamente, usado o corpo da mulher considerando-o como um patrimônio social acima de seus direitos e de sua individualidade.*

**Tabela 1**

Documentos do primeiro período (1976-1988) segundo a narrativa principal.

Narrativa principal	Documentos
Autonomia	22
Saúde pública	18
Sem classificação	22
<b>Total</b>	<b>60</b>

Nota: dois textos foram classificados como contendo ambas as narrativas.

*Todas elas manipulam nossa sexualidade, nosso órgão genital, nossa função reprodutora, alienando-nos de modo profundo de nosso próprio corpo” (O Sexo Finalmente Explícito, nº 0, 1983, capa e p. 2).*

Ainda que uma comparação com os Estados Unidos fuja do escopo do artigo, cabe aqui contrastar rapidamente a ideia de autonomia defendida pelas brasileiras daquela consagrada no exemplo americano, pois o contraste ilustra uma dimensão importante da narrativa brasileira. Segundo Ferree <sup>6</sup>, nos Estados Unidos o direito ao aborto é sustentado no princípio de que não cabe ao Estado intervir na decisão da mulher sobre seu próprio corpo, o que, em contrapartida, também isenta o Estado de oferecer este serviço. Assim, as feministas teriam “abandonado”, de certa forma, as mulheres negras e pobres, que encontram-se “desproporcionalmente entre as que não sentem ter a escolha de ter filhos e que podem, ao contrário, sentir-se compelidas e coagidas a submeter-se a esterilizações, adoções ou abortos” <sup>6</sup> (p. 336). Já o feminismo brasileiro, com forte ligação com movimentos de esquerda, colocava em primeiro plano a questão da justiça social e da obrigação do Estado em promovê-la. Assim, ao mesmo tempo em que afirmavam, como as americanas, o direito da mulher sobre seu próprio corpo, visavam também a obrigar o Estado a fornecer os meios necessários ao exercício deste direito.

A dimensão da justiça social é, portanto, central na narrativa de autonomia. Se, por um lado, as mulheres como um todo são tanto vítimas quanto protagonistas, a ênfase recai sobre as mulheres pobres, que seriam as mais vitimizadas pela criminalização do aborto. Ao mesmo tempo, a autonomia não se esgotaria no direito de escolher pela interrupção ou continuidade de uma gravidez, mas se estenderia às condições de possibilidade de exercício desta escolha, como expresso a seguir:

*“Como feministas reivindicamos que as mulheres tenham o direito de controlar seus corpos, de optar por ter ou não filhos, em número desejado. Por um lado isto implica em que elas tenham um amplo conhecimento de seus corpos e dos métodos anticoncepcionais, acesso a esses métodos e o direito ao aborto como último recurso. Por outro lado é necessário, também, que as mulheres que desejem um filho tenham condições materiais para realizar sua maternidade. Por condições materiais entendemos salários decentes, assistência médica pública de boa qualidade, existência de creches, equipamentos coletivos e a socialização do trabalho doméstico” (Carta divulgada à imprensa pelas Organizações Feministas em 16 de janeiro de 1980 – Rio de Janeiro).*

Assim, a grande preocupação estratégica que orienta a atuação feminista é como não apenas fazer com que o aborto deixe de ser crime, mas também garantir que todas as brasileiras, independentemente de classe, tenham acesso a abortos seguros. A questão se impunha com força nos anos 1980 porque, mesmo nos casos de estupro, para os quais a lei permitia a interrupção da gravidez, não havia qualquer serviço público de aborto, nem havia médicos que realizassem o serviço no setor privado <sup>7</sup>. Essa situação levava as feministas a acreditarem que a mera legalização não seria garantia da acessibilidade a serviços de aborto. Por outro lado, há uma clara influência de ideais socialistas que impeliu as feministas, face às profundas desigualdades presentes no Brasil, a buscar garantias de direitos para as mulheres mais vulneráveis.

Dessa forma, a única maneira de garantir não só a legalidade do aborto, mas também o acesso a esse serviço e demais meios necessários a uma escolha reprodutiva verdadeiramente livre seria obrigando o Estado a oferecê-los. Portanto, a moral da história dessa narrativa é que o aborto deve ser não apenas legalizado, mas também realizado nos serviços de saúde pública, pois só assim será possível garantir o acesso das mulheres de baixa renda a procedimentos seguros.

A narrativa de autonomia é a principal desse período, mas não a única. Uma segunda narrativa, que denomino “de saúde pública”, também foi sendo desenvolvida pelas ativistas feministas ao longo dos anos 1980. Os principais elementos das duas narrativas estão resumidos no Quadro 2.

