

# **TÃO PERTO (BRASIL E URUGUAI), TÃO LONGE (O DIREITO AO ABORTO): REFLEXÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA LEI DE INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ<sup>1</sup>**

*Maurílio Castro de Matos*

O presente artigo pretende investigar a implementação da lei que garante o acesso ao aborto no Uruguai por livre escolha da mulher até a décima-segunda semana de gestação, para tanto apresenta alguns elementos da trajetória histórica que possibilitou essa conquista, com vistas a analisar como vem se dando a garantia desse direito nos serviços de saúde. As reflexões aqui empreendidas partem de atividades de campo realizadas no Uruguai, como parte do projeto “Nas trilhas do direito ao aborto na América Latina e Caribe”, que investiga como se dá na realidade o acesso a interrupção da gestação por livre escolha da mulher onde tal direito é garantido.

O debate sobre o aborto é um dos mais interditos na nossa realidade. Muitas das vezes quando se inicia uma reflexão sobre o assunto, a conversa logo caminha por entre ser contra ou a favor de sua descriminalização, não explorando as nuances que envolvem as escolhas que as mulheres realizam quando decidem seguir ou não com uma gestação. Na verdade, somente quem acompanhou, buscando o exercício ético da alteridade, alguma reflexão dessas mulheres - seja no trabalho ou na convivência privada - sabe da complexidade de variáveis que as atravessam quando decidem por interromper uma gestação. Essas questões, vivenciadas na singularidade de cada mulher, não cabem na reduzida polarização entre ser favorável ou contrário à legalização do aborto, muito menos na ideia, de que essa mulher, que nesse momento opta por um aborto, não seja favorável à vida. Aliás, a auto-intitulação pró-vida dos movimentos contrários a legalização do aborto é cruel. Pois de que vida estão falando? Das

---

<sup>1</sup> DOI-10.29388/978-65-81417-31-4-0-f.225-244

mulheres que morrem em virtude da clandestinidade? Do julgamento moral que sofrem? Das sequelas em sua saúde que várias arrastam pela vida?

Ademais, enquanto se interdita o debate, ou seja, a necessária conversa franca sobre o assunto, contribuindo assim para a manutenção no Brasil da legislação repressora, isso não impede a realização dos abortos. Por exemplo, é de conhecimento de quem trabalha em emergências hospitalares o quanto é cotidiano o atendimento a mulheres com complicações derivadas de um abortamento incompleto, alguns destes realizados no marco da clandestinidade. Afinal, conforme apontam diversas pesquisas, não é a existência de uma lei punitiva que interdita a realização de abortos.

Na perspectiva de uma ampliação da discussão, com direito ao debate sobre diferentes posicionamentos, conforme se acredita que seja uma atividade própria da democracia, é que esse capítulo se insere. Acreditamos que o contato com realidades onde esse direito é estabelecido pode contribuir para que no Brasil avancemos da falsa polarização entre ser contra ou favorável à legalização do aborto, a partir de estudos de realidades concretas.

## **1. NOTAS SOBRE A QUESTÃO DO ABORTO NO URUGUAI**

O país possui uma história de lutas pelo domínio do seu território, primeiramente durante a colonização, entre Espanha e Portugal. E, posteriormente, entre a Argentina e o Brasil. Em 1828 é fundada a República Oriental do Uruguai. Durante a república a disputa se deu entre *colorados* (liberais) e *blancos* (conservadores). Entre 1973 e 1985 o país sofreu com a Ditadura Militar, na mesma direção que os países vizinhos do Cone Sul. E entre 2005 e 2020 foi por três vezes governado pela Frente Ampla, uma coalizão de esquerda que promoveu um crescimento do país e importantes reformas no avanço dos direitos da classe trabalhadora.

Trata-se de um país do extremo Sul do continente americano, que possui fronteira com o Brasil e com a Argentina. Segundo dados de 2020 possui 3,92 milhões de habitantes, distribuídos em seus 19 estados, mas com grande concentração em Montevidéu, a capital, onde vivem aproximadamente 1,8 milhões de pessoas. O país é conhecido por ter um dos maiores PIB per capita na América do Sul e a melhor qualidade de vida

da América Latina.

No que se refere a trajetória da luta pelo direito ao aborto no Uruguai, podemos delimitar três momentos históricos que iluminam o debate sobre o tema, que desenvolveremos a seguir.

### 1.1. A LEGALIZAÇÃO DO ABORTO EM 1934

O aborto foi legalizado no Uruguai entre 1934 e 1938 e podia ser realizado em qualquer período gestacional, sem alegação de motivos por parte da mulher. O país foi o segundo, após a União Soviética, a legalizar o aborto, tendo uma legislação mais liberal que o país comunista (MATOS, 2018). Tal precedente foi inscrito no Código Penal, aprovado em dezembro de 1933, que também legalizou a eutanásia. A aprovação se deu em um contexto turbulento, pois em 1933 o presidente da república, Gabriel Terra, deu um golpe de Estado, sendo o Código aprovado no Congresso de portas fechadas (SAPRIZA, 2011).

O Código, conhecido como “Irureta Goyena”, vinha sendo elaborado antes do golpe de Estado. Sua alcunha provém do sobrenome do jurista que o elaborou e que integrava a direção conservadora *antiballista*, sendo também fundador da Federação rural.

Desses fatos, podemos perguntar, como foi possível haver esse avanço nos direitos humanos em um contexto conservador, levando em consideração tanto o golpe como o perfil do jurista que o elaborou?