Como o Quadro 2 demonstra, as duas narrativas têm similaridades importantes. Os vilões são em grande medida os mesmos, ainda que a narrativa de saúde pública não os caracterize como “controlistas”. A ênfase nas mulheres pobres como as principais vítimas da proibição do aborto também está presente na narrativa de saúde pública, como a seguir:

*“Milhares recorrem ao aborto mesmo clandestino. Quem pode pagar até 60 mil recebe atendimento de luxo, com material descartável e remédios numa das muitas clínicas particulares das grandes cidades. Mas a maioria fica mesmo entregue a aborteiros sem perícia ou assepsia e muitas vezes acaba nos hospitais públicos para tratar das complicações...”* (Discurso proferido por uma representante do movimento feminista aos constituintes, 1987).

Esse trecho ilustra uma diferença importante, ainda que sutil, entre as duas narrativas. A defesa da justiça social é central na narrativa de saúde pública, como na de autonomia. Contudo, enquanto a narrativa de autonomia enfatiza as condições para o exercício da autonomia, e as formas como estas condições estão desigualmente distribuídas na sociedade, a narrativa de saúde pública coloca no lugar central o impacto do aborto clandestino na saúde e vida das mulheres, especialmente as que não têm recursos para pagar abortos clandestinos seguros. Assim, as estatísticas sobre morbidade e, principalmente, mortalidade ligadas ao aborto, ao lado de declarações de organizações de saúde, são centrais nessa narrativa, usadas para apresentar o aborto clandestino como um problema de saúde pública, como no trecho a seguir:

*“A Organização Mundial de Saúde, que considera o aborto um problema de saúde pública nos países onde ele é proibido, classifica o Brasil entre os cinco primeiros países do mundo onde mais se pratica aborto e onde maior número de mulheres morrem por esse motivo”* (“Aborto: Grande Hipocrisia Nacional”, Maria Maria, nº 0, 1984).

A diferença mais significativa entre as narrativas é a quem cabe a autoridade sobre a decisão. A narrativa de saúde pública também afirma que cabe à mulher decidir sobre seu próprio corpo, mas, ao definir o aborto em termos de seu impacto sobre a saúde, acaba por subordinar esta decisão a uma autoridade médica, capaz de decidir o que constitui um “problema de saúde pública”. Assim, pode-se dizer que os protagonistas dessa narrativa são os médicos, que estabelecem, se não cada caso individual de interrupção da gravidez, pelo menos o contexto e as circunstâncias em que a opção pelo aborto é possível. As duas narrativas tornam a convergir na moral da história: não apenas que o aborto deve ser legalizado, mas também que deve-se garantir o acesso a esse serviço a todas as mulheres, independentemente de renda, por meio de sua realização nos serviços de saúde pública.

## Quadro 2

Elementos das narrativas de autonomia e saúde pública.

Elementos	Narrativa de autonomia	Narrativa de saúde pública
Vítimas	Mulheres, especialmente as pobres	Mulheres, especialmente as pobres
Vilões	Controlistas	Segmentos conservadores que se opõem à legalização
Protagonistas	Mulheres	Médicos
Definição do problema	A criminalização do aborto é uma violação da autonomia feminina que reforça desigualdades sociais	O aborto clandestino é um problema de saúde pública
Moral da história	O aborto deve ser legalizado e realizado nos serviços de saúde pública, para garantir o acesso às mulheres de baixa renda	O aborto deve ser legalizado e realizado nos serviços de saúde pública, para garantir o acesso às mulheres de baixa renda

A despeito das aproximações, havia tensões em relação à narrativa de saúde pública. As feministas da época faziam questão de deixar claro que o aborto “*não é apenas um problema de saúde pública*”, como afirma Jacqueline Pitanguy em seu texto *Aborto – Direito de Opção* (1980). As feministas criticavam a autoridade médica por seu caráter, em sua visão, sexista e denunciavam a medicalização dos corpos femininos: no discurso realizado no primeiro ato pela legalização do aborto no Brasil, em 1980, Mary Garcia Castro afirmou que “*O feminismo é contra o poder das instituições – do Estado, da Igreja, do saber constituído, e.g., da medicina – sobre nossos corpos, nossa sexualidade*”.

O início da década de 1980 foi também o momento do surgimento de grupos e coletivos feministas que buscavam familiarizar as mulheres com seus próprios corpos e reduzir sua dependência da autoridade médica para questões ligadas à reprodução e sexualidade, ensinando-as, por exemplo, a realizar o autoexame ginecológico. O jornal *Mulherio* discute as experiências desses grupos no artigo *A Invasão das Bruxas*, de 1984, afirmando que “*Estes relatos mostram o caráter inovador, educativo, contra o autoritarismo do poder médico e de resgate do saber popular, que a maioria das experiências alternativas representam*” (ênfase minha, *Mulherio* nº 19, p. 15). É nesse contexto que a vereadora feminista Clair Castilhos Coelho (Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB/Florianópolis, Santa Catarina) declarava ao jornal *Mulherio*, em 1983, que a população não consegue encarar o aborto “*francamente*”, lamentando que “*As poucas pessoas que acham que deve ser descriminalizado pensam assim por razões médicas e não do ponto de vista da mulher decidir sobre o próprio corpo*” (“Aborto”, *Mulherio* nº 15, setembro/outubro de 1983, p. 3). Contudo, as oportunidades que surgiram ao longo dos anos 1980 e 1990 levaram a que a narrativa de saúde pública ganhasse cada vez mais destaque.

Ao longo dos anos 1980, as feministas buscaram influir nos processos de reelaboração das instituições e leis brasileiras, atuando especialmente no processo constituinte. A despeito de várias conquistas, como a criação do Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNDM) e da garantia do direito ao planejamento familiar na Constituição, seus esforços em relação ao aborto não foram bem-sucedidos. Não só não houve mudança legislativa, como suas tentativas de construir alianças com partidos políticos e com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e de organizar um movimento de massas falharam.

Ao mesmo tempo, havia pontos de convergência e atuação conjunta com atores da área da saúde, particularmente com o movimento pela reforma sanitária. Assim como o movimento feminista, o movimento pela reforma sanitária tinha fortes ligações com a esquerda. Partindo de uma orientação teórica que via saúde e doença em termos de seus determinantes políticos e sociais, portanto estreitamente associados às desigualdades existentes no Brasil, o movimento pela reforma sanitária também pautava suas demandas com base na defesa da justiça social<sup>8</sup>.

Por outro lado, os direitos reprodutivos defendidos pelas feministas, incluindo aí a garantia de acesso a serviços de aborto legal, convergiam para a criação de um sistema de saúde público e de qualidade que atendesse a todos os cidadãos, como defendido pelo movimento de reforma sanitária. Dessa forma, os dois movimentos, que já haviam atuado em conjunto na luta contra a ditadura, também foram aliados na construção de um novo sistema de saúde que contemplasse as demandas de saúde das mulheres<sup>9</sup>.

Assim, a partir de meados da década de 1980, houve uma aproximação estratégica com a área da saúde. Em 1984, ocorreu o 1º Encontro de Saúde da Mulher. Nesse evento, foi lançada a *Carta de Itapeverica*, que afirma que o direito ao aborto é “*questão indissociável da saúde da mulher e de sua liberdade*”. No ano seguinte, houve a primeira menção a uma mobilização especificamente de médicos em prol do direito ao aborto, referente aos casos de “*afecções genéticas graves*”.

Ainda em 1985, o jornal feminista *O Sexo Finalmente Explícito* publicou um artigo de Comba Marques Porto intitulado “*A classe médica e o planejamento familiar*”, em que Porto faz um “*chamamento aos médicos a uma maior participação da discussão*”, afirmando que:

“*O debate sobre o planejamento familiar, atualmente bastante difundido em diversos segmentos da sociedade, deve ser melhor aprofundado junto aos profissionais da área da saúde, sobretudo junto aos médicos que, queiramos ou não, exercem considerável poder ao lidarem diretamente com as pacientes – mulheres – que procuram nas clínicas públicas ou privadas atendimento para suas demandas ginecológicas, mormente no que concerne à reprodução e contracepção*” (*O Sexo Finalmente Explícito*, ano III, nº 5/6, outubro de 1984 a março de 1985, p. 3).

O mesmo jornal, em seu número 8, trouxe um artigo sobre o II Encontro Feminista Latino-americano e do Caribe, realizado em 1985, em Bertioga, São Paulo. No encontro, segundo o jornal:

“(…) falou-se da necessidade de astúcia para conquistarmos a descriminalização do aborto e para mobilizarmos amplamente não só a população feminina mas também o apoio da classe médica. Avaliou-se que, embora o processo de discussão da lei (Lei Estadual nº 832/1985) tenha aberto canais nessa categoria, há um enorme contingente de médicos que seriam favoráveis à lei e que não foram alcançados ou que não se pronunciaram” (“Saudades de Bertioga”, *O Sexo Finalmente Explícito*, ano IV, nº 8, julho/1985 a janeiro/1986, p. 4).

Acompanhando essa avaliação estratégica, a narrativa de saúde pública passou a aparecer com maior frequência entre os documentos analisados ao longo dos anos 1980, o que pode ser visto na Figura 1.