Em Sapriza (2011) podemos encontrar alguns indícios. O Código demorou aproximadamente três anos para ser elaborado, sendo esse um período progressista no Uruguai, a exemplo da conquista do voto feminino em 1932. Era de conhecimento público a realização de abortos no país no início do século XX. Há exemplos de anúncios subliminares em jornais para a realização de abortos por parteiras e também registros de denúncias dessa prática nos congressos de medicina. Portanto, diz a autora, que o aborto era utilizado como método contraceptivo e as condições de sua realização um debate público.

Assim que o código foi aprovado, intensificou-se o debate. Irureta Goyena afirmou que moralmente era contra o aborto, mas que juridicamente era possível a sua legalização, pois para haver um sujeito de direitos

não basta a existência de um ser fisiológico, ainda mais sendo este dependente da estrutura fisiológica de outra pessoa (SAPRIZA, 2011, p. 36-37). Em contrapartida, o Ministério da Saúde proibiu a realização de abortos em suas instituições, bem como interditou o direito das parteiras o realizarem. Durante o curto período entre 1934-38, a lei favoreceu apenas às mulheres que podiam pagar pelo aborto em clínicas privadas e com profissionais da medicina.

Sapriza (2011) entende que a legalização do aborto proposta no Código, expressa uma medida eugênica. Afirma que mesmo não tendo efeito universalizado, pois a classe trabalhadora pouco pôde usufruir desse direito em virtude de sua comercialização, isso não exclui a intenção que, segundo a autora, não foi adiante em virtude da mudança de rota da política nacional com o golpe de Terra, em 1933. O que se sabe é que na época já havia essa acusação, tanto que o Comitê Uruguaio de Eugenia e Homicultura, em 1935, negou tal ação.

O fato é que nesse período a lei foi pouco implementada e bastante debatida, inclusive nos jornais da época, com posicionamentos favoráveis e contrários a mudança do Código Penal.

Em 1938, foi aprovada a lei 9.763, que permitia o aborto apenas em caso de problemas econômicos, saúde da mulher e estupro. Segundo Rostagnol (2016), a própria existência dos precedentes na lei, da década de 1930, pode ser entendida na história como uma sensibilidade para a questão do aborto no país. A lei vigorou até 2012, embora pouco usada, tanto na sua aplicação criminalizadora, como na inexistência de serviços de aborto legal no Uruguai (ABRACINSKAS; GÓMEZ, 2004).

## **1.2. A LUTA PELA LEGALIZAÇÃO DO ABORTO APÓS A RE-ABERTURA POLÍTICA E O PAPEL ESTRATÉGICO DA PORTARIA 369/2004 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA**

Desde a redemocratização política, como fim da ditadura militar em 1985, o debate sobre o aborto pode ser retomado no Uruguai como expressão da rearticulação do movimento feminista. A cada legislatura, projetos de lei foram apresentados para a sua legalização. Estes eram debatidos em comissões, mas avançavam pouco dentro do Congresso Nacional.

Em 2001, com a divulgação na mídia da morte de mulheres vítimas de abortamentos inseguros, o debate sobre a legalização do aborto ganhou espaço no debate público e a sua defesa foi ampliada com a participação dos/as profissionais de saúde. Nesse contexto, foi aprovado o projeto de lei de Defesa da Saúde Reprodutiva na Câmara dos Deputados, embora este tenha sido rejeitado pelo Senado no ano eleitoral de 2004 (ABRACINSKAS; GÓMEZ, 2004; JOHNSON; ROCHA; SCHENK, 2015; ROSTAGNOL, 2016).

Em 2008, o Congresso Nacional do Uruguai aprovou o projeto de lei Defesa do direito à saúde sexual e reprodutiva. Entretanto, toda a parte que se referia à legalização do aborto,<sup>2</sup> não foi sancionada pelo presidente à época, Tabaré Vázquez. Os motivos indicados para seu veto foram de que países que legalizaram o aborto viram os números de abortamento triplicados; ainda, que há vida desde a concepção e, portanto, tal decisão iria ferir vários pactos e leis de defesa da infância cujo o Uruguai é signatário. Argumentos estes, infelizmente, sem comprovação científica.

O veto recuperava um argumento conservador e retórico baseado na importância de dar melhores condições para a mulher carente e solteira cuidar do lar e de seus filhos/as. Também afirmava que desrespeitava a objeção de consciência de profissionais (ao não permitir mudança de opinião destes/as) e das instituições que, historicamente atuando no país, teriam de realizar a interrupção da gravidez mesmo que discordassem. Sobre esses dois últimos argumentos o veto confunde e não auxilia no debate necessário, e que deve ser respeitado, sobre profissionais objetores/as de consciência.

Após o veto, houve a maior manifestação pública contrária ao primeiro governo de Tabaré Vasquez, eleito por uma coalizão de esquerda denominada Frente Ampla. Essa coalizão governou o Uruguai por mais dois mandatos consecutivos.

---

<sup>2</sup> Neste projeto estava previsto o direito da mulher de interromper a gravidez até a décima segunda semana de gestação, para tanto precisaria ir a uma consulta médica e apresentar os motivos para sua solicitação. Ao médico caberia apoiar e informar sobre o procedimento, indicando também outras possibilidades, como a adoção, bem como registrar o atendimento no prontuário da usuária. Fora do prazo de doze semanas o aborto poderia ser realizado em casa de risco de saúde ou morte da mulher, estupro ou má formação fetal que inviabilizasse a vida extrauterina. Sendo que nesses casos o profissional de medicina também teria que solicitar a autorização do Comitê de Ética da Instituição. Mulheres consideradas incapazes necessitariam de autorização do poder judiciário.