## A nova Constituição e a maior cooperação com a área da saúde

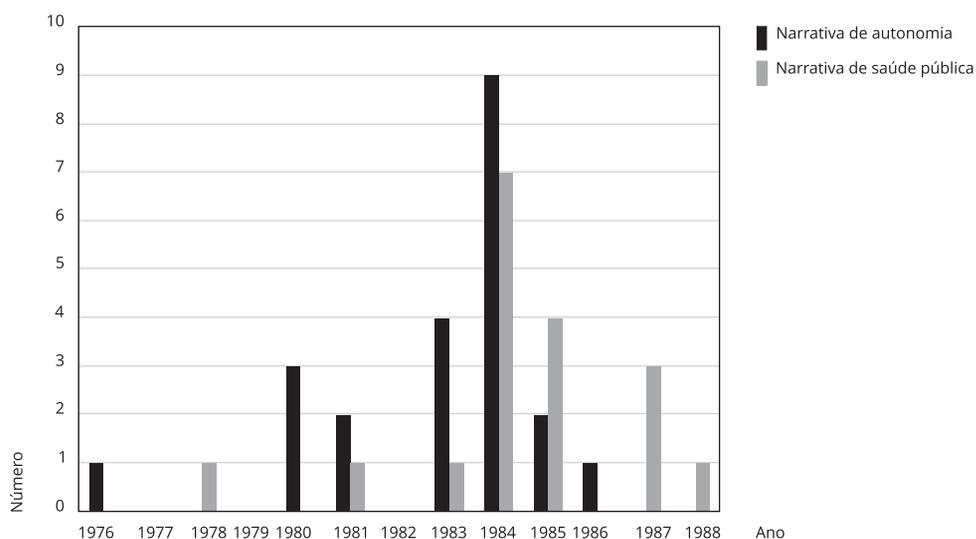
O segundo período analisado neste artigo é marcado pelas transformações inauguradas pela nova Constituição e, em particular, pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse novo contexto possibilitou a criação do primeiro serviço de aborto legal, em 1989, no Município de São Paulo, criado a partir de uma portaria editada pela prefeita Luiza Erundina (Partido dos Trabalhadores – PT) e idealizada por Maria José de Oliveira Araújo, médica feminista membro de seu governo.

Entidades ligadas ao movimento feminista também buscaram atuar nas instâncias de participação social da saúde desde pelo menos os anos 1980<sup>9</sup>. A construção de alianças dentro desses espaços foi o que possibilitou a expansão dos serviços de aborto legal no Brasil. A partir dos anos 1990, as feministas passaram a contar com o apoio da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), que passou também a defender a criação de serviços de aborto legal. Em 1997, representantes da Febrasgo e de organizações do movimento feminista atuaram de forma conjunta na Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher, do CNS, para que o conselho editasse uma resolução exigindo a implantação de serviços de aborto às vítimas de violência sexual<sup>7</sup>.

Em resposta, em 1999, o Ministério da Saúde editou uma Norma Técnica (NT), que descrevia os procedimentos e critérios para a realização de aborto no SUS em casos de gravidez resultante

**Figura 1**

Documentos feministas segundo a principal narrativa, 1976-1988.



de estupro. A partir da edição na NT, houve um aumento significativo no número desses serviços: passaram de oito em 1998 a 44 em 2002<sup>7</sup>.

Essa atuação bem-sucedida constitui uma nova estratégia das feministas, articulada a partir do fim da década de 1980. Já no primeiro período analisado neste artigo, os documentos apontavam a necessidade de “fazer valer” a possibilidade de aborto em casos de estupro prevista no *Código Penal*. Contudo, é nesse segundo período que essa demanda se descola da defesa mais geral do direito ao aborto e se torna o objeto de uma narrativa específica, a de violência sexual, resumida no Quadro 3.

Ao contrário das demais narrativas analisadas aqui, a de violência sexual se baseia na legislação já existente no Brasil. Segundo essa narrativa, haveria um direito ao aborto em casos de estupro, estabelecido ainda em 1940, no *Código Penal*, mas que nunca fora efetivado devido à ausência de serviços de aborto legal. Assim, seria obrigação do Estado garantir a todas as mulheres e meninas vítimas de violência sexual o acesso ao aborto, caso elas o desejassem. Além do *Código Penal*, a narrativa de violência sexual se apoia também na *Constituição Federal* de 1988 e na criação do SUS, especificamente no dever do Estado de garantir a saúde a todos os cidadãos. Como visto, a garantia do acesso ao serviço de aborto, e não apenas à legalização da interrupção da gravidez, era a maior preocupação estratégica das feministas. A definição da saúde como dever do Estado tornou-se, então, um ponto-chave em todas as narrativas desse segundo período.

As vítimas dessa narrativa são as mulheres e meninas que sofrem violência sexual. Nos documentos, elas são vítimas duplas: primeiro, da violência sexual em si; depois, da gravidez indesejada. A gravidez decorrente do estupro revitimizaria essas mulheres e meninas, especialmente quando encontram dificuldades em acessar o aborto legal. O trecho seguinte expressa essa caracterização da dupla vitimização:

*“Em relação às consequências da violência sexual deferida contra a mulher, a gravidez destaca-se pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas sofridas durante e após a gestação. Em decorrência desta violência, a gestação indesejada ou forçada é encarada como uma segunda violência”* (PL nº 4725/2009).

Da mesma forma que há uma dupla vitimização, há também dois vilões na narrativa: por um lado, os agressores sexuais ou, de forma mais geral, a estrutura de desigualdade de gênero que leva à violência sexual; por outro, aqueles que procuram impedir as mulheres de terem acesso ao aborto, revitimizando-as. O foco, nesse segundo grupo, são os deputados conservadores que apresentam projetos de lei com o intuito de restringir ou eliminar o direito ao aborto em casos de estupro.

Assim, a moral da história é que o Estado deve cumprir seu dever de garantir os direitos tanto à saúde quanto à interrupção da gravidez por meio dos serviços de aborto legal do SUS. Um ponto importante da narrativa é, portanto, estabelecer uma ligação do direito ao aborto em casos de

### Quadro 3

Elementos das narrativas de violência sexual e anencefalia.

Elementos	Narrativa de violência sexual	Narrativa de anencefalia
Vítimas	Mulheres e meninas que sofreram violência sexual	Grávidas de fetos anencefálicos
Vilões	Agressores/deputados conservadores	O Estado
Protagonistas	Mulheres	Médicos
Definição do problema	Impedir a interrupção de gravidezes decorrentes de estupro é uma revitimização, uma nova violação dos direitos das mulheres	O feto anencefálico não pode sobreviver ao parto. Portanto, não há aborto, porque a interrupção da gravidez não causa a morte do feto. Forçar as mulheres a levarem essas gravidezes a termo é tortura
Moral da história	O aborto deve estar disponível no serviço público para as vítimas de violência sexual	O aborto deve ser permitido nos casos de anencefalia

estupro com o direito à saúde – dos 20 documentos em que a narrativa principal é a da violência sexual, 11 situam o aborto dentre as necessidades de saúde das mulheres, ou descrevem os impactos negativos à saúde de um aborto feito em condições inadequadas. A importância da ligação com a área da saúde para essa narrativa se vê também pelas alianças formadas com setores da saúde e pela atuação dentro das instâncias da saúde pública que levaram à criação dos serviços de aborto legal, conforme já descrito.

A despeito da importância da área da saúde nessa narrativa, são as mulheres e meninas que sofrem violência sexual as protagonistas. Esse protagonismo é expresso de forma ainda mais contundente a partir de 2005, quando a NT foi reeditada, retirando a exigência de apresentação de boletim de ocorrência para a realização do aborto nos serviços de aborto legal. Assim, os documentos enfatizam que não há autoridade superior à própria mulher, cuja palavra basta para que o aborto seja realizado.

*“Para a prática do abortamento legal, sentimental, ético ou humanitário, não há necessidade de decisão judicial afirmando a ocorrência do estupro ou de qualquer outro crime contra a dignidade sexual. Logo, não há necessidade de autorização judicial nem de uma sentença condenando o autor do crime sexual”* (Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual, 2011).

Se essa narrativa retira as mulheres da autoridade médica, aqui subordinada à vontade expressa da mulher pelo aborto, ela se diferencia da narrativa de autonomia pela sua ênfase na caracterização das mulheres como vítimas. É verdade que as mulheres são as vítimas em todas as narrativas discutidas neste artigo, mas há uma diferença importante. Enquanto nas demais narrativas as mulheres são vítimas da proibição do aborto e de suas consequências, na narrativa de violência sexual as mulheres são vítimas duplas: primeiro da violência sexual, depois da falta de acesso ao aborto. A obrigação do Estado de fornecer os serviços de aborto está atrelada à segunda dimensão, mas o direito à interrupção da gravidez em si está atrelado à primeira. É a vitimização dessas mulheres e meninas que lhes confere esse direito e também seu protagonismo.

Essa relação entre a vitimização e o direito ao aborto não é nova, nem está restrita ao caso brasileiro. Como Htun <sup>1</sup> (p. 145) aponta, no início do século XX, o debate sobre o aborto no Brasil foi influenciado *“por um crescente movimento internacional em prol do aborto ‘compassivo’ provocado pelo estupro em massa de mulheres por exércitos invasores durante a Primeira Guerra Mundial”*. O Código Penal brasileiro se inspirou no argentino, o primeiro da região a permitir o aborto nesses casos, com o objetivo de *“proteger as mulheres da angústia de criar filhos dos homens que as haviam agredido”* <sup>1</sup> (p. 145).

Essa justificativa, ainda que progressista para a época, não se encaixa nos termos da defesa feminista do aborto que começaria a ser elaborada em países desenvolvidos nos anos 1960. Tem-se assim um direito embasado no sofrimento e na compaixão, ao invés das ideias de autonomia corporal ou direitos reprodutivos desenvolvidas pelas feministas. Contudo, a existência dessa exceção na lei é também uma oportunidade para a garantia do acesso ao aborto. Assim, a narrativa de violência sexual busca colocar o aborto em casos de estupro como um direito já adquirido, enfatizando o protagonismo das mulheres na tomada dessa decisão, sem questionar a lógica que fundamenta a existência dessa exceção.

O sucesso obtido dentro da área da saúde, com a criação dos serviços de aborto legal, contrasta com a perda de influência das feministas no Estado ao longo dos anos 1990, período em que o CNDM foi totalmente enfraquecido, ao mesmo tempo em que houve um crescimento de forças conservadoras no Congresso Nacional, particularmente de grupos opostos ao direito ao aborto <sup>10</sup>.