Em 2012, o aborto por livre escolha da mulher foi novamente aprovado no Congresso Nacional e sancionado pelo presidente José Mujica, segundo governo da Frente Ampla. Mujica cumpriu promessa de campanha de que, caso aprovado no Congresso Nacional, não vetaria a lei.

Durante esse processo histórico aqui sumariado, cabe ressaltar a importância da Portaria 369 de 2004, do Ministério da Saúde Pública, que trata do assessoramento para a maternidade segura e medidas de proteção materna frente ao aborto provocado em condições de risco. Tal portaria instituiu a consulta de assessoria pré e pós aborto nos serviços de saúde.

Ainda que a Portaria 369 de 2004 não tenha sido implementada em todo o país, a legalidade da orientação sobre aborto – mesmo não havendo a disponibilização de medicação e muito menos a realização da interrupção da gestação – promoveu a entrada legal do debate sobre o aborto nos serviços de saúde, bem como a redução de complicações e mortes em decorrência de abortos.

A existência da portaria 369 possibilitou que a assessoria pudesse ser implantada num dos maiores hospitais do país, que fica na capital, onde vive grande parte da população residente no país, o Hospital Pereira Rossell, que integra o Centro Hospitalar Pereira Rossell, composto também pelo Hospital da Mulher.

No Hospital da Mulher, sob a coordenação do médico e professor Leonel Briozzo, que era vice-ministro da Saúde quando da aprovação da lei em 2012, foi garantida a assessoria prevista na portaria e criado em 2007 o primeiro “Serviço de Saúde Sexual e Reprodutiva” do país. Também foram formados/as vários/as profissionais que hoje trabalham na implementação da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), uma vez que é campo de estágio da Universidade de la República (UdelaR). Cabe ainda ressaltar a criação da ONG Iniciativas Sanitárias em 2001, que funciona nas dependências do Hospital da Mulher. Essa organização tem importante intervenção na garantia dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, realizando diversas capacitações. Em 2005, contribuiu para a difusão da portaria 369/2004, do Ministério da Saúde Pública, em 2010, sobre a Lei 18.426/2008 de Defesa do direito à saúde sexual reprodutiva, que incorporou a portaria 369/2004, e também promoveu nova capacitação quando da aprovação da lei 18.987/2012 que garante a IVG. A organização Iniciativas Sanitárias é considerada expressão da aliança de

profissionais da área da saúde com o movimento feminista na luta pelo direito à legalização do aborto.

### **1.3. A LEI 18.987/2012 QUE GARANTE A INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ**

O aborto por livre escolha da mulher é garantido no Uruguai desde 2012, por meio da Lei 18.987, podendo ser realizado até a décima segunda semana de gestação.<sup>3</sup>

O procedimento para a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) é considerado “[...] um ato médico sem valor comercial.” (URUGUAY, 2012), devendo ser realizado no Sistema Nacional Integrado de Saúde.

A Constituição uruguaia estabelece o dever do Estado em regular todos os assuntos referentes à saúde e sua responsabilidade na garantia da prestação dos serviços de saúde para todos/as que careçam de renda para tal, independentemente de sua nacionalidade<sup>4</sup>. Assim, cidadãos e cidadãs que trabalhem formalmente e recebam acima de determinado valor, precisam, necessariamente, escolher uma instituição para se filiarem e contribuem diretamente, com desconto em seus vencimentos para a FONASA - Fundo Nacional de Saúde, que também recebe aportes do empregador e do Estado. O FONASA que financia os serviços do Sistema Nacional Integrado de Saúde.

O Sistema Nacional Integrado de Saúde é composto por dois subsetores, público e privado. No primeiro subsetor, os serviços são prestados pela rede vinculada a Administração dos Serviços de Saúde do Estado (ASSE), que reúne em torno de 66 serviços de saúde, sendo também responsável pelas ações de prevenção e promoção da saúde. Esse subsetor também é composto pelo Hospital de Clínicas da *Universidad de la República*; Serviço de Saúde das Forças Armadas; Serviço de

<sup>3</sup> Também é possível a interrupção voluntária da gravidez em caso de estupro (até a décima-quarta semana de gestação) e em caso de risco de saúde à mulher ou má-formação fetal incompatível com a vida (ambos em qualquer período gestacional).

<sup>4</sup> Um marco fundante da intervenção do Estado na saúde se deu com a criação do Ministério da Saúde Pública, em 1934, a partir da fusão do “Conselho Nacional de Higiene (que tinha funções normativas) com a “Assistencia Pública Nacional” (com funções de assistência à saúde).

Saúde Policial; Serviços de promoção da saúde ou de atenção prestados pelas prefeituras municipais; Banco de Previsão Social (BPS), que presta atenção a gravidez e parto de esposas de trabalhadores do setor privado, bem como atende a crianças com má-formação congênita, contando com hospital obstétrico de referência; e Serviços de saúde descentralizados, a exemplo da atendimento prestado pelo Banco de Previsão Social à pessoas atingidas por adoecimento ou acidentes derivados do trabalho, seja em empresas públicas ou privadas (ABRACINSKAS; GÓMEZ, 2004; STELMAKE, 2018).

O subsetor privado é na sua maioria formada pelas Instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMC), entidades privadas sem fins lucrativos, sendo popularmente conhecidas como mutualistas. Tal denominação tem ligação com a origem das primeiras instituições, criadas por imigrantes da Espanha e da Itália. Além destas instituições esse subsetor é composto por empresas de seguros parciais de saúde, Institutos de Medicina altamente especializados; Hospitais e clínicas privadas; residências para idosos/as. O acesso a esse subsetor pode se dar pelo pagamento direto, bem como pelo seguro saúde ou planos de saúde individuais ou coletivos. Entretanto, sua mais expressiva arrecadação vem da adesão dos trabalhadores/as, uma vez que, de acordo com a legislação necessitam escolher uma IAMC, ou o setor público, para se vincular (ABRACINSKAS; GÓMEZ, 2004; STELMAKE, 2018).