Essa tendência pareceu reverter no início do governo Lula, com ganhos importantes, como a criação da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Contudo, as tensões entre o PT e o movimento feminista, em grande medida centradas na questão do aborto, começaram no primeiro mandato de Lula. Em meio à crise política instaurada pelas denúncias do esquema de corrupção denominado *“mensalão”*, o governo buscou apoio de grupos conservadores, prometendo, em troca, pôr fim a uma proposta de legalização do aborto nas primeiras 12 semanas que havia sido elaborada por uma comissão convocada pela Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Alguns anos depois, nas eleições presidenciais de 2010, o aborto foi uma questão central, objeto de ataques contra a então candidata Dilma Rousseff, que, em resposta, se comprometeu publicamente a não legalizá-lo, caso eleita. Durante o primeiro mandato de Rousseff, o tema do aborto, ao lado da inclusão de discussões de gênero no Plano Nacional de Educação, tornou-se foco das tensões do movimento feminista com o governo, dependente de alianças com grupos conservadores no Congresso Nacional <sup>11</sup>. Já a Secretaria Especial

de Políticas para Mulheres, após várias mudanças institucionais, foi incluída no Ministério da Justiça, já sem o status ou orçamento original.

O descompasso entre avanços na área da saúde e retrocessos na relação com o Estado fica evidente com um fato ocorrido em 2013, portanto, em meio às tensões com o governo Dilma. Nesse ano, o Conselho Federal de Medicina e os 27 Conselhos Regionais de Medicina se manifestaram em defesa da ampliação do direito ao aborto. Entre as razões citadas para essa decisão estavam o “respeito à autonomia da mulher e do médico”, o impacto do aborto clandestino na saúde pública e a “dimensão social” deste impacto, posto que afeta diferentemente mulheres dependendo de seu nível de renda – ou seja, uma decisão justificada por meio da narrativa de saúde pública.

Essa narrativa não só é a mais frequente no conjunto de documentos como é a que predomina tanto entre os documentos feministas como, especialmente, nos governamentais (Tabela 2). Dessa forma, pode-se afirmar que há uma institucionalização da narrativa de saúde pública, na medida em que ela se torna a principal usada pela coalizão pró-direito ao aborto e, especialmente, a principal narrativa a orientar as políticas públicas voltadas para o aborto no Brasil.

A narrativa de autonomia, por outro lado, perde importância. A despeito de ser a segunda mais frequente no conjunto de documentos, é a menos representada entre os documentos governamentais, sendo a principal de apenas um. De todas as narrativas analisadas, portanto, a de autonomia foi a menos capaz de embasar alterações nas políticas públicas sobre o aborto.

### A narrativa de anencefalia e o surgimento de uma nova via de atuação

Há ainda uma última narrativa que surgiu nesse período, referente ao aborto em casos de anencefalia, e desenvolvida sobretudo a partir da apresentação da *Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental* (ADPF) nº 54 ao Supremo Tribunal Federal (STF) em 2004. A ADPF, que argumentava que a proibição do aborto em casos de anencefalia feria os direitos das mulheres à dignidade, à saúde e a não sofrer tortura, foi bem sucedida: o STF decidiu, em 2012, autorizar o aborto nesses casos.

Os elementos da narrativa de anencefalia estão resumidos no Quadro 3. Uma diferença importante dessa narrativa em relação às demais é o foco na caracterização do feto anencefálico como desprovido de direitos, por tratar-se de uma má-formação incompatível com a vida, algo que aparece em 14 dos 15 documentos cuja narrativa principal é a de anencefalia. Em contraposição, apenas quatro dos 45 documentos com a narrativa de saúde pública, sete dos 29 com a narrativa de autonomia e três dos 20 documentos com a narrativa de violência sexual questionam o status do feto como pessoa dotada de direitos.

Para essa caracterização do feto anencefálico os documentos remetem à literatura da área médica para descrever a anencefalia e caracterizá-la como incurável e fatal em todos os casos. Assim, no documento *Anencefalia: o Pensamento Brasileiro em sua Pluralidade* (2004), produzido pela Anis, afirma-se que

**Tabela 2**

Documentos do segundo período (1989-2016) de acordo com a natureza e a narrativa principal.

Narrativa principal	Documentos feministas	Documentos governamentais	Projetos de lei	Total
Autonomia	19	1	9	29
Saúde pública	32	7	6	45
Violência sexual	13	3	4	20
Anencefalia	5	2	8	15
Sem classificação	6	0	6	12
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>13</b>	<b>32</b>	<b>109</b>

Nota: alguns documentos foram classificados como contendo duas narrativas principais.

“não há nenhuma cura para a anencefalia. Não há nenhuma perspectiva de tratamento ou sobrevida para um feto com anencefalia” (p. 18). O feto anencefálico é descrito em vários documentos como um “natimorto cerebral” e a anencefalia é equiparada à morte cerebral.