No caso de trabalhadores/as que escolham o subsetor privado para se vincularem, podem ainda pagar parte das consultas e das medicações. No caso de internações a cobertura é integral. Por isso, foi importante a decisão dos legisladores e legisladoras no Uruguai em definir o acesso ao aborto previsto em lei como procedimento sem valor comercial.

O acesso à Interrupção Voluntária da Gravidez é composto por quatro etapas, que podem também ser entendidas como consultas:

- Na etapa 1, a mulher precisa se dirigir a um serviço de saúde, podendo ser atendida por médico/a de qualquer especialidade ou por uma parteira,<sup>5</sup> e relatar sua intenção em interromper a gravidez. Esse/a profissional deve solicitar um exame de sangue e uma ultrassonografia, que precisam ser justificadas

---

<sup>5</sup> No Uruguai, a profissão parteira é regulamentada, exigindo, portanto, uma formação. A Escola de Parteiras está vinculada a Faculdade de Medicina da *Universidad de la República*.



para ter rapidez, sendo agendada a consulta seguinte;

- Na etapa 2, deve-se marcar consulta de assessoramento e acompanhamento com equipe multidisciplinar composta por três profissionais (ginecologista, psicólogo/a e assistente social) em até 24 horas. Esta atividade visa informar à mulher seus direitos e os procedimentos envolvidos na realização de um aborto. Após essa consulta a mulher precisa esperar cinco dias para refletir sobre a sua decisão;
- Na etapa 3, caso a mulher decida seguir com a decisão de realizar o aborto, é marcada consulta com ginecologista, sendo ministrada a medicação. A interrupção geralmente é realizada no domicílio da mulher;
- Na etapa 4, a mulher retorna para consulta com ginecologista ou parteira, num prazo de até dez dias, para revisão e lhe é prescrito anticoncepcional.

Menores de 18 anos precisam de autorização de responsável ou do juizado, mas não tendo essa autorização poderão ser avaliadas pela equipe multidisciplinar que decidirá sobre a solicitação. E incapazes necessitam de autorização do curador/a e concordância do/a juiz/a.

O direito garantido ao aborto pela IVG é permitido para mulheres uruguaias ou estrangeiras que residam há pelo menos um ano no país. Há exceção apenas quando são vítimas de violência. Para as mulheres estrangeiras acessarem esse direito não é necessário que mostrem documento de identidade, nem comprovante de trabalho e nem que estejam em situação legalizada.

No Uruguai, assim como em outros países em que o acesso ao aborto é garantido, há tensões para a manutenção desse direito. Em 2014, partidos de oposição convocaram um referendo para a realização de um plebiscito sobre a revisão da lei. Tal referendo teve baixa participação, 8,8% dos votantes, o que inviabilizou a convocação de um plebiscito, se constituindo, nos termos de Rostagnol (2016, p. 224), em um “[...] profundo fracasso [...]”.

## **2. REFLEXÕES A PARTIR DAS ATIVIDADES DE CAMPO**

As visitas de campo foram realizadas em fevereiro de 2019. Os contatos preliminares, realizados ainda no Brasil, se deram em duas direções. Uma fonte vinculada ao movimento feminista internacional e outras duas com contatos acadêmicos na Universidade de la República (UdelaR). A primeira nos indicou uma entrevista com representante da organização feminista “Mujer y Salud en Uruguay” (MYSU) e as duas seguintes com uma professora da UdelaR. Dessas duas entrevistas surgiram novas indicações em forma de espiral. Assim, também realizamos visitas: à organização feminista “Cotidiano Mujer”; à organização “Iniciativas Sanitarias”; a um “Centro de Saúde” (que não o identificaremos, de forma a garantir o anonimato das profissionais, uma vez que se trata de uma pequena equipe que trabalha na atenção às mulheres que interrompem a gestação e do qual nos remeteremos as várias informações, a seguir) e também fomos gentilmente recebidos por uma professora da UdelaR com larga e profunda produção científica sobre o aborto.

Certamente não esgotamos o diálogo sobre o tema nem contatamos todas as instituições, militantes e pesquisadoras sobre o aborto. Mas acreditamos que tivemos acesso a um universo relevante que pode nos auxiliar a entender o processo de luta pela implementação do direito ao aborto no Uruguai. As entrevistas não foram gravadas, pois não se objetivava colher a opinião particular de cada sujeito/a de pesquisa sobre o tema e sim apreender os caminhos coletivos para a conquista da descriminalização do aborto e suas críticas ao processo de implantação da lei nos serviços de saúde, no seu conjunto, para que nos auxiliasse na construção de uma análise sobre o tema. Por isso, na próxima parte, agruparemos por eixos de objetivação – pontos que foram destacados nas entrevistas e/ou identificados nas visitas que realizamos – que merecem reflexões.

### **2.1. PORQUE NO URUGUAI HOVE UM AVANÇO TÃO IMPORTANTE COMO A PROMULGAÇÃO DA LEI QUE GARANTE A INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ**

Nos contatos realizados em todas as visitas foi comum nossos/as interlocutores/as ressaltarem a laicidade do Estado Uruguai, não havendo ênfase da religiosidade no espaço público. Isso permite contextualizar os avanços da legislação nos assuntos referentes a moralidade. O país foi

o primeiro da América Latina a garantir o divórcio, em 1907, e, em 1913, a partir da vontade da mulher, independentemente de ser consensual. Em 1923, assegurou o direito ao voto para as mulheres. Em 1934, legalizou o aborto (mesmo com os problemas citados) e a eutanásia, ambas as decisões revistas em 1938. Em 2002, regulamentou a prostituição. Em 2007, aprovou a união civil de pessoas do mesmo sexo. Em 2009, garantiu o direito a adoção para casais do mesmo sexo. Em 2017, regularizou a venda de cannabis.

A laicidade do Estado combinada com baixa participação religiosa dos/as habitantes – ainda que este cenário possa estar em mudança com a entrada das religiões neopentecostais –, reforça outra característica ressaltada por uma das entrevistadas: o fato do Uruguai ser um país “Estadocêntrico”, ou seja, há um reconhecimento, por parte da população em geral, das decisões emanadas pelo poder público.

No que se refere a questão do aborto, dados apontados por uma entrevistada informavam que 65% da população era favorável à sua legalização, afirmando que o atraso estava no Congresso Nacional.

Outro dado a se considerar, ressaltado pela maioria das pessoas com quem conversamos, é que a lei que anteriormente criminalizava o aborto não era na prática aplicada, sendo de conhecimento público os locais onde clandestinamente eram realizados os abortos. Importante ressaltar que após a aprovação da lei, em 2012, as pessoas entrevistadas informaram desconhecer a existência de clínicas clandestinas. Este fato, por si só, é muito relevante, pois tirar o aborto da clandestinidade é um passo fundamental para a diminuição ou eliminação das mortes por essa causa.

## **2.2. A LEI NÃO É COMPREENDIDA COMO GARANTIA DA LEGALIZAÇÃO DO ABORTO**

Essa foi uma surpresa que tivemos na atividade de campo, mas rapidamente compreensível: o conjunto de entrevistadas/os consideram a lei um avanço notável, mas entendem que não se trata de uma legalização do aborto. Afirmam que houve uma despenalização, mas não a sua legalização, uma vez que a lei colocou várias exigências, como a consulta com três profissionais, um tempo para reflexão e a condição de que o aborto seja realizado com o auxílio de serviço de saúde.

Ao legislar sobre como deve se dar o procedimento da interrupção da gravidez, sem apontar alternativas, o acesso ao aborto é entendido como um direito regulamentado de forma restrita.

Tal questão tem ligação direta com o conteúdo da lei aprovada. Conforme já abordado, a temática do aborto está presente na agenda política uruguaia desde a reabertura política. Mas é no contexto da eleição da “Frente ampla” que ganha força, sendo o projeto de 2008, refutado pelo Presidente Tabaré Vasquez, a melhor versão. Quando o projeto foi retomado no mandato presidencial seguinte, de José Mujica, também da “Frente ampla”, o Congresso Nacional era outro, mais conservador e, por isso, várias mudanças foram pactuadas para garantir a sua aprovação.

Além dessas críticas praticamente consensuais, cabe ainda registrar que algumas pessoas da pesquisa apontaram como limite a exigência de um tempo máximo de gestação. Uma entrevistada criticou que a realização de interrupção da gravidez, na prática, tem sido apenas por via medicamentosa (misoprostol e mifepristona). No entanto, duas profissionais de saúde consideram que a interrupção medicamentosa tem sido um procedimento adequado e bastante exitoso.

### **2.3. COMO SE DÁ NOS SERVIÇOS DE SAÚDE A IMPLEMENTAÇÃO DA LEI**

Visitamos duas unidades de saúde distintas, diferentes no tamanho da equipe e volume de atendimentos, mas com a mesma perspectiva de defesa e fortalecimento da Lei 18.987/2012.

O Hospital da Mulher, conforme sinalizado anteriormente integra o Complexo Hospitalar Pereira Rossell, uma instituição que existe há mais de cem anos, que tem um setor pioneiro de atendimento à saúde sexual e reprodutiva, sendo sede também da organização “Iniciativas Sanitárias”. Assim, há atendimento todos os dias, inclusive para a realização das consultas multidisciplinares, sendo a unidade que mais realiza o procedimento da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) no país. Nesta última unidade entrevistamos uma de suas representantes.

No Centro de saúde a equipe que integra o serviço da IVG é composta por uma ginecologista, uma assistente social e uma psicóloga, que atendem diferentes demandas do centro de saúde, por isso a consulta

multidisciplinar é realizada uma vez por semana. Se o período gestacional da mulher estiver adiantado, são agilizadas consultas individuais com as especialistas de cada área, para que a usuária não perca o prazo estabelecido na lei.

Nesta unidade tivemos contato com as três profissionais listadas. Informaram-nos que em média atendem três mulheres por semana na consulta multidisciplinar, a grande maioria vai às consultas sem os parceiros e poucas mudam de ideia após a consulta.