Como consequência dessa caracterização do feto, os documentos afirmam que não se trata, nesses casos, de aborto, mas sim de “antecipação terapêutica do parto”. A ADPF explica essa diferença da seguinte forma:

“O aborto é descrito pela doutrina especializada como “a interrupção da gravidez com a consequente morte do feto (...)”. Vale dizer: a morte deve ser resultado direto dos meios abortivos, sendo imprescindível tanto a comprovação da relação causal como a potencialidade de vida extra-uterina do feto. Não é o que ocorre na antecipação do parto de um feto anencefálico. Com efeito, a morte do feto nesses casos decorre da má-formação congênita, sendo certa e inevitável ainda que decorridos os 9 meses normais de gestação” (ADPF nº 54, 2004).

A centralidade da discussão sobre o status do feto e seu impacto na caracterização da interrupção da gravidez não só diferenciam a narrativa da anencefalia das demais narrativas discutidas neste artigo, como apontam para outro elemento-chave desta narrativa: os protagonistas. Como em todos os textos discutidos aqui, os que apresentam a narrativa da anencefalia afirmam que a decisão sobre levar ou não uma gravidez a termo deve caber apenas à mulher. Contudo, a condição de possibilidade dessa escolha, assim como na narrativa de saúde pública, é o aval da autoridade médica. É essa autoridade que fornece a comprovação da gravidez e incurabilidade da anencefalia e é o diagnóstico fornecido pela autoridade médica em cada caso específico que confere às mulheres a possibilidade legal de interromper a gestação.

O protagonismo da autoridade médica também aparece de outra forma. Os documentos afirmam que a possibilidade de aborto em casos de anencefalia só não estava prevista no *Código Penal* porque a tecnologia da época não possibilitava o diagnóstico e, uma vez esta tecnologia foi desenvolvida, a legislação deve necessariamente ser alterada para refletir este avanço. Essa ideia é claramente expressa no trecho a seguir:

“Note-se, a propósito, que a hipótese em exame só não foi expressamente abrigada no art. 128 do *Código Penal* como excludente de punibilidade (...) porque em 1940, quando editada a Parte Especial daquele diploma, a tecnologia existente não possibilitava o diagnóstico preciso de anomalias fetais incompatíveis com a vida. Não se pode permitir, todavia, que o anacronismo da legislação penal impeça o resguardo de direitos fundamentais consagrados pela Constituição, privilegiando-se o positivismo exacerbado em detrimento da interpretação evolutiva e dos fins visados pela norma” (ADPF 54, 2004).

Comparando as quatro narrativas pró-direito ao aborto discutidas aqui, vemos pontos em comum importantes, especialmente a centralidade da preocupação com a garantia do acesso a serviços de aborto e a defesa da justiça social. Já os protagonistas dividem as narrativas em dois grupos: de um lado, as de saúde pública e anencefalia, que atribuem à autoridade médica o protagonismo; do outro, as de autonomia e violência sexual, que conferem esse papel às mulheres. Como já dito, em todos os documentos afirma-se que é a mulher, e apenas ela, quem deve decidir se leva ou não adiante uma gravidez. Contudo, os termos em que essa escolha é fundamentada nas narrativas de saúde pública e anencefalia circunscrevem um espaço de autonomia ditado pelas regras da autoridade médica. Mesmo no caso da violência sexual, em que o direito das mulheres de escolher é colocado acima de qualquer outra consideração, essa autonomia ainda assim está embasada em noções de sofrimento e compaixão, que não refletem as demandas por autonomia expressas nos textos feministas.

## Conclusões

Tendo em vista a oposição tanto da opinião pública quanto da maioria dos parlamentares, a fraca institucionalização das demandas feministas no Estado, bem como a falta de apoio de outros setores, a saúde surgiu como o campo mais receptivo à demanda pelo direito ao aborto. A construção do SUS e a consolidação dos grupos ligados ao movimento pela reforma sanitária no Estado criaram oportunidades para a atuação das feministas e seus aliados. Houve, assim, uma institucionalização da narrativa de saúde pública, tanto por ter se tornado a principal narrativa da coalizão pró-direito ao aborto quanto por ser a principal narrativa contida nos documentos que embasam as políticas públicas para aborto no Brasil. Essa institucionalização, por sua vez, restringe as opções de atuação futura da coalizão. O

abandono dessa narrativa poderia colocar em risco a coalizão com a área da saúde, ao mesmo tempo em que a estrutura existente de políticas públicas para o aborto cria limites para narrativas futuras. Da mesma forma que a narrativa de violência sexual tem de partir de uma lógica, presente no *Código Penal*, que diferencia os casos de estupro das demais situações de gravidez indesejada com base em uma visão de sofrimento e compaixão, esforços futuros de legalização do aborto precisarão partir dos documentos de políticas públicas já existentes – e das narrativas que eles contêm.