A médica da equipe relata um avanço com a existência da lei, em relação a portaria 369, pois garante à mulher o acesso a medicação disponibilizada gratuitamente nos serviços de saúde (a comercialização é proibida), mas que em relação ao seu trabalho ficou parecido como era antes. Essa profissional já tinha uma sensibilidade para o assunto, uma vez que a sua especialização em ginecologia havia sido realizada no Complexo Hospitalar Pereira Rossell, fato que demonstra a importância da abordagem do tema no decorrer da formação profissional. Ela nos informou que em virtude de parte das mulheres faltarem à etapa final, tem prescrito contraceptivo na etapa 3.<sup>6</sup>

Segundo a psicóloga, a maioria das mulheres no início da consulta apresenta justificativa para a realização do aborto. Daí, diz que seu papel é ressaltar que não precisa dizer o motivo para a IVG e que não estão ali para julgá-la. Mas, informa que as mulheres sempre falam, como se fosse necessário justificar. A profissional considera a consulta multiprofissional um espaço de escuta, em que a intervenção profissional é desenvolvida com cautela, sendo que às vezes não é necessário nem intervir. Em média 5% das mulheres solicitam atendimento individual com a psicologia e nestes atendimentos os assuntos que emergem são referentes a: violência; saúde mental, à exemplo de depressão; se a escolha por interromper a gestação é uma decisão própria; e dúvidas/contradições sobre seus sentimentos. O serviço também atende adolescentes que podem comparecer as consultas sozinhas, sendo que a maioria atendida tem em torno de 17

---

<sup>6</sup> Tal procedimento tem amparo nas orientações dos órgãos públicos, conforme pode ser observado nos panfletos elaborados pela Rede integrada de provedores da saúde pública. No monitoramento dos serviços de saúde sexual e reprodutiva e aborto legal, realizado por MYSU (2017) tal problema também foi identificado e uma das hipóteses levantadas foi o deslocamento que parte das mulheres precisava proceder para realizar o direito à IVG, em virtude da objeção de consciência de profissionais em algumas regiões do país.

anos e sua avaliação sobre a maturidade da decisão, em geral, é realizada pela psicologia.

A assistente social busca saber o contexto de vida e trabalho da mulher como, por exemplo, se tem parceiro fixo, se ele sabe da decisão de interrupção da gestação, se a mulher trabalha, se fazia uso de contraceptivo. Procura, especialmente, identificar se há situação de pobreza ou violência vivenciada pela mulher e, quando as percebe, convida para atendimento individual. Em média, 20% das mulheres retornam para o atendimento individual, quando outros assuntos, além do aborto, são abordados a fim de dar encaminhamentos para as necessidades das usuárias.

Pelos relatos das profissionais, é possível dizer que, ainda que haja críticas à consulta multidisciplinar – duas dessas profissionais verbalizaram isso espontaneamente – elas otimizam o uso desse espaço com vistas a socializar informações e, especialmente, conversar com a mulher se a sua decisão é livre.

No conjunto dos contatos realizados, em geral, dois pontos podem ser ressaltados como problemáticos na implantação da lei: o número reduzido de profissionais de saúde para garantir os prazos e seus procedimentos previstos, e a objeção de consciência.

O Uruguai é dividido em dezenove estados e em alguns, no interior do país, não estão sendo garantidas as consultas multiprofissionais. Em virtude do número reduzido de contratados/as há uma dificuldade de estabelecer uma agenda comum para os/as três profissionais previstos/as na mesma consulta. De tal modo que a mulher é atendida separadamente, o que gera um retorno desta mulher mais vezes à unidade de saúde.

Sobre a objeção de consciência, a legislação uruguaia define que apenas os/as profissionais que realizam e prescrevem a medicação para a interrupção da gravidez podem se intitular objetores/as. Assim, apenas os/as médicos/as e somente nas etapas 1 (incluída depois da lei, essa possibilidade não impede que o/a profissional objetor/a realize a consulta), 2 e 3. Em 2013, no estado de Salto, 100% de profissionais da medicina eram objetores/as de consciência. Por isso, durante um período, o Ministério da Saúde Pública enviou um/a ginecologista a esta região, uma vez por semana, em uma viagem que dura de 6 a 8 horas. Em 2019, foi nos informado, contava com um ginecologista e dois residentes. Mas, isso ainda significava, no estado de Salto, uma objeção em torno de 90% de

profissionais da medicina.

### 3. UM BALANÇO DA EXPERIÊNCIA URUGUAIA

A lei em vigor - que também regulamenta a Interrupção Voluntária da Gravidez nos casos de estupro, risco de morte para a mulher e formação fetal incompatível com a vida extrauterina - foi implantada em dezembro de 2012 nos serviços de saúde.

A organização “Mujer y Salud en Uruguay” (MYSU, 2017) realizou um monitoramento dos serviços de saúde sexual e reprodutiva e aborto, referente ao período de 2013/2017, em dez dos dezanove estados do país e indicou três grandes desafios a serem encarados:

- *A objeção de consciência* por parte de um alto número de médicos/as e a dificuldade de mensurar quantos/as são objetores/as em virtude da confidencialidade da informação e da mesma ter que ser entregue a direção do serviço de saúde e não ao Ministério da Saúde Pública, não tendo uma centralização desses dados. Isso redundando em pelo menos dois problemas: a falta de um número exato – uma vez que podem trabalhar em mais de uma unidade de saúde – podendo, quem sabe, ser objetor/a em um serviço de saúde, mas não em outro; e a possibilidade destes/as estarem violando direitos, uma vez que as mulheres atendidas não sabem se o/a profissional é o não objetor/a. Existem denúncias de médicos/as que atendem na etapa 1 e não dão seguimento ao processo;
- *O longo percurso que a mulher precisa trilhar para ter acesso ao direito*, já que a lei instituiu quatro etapas, que se configuram em quatro consultas, estas acabam resultando em muitas exigências para as mulheres no interior do país, uma vez que muitas das vezes não são garantidas por falha do próprio Estado, a mão de obra profissional necessária, o que gera abandono desse processo pelas mulheres, que podem estar sendo atendidas na clandestinidade. Ao mesmo tempo, que a mudança de opinião das mulheres depois da consulta multidisciplinar é baixíssima, o que confirma que as mulheres que procuram o serviço de saúde já chegam decididas;

- *a incipiente socialização dos dados sobre a IVG*, pois o Estado não vinha dispondo as informações referentes sobre a IVG e nem desenvolvendo análises e metas sobre o tema.