Os custos de abandono podem explicar, ao menos em parte, por que a narrativa de saúde pública segue sendo a principal da coalizão pró-direito ao aborto, a despeito de não ter conseguido convencer a opinião pública, nem gerar quaisquer ganhos desde 2005. A adoção das narrativas de violência sexual e anencefalia não resolve esse impasse, pois estas dizem respeito ao aborto em circunstâncias específicas, não podendo, portanto, embasar uma demanda pela legalização total da prática. Resta esperar os resultados de ações correntes, como a ADPF 442, que tem por objetivo a legalização do aborto até a 12ª semana de gestação, e as respostas da coalizão pró-direito ao aborto às mudanças futuras nas estruturas de oportunidade relativas ao aborto.

## Agradecimentos

Ao Programa de Pós-graduação de Ciência Política, Universidade de São Paulo, no qual a pesquisa foi desenvolvida e, sobretudo, à minha orientadora, Elizabeth Balbachevsky. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento da pesquisa. Às pareceristas, pelas contribuições generosas.

## Informação adicional

ORCID: Thais Medina Coeli Rochel de Camargo (0000-0002-9006-6526).

## Referências

1. Htun M. Sex and the State: abortion, divorce, and the family under Latin American dictatorships and democracies. New York: Cambridge University Press; 2003.
2. Jones MD, McBeth MK, Shanahan EA. Introducing the narrative policy framework. In: Jones MD, Shanahan EA, McBeth MK, editors. The science of stories: applications of the narrative policy framework in public policy analysis. New York: Palgrave Macmillan; 2014. p. 1-25.
3. Camargo TMCR. Narrativas de políticas sobre aborto no Brasil: uma análise a partir do *narrative policy framework* [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018.
4. Sarti CA. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. Revista Estudos Feministas 2004; 12:35-50.
5. Goldberg-Salinas A. Brésiliennes en exil: de femmes migrantes à féministes étrangères. Les Cahiers du CEDREF 2000; 8:43-66.
6. Ferree MM. Resonance and radicalism: feminist framing in the abortion debates of the United States and Germany. Am J Sociol 2003; 109:304-44.
7. Villella WV, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. Cad Saúde Pública 2007; 23:471-5.
8. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciênc Saúde Colet 2009; 14:743-52.
9. Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. Ciênc Saúde Colet 2009; 14:1073-83.
10. Rocha MIB. A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese. Rev Bras Estud Popul 2003; 23:369-74.
11. Machado LZ. Feminismos brasileiros nas relações com o Estado: contextos e incertezas. Cadernos Pagu 2016; 47:e16471.

## Abstract

*The article explores pro-abortion rights narratives in Brazil based on the narrative policy framework (NPF). I analyzed pro-abortion rights documents written by feminist activists from 1976 to 1988 and documents from feminist organizations, law proposals and policy documents regarding abortions produced between 1989 and 2016. I carried out a content analysis of both sets of documents using the OpenLogos software. Findings show that feminists made a strategic choice in favor of a public health narrative so as to expand the pro-abortion rights coalition through inclusion of actors from the health sector. The alliance with the health sector led to achievements, such as the creation of the first legal abortion services and the inclusion of anencephaly among the cases in which abortion is permitted. The public health narrative was, therefore, institutionalized, becoming both the main narrative employed by the coalition and the main narrative found in policy documents. This institutionalization is a goal for advocacy coalitions, but also imposes limits to their future work, since abandoning an institutionalized narrative may risk the coalition, while future demands must be formulated within the already-existing public policy structure.*

*Abortion; Public Policy; Qualitative Research*

## Resumen

*El artículo investiga los relatos pro-derecho al aborto en Brasil, basándose en la narrative policy framework (NPF). Se analizaron documentos pro-derecho al aborto elaborados por activistas feministas entre 1976 y 1988 y documentos de organizaciones feministas, proyectos de leyes y documentos de políticas públicas sobre el aborto, referentes al período de 1989 a 2016. Se realizó un análisis de contenido de los dos conjuntos de documentos usando el software OpenLogos. Los resultados de la investigación revelan que las feministas escogieron estratégicamente un relato de salud pública para que se expandiera la coalición pro-derecho al aborto, mediante la inclusión de actores del área de la salud. La alianza con la salud condujo a conquistas para la coalición, con la creación de servicios de aborto legal y la inclusión de la anencefalia entre los casos en los que se permite el aborto. El relato de salud pública fue, de esta forma, institucionalizado, convirtiéndose tanto en el principal relato de la coalición, como en el relato principal contenido en los documentos de políticas públicas. Esta institucionalización es un objetivo de la actuación de las coaliciones de militantes, así como también impone límites a su actuación futura, ya que su abandono puede poner en riesgo la coalición, al mismo tiempo en que las demandas futuras se han de elaborar a partir de la estructura de políticas públicas ya existentes.*

*Aborto; Política Pública; Investigación Cualitativa*

---

Recebido em 28/Set/2018  
Versão final reapresentada em 07/Mai/2019  
Aprovado em 20/Mai/2019