De acordo com os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde Pública, entre 2013 e 2019 foram realizadas 65.202 interrupções voluntárias de gravidezes, tendo uma média de 9.315 por ano. Destes, praticamente a metade, 32.101 no período e 4.556 em média por ano, foram realizados no subsetor público do Sistema Nacional Integrado de Saúde, sendo que 90% nos serviços da Administração dos Serviços de Saúde do Estado (ASSE) e o restante em Hospitais como da Polícia ou Militar. A outra metade, 33.101 no período e 4.729 em média por ano, foram realizados no subsetor privado do Sistema Nacional Integrado de Saúde nas Instituições Mutualistas ou Privadas. Podemos observar um número maior de atendimentos no subsetor privado, no entanto, cabe registrar que até 2019 este reunia 61% das pessoas vinculadas ao referido Sistema Nacional (MYSU, 2020).

Do universo de dados de abortos realizados nos serviços de saúde ao abrigo da lei, cabe registrar que, entre 2013 e 2019, 65.098, com média de 9.300 por ano, se referem aqueles realizados em decorrência da livre escolha da mulher (MYSU, 2020). Assim, podemos ver que a grande maioria se dá por esse motivo e o quanto a existência da lei é relevante para que essas mulheres não tenham que se submeter aos riscos da clandestinidade.

Dados mais recentes disponibilizados pelo Ministério da Saúde Pública, divulgados pela imprensa, em 2020 foram realizados 9.915 abortos, destes 9.889 por livre escolha da mulher (URWICZ, 2021).

Em 2020, o país foi marcado pelo início da pandemia da Covid-19, que para a sua prevenção indica a redução da circulação das pessoas com adoção do distanciamento social. No que se refere a questão dos serviços de atendimento ao aborto, o Ministério da Saúde Pública garantiu, ainda que não tenha sido divulgado, de que não houve interrupção em decorrência da pandemia. A divulgação seria importante, pois muitos serviços no país foram suspensos em decorrência da pandemia. No entanto, também informou que não adotaram a teleconsulta, que poderia agilizar e garantir o acesso a IVG com menos riscos de contágio da Covid-19 (MYSU, 2020).



Em dezembro de 2020 uma adolescente de catorze anos atendida pelo serviço de IVG morreu após a ingestão da medicação para interrupção da gestação em seu domicílio, tendo procurado o serviço de saúde com queixa de dores e febre, vindo a falecer no hospital no dia seguinte. Esse caso ocorreu no estado de “Treinta y Tres” e veio a público por denúncia da Rede de Acompanhamento Feminista sobre o aborto no Uruguai / As Lilás. Trata-se de um caso excepcional, desde a aprovação da legislação aqui abordada, mas como indica a Rede é extremamente preocupante, pois expressa de houve uma lacuna no acesso a um serviço que deve ser seguro (EL OBSERVADOR, 2021).

A Rede de Acompanhamento Feminista sobre o aborto no Uruguai<sup>7</sup>, que iniciou suas atividades em 30 de novembro de 2020, visa a assessorar mulheres na garantia do seu direito ao aborto. Formada por diferentes organizações feministas e presente em vários estados do país, a rede visa divulgar a existência desse direito, bem como acompanhar mulheres que enfrentem dificuldades para a sua garantia, vide o número de profissionais objetores/as de consciência (lembrando que não é pública essa informação) e relatos sobre falhas ou omissões no atendimento.

Entre 2013 e 2018, houve um aumento de 10% a cada ano de abortos nos serviços de saúde. E desde 2018 vem tendo uma leve diminuição a cada ano, sendo 10.373 em 2018, 10.210 em 2019 e 9.915 em 2020. Em verdade, a variação desde o início não é grande, indicando uma tendência à estabilidade.

## **CONSIDERAÇÕES INCONCLUSIVAS**

A garantia do direito das mulheres à Interrupção Voluntária da Gravidez, aprovada no Uruguai em 2012, não pode ser pensada sem relacionar o fato de o país ter uma historicidade de separação entre Estado e valores religiosos, sendo o Uruguai, de fato, um Estado laico.

A partir desse marco mais geral, o debate sobre o aborto – desde a reabertura política, mas potencializado desde o início desse século com a aliança entre movimentos feministas e profissionais de saúde, ainda que essa relação não seja isenta de tensões – combinado com a experiência de

---

<sup>7</sup> A Rede de Acompanhamento Feminista sobre o Aborto/As Lilás, possui página no Facebook. Disponível em: <https://www.facebook.com/laslilasabortouruguay/>. Acesso em: 16 ago. 2021.

assessoramento, previsto na Portaria 369 de 2004 do Ministério da Saúde Pública, possibilitou, conforme indica Rostagnol (2016), que o aborto saísse do armário, numa nítida analogia da autora a um termo muito importante para a temática LGBTQIA+.<sup>8</sup>

O acesso ao aborto por livre escolha da mulher foi aprovado em 2012, porque já havia uma sensibilidade da população para a mudança, havendo também o envolvimento de organizações coletivas como sindicatos e segmentos da Universidade de la República, se constituindo após o veto do presidente Tabaré Vázquez, uma pauta de campanha na eleição seguinte.

A lei aprovada em 2012 tem os contornos da negociação política possível realizada à época. É considerada pelos/as sujeitos/as da pesquisa como um avanço, ainda que haja vários limites. Entretanto, como a própria história uruguaia demonstra, e isso foi ressaltado também em algumas entrevistas, não há um salto dos direitos no que se refere ao aborto. Por exemplo, não existem países que criminalizaram totalmente o aborto e depois o legalizam, a história mostra que esses, quando alteram a sua legislação, permitem o aborto desde que se cumpram alguns precedentes. Assim, a conquista, pelo menos do direito ao aborto, é processual.

Em março de 2020, tomou posse como presidente da república, Luis Lacalle Pou, em uma coalizão da direita, interrompendo três mandatos consecutivos da Frente Ampla. No início do mês de maio de 2020, o presidente se pronunciou como pró-vida e defendeu uma agenda de desestímulo ao aborto, o que não foi propriamente uma surpresa, pois votou contra a lei no Senado.

Ainda que Lacalle Pou tenha assegurado na campanha que não apresentaria projeto de lei contrário, tal declaração é preocupante – e fez levantar a mão de cor laranja, símbolo da campanha pelo direito ao aborto no Uruguai –, pois como o aborto é um procedimento sem interesse

---

<sup>8</sup> Em Portugal, a legalização do aborto se deu por meio de um plebiscito e contou com a importante contribuição do movimento médico pelo direito de escolha, que comunicava à população que, independentemente da legislação criminalizadora, era comum o atendimento a mulheres em situação de risco derivado de um abortamento (MATOS, 2010). A participação dos profissionais de saúde tem sido importante, tanto no sentido de garantir direitos, quanto na denúncia dos impactos à vida e à saúde das mulheres quando se tem uma lei restritiva. Pensamos que aqui está uma chave analítica importante a ser considerada nos processos de luta pelo direito ao aborto.

econômico e sua medicação não é vendida, a materialidade da lei está ligada diretamente ao entendimento da IVG como prioridade no âmbito da política pública de saúde.

Tal fala já anuncia que no Uruguai o direito ao aborto permanece em disputa, o que confirma que as polêmicas não se encerram quando da conquista jurídico-normativa de um direito. As mãos-laranja, portanto, precisam continuar firmes na luta e em movimento.

Por fim, cabe destacar que são poucos os estudos que buscam analisar os meandros do processo de luta pela legalização do aborto, articulado a uma análise sobre a implementação desse direito nos serviços de saúde. Esse artigo, ainda que de forma preliminar, buscou realizar uma reflexão sobre a experiência concreta uruguaia, buscando contribuir para o adensamento crítico dos argumentos em defesa da legalização do aborto no país vizinho, o Brasil. Uma vez que o outro país vizinho, a Argentina, desde dezembro de 2020, também garante o direito ao aborto como livre escolha.

## REFERÊNCIAS

ABRACINSKAS, L.; GÓMEZ, A. L. **Mortalidad materna, aborto y salud en Uruguay**: un escenario cambiante. Montevideo: MYSU, 2004.

EL OBSERVADOR. Informe sobre muerte de adolescente tras aborto no conformó a ASSE y ampliará investigación. **El Observador**, 29 jan. 2021. Disponível em: <https://www.elobservador.com.uy/nota/informe-sobre-muerte-de-adolescente-tras-aborto-no-conformo-a-asse-y-ampliara-investigacion-2021129202614>. Acesso em: 16 ago. 2021.

JOHNSON, N.; ROCHA, C.; SCHENCK, M. **La inserción del aborto en la agenda político-pública uruguaya 1985-2013**: un análisis desde el Movimiento Feminista. Montevideo: Cotidiano Mujer, 2015.

MATOS, M. C. **A criminalização do aborto em questão**. Coimbra/São Paulo: Almedina, 2010.

MATOS, M. C. Legalização do aborto: um assunto para marxistas. *In*: BOSCHETTI, I.; BEHRING, E.; LIMA, R. de L. (orgs.). **Marxismo, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2018 p. 231-252.

MYSU. **Los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto legal**

- **monitoreo 2013/2017**: sistematización de los resultados de 10 de los 19 departamentos del país. Montevideo: MYSU, 2017.

MYSU. **Aborto em Cifras - 2020**. Montevideo: MYSU, 2020. Disponível em: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2020/12/ABORTO-EN-CIFRAS.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

ROSTAGNOL, S. As vicissitudes da lei da interrupção voluntária da gravidez no Uruguai: estratégias conservadoras para evitar o exercício do direito de decidir das mulheres. *In*: BIROLI, F.; MIGUEL, L. F. (orgs.). **Aborto e democracia**. São Paulo: Alameda, 2016. p 217-237.

SAPRIZA, G. Historia de la (des)penalización del aborto en Uruguay. 'Aborto legal': la corta experiencia uruguaya (1934-1938). *In*: JOHNSON, N. *et alli*. (orgs.). **(Des) penalización del aborto en Uruguay**: practicas, atores y discursos. Montevideo: Universidad de la República, 2011. p. 19-64.

STELMAKE, L. L. **O cuidado em saúde**: dialogando Brasil e Uruguai. 2018. Tese (Doutorado em Política Social e Direitos Humanos) - Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos. Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2018. (Mimeo).

URUGUAY. Ley n. 18.987/2012 - Interrupción Voluntaria del Embarazo. República Oriental del Uruguay: Poder legislativo, 2012. Disponível em: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp7258645.htm#art13>. Acesso em: 15 mar. 2022.

URWICZ, Tomer. Caen los abortos por segundo año consecutivo: ¿Qué ocurre? **El País**, 22 jul 2021. Disponível em: <https://www.elpais.com.uy/informacion/salud/caen-abortos-segundo-ano-consecutivo-ocurre.html>. Acesso em: 11 ago. 2021